

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

HELAINÉ SILVA DA SILVEIRA

O CUIDADO DO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DO CLIENTE RENAL CRÔNICO
EM TRATAMENTO CONSERVADOR: subsídios para a assistência de enfermagem na
Atenção Primária.

RIO DE JANEIRO
2015



Helaine Silva da Silveira

O CUIDADO DO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DO CLIENTE RENAL CRÔNICO
EM TRATAMENTO CONSERVADOR: subsídios para a assistência de enfermagem na
Atenção Primária.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune

Rio de Janeiro, RJ
Abril/2015

O CUIDADO DO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DO CLIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO CONSERVADOR: subsídios para a assistência de enfermagem na Atenção Primária.

Helaine Silva da Silveira

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015.

Aprovada pela Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune - Presidente
EEAN – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Valeria de Oliveira Monteiro - 1^a Examinadora
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Silvia Teresa Carvalho de Araujo - 2^a Examinadora
EEAN – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varella – Suplente
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Maria Helena do Nascimento Souza- Suplente
EEAN – Universidade Federal do Rio de Janeiro

FICHA CATALOGRÁFICA

Silveira, Helaine Silva da

O cuidado do familiar na percepção do cliente renal crônico em tratamento conservador: subsídios para a assistência de enfermagem na Atenção Primária.
UFRJ/EEAN, 2015

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Regina Célia Gollner Zeitoune.

1. Doença Renal Crônica; 2. Enfermagem 3. Cuidado Familiar; 4. Tratamento Conservador; 5. Atenção Primária. I. Zeitoune, Regina Célia Gollner. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. O cuidado do familiar na percepção do cliente renal crônico em tratamento conservador: subsídios para a assistência de enfermagem na Atenção Primária

CDD: 610.73

DEDICATÓRIA

*À Deus, minha família, amigos, e orientadora pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade.
Sem eles nada disso seria possível.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita bondade e amor, por olhar todos os dias por mim e me dar forças para superar as dificuldades e me suprir em todas as minhas necessidades. A Ele toda honra e toda glória;

À minha família querida que é a minha base, em especial aos meus pais Luiz Mário e Maria Helena e meu irmão Luiz Eduardo. Sem dúvidas, passar por tudo ao lado deles sempre torna a caminhada mais fácil e mais leve. Agradeço pelos ensinamentos infinitos, pela paciência, carinho e amor;

Ao meu amado esposo Vinícius Ferreira, meu companheiro de todas as horas, meu melhor amigo, que muito me ajudou nesse período, um verdadeiro presente de Deus na minha vida;

À minha orientadora querida Prof^a Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune, por toda a paciência e ensinamentos, por acreditar e investir seu tempo em mim, pelas boas orientações, por ser mais que uma professora em minha vida, e por toda sua confiança desde os primeiros períodos da graduação;

Aos professores do mestrado, pelas aulas valiosíssimas, ricas em conhecimento e incentivo ao pensamento crítico, as quais foram extremamente importantes para a elaboração desse estudo;

À minha banca examinadora, a qual muito contribuiu em todo processo de construção da dissertação, enxergando além do que já conseguia ver, agradeço pelas sugestões e contribuições em todas as etapas e por terem me ajudado a concluir esse estudo;

Aos profissionais de saúde do Ambulatório de Nefrologia, médicos, residentes e enfermeiros por me ajudarem na etapa de coleta de dados e por toda a atenção dirigida a mim, gostei muito de acompanhar um pouco da vivência do ambulatório e ver o quanto é importante para o sucesso do tratamento do cliente renal crônico;

Aos meus participantes da pesquisa, clientes do Ambulatório de Nefrologia, obrigada por compartilharem comigo um pouco de suas vidas, seus anseios e suas experiências desde a descoberta da doença. Obrigada por acreditar em nós, profissionais da saúde, e nos confiar a condução do tratamento. Foi muito importante ouvir cada um de vocês, agradeço imensamente por essa valiosa contribuição;

Aos meus colegas de trabalho por contribuírem com inúmeras sugestões e por me incentivarem dia-a-dia mesmo com a correria de sempre;

Aos meus amigos queridos, pela parceria, pelos momentos de alegria e pelos incentivos, pelas descontrações, pelos risos e por estarem sempre por perto de mim;

A todos que não citei, mas que de alguma forma participaram, meu eterno agradecimento.

“É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”.

(Los Hermanos)

RESUMO

SILVEIRA, Helaine Silva da. **O cuidado do familiar na percepção do cliente renal crônico em tratamento conservador: subsídios para a assistência de enfermagem na Atenção Primária.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O estudo teve como objeto a percepção dos clientes renais crônicos acerca do cuidado familiar. Atualmente, a doença renal crônica possui altos índices de morbidade e mortalidade. Foram traçados como objetivos: Descrever o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico; Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas às suas necessidades; Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico, na perspectiva do controle da doença, como uma possibilidade na atenção básica. Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, qualitativo. O local do estudo foi o Ambulatório de Doença Renal Crônica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Incluídos na pesquisa 40 indivíduos portadores de doença renal crônica, nos estágios 1 ao 4, com acompanhamento no ambulatório, que conviviam com familiares e maiores de 18 anos. O instrumento de coleta de dados foi um formulário e um roteiro de entrevista semiestruturada. As informações foram analisadas pela análise de conteúdo temática. Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo 468.501. O tempo de diagnóstico variou de 4 meses à 25 anos e foram encontradas pessoas em todos os estágios da doença. Os estágios três e quatro totalizaram 67,5%. O estudo evidenciou que o tempo de diagnóstico foi maior entre 1 a 5 anos, o que infere a procura pelo atendimento apenas com sinais da doença avançados, com início tardio no tratamento conservador. A participação familiar foi considerada positiva no cuidado e atendimento das necessidades para o controle da doença.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica, Enfermagem, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SILVEIRA, Helaine Silva da. **The family care in the perception of chronic renal customer conservative treatment : subsidies for nursing care in the primary care.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Master's in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The study had as its object the perception of chronic renal clients about family care. Currently, chronic kidney disease has high morbidity and mortality. They were set as objectives: to describe the family care in the perception of chronic kidney client; Discuss the advantages and difficulties of family care in the perception of chronic renal clients with a view to their needs; Analyze the family care in the perception of chronic kidney client in disease control perspective, as a possibility in attention básica. Trata is a study of descriptive and exploratory qualitative .The study site was the Chronic Kidney Disease Clinic a university hospital in Rio de Janeiro. Included in the study 40 individuals with chronic kidney disease in stages 1-4, with monitoring at the clinic, who lived with relatives and 18 years. The data collection instrument was a form and a semi-structured interview guide. The information was analyzed by the thematic content analysis. Approved by the Research Ethics Committee under protocol 468,501. The time to diagnosis ranged from four months to 25 years and people were found in all stages of the disease. Three and four stages amounted to 67.5%. The study showed that the time of diagnosis was higher among 1-5 years, which implies a demand for the service only with advanced disease signs, starting late in the maintenance treatment was considered positive family participation in care and meeting the needs for control the disease.

Keywords: Chronic Renal Failure, Nursing, Family Health, Primary Health Care.

RESUMEN

SILVEIRA, Helaine Silva da. **El cuidado de la familia en la percepción del tratamiento conservador cliente renal crónica: subsidios para el cuidado de enfermería en la atención primaria.** Rio de Janeiro, 2015. Tesis (Maestría en Ciencias de Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

El estudio tenía por objeto la percepción de los clientes renales crónicas sobre el cuidado de la familia. Actualmente, la enfermedad renal crónica tiene una alta morbilidad y mortalidad. Ellos se establecieron como objetivos: describir el cuidado de la familia en la percepción del cliente renal crónica; Comenta las ventajas y dificultades de atención a la familia en la percepción de los clientes renales crónicos con miras a sus necesidades; Analizar el cuidado de la familia en la percepción del cliente renal crónica en perspectiva de control de la enfermedad, como una posibilidad en la atención básica. Trata es un estudio cualitativo del sitio de estudio. El descriptivo y exploratorio fue el renal crónica Clínica de Enfermedades un hospital universitario de Río de Janeiro. Incluido en el estudio 40 individuos con enfermedad renal crónica en estadios 1-4, con un monitoreo de la clínica, que vivían con familiares y 18 años. El instrumento de recolección de datos fue un formulario y una guía de entrevista semiestructurada. La información fue analizada por el análisis de contenido temático. Aprobado por el Comité Ético de Investigación bajo el protocolo 468.501. El tiempo de diagnóstico varió de cuatro meses a 25 años y las personas se encontraron en todas las etapas de la enfermedad. Tres y cuatro etapas ascendió a 67,5%. El estudio mostró que el momento del diagnóstico fue mayor entre los 1-5 años, lo que implica una demanda para el servicio sólo con signos de enfermedad avanzada, a partir de finales en el tratamiento de mantenimiento se consideró la participación familiar positiva en la atención y la satisfacción de las necesidades de controlar la enfermedad.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica, Enfermería, Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud.

LISTA DE SIGLAS

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	16
1.1 Contextualização do Objeto de Estudo e o Problema de Pesquisa.....	16
1.2 Justificativa do Estudo	20
1.3 Contribuições do Estudo	23
II MODELO TEÓRICO	25
2.1 Doença Renal Crônica – Considerações Conceituais.....	25
2.2 A Família e o Cuidado Familiar.....	27
2.3 Políticas Públicas sobre Doença Renal Crônica	30
2.4 Assistência De Enfermagem ao Doente Renal Crônico no Contexto da Atenção Primária.....	32
III METODOLOGIA.....	35
3.1 Tipo de Estudo	35
3.2 Local de Estudo	35
3.3 Participantes do Estudo	35
3.4 Instrumento de Coleta de Dados	36
3.5 Coleta de Dados	36
3.6 Análise dos Dados e Discussão dos Resultados	37
3.7 Aspectos Éticos	38
IV RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 Participação familiar no cuidado ao cliente renal crônico	43
4.2 Fatores facilitadores e limitantes do cuidado familiar percebidos pelo cliente renal crônico.....	47
4.3 A caracterização do cuidado prestado.....	53
4.4 A relação do cliente com o cuidado institucional na Atenção Primária.....	59
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	63
5.1 Considerações Finais.....	63
5.2 Recomendações.....	64

REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	73
Apêndice B – Termo de Autorização para o Desenvolvimento da Pesquisa	74
Apêndice C–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXOS	76
Anexo A –Carta de aceite da unidade para realização da pesquisa.....	76
Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e IBICS	21
Tabela 2 – Distribuição de artigos de acordo com ano, autor, título e periódico de publicação	22
Tabela3 – Estadiamento da Doença Renal Crônica	26
Tabela4 – Perfil sociodemográfico dos entrevistados	40
Tabela 5 – Perfil relacionado às características da DRC	42

I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do objeto de estudo e problemática

O estudo teve como objeto a percepção dos clientes renais crônicos acerca do cuidado familiar. Para dar forma ao estudo, considerou-se família como grupos domésticos distintos identificados pelo indivíduo, dos quais poderão fazer parte pessoas sem relação de consanguinidade direta, o que poderá incluir vizinhos e amigos (MONTEFUSCO; BACHION, 2011).

Para definir o cuidado familiar foram utilizados os conceitos de Domingos (2003) e Gutierrez e Minayo (2010), pois estes se complementam. Dessa forma, o cuidado familiar é entendido como um fenômeno amplo, onde se incluem ações abstratas como atitudes de reciprocidade, de solidariedade, de afetividade, apoio emocional, incentivo ao autocuidado ou ações concretas que permitem o reconhecimento das doenças, busca "em tempo" de atendimento e ajuda com os tratamentos prescritos pelos serviços, como medicações e dietas.

O interesse pelo tema surgiu a partir de uma inquietação advinda com a vivência nos campos práticos da Atenção Primária durante a graduação. Os clientes do serviço de saúde, por vezes, quando recebiam o diagnóstico de doença crônica e entendiam que o cuidado deveria ser constante, demonstravam insegurança quanto ao êxito do tratamento. Muitos não sabiam como comunicar tal fato aos familiares, dando a isso grande importância, e outros demonstravam certa dificuldade em assumir a doença no contexto familiar.

Além de a Atenção Primária ter sido o campo onde emergiu a inquietação para o estudo, é nesse cenário, que os profissionais possuem maior proximidade com o indivíduo e sua família, o que permite a realização de ações coletivas. Utilizou-se no estudo em tela os termos Atenção Primária e Atenção Básica como sinônimos, designando serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo nas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégias de Saúde da Família, sua instancia operacional com nível próprio de atendimento (GIL, 2006).

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2007), a Atenção Primária considera o cliente em vários aspectos que vão desde sua singularidade,

complexidade, integralidade, inserção sociocultural, busca da promoção da saúde, até a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos e/ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, o que atende ao cliente renal crônico. O CONASS destaca ainda que:

A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais (CONASS, 2007, p.75).

Os princípios da Atenção Primária reforçam sobre o atendimento e responsabilidade do serviço, com destaque para a integralidade e coordenação do cuidado. O conceito de integralidade refere o nível primário como responsável por todos os problemas de saúde, mesmo que seja procedido algum encaminhamento para outro nível de atenção. A coordenação do cuidado incube a responsabilidade de organizar, coordenar e/ou integrar os cuidados, mesmo que o indivíduo seja atendido também em outros serviços (STARFIELD, 2002).

Nos últimos anos, houve expansão acentuada da Atenção Primária com cobertura de cerca de 60% da população brasileira. O modelo de atuação das equipes com território definido, população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento daqueles com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA; NETO e SILVA JUNIOR, 2011).

A Doença Renal Crônica (DRC) faz parte do grupo das DCNT, que constituem o problema de saúde de maior magnitude e alcançam 72% das causas de mortes no Brasil (SCHMIDT; DUNCAN, 2011). Atualmente, a doença renal crônica possui altos índices de morbidade e mortalidade, e sua incidência e prevalência vem aumentando significativamente no Brasil e no mundo. Estimativas apontam que há cerca de três milhões de brasileiros com algum déficit de função renal (1,7% da população), e por volta de dois milhões de pessoas teriam insuficiência renal crônica moderada ou grave em fase avançada (VIEIRA; DUPAS e FERREIRA, 2009).

Em relação ao diagnóstico de base da doença renal primária, nos Estados Unidos, mais de 45% dos clientes tiveram o diabetes como diagnóstico primário e 26% a hipertensão. Na Europa, 15 a 33% são consequentes ao diabetes e 7 a 20% às glomerulonefrites (ATKINS, 2005). No Brasil, a hipertensão arterial atingiu 35% e o diabetes 28% (SESSO *et al*, 2011). Esses dados nos remetem à necessidade de

acompanhamento diferenciado a este grupo, sendo importante que os profissionais da Atenção Primária identifiquem os clientes que tenham sinais e sintomas de redução da filtração renal para início imediato do tratamento.

Em estudo realizado em Santa Catarina, foi identificado que 72% dos diabéticos e hipertensos já deveriam ser atendidos na modalidade do tratamento conservador: 15% no estágio 1, 39% no estágio 2 e 18% no estágio 3 (CRESTANI; AQUINO; MORSCH, 2007). De acordo com essa pesquisa, esses 72% de diabéticos e hipertensos frequentavam uma Unidade Básica de Saúde, mas não havia sido feito nenhum tipo de rastreamento para identificação da DRC.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde (2013), o indivíduo identificado com taxa de filtração glomerular variando de 90 ml/min/1,73² a 30 ml/min/1,73² (estágio 1 a 3b) devem ser acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis. Somente nos estágios 4 e 5 que o indivíduo deve ser encaminhado aos ambulatórios de atenção especializada em doença renal crônica, contudo o vínculo com a UBS deve ser mantido.

O tratamento iniciado antes do uso de terapias renais substitutivas, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, é chamado de tratamento conservador ou fase pré-dialítica, e objetiva lentificar a progressão da DRC, prevenir suas complicações, controlar as comorbidades e preparar o cliente para terapia de substituição renal. Esse tratamento inclui: dieta adequada, restrição hídrica, abandono do tabagismo, controle de doenças cardiovasculares, início de terapia anti-hipertensiva, rigoroso controle glicêmico nos casos de diabetes mellitus, controle da obesidade, controle de dislipidemia, adequação do estilo de vida e prevenção das complicações da uremia, tais como desnutrição, desidratação, anemia, hipertensão grave, descompensação diabética, osteodistrofia renal e desequilíbrios hidroeletrólíticos (PACHECO; SANTOS, 2005).

Romão Júnior (2004) afirma que o tratamento conservador é um processo educativo norteado por uma equipe interdisciplinar e tem como principal objetivo tornar o cliente um membro ativo na busca pela qualidade de vida e prevenção de danos, através das práticas de autocuidado, mantendo o cliente mais tempo sem a realização de diálise.

As práticas de autocuidado são imprescindíveis para um resultado satisfatório. A construção da autonomia deve ser praticada de forma que os clientes exercitem suas habilidades de decidir sobre si de maneira consciente ao receberem informações da equipe de saúde.

Todavia, o tratamento não deve ser centrado apenas no indivíduo, e deve levar em conta os hábitos praticados e estimulados pela família e o contexto que o cliente se insere, o que denota a necessidade de apoio e participação familiar. Para Maldaner e outros (2008) as redes de apoio, como a presença de familiares e amigos, são essenciais no enfrentamento de dificuldades. No caso das doenças crônicas, como a doença renal, sabe-se que as dificuldades são prolongadas e ocasionadas pela doença. A existência de pessoas que formam a rede de apoio ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, encorajando-o a seguir o tratamento, com esperança, e sentindo-se melhor.

A família passa a ser considerada uma estrutura formada por seus membros cujas relações conduzem um modo de viver próprio. É percebida como um sistema que enfrenta crises e se desestrutura, necessitando de suporte para enfrentar as situações. Neste contexto, a família é compreendida como parceira nas ações dos profissionais e cuidadora nas situações de doença (ELSEN; ALTHOFF; MANFRINI, 2001).

O indivíduo não é mais visto isoladamente, mas como membro de uma família, visto como um “todo” ao estar integrado ao seio familiar, tendo a família forte influência nos processos de manutenção da saúde e práticas do cuidado em situações de doença. (MONTENEGRO, 2000).

O estudo de Koeppe (2012) apresentou como resultado que a família representa o principal sistema social de apoio na vida dos clientes. Os dados apresentados nesse estudo desvelaram a família como um grupo importante que influencia significativamente no enfrentamento destes indivíduos à enfermidade. O estudo realizado por Roso (2012) corroborou com estes resultados, trazendo a família como importante elo no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.

Além do estímulo familiar ao tratamento, os hábitos construídos e praticados pelos familiares são importantes para o indivíduo. Segundo Castro e Piccinini (2002), hábitos saudáveis dentro da rede familiar podem servir como moderadores na atenuação dos efeitos negativos, promovendo um ambiente facilitador para o controle da doença.

Sendo assim, mesmo confrontando-se com certas adversidades ao longo do tratamento, o portador da doença crônica que conta com a participação familiar tem uma melhor adaptação ao tratamento, reduzindo a sobrecarga da doença para o indivíduo. Quando as dificuldades sentidas pelo doente são compartilhadas, esperam-se melhores resultados clinicamente e socialmente.

Quando a interação com a família não ocorre, as reações podem ocorrer de forma contrária, aumentando o sofrimento. Nestes casos, a família não mais contribuirá para o

cuidado e se tornará um estímulo negativo ao invés de funcionar como apoio na resolução das dificuldades (KOEPE, 2012).

Indivíduos que não encontram incentivo familiar podem ser mais resistentes a aceitar a condição de cronicidade da doença e a necessidade de tratamento constante. Necessitam de um acompanhamento maior da equipe de saúde no que tange o entendimento da doença, a adoção de hábitos saudáveis, o uso dos medicamentos corretamente e de um suporte emocional para afastar a chance de isolamento e dificuldades no autocuidado.

A Enfermagem ao comprometer-se com a família como unidade a ser cuidada focaliza sua atenção nas interações intra e extrafamiliares, busca conhecer o processo de viver da família, as transições e crises que enfrentam, identificando suas fragilidades, fontes de estresse, recursos e seus modos de cuidar (ELSEN; ALTHOFF; MANFRINI, 2001).

Nessa perspectiva, pretende-se aprofundar o tema para entender de que forma a família participa do cuidado, com vistas ao controle da doença renal crônica. Foram traçados como **objetivos:**

- Descrever o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico;
- Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas às suas necessidades.
- Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico, na perspectiva do controle da doença, como uma possibilidade na atenção básica.

1.2 Justificativa do Estudo

O estudo justifica-se pela problemática apresentada e pela produção de conhecimento produzido acerca do cuidado familiar ao renal crônico na percepção deste. Assim sendo no intuito de apontar o produzido buscou-se o estado da arte sobre a temática, onde constatou-se que ainda existem lacunas na produção de conhecimento, principalmente no que tange o cuidado familiar ao doente renal crônico.

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Nesta perspectiva, para buscar o conhecimento produzido sobre a temática, foi realizado levantamento nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud* (IBECS).

O recorte temporal utilizado foi o ano de 2004, quando foi criada a Portaria Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, o que se configura como importante marco político para ações de saúde direcionadas ao doente renal.

A partir da busca de produções acerca da temática, chegou-se aos seguintes resultados:

TABELA 1 –Distribuição dos artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e IBECS e respectivas palavras chaves. (Rio de Janeiro/2013).

Palavras chaves	LILACS	MEDLINE	BDENF	IBECS	Total
Família x Doença Renal Crônica	36	273	19	04	332
Apoio social x Família x Doença Renal Crônica	03	33	03	-	39
Cuidado x Família x Doença Renal Crônica	09	20	06	02	37
Cuidado Familiar x Doença Renal Crônica	05	12	05	-	22
Rede social x Família x Doença Renal Crônica	02	01	03	-	06

A busca às bases de dados revelou que estudos com foco no tratamento conservador foram minoritários, prevalecendo pesquisas que abordavam as terapias renais substitutivas. A partir da leitura dos resumos das pesquisas, chegou-se a quatro artigos que se aproximaram aos objetivos do estudo, organizados na tabela 2 a seguir.

TABELA 2 –Distribuição dos artigos de acordo com ano de publicação, autor, título e periódico de publicação. (Rio de Janeiro/2013).

Nº	Base de Dados	Ano	Nacionalidade	Autor	Título	Periódico
01	LILACS	2008	Brasil	Fráguas, G; Soares, SM; Silva, PAB.	A Família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
02	LILACS	2009	Brasil	Schwartz, E; et al	As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica	REME
03	LILACS	2011	Brasil	Sandri, JVA; Schmitz, J.	Trajetória da família de portadores de insuficiência renal crônica: desafios e a emergência familiar	Nursing SP
04	MEDLINE	2012	EUA	Rosland AM; Heisler M; Piette JD.	The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review.	J BehavMed

O estudo de Fráguas, Soares e Silva (2008) pesquisou a doença na perspectiva dos familiares e destaca que a doença renal constitui um grande problema não só para o doente, mas também para a sua família. O estudo alerta para a necessidade de a família ser vista como foco do cuidado de enfermagem.

Schwartz (2009) e Sandri e Schmitz (2011) pesquisaram como a família resiste aos desafios da doença renal crônica e afirmam que as redes de apoio são essenciais nesse processo. A família foi identificada como a principal rede apoiadora, essencial para o doente renal crônico durante o processo de enfrentamento da doença.

Rosland, Heisler e Piette (2012) afirmaram que o apoio social dos membros da família afeta os resultados da doença crônica, mas ressaltam que ainda são necessários

estudos que evidenciem quais comportamentos específicos realizados pela família são mais importantes para clientes adultos.

A partir dos resultados encontrados na literatura científica, o estudo justifica-se pela pouca quantidade de produções a respeito da temática e pela lacuna de conhecimento existente acerca do cuidado familiar na visão do próprio doente renal crônico, sendo necessária a investigação desses processos com vistas a uma assistência pautada não somente no indivíduo, mas na sua família que é o cenário onde primeiramente o indivíduo se insere.

O estudo igualmente se justifica por ir ao encontro do que propõe a Portaria 1168/2004 que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a qual prevê, em seu art. 2º, o desenvolvimento, em todos os níveis de atenção, de estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, para proteção e desenvolvimento da autonomia e equidade de indivíduos e coletividades. Em seu art. 3º, parágrafo 1, a Política descreve as funções da Atenção Primária no atendimento aos doentes renais crônicos:

Realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família).

Além disso, o estudo atende a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde (2008), em seu item 5.6. que refere às Nefropatias Agudas e Doença Renal Crônica e seu subitem 5.6.2 o qual prevê estudos que abordem o “Diagnóstico precoce, tratamento adequado e potencial de modificação da evolução da doença”. Atende também ao item 5.9 que trata das Prioridades Comuns ao Conjunto das Doenças Não-Transmissíveis relevantes para a Saúde Pública e seu subitem 5.9.11 o qual prevê a “Avaliação de modelos de adesão ao tratamento e de redes de apoio social aos portadores de doenças não transmissíveis”, o que igualmente justifica a realização desse estudo.

1.3 Contribuições do Estudo

Compreender como o indivíduo renal crônico percebe a participação dos familiares frente à doença é importante para o planejamento da assistência de

enfermagem na Atenção Primária, a partir da existência de cuidado encontrado entre os seus, devido ao contexto onde está inserido, os hábitos de vida estimulados e praticados no meio familiar, de forma a considerar esses fatores durante o atendimento aos doentes renais crônicos.

Contribui para a formação do profissional enfermeiro por abordar a participação familiar no cuidado, destacando a família como um importante foco de atenção para o enfermeiro.

Espera-se que os resultados do estudo contribuam também como base na produção de novas pesquisas que irão abordar o tema e na produção de subsídios para ações de enfermagem no binômio indivíduo-família.

Conhecer a percepção dos clientes sobre o cuidado do familiar frente às doenças crônicas é relevante já que a unidade “família” tem sobrevivido como uma unidade social importante em quase todas as sociedades e em quase todas as situações (MONTEFUSCO; BACHION, 2011). Portanto, se o familiar é valorizado já na primeira etapa do tratamento, possivelmente mais facilmente será sua inserção nas etapas posteriores. Enfrentar precocemente para uma melhor adaptação do seu papel familiar.

II. MODELO TEÓRICO

2.1. Doença Renal Crônica - Considerações Conceituais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2003), condições crônicas são aquelas que abarcam problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento e cuidados permanentes. As doenças crônicas não transmissíveis fazem parte das condições crônicas e incluem a hipertensão arterial, o diabetes e a doença renal crônica, entre outras.

Na doença renal crônica, os rins gradualmente perdem a capacidade de executar as suas funções de eliminação de resíduos e líquidos do organismo, de regular a água e outros elementos químicos do sangue como o sódio, o potássio, o fósforo e o cálcio e comprometem a eliminação de medicamentos e toxinas, liberação de hormônios no sangue, os quais regulam a pressão sanguínea, fabricam células vermelhas do sangue e fortalecem os ossos. As principais causas da insuficiência renal crônica são a diabetes e a hipertensão arterial (SMELTZER; BARE, 2009).

A definição da DRC é baseada em três critérios importantes: marcadores de lesão renal, diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e o tempo que esse processo se mantém. A partir disso, o doente renal crônico é aquele que independente da causa, apresente $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}$ ou a $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso presente há pelo menos três meses (BRANDÃO *et al*, 2010).

Para ajudar no direcionamento do tratamento e melhor acompanhamento do doente renal crônico, a DRC é classificada em 05 estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do indivíduo. Estes estágios são:

TABELA 3 – Estadiamento da Doença Renal Crônica

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m²)
1	≥ 90
2	60 – 89
3 a	45 – 59
3 b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Fonte: Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde (2014).

O objetivo do tratamento da DRC é retardar ou impedir que a insuficiência renal se agrave e passe para os próximos estágios. O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: 1) diagnóstico precoce da doença, 2) início imediato do tratamento incluindo o encaminhamento precoce ao nefrologista e 3) implementação de medidas para preservar a função renal (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Quanto mais cedo a insuficiência renal for detectada e tratada, maior a probabilidade de retardar a sua evolução. A partir do diagnóstico e classificação da doença, o indivíduo passa a ser um elemento fundamental na administração dos eventos crônicos e corresponsável nas ações de controle e estadiamento da DRC. Deve aprender o máximo possível sobre a insuficiência renal crônica e o seu tratamento, e seguir fielmente todos os passos do tratamento (K/DOQI, 2007).

O tratamento da DRC depende da evolução da doença, podendo ser conservador, principalmente quando a doença é descoberta precocemente. A partir do estágio 5 que é quando geralmente esse tratamento torna-se insuficiente, é necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins, ou ainda candidatar-se a um transplante renal (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

Iniciando-se o tratamento conservador nas primeiras fases da doença renal crônica, contando-se com uma equipe interdisciplinar para orientar clientes e familiares, melhores serão as condições de saúde do cliente quando iniciar a diálise. Entre as

vantagens verifica-se o menor número de diálise em caráter de urgência e um número menor de dias de hospitalização (DAUGIRDAS; ING, 2008).

Estudo de Bastos e Kirsztajn (2011) refere que o tratamento interdisciplinar resulta em melhores desfechos no tratamento da DRC do que o tratamento nefrológico convencional e isso pode ser explicado pelo acompanhamento estruturado dos clientes, interações entre os membros da equipe e pronta implementação de intervenções previamente planejadas. A equipe que atende o cliente renal crônico deve incluir nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e, em alguns programas, farmacêuticos, dentistas e educadores físicos.

Segundo Assunção e Ursine (2008) o processo de adesão ao tratamento de doença crônica compreende três estágios. Primeiramente é necessária a concordância do paciente com a proposta de tratamento, de acordo com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. No segundo estágio, temos a transição entre os cuidados prestados pelos profissionais e os cuidados realizados em casa pelo cliente e seus familiares, sob a supervisão da equipe, o que exige grande disciplina e participação. No terceiro estágio, tem-se a manutenção, ou seja, quando o cliente incorpora o tratamento ao seu estilo de vida, demonstrando a mudança de comportamento e entendendo essa mudança como real e necessária.

2.2 A família e o cuidado familiar.

O indivíduo quando descobre ser portador da doença renal crônica deve arcar com todos os seus cuidados, sendo direcionado pelos serviços de saúde. Entretanto, como o controle da doença é constante e não existe cura, o indivíduo pode ficar mais suscetível a desistência do tratamento. A presença da família como principal rede de contato tende a ser aliada tanto dos profissionais quanto do próprio doente na construção e execução desses cuidados.

Ao longo do tempo, várias modificações ocorreram no cenário familiar. Dentre essas alterações surgiram novas funções como as funções de relação e de saúde. Constituem-se e mantêm-se famílias mais por razões de relação de afeto, mas, quando necessário a família acaba desempenhando importante papel no atendimento as necessidades básicas. A família intervém interativamente na promoção da saúde e na prestação de cuidados aos seus membros (LOURO, 2009).

A família apresenta-se como um sistema composto de vínculos afetivos, sociais e econômicos, os quais compõem uma dinâmica específica. Tal dinâmica é passível de mudanças em diversos momentos da vida desses membros, exigindo dos mesmos, estratégias capazes de reequilibrar certas situações (SILVA *et al*, 2010).

A unidade familiar é o primeiro grupo da sociedade no qual o indivíduo se insere, sendo reconhecida como a primeira instituição responsável pela socialização e desenvolvimento individual, bem como pela formação de papéis no seio familiar. Estes papéis são assumidos em graus diferenciados a cada geração, com a finalidade de manter e desenvolver a família. A família produz ações de cuidado de uns para com os outros, sendo a primeira instância de atendimento à saúde de seus integrantes (MONTEFUSCO; BACHION, 2011).

Embora a família sofra imensamente com o adoecimento de um de seus membros, é esperado dela forças estruturais para conter-se e apoiar o familiar doente. A maioria das famílias acaba respondendo bem a essa nova contingência, mas podem ser observadas reações familiares não cooperativas (MONTEFUSCO; BACHION, 2011).

É na família que há o mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio afetivo e de saúde se faz necessário e pertinente. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o doente fica exposto a complicações que vão influenciar vários aspectos tanto físicos como psíquicos ou sociais (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

A situação de doença na família gera um processo de transformação que implica reorganização e adoção de estratégias de enfrentamento que levem ao cuidado. Estas estratégias são definidas como ações e pensamentos utilizados para lidar com os desgastes e estresses provenientes da doença e suas consequências (MILIONI *et al*, 2011).

No que se refere aos “cuidados da saúde” pode-se dizer que estes têm sido tradicionalmente entendidos de um modo limitado. De modo predominante, as definições se restringem a dar ênfase a ações que se desenrolam a partir da ação técnica dos profissionais do setor da saúde. No entanto, uma observação mais criteriosa nos leva a perceber que os "cuidados da saúde" são produzidos também por uma rede informal, representada especialmente pela família (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

E é no contexto familiar que são desenvolvidas diversas ações que contribuem para o cuidado, onde ocorrem as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros,

aprendizagem da cultura alimentar e nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas) (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Assumir a prestação de cuidados de uma pessoa dependente é uma decisão complexa, que envolve variáveis econômicas, culturais e sociais designadamente padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, concepções de vida, história de cada indivíduo, noção de dever, sentimentos de gratidão ou, simplesmente, o receio da censura do grupo ou da sociedade (LOURO, 2009).

O cuidado é visto como a satisfação da necessidade do outro e pode ser produzido por duas modalidades distintas: incentivando o doente a recuperar sua autonomia; nesse caso, as atitudes de incentivo à autonomia e facilitação da participação do doente nas decisões, reconhecendo-o como sujeito de sua saúde ou o cuidado pode apresentar-se na modalidade não estimulando a autonomia do doente, através de atitudes de superproteção que dificultam o processo de reabilitação (BOCCHI, 2004). Este se torna, então, desafiador, porém necessário no contexto da enfermidade crônica, gerando, infelizmente, uma carga familiar traduzida pelas dificuldades e desafios experienciados com a cronicidade (PINTO; NATIONS, 2012).

O cuidado envolve sentimentos para com o outro. Esses sentimentos englobam aspectos expressivos ou emocionais do cuidar, que exigem o desenvolvimento da conscientização do cuidador sobre seu papel e a valorização da individualidade própria. O cuidado representa uma atitude de receptividade, a qual é respondida e requerida pelo ser recebedor de cuidado, o que envolve comprometimento, aceitação e presença autêntica (FABER *et al.*, 2012).

A presença da família pode oferecer apoio, discutir cuidados e ampliar a motivação ao tratamento. Os laços de afetividade que marcam a estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento dos seus entes em qualquer situação (SILVA *et al.*, 2009).

O cuidado na família deve ser visto como parte do processo de atenção à saúde e como tal merece mais atenção, desenvolvimento teórico e novas investigações. A autoatenção e o cuidado familiar preservam as condições de saúde do doente, bem como facilitam a reconstrução identitária marcada pelo processo de adoecer. O cuidado pode ser visto como resposta que envolve a atenção à doença e atenção ao doente. O cuidado como autoatenção se apresenta como “ação dirigida a assegurar a reprodução biológica e social de um enfermo crônico”, incluindo o nível individual, familiar e comunitário (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

A aproximação da família com a equipe de saúde é benéfica na perspectiva de envolvê-las com o tratamento, o que possibilita uma assistência direcionada às necessidades da pessoa com DRC em tratamento conservador, estimulando uma adesão efetiva ao tratamento e ao cuidado de si (ROSO, 2012).

Os cuidados prestados pela família devem integrar as diversas dimensões que deem resposta às diferentes necessidades da pessoa dependente. Prestar cuidados impõe à família a necessidade de adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e suporte que lhes permita enfrentar as tarefas do cuidar com capacidade e motivação para responder aos desafios de saúde apresentados pela doença e pelo doente que sofre diante dos cuidados estabelecidos (LOURO, 2009).

Para identificar o cuidado familiar, o enfermeiro deve ter conhecimento acerca do universo familiar, pois cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro. Por essa razão, é preciso ouvir e ter sensibilidade para buscar e investigar o que pode estar implícito (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Diante da doença, é importante que a família também tenha apoio e auxílio. Para que a nova dinâmica familiar se estabeleça, faz-se necessário contar com uma rede de ajuda. Essa rede pode ser constituída pelos próprios familiares, amigos e profissionais de saúde, como estratégia durante esse advento (SCHULTZ, 2007).

2.3 Políticas públicas sobre Doença Renal Crônica.

Ao fazer o levantamento acerca das políticas públicas, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da lei 8080/90, o que se configura como um marco da evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil. Com essa lei, a saúde passa a ser um direito de todos, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Para isso, a lei prevê a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Já em 2006, com a Portaria 648 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, inserção sociocultural e busca a

promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e redução de danos que comprometem o viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Em 2011, foi aprovada nova Portaria, a 2488 que revoga a então Portaria 648 e acrescenta novos princípios: a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social e dá outras providências que ampliam o papel da Atenção Básica no cenário da saúde (BRASIL, 2011).

A PNAB respalda as ações realizadas pela Estratégia de Saúde da Família, a qual incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser baseada no trabalho em equipe (BRASIL, 2001).

Na ótica da ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que interferem na saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê compreensão da relação e dinâmica familiar, seu funcionamento, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2001).

Essas duas políticas são de âmbito mais geral e caracterizam as formas de assistência em que o DRC deve estar inserido. O SUS fornece atendimento aos clientes do Sistema e a PNAB veio reforçar essas ações, com ampliações na área básica de atendimento, com a proposta de atuação mais próxima do cliente, no seu local de moradia e no contexto onde está inserido.

Considerando a importância epidemiológica das doenças renais e da insuficiência renal crônica no Brasil, instituiu-se a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, através da Portaria 1168/2004. Entre outras atribuições, resolve-se: Ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso; Amplia a cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

Além disso, essa portaria mostra como deve ser o atendimento em cada seguimento da saúde. Na atenção primária, são traçadas as seguintes medidas: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível.

Recentemente, no ano de 2014, o Secretário de Atenção à Saúde tornou pública, nos termos do artigo 34, Decreto 4176, de 28 de março de 2002, minuta de Portaria que aprova na forma de Anexo as Diretrizes clínicas para o cuidado ao cliente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde. O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico.

Essas políticas são de grande valia, pois ampliam e garantem o direito do cliente aos serviços de saúde. Todavia, é necessário fiscalizar se esses direitos previstos na lei estão sendo garantidos para que haja aplicabilidade das ações de saúde.

2.4 Assistência de Enfermagem ao Doente Renal Crônico no contexto da Atenção Primária.

Segundo Duarte, Ferreira e Lisboa (2012), o cuidado de enfermagem resulta da ação de enfermagem. No seu processo de trabalho, esta ação se materializa no cuidado do ser humano (cliente da enfermagem). Portanto, seu objetivo é a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação da saúde, sendo considerado como a função precípua do enfermeiro, além da prevenção de agravos que ocorre quando um indivíduo está, por exemplo, em uma condição crônica. Na enfermagem, o cuidado é realizado no encontro entre quem o realiza e quem o recebe. A sua prática é singular e se dá no próprio ato.

O enfermeiro deve atuar não apenas na prevenção da doença renal crônica, mas também participar desse cenário quando a doença já está instalada. O enfermeiro deve prestar apoio ao doente, além de explicar o tratamento e incentivar as práticas não medicamentosas como complementares para o controle efetivo dessas doenças. Ao assumir o cuidado, o enfermeiro deve diferenciar o que é objetivo para si e a situação real em que vivem essas pessoas, considerando fatores culturais, sociais e psicológicos nas condutas expressas, que demanda atenção profissional (FREITAS; MENDES, 2007).

É importante compreender como essas pessoas conseguem produzir saúde e para isso é preciso examinar os processos vivenciados em outro nível, o da rede de suporte social, incluindo os serviços de saúde, a família extensa, os amigos e outros recursos formais e informais. Da mesma forma, é preciso levar em conta a capacidade das pessoas

de aceitar ajuda no exercício de seus diferentes papéis e funções. Assim, o enfermeiro na atenção primária deve observar a família como potencial participante do processo de cuidado, a qual deve ser apoiada pelo enfermeiro e a equipe de saúde no enfrentamento das adversidades (SILVA, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica traz como uma das atribuições específicas do enfermeiro a realização da atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, na infância e adolescência, idade adulta e na terceira idade (BRASIL, 2011).

Uma premissa importante é valorizar o cuidar humanizado já que este é indispensável ao enfermeiro, que deve ir além da doença em questão e tratar o cliente não como um mero objeto do processo de cuidar, visto que, como profissional, precisa transcender o cuidado propriamente dito, apresentar a capacidade de compreensão de quem é esse cliente para depois implementar o cuidado. A implementação das ações do cuidado no dia-a-dia do enfermeiro implica, também, perceber o cliente como um ser total, respeitar seus valores, crenças, sentimentos, emoções, e não apenas considerar o aspecto biológico (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

O enfermeiro pode atuar na promoção da saúde para as pessoas com DRC de acordo com as necessidades da população, tendo em vista que é preciso detectar grupos de risco, orientar e apontar caminhos para o enfrentamento e adaptação ao novo estilo de vida e sua condição de saúde (MALDANER *et al.*, 2008).

O enfermeiro, ao cuidar de pessoas com DRC, deve estar atento para as complicações da doença e os estresses e ansiedades que envolvem essa condição. Promover e encorajar o cuidado por meio da educação em saúde é um dos passos para a assistência, na perspectiva de reduzir a baixa autoestima relacionada com a evolução do tratamento (SMELTZER; BARE, 2005).

Além disso, o enfermeiro, como membro da equipe, desempenha papel fundamental no tratamento conservador. A consulta de enfermagem é uma importante estratégia para proporcionar maior adesão ao uso de medicamentos, estimulando o cuidado de si e hábitos de vida saudáveis, evitando possíveis complicações (ROSO, 2012).

Nesta perspectiva, cabe então ao enfermeiro na atenção primária não só orientar o cliente no seu próprio cuidado, mas também a família como agente deste cuidar e, portanto como cliente e coadjuvante das ações de enfermagem. Milioni e outros (2011)

referem que em situações crônicas de saúde, o enfermeiro atua na avaliação das vivências propondo intervenções para aumentar a qualidade de vida, estreitar mecanismo de enfrentamento, manter o bem-estar e promover a saúde da família, além de treinar esta família para o cuidado e esclarecer possíveis dúvidas.

Os cuidados de enfermagem devem se desenvolver a partir da colaboração do enfermeiro com a família e com a pessoa a cuidar. Uma colaboração onde a família funcione como cliente, contexto, sistema ou componente da sociedade (HANSON, 2005).

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Esta abordagem permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade tornando-as inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tanto no advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

Na pesquisa qualitativa, há o envolvimento entre pesquisador e participantes da pesquisa e assumem uma condição de aprofundamento da relação intersubjetiva. A pesquisa busca, nas falas dos atores sociais, compreender uma realidade posta por eles.

Segundo Gil (2006) as exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema levantado, e as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2 Local de Estudo.

O local do estudo foi o Ambulatório de Doença Renal Crônica de um Hospital Universitário situado na cidade do Rio de Janeiro. O ambulatório é referência para a rede pública de atenção à saúde – unidades básicas, serviços de pronto-atendimento e emergências.

O local foi escolhido por ser referência em tratamento conservador na cidade do Rio de Janeiro oportunizando se chegar aos clientes renais crônicos para que a partir deste fosse possível discutir o cuidado familiar na perspectiva da atenção primária a saúde.

3.3 Participantes do Estudo.

Foram incluídos na pesquisa 40 indivíduos portadores de doença renal crônica, nos estágios 1 ao 4 da doença, com acompanhamento no ambulatório, que conviviam com familiares e maiores de 18 anos, independente do sexo e do tempo de diagnóstico. O critério de exclusão foi aplicado aos que se encontravam no último estágio da doença momento em que é previsto a realização de Terapias Renais Substitutivas.

A escolha dos estágios 1 ao 4 foi realizada com base nos objetivos do tratamento da DRC que é de retardar ou interromper a evolução da doença (ROMÃO JÚNIOR, 2004). E que é possível o acompanhamento dos clientes no contexto da atenção primária, a exemplo na Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, pretendeu-se investigar os indivíduos que ainda estavam em estágios precoces para entender como a família é vista nesse processo e como se dá a participação desta no controle da doença renal de seu familiar.

Os participantes foram abordados de forma aleatória, conforme chegavam para atendimento no ambulatório e foram convidados a participar da pesquisa. Com o aceite realizou-se a coleta dos dados.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário contendo perguntas para a caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que abordou a percepção dos participantes acerca do cuidado familiar bem como os fatores facilitadores para este cuidado e aqueles que na percepção do participante fossem fatores que dificultavam o cuidado familiar.

3.5 Coleta de Dados.

Antes da coleta de dados propriamente dita, realizou-se visita ao cenário para avaliação das condições disponíveis para realização da pesquisa com apresentação dos objetivos da pesquisa e solicitada autorização do coordenador do Ambulatório para realização do estudo (APÊNDICE B). Nesse momento, avaliou-se a possibilidade de uso de salas para entrevista, dias e horários disponíveis, além da identificação dos participantes da pesquisa.

Os participantes da pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão foram contatados quando na sala de espera, anteriormente ao atendimento no ambulatório, sendo apresentado aos objetivos da pesquisa e realizado o convite para a participação. Com o aceite, a coleta de dados foi realizada em uma sala do ambulatório que não havia atendimento no momento, no período de 17 de março a 19 de maio de 2014. Previamente, era comunicado a enfermeira que o cliente estaria realizando a entrevista, de forma que ele não fosse prejudicado.

Dos 40 participantes, 18 estavam acompanhados por familiares, principalmente entre os que tinham mais tempo de diagnóstico, idosos e os que possuíam alguma dificuldade locomotiva.

Como é necessário um ambiente neutro, apenas o cliente foi convidado a entrar na sala para realização da entrevista afastando qualquer tipo de influência durante as respostas. Foram entrevistadas 42 pessoas, entretanto 02 formulários foram excluídos, porque o familiar não quis se ausentar da sala. A entrevista foi feita, mas posteriormente excluída. Os outros 18 acompanhantes permaneceram na sala de espera no momento da entrevista.

Antes da coleta dos dados foi concedido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C) sendo assinado como forma de autorização para participação da pesquisa. Foi entregue uma cópia aos participantes do estudo e uma ficou com o pesquisador.

Para registrar as entrevistas foi utilizado um aparelho gravador mp4, com objetivo de facilitar a leitura e evitar perda dos dados para posteriormente avaliar os significados obtidos através dos depoimentos dos participantes.

A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

3.6 Análise dos Dados e Discussão dos Resultados.

As informações oriundas das entrevistas foram apresentadas de modo descritivo e analisadas pela análise de conteúdo temática. Esta técnica pressupõe as etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2010).

A pré-análise constituiu na organização do material coletado nas entrevistas, iniciando-se pela transcrição dos depoimentos. Em seguida, o material foi submetido a leituras sucessivas, a fim de dar visibilidade aos trechos que apresentavam conteúdos significativos e similares.

A fase exploratória realizada através do agrupamento do material produzido em recortes das falas, pautando-se nas suas semelhanças e características comuns. Isso possibilitou a criação de núcleos de significação. Para Bardin (2010) uma análise temática consiste em descobrir *“os núcleos do sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”*. A seguir, foram identificadas as categorias temáticas cujo teor

conduziu a elucidação da problemática, indo ao encontro dos objetivos propostos, sendo analisada a luz do referencial teórico.

Após leitura minuciosa de cada depoimento, emergiram quatro categorias conceituais de análise: Participação familiar no cuidado ao cliente renal crônico; As facilidades e dificuldades percebidas no cuidado familiar; A caracterização do cuidado prestado; A relação do cliente com o cuidado institucional.

3.7 Aspectos Éticos.

A questão ética foi obedecida, garantindo o anonimato dos participantes, bem como a possibilidade que os mesmos desistissem em qualquer fase do estudo, ou se recusassem a participar do mesmo, o que não aconteceu. Para garantir o anonimato os participantes foram identificados pela letra E de entrevistado e por número em ordem sequencial ao da realização das entrevistas (E1, E2...). O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo numero 468.501. Antes da coleta de dados foi lido e entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), e no mesmo momento solicitado a permissão para a gravação da entrevista, conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Os participantes do estudo foram esclarecidos que poderiam se retirar do estudo no momento que quiserem e não teriam prejuízo no atendimento às suas necessidades bem como não teriam custos e nem receberiam remuneração para participar do estudo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e publicados em periódicos sendo preservados todos os princípios éticos previstos na Resolução do CNS e o material produzido na coleta de dados ficará sob a responsabilidade da autora e após o período de cinco anos será descartado.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cotidiano das pessoas com DRC em tratamento conservador é permeado de possibilidades, limites e desafios constantes, que repercutem no modo de viver de cada um. Entende-se por cotidiano o dia a dia das pessoas, desde o levantar-se, ir ao trabalho, estudar, alimentar-se, enfim, a vida diária em seu local de inserção no mundo, incluindo a convivência com a família e o contexto onde está inserido como influenciadores do cuidado (BEZERRA; SANTOS, 2008).

Entende-se que determinadas características sociodemográficas podem de alguma forma interferir na percepção dos sujeitos acerca do cuidado familiar. Neste sentido a seguir está apresentado o perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo, que no decorrer das categorias será resgatado para fomentar as discussões.

TABELA 4. Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2014 (n=40).

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	17	42,5
Masculino	23	57,5
Idade		
De 21 a 45 anos	18	45
De 46 a 65 anos	18	45
> de 65 anos	04	10
Escolaridade		
Analfabeto	03	7,5
Ensino Fundamental Incompleto	19	47,5
Ensino Fundamental Completo	09	22,5
Ensino Médio Incompleto	07	17,5
Ensino Médio Completo	01	2,5
Ensino Superior Incompleto	01	2,5
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo ¹	11	27,5
De 2 a 3 salários mínimos	18	45
De 3 a 4 salários mínimos	11	27,5
Reside com		
Cônjuge e filhos	14	35
Cônjuge	7	17,5
Filhos	7	17,5
Pais e irmãos	6	15
Outra composição familiar	5	12,5
Amigos	1	2,5
Estado Civil		
Casado	25	62,5
Solteiro	6	15
Divorciado	5	12,5
Viúvo	4	10

¹ Salário mínimo regional equivalente a R\$ 763,14 no ano de realização do estudo

A Tabela 1 nos permite verificar que 57,5% (23) eram do sexo masculino e 42,5% (17) do sexo feminino. De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no ano de 2013, a distribuição dos clientes era de 58% do sexo masculino e 42% do sexo feminino, mantendo a média dos dois últimos anos, o que corrobora com o resultado encontrado pelo estudo. Em estudo realizado em Ribeirão Preto, os percentuais corroboram com os encontrados, com taxas de 60% para clientes do sexo masculino e 40% para o sexo feminino (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

Quanto à idade, o estudo apontou percentual de 45% em indivíduos com até 45 anos, 45% até os 65 anos e taxa de 10% em idosos, o que difere do que foi divulgado pela SBN (2013) que apresentava 31,4% entre os que estavam acima de 65 anos.

Em relação à escolaridade, 7,5% (3) dos participantes não eram alfabetizados, 47,5% (19) tinham o ensino fundamental incompleto, 22,5% (9) tinham o ensino fundamental completo, 17,5% (7) tinham o ensino médio incompleto, 2,5% (1) tinha o ensino médio completo e 2,5% (1) tinha o ensino superior incompleto. Os dados desvelam que a maioria dos entrevistados possui pouco grau de instrução, o que infere maior grau de dependência. Esta característica é de extrema importância no que tange a educação em saúde, que tem sido explorada na abordagem do cliente renal crônico em tratamento conservador, pois o grau de escolaridade influencia diretamente no processo ensino-aprendizagem entre profissional da saúde e cliente (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006).

Das pessoas entrevistadas, 62,5% (25) eram casadas, 15% (6) solteiras, 12,5% (5) divorciadas e 10% (4) viúvas. A maioria residia somente com o cônjuge ou juntamente com os filhos, totalizando 52,5% (21), 17,5% (7) residia (m) somente com o(s) filho(s), 15% (6) com os pais e irmãos, 2,5% (1) considerava como familiar os amigos que residem com ele e 12,5% (5) totalizam os que tinham outra composição familiar como cunhados, primos, tios ou avós. Esse achado também foi encontrado em estudo recente, que apresenta a totalidade das pessoas residindo com algum familiar, citado pelos autores como aspecto positivo no cuidado (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

Quanto à renda, a maioria possuía renda familiar que variava de 2 a 3 salários mínimos, a qual não é adequada para suprir todas as necessidades alimentares, medicamentosas e ainda quitar contas pelo uso de serviços de luz, água e outros. Dessa forma, é importante que o profissional saiba a realidade onde está inserido o cliente para orientações que possam ser atendidas de fato, sem prejuízos para o cliente e sua família.

Entende-se que tal realidade influencia na atenção a saúde, uma vez que a privação dos usuários aos serviços básicos terá um grande impacto, considerando-se sua importância na qualidade de vida da população (ASSIS *et al*, 2010).

Tabela 5 – Perfil dos entrevistados relacionado às características da DRC, Rio de Janeiro, 2014 (n=40).

Variáveis	N	%
Doenças de base		
HAS	14	35
HAS e DM	11	27,5
DM	8	20
Desconhece	4	10
Outros	3	7,5
Estágio da DRC		
Um	4	10
Dois	9	22,5
Três	12	30
Quatro	15	37,5
Tempo de diagnóstico		
< 1 ano	1	2,5
De 1 a 5 anos	25	62,5
De 6 a 10 anos	10	25
De 11 a 20 anos	3	7,5
> 20 anos	1	2,5

As doenças de base mais frequentes foram a HAS e o DM, totalizando 82,5% (33) dos casos. Esses dados corroboram com o encontrado na literatura que apresenta a frequência de HAS em 35% e de DM em 30% dos casos (SBN, 2013). A HAS e a função renal estão relacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal. A HAS está presente na maioria das doenças renais, principalmente nas glomerulopatias e na nefropatia diabética. O principal mecanismo da HAS na DRC é relacionado com a perda progressiva da capacidade renal de excretar sódio, resultando em sobrecarga salina e de volume (BORTOLOTTI, 2008).

Um fator a se considerar é que a progressão do diabetes mellitus, em longo prazo, leva à complicações que envolvem vários órgãos, denominadas complicações micro e macrovasculares, ou seja, nefropatias, retinopatias, neuropatias e complicações cardiovasculares, que impõem cuidado de enfermagem alicerçado na abordagem integral à pessoa com diabetes (TEIXEIRA; ZANETTI; PEREIRA, 2009).

A DRC é uma doença lenta e progressiva, mas com a detecção precoce e condutas de tratamento adequadas é possível retardar a sua progressão. Em pessoas hipertensas e diabéticas ou com histórico familiar de doença renal crônica, existe maior probabilidade de desenvolvimento da doença (ROMÃO JUNIOR, 2004).

O tempo de diagnóstico variou de 4 meses à 25 anos e foram encontradas pessoas em todos os estágios da doença. A maior prevalência foi encontrada nos estágios três e quatro, totalizando 67,5%. Somando-se a isso, o estudo evidenciou que o tempo de diagnóstico foi maior entre 1 a 5 anos, o que infere a procura pelo atendimento apenas com sinais da doença avançados, com início tardio no tratamento conservador.

Outro dado relevante é o quanto o tratamento conservador pode adiar o início de terapias renais substitutivas, o que aumenta a sobrevida do cliente renal. O estudo revelou casos acima de 10 anos que permanecem em tratamento conservador. Fonseca (2013) afirma que os que fazem tratamento prévio com acompanhamento multidisciplinar tem em média taxa de sobrevida de 5 anos em comparação com os doentes que iniciam o tratamento com urgência.

4.1 Participação familiar no cuidado ao cliente renal crônico.

A família se concretiza na perspectiva do cliente a ser cuidado como foco real de atenção, não é objeto direto do cuidado, mas tem papéis a desempenhar, com deveres e responsabilidades para com o indivíduo e para isso necessita de orientação e treinamento da equipe de saúde (RIBEIRO, 2004).

A percepção do cuidado prestado pelos familiares foi balizada a partir de suas experiências compartilhadas no dia-a-dia:

Eu acho o cuidado essencial, eles sempre me apóiam (E1).

Acho importante, senão eu já tinha morrido (E7).

Eu acho bom, mas meu marido e meu filho não sabem como ajudar, a consulta aqui [ambulatório] é muito rápida, é muita gente, não dá pra saber de tudo, tem dúvidas que ficam (E22).

Me ajuda muito (E39).

Eu gosto, mas sinto que eles [familiares] ficam muito perdidos com a falta de informação, minha mulher às vezes não sabe o que fazer (E40).

A participação familiar foi considerada como positiva no cuidado e atendimento das suas necessidades. As ideias trazidas nos remetem a importância do cuidado familiar para condução do tratamento de forma a contribuir e de superar o sofrimento causado pela doença.

A família é uma instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social a seus membros. A doença influencia o comportamento do indivíduo enfermo bem como

de todos os membros da família, podendo ter um efeito positivo, aproximando-os, oportunizando maior valorização ou determinando novas prioridades para suas vidas (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008).

As falas indicam que há uma relação dos cuidados familiares com sua recuperação e manutenção do bem-estar e que sem eles seria mais difícil superar a doença, o que nos permite inferir que a participação familiar como um estímulo positivo, uma força que o estimula a viver.

Quando o familiar participa do cuidado, a conduta pode ser dificultada pela falta de conhecimento e informações não norteadas pelas instituições de saúde, como dito pelos entrevistados. As dúvidas devem ser valorizadas e precisam de atenção imediata por parte do enfermeiro ou outro profissional de saúde, a fim de evitar agravos.

Além disso, nessa inclusão da família no tratamento, deve ser estimada uma assistência de acordo com as necessidades de cada indivíduo, considerando inclusive a escolaridade que, no estudo, apresentou taxa de 55% entre analfabetos e com ensino fundamental incompleto.

A experiência do adoecimento associa significados às vivências e a perspectiva de vida revela valores e crenças compartilhados socialmente e na vida em família (RODRIGUES; NAKAHATA, 2012).

Estudo realizado no Ceará apresenta resultados positivos acerca da participação familiar no cuidado, mas ressalta que esses dados ainda são pouco explorados em adultos. Nesse mesmo estudo, feito com adolescentes em situação de doença renal crônica, o cuidado familiar é apresentado como essencial e valorizado pelos adolescentes que atribuem grande parte do controle da doença pelos cuidados executados pela família (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008).

Essa dificuldade do manejo da doença pelos familiares devido a carência de informações mais detalhadas a respeito do tratamento pode ser sanada através dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para atendimento nas unidades ou mesmo no domicílio, caso haja necessidade.

Enfatiza-se aqui que compete aos pontos de atenção da Atenção Básica a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no Sistema Único de Saúde e mais recentemente, publicado na Portaria 389/14. O estágio 4 também deve ser atendido na Atenção Básica com apoio matricial da atenção especializada ambulatorial.

O enfermeiro da ESF possui atribuições na promoção de ações de educação para a saúde junto aos familiares, capacitando-os para o cuidado com o seu familiar renal crônico. É importante que o profissional de saúde conheça o suporte familiar existente e após isso, aplique estratégias para melhor interação, como as visitas domiciliares, a educação em saúde (como prática de fortalecimento, participação e autonomia) e o acolhimento e faça uso de instrumentos que permitam o reconhecimento das características familiares como um todo, tais como o uso do genograma e do ecomapa (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

O genograma é um instrumento utilizado para detalhar a estrutura e o histórico familiar nas diferentes gerações, ao passo que, no ecomapa é feito um diagrama das relações entre família e comunidade, o que auxilia na avaliação das famílias cadastradas.

Ao adotar essa concepção, o profissional além de assegurar a participação da família na definição e no planejamento da assistência, passa a atuar com vistas a instrumentalizá-la para tomar decisões relacionadas com a doença. Esse processo envolve informar, discutir, compartilhar e negociar os aspectos interferentes na questão de ser/estar saudável, bem como ações e estratégias que contribuam para reverter, quando necessário a situação encontrada (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

O vínculo com o indivíduo e a família e a proximidade do local de moradia são importantes aspectos que devem ser trabalhados pelos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro que possui em sua formação importante papel educador. Pesquisa realizada no Chile concluiu, dentre outros aspectos, que as ações educativas precisam estar vinculadas a realidade das famílias atendidas, respeitando os saberes e práticas já conhecidos por estas e deve ser vislumbrada como ferramenta valiosa (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Outros relatos também remetiam a participação da família como essencial na administração do cuidado:

Se fosse só eu nem sei como seria, é muita coisa o tratamento, melhor com eles [familiares] (E4).

Isso que me mantém, eu não dou conta porque é muita coisa, 24 horas por dia (E19).

Acho que não tem como dar conta de tudo sem alguém te ajudando, influencia no tratamento, melhor se for da família, mas se não tiver pode ser outra pessoa que ajude (E30).

Os entrevistados destacam a importância da ajuda prestada durante o tratamento, não especificando necessariamente a família, mas alguém que se preocupe com o doente e com a manutenção do tratamento corretamente.

Os depoimentos referidos nos desvelam a importância da família devido à quantidade excessiva de eventos a serem executados para o controle da doença, de forma constante e ininterrupta. Sabe-se que as dificuldades são prolongadas e ocasionadas pela doença e compartilhar o cuidado pode ser uma estratégia que visa atender às necessidades de cada pessoa (ROSO, 2012).

A participação familiar é de grande valia de acordo com as falas dos entrevistados. Nas doenças crônicas é imprescindível que esse apoio seja contínuo devido o curso duradouro da doença e as passagens para os estágios subsequentes, o que exige novos cuidados e possíveis adaptações. Destaca-se a importância desse familiar ser inserido precocemente no cuidado, o que facilitará posteriormente a sua inserção na realização de terapias renais substitutivas, como a realização de hemodiálise e dialise peritoneal, as quais substituem a função dos rins posteriormente ao tratamento conservador e garantem a sobrevivência do cliente.

Como relacionado, as pessoas entrevistadas corresponderam o cuidado familiar como um auxílio importante na doença renal crônica. Todavia, alguns entrevistados percebem esse cuidado de forma excessiva:

Acho exagerado, eles acham que eu tô morrendo (E12).

Tem horas que acho bom, mas nem sempre, muita gente em cima também cansa (E26).

Os relatos demonstram insatisfação com os excessos cometidos pelos familiares. É importante destacar que o doente renal crônico deve ser sujeito principal do seu cuidado e que sua opinião acerca do tratamento merece atenção por parte da família ou equipe de saúde.

Segundo Pacheco e Santos (2005) o cliente tem o direito de ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos e sua escolha deve ser livre, a partir do que é orientado pelos profissionais. Dessa forma, todo tipo de apoio sobre o tratamento deve respeitar os limites apresentados pelo cliente.

Além disso, é importante entender o modo como estes conduzem e entendem o processo saúde-doença e como consideram saúde, qualidade de vida e autonomia de

forma a compreender as perspectivas do que seja viver saudável mesmo sendo portador de determinada condição crônica de saúde (MALHEIRO; ARRUDA, 2012).

Araújo, Pereira e Anjos (2009) destacam que quando se consente que um paciente desempenhe sua autonomia, caracterizada por autodeterminação, respeitando sua capacidade de fazer as próprias escolhas e de governar as próprias ações sem coações, está se respeitando o agir segundo a sua própria vontade. Porém, convém lembrar que o agir segundo sua própria vontade dá-se em um cenário marcado pela vulnerabilidade.

Entende-se que o cliente deva ser ouvido e, respeitado seus limites e escolhas, garantindo também o autocuidado e a autonomia do doente renal crônico, conforme previsto no artigo 5º da Portaria 389/14, a qual define os critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (BRASIL, 2014).

O familiar deve intervir apenas se a decisão for prejudicar seu próprio tratamento. Nesse caso, o familiar deve sinalizar sobre tais acontecimentos para que a equipe possa atuar no reforço das orientações e tentar entender quais as dificuldades desse processo.

4.2 Fatores facilitadores e limitantes do cuidado familiar percebidos pelo cliente renal crônico.

Nessa categoria, procurou-se agrupar os fatores que caracterizavam o cuidado realizado pelo familiar aos doentes renais crônicos, de forma facilitadora ou limitante. Assim, constatou-se que como facilitador foram referidos fatores desde o auxílio com medicamentos e dieta, como o apoio psicológico frente a esse processo. Por outro lado, o maior limitador do cuidado prestado foi a falta de autonomia e o excesso de zelo, dito unanimemente pelos entrevistados.

Me ajuda com remédio e comida que é importante mas me atrapalha quando quer controlar a minha vida. Eu sei o que fazer (E1).

Eles me ajudam com as coisas, mas o exagero me atrapalha, queria que eles me dessem mais autonomia (E12).

O jeito dela [irmã] me incentivar e mostrar o lado bom me ajuda. Acho que me atrapalha ela querer fazer tudo por mim (E15).

Me atrapalha só ela [filha] ser mandona, sempre reclamo disso(E22).

Eleito como complicador do estabelecimento de ajuda pela família, a falta de autonomia e o excesso de controle acabam por desvalorizar o cuidado prestado, resultando em confusão na própria relação entre os membros e possíveis complicações no tratamento, caso o cliente adote o “tomar conta” como ofensa.

As falas evidenciam comportamentos de controle, exageros e o excesso de ordens em torno do cliente, que passa a ter suas vontades pouco assentidas. Esses comportamentos excessivos foram citados tanto por pessoas mais jovens quanto por pessoas mais idosas, não ocorrendo apenas em uma faixa etária específica. A falta de autonomia reflete na qualidade de vida, já que eles se sentem pouco reconhecidos na família como pessoas capacitadas para realizar escolhas, não se sentindo incluídos no seu tratamento (FLORES *et al*, 2010).

Torna-se essencial a ação educativa com o cliente, a fim de que ele possa descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, para não ser contrário ao seu estilo de vida e, enfim, conseguir conviver com a doença e com o tratamento. Para que as pessoas assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos, mesmo que o cuidado de si seja somado ao cuidado pelo familiar (SOUZA, 2004).

Dentro do cenário da Estratégia de Saúde da Família, é possível que o enfermeiro acompanhe esses conflitos e identifique as necessidades do cliente durante as consultas, intervindo também nas orientações a essa família. Mediar tais problemas mostra-se importante para manutenção do bem-estar no convívio entre os seus e melhor parceria no cuidado.

Para isso, é necessário que o profissional tenha uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto para construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2001).

Portanto, a intervenção para atender às necessidades do cliente deve estar fundamentada no ensino para o autocuidado, pois só assim essa pessoa se tornará independente e terá autonomia sobre o seu tratamento. Tal possibilidade se concretiza na orientação de enfermagem, conduzindo a pessoa à compreensão e aceitação dos cuidados feitos por ela ou por seus familiares, cuidados que são indispensáveis para manutenção

da situação de bem-estar, apesar das alterações que o acometem (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

É fundamental conceber o indivíduo como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser coparticipante no cuidado ofertado a ele, isto porque cada sujeito social tem certo grau de autogoverno, o qual deve ser entendido pelos familiares e profissionais.

Ressalta-se que o primeiro cliente a ser orientado pelo enfermeiro será o doente renal acerca das demandas de cuidado, estando a família apenas a contribuir com o fortalecimento dessas ações, participando do cuidado de forma complementar, sendo também orientada sem, contudo, agir de forma exagerada no atendimento as necessidades do familiar.

Quanto às necessidades de cuidado, o indivíduo com DRC precisa ser orientado sobre: a enfermidade em si e o seu tratamento, os riscos e benefícios associados a cada modalidade terapêutica, dieta, restrição hídrica, uso de medicamentos, controle da pressão arterial e glicemia. Essa orientação é fundamental para reduzir o estresse inicial, viabilizar o autocuidado, diminuir as intercorrências decorrentes do tratamento e aumentar a adesão ao esquema terapêutico (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Sendo a adesão do cliente com doença renal ao regime de tratamento um fator que interfere em sua qualidade de vida, o enfermeiro tem a responsabilidade de participar ativamente da implantação de programas educacionais que atendam à necessidade do indivíduo, englobando a família nesse processo, de conhecer o que está ocorrendo ou o que poderá ocorrer com a saúde, minimizando os agravos (SOUZA, 2004).

Ainda nessa questão, alguns clientes se manifestaram de outra forma, mostrando-se satisfeitos em relação ao cuidado, pouco queixosos quanto à relação familiar.

Me atrapalha na verdade a falta de tempo. No fundo vejo que querem ajudar, mas nem podem, fazem o que dá e quando dá (E36).

Eles [familiares] não me atrapalham, eu que devia cuidar deles (E24).

Eles não me atrapalham em nada. Na verdade nada mudou. A rotina é a mesma. Eu que cuido de tudo aqui (E29).

As falas demonstram que há uma relação familiar satisfatória, principalmente porque os clientes parecem não esperar algum tipo de cuidado familiar e lidam bem aos cuidados que porventura são apresentados.

É devido ressaltar que se trata de clientes do sexo feminino e que mesmo não sendo a maioria do estudo, tem-se essa concordância entre a maioria das entrevistadas mulheres (58%), constituindo o gênero como importante na visão do cuidado. As mulheres trazem consigo a responsabilidade do cuidado dos seus, da realização de atividades domésticas, organização do lar e administração da rotina diária de serviços. Nesses casos, como elas se apresentam como responsáveis pelo papel do cuidado, pouco esperam dos demais integrantes da família. Parecem bem na posição de ainda liderar a rotina do lar e não citam qualquer participação dos familiares no cuidado. Esse posicionamento é inapropriado, pois há sobrecarga do familiar, mesmo sabendo que este possui necessidades de cuidado já que vive agora uma situação nova, a qual é carregada de medos e inseguranças.

Guimarães (2009) mostra que o cuidado ainda é compreendido como um valor de predomínio feminino. No contexto familiar, a pessoa cuidadora geralmente se materializa na figura da mulher, que ao longo da história aprendeu a cuidar no convívio com outras mulheres da família ou grupo sociocultural.

Essa noção reforça o vínculo do cuidado em saúde como um atributo do feminino e acarreta dificuldades para a visibilidade do homem no contexto do cuidado, resultando em sobrecarga para a mulher que mesmo doente é designada como cuidadora do lar, da família e de todo seu tratamento.

Mesmo nesses casos devemos destacar a importância do enfermeiro no acompanhamento dessas famílias, principalmente na instrução dos cuidados que devem ser orientados a todos. Os familiares devem compreender que mesmo sem muita alteração da rotina, um membro da família carece de cuidados específicos e que a doença é de caráter crônico, sendo imprescindíveis as idas regulares nas consultas de acompanhamento e a realização dos exames.

Outros clientes quando questionados sobre os fatores facilitadores e os limitantes no cuidado citaram a indiferença, ou seja, o descuido com o outro.

Eles [familiares] não me vêem, eu não sei dessas coisas (E13).

Ele [cônjuge] não faz nada, então é invisível, nem cuida e nem descuida (E20).

Depois que tive depressão tudo mudou, eu até tentei suicídio duas vezes, hoje eles [cônjuge e filhos] me tratam bem, antes nem parecia que estava doente (E23)

Eles cuidam de mim agora, porque tive derrame. Antes vivia dizendo que tava doente e ninguém ligava (E31).

Hoje eu posso dizer que me ajuda a presença, o apoio, mais que tudo. Antes eu estava ali e ninguém me via [chora]. Isso foi assim que descobri. Aí tem uma amiga que é tipo psicóloga e ela descobriu que eu já estava em depressão, me levou no médico e estava mesmo. Ela veio e falou com todo mundo daqui de casa, eles mudaram... (E36).

As falas nos remetem a necessidade apresentada pelos clientes de um cuidado maior dedicado a si pelos familiares.

O enfermeiro deve atuar juntamente às famílias nas orientações e adaptações de uma rotina de cuidados. Não identificando mudanças nos familiares, o enfermeiro deve estar mais perto destes clientes reforçando a importância do tratamento para a sua sobrevivência.

Como há contato direto com o contexto de vida, é necessário orientá-los com base no que é observado, identificando possíveis dificuldades precocemente. O acompanhamento do tratamento conservador na atenção primária é ideal já que o enfermeiro pode utilizar das visitas domiciliares para acompanhar o cuidado familiar e realizar as intervenções necessárias mais próximas da realidade do cliente.

Por outro lado pode ser identificada a necessidade de cuidados de enfermagem aos familiares nas orientações de como lidar com a doença do familiar. O sucesso do enfermeiro que orienta o cuidado está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo (LACERDA, 2010).

Em todo momento, o objetivo da assistência é de auxiliar a família a identificar e sanar, se for possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e tomar decisões. O foco do cuidado deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma a atender as necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, na mobilização de recursos, promoção de apoio e crescimento (MARCON et al, 2009).

O desenvolvimento do cuidado exige que o enfermeiro se disponha e se prepare para o cuidado. Deste modo, é importante destacar atributos como a sensibilidade, maturidade, educação, saber entrar nos lares, saber conversar, ser flexível, criativo, ter objetivos de cuidado, entre outros (LACERDA, 2010).

As falas também trazem que só houve preocupação por parte da família após evento de doença associada como a depressão e o Acidente Vascular Cerebral, vulgo derrame. Como os primeiros estágios não caracterizam fortemente alterações físicas no portador da doença renal crônica é comum que os familiares pouco atentem para a necessidade de cuidado e colaboração. O doente passa a ver pouca importância no seu tratamento e os sentimentos de solidão e inutilidade acabam por colaborar no desenvolvimento de doenças como a depressão ou vontade de morrer, resultando em tentativas de suicídio.

A disponibilidade da família para o cuidado acontece somente após um evento de outra doença associada, o que faz a família perceber a necessidade de atenção e cuidado para aquele familiar doente. Enfatiza-se aqui que 82,5% dos participantes já possuem como comorbidades a HAS e o DM, o que aumenta o risco para o desenvolvimento de outras doenças.

A falta de cuidado com o familiar gera grande tristeza e isolamento. Muitas das vezes, pessoas externas ao contexto familiar que fazem diagnósticos de necessidades e de complicações no quadro clínico do cliente. Ou seja, os próprios familiares em meio a afazeres e outras preocupações, não conseguiram identificar alterações precisas que causassem o alerta para algum tipo de doença. É preciso manter-se atento, principalmente nas alterações do convívio, modificações nos sentimentos e quaisquer outros sinais que possam contribuir para fechar outro diagnóstico.

Pesquisa em São Paulo apontou grande associação de transtornos depressivos em indivíduos com condições médicas já instaladas anteriormente, principalmente em doenças de caráter crônico. Além da maior prevalência, a depressão aumenta a morbidade e a mortalidade da doença. Como consequência, têm-se piora da qualidade de vida, trazendo mais prejuízos para a saúde do cliente (FRAGUAS, 2009).

Com o estabelecimento de outro diagnóstico, a equipe de saúde da ESF, especialmente o enfermeiro, deve estar alerta a necessidade de novas orientações, atentar para o cliente e as suas dificuldades e trazer a família para participar do tratamento. Esse é o momento através do qual os familiares com o temor de perder um de seus membros, passam a se reorganizar para interagir no cuidado devendo a equipe estar pronta para organizar junto com o cliente um plano de cuidados necessários ao tratamento conservador.

4.3 A caracterização do cuidado prestado.

Quando questionados sobre os cuidados realizados pela família que são considerados essenciais, citaram diversos tipos, não somente relacionados à doença, mas levando em conta a saúde no seu conceito maior.

Bota roupa na corda, lava louças, isso que me ajuda. Esses cuidados são melhores que ficar me dando remédios (E5).

Ela (irmã) me ajuda na casa e com as crianças, tirou um peso de mim, também cozinha e me acompanha em tudo (E19).

Ela (esposa) faz de tudo, lava, passa, cozinha e me dá toda a atenção, não tem coisa melhor (E22).

Os entrevistados entendem que os cuidados com a doença são importantes, mas a sobrecarga com os cuidados domésticos e afazeres pessoais podem atrapalhar a condução do tratamento. Dessa forma, para eles o mais importante é o cuidado que não enfoca na doença, mas que cria outras possibilidades de servir e ajudar o doente renal crônico nesse processo.

É devido destacar que o doente renal crônico possui como esperado no processo de doença a fadiga, mesmo nas fases iniciais, o que resulta em dificuldade na realização de atividades diárias comuns. Dessa forma, a ajuda no cuidado em atividades diversas é de fato importante, levando-se em conta o cansaço extremo, advindo com a doença renal (RIBEIRO *et al*, 2008).

O processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN *et al*, 2011).

Assim, observa-se que os cuidados vão além da doença, são cuidados realizados para o bem - estar em casa, provendo a alimentação, tirando a sobrecarga do doente na realização de atividades domésticas, as quais também são necessárias para uma rotina saudável ao doente crônico.

Dalmolin (2011) traz no seu estudo o conceito de superar a ideia objetiva e assistencialista do conceito de saúde, a qual implica em abarcar a integralidade do

cuidado em saúde pela apreensão do ser humano como um ser integral e complexo, isto é, inserido em um contexto social contraditório e cheio de novas possibilidades.

No cuidado ao doente renal crônico menor de 18 anos, os estudos são claros quanto a cuidados específicos com a doença (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008). Já no cuidado ao adulto, além dos cuidados tradicionais, têm-se outras necessidades apresentadas, por isso, tem-se a importância de explorar esses dados para notoriedade do cuidado e entendimento que existem várias formas de cuidar, tal qual é ampla e abundante mediante as necessidades dos envolvidos.

Outros entrevistados falaram da modificação da rotina familiar e do empenho de alguns dos membros frente ao contexto da doença:

Meu marido aprendeu a fazer comidas que eu não gostava ficarem boas, porque eu preciso delas pra me manter mais saudável. Também passou a acordar mais cedo, antes de trabalhar só para caminhar comigo porque sabe que sozinha eu não consigo (E3).

Evitam comer o que eu não posso. Todo mundo come quase sem sal. Meu filho até parou de tomar refrigerante por causa de mim (E12).

Eles [filhos] não comem na minha frente o que eu não posso comer. Agora inventaram de pagar um plano de saúde bom pra mim, eu falo pra todo mundo que isso que é se preocupar, eles não têm muito dinheiro, mas não querem me perder (E28).

Nesses casos, vê-se nitidamente a doença sendo estendida aos familiares como o é ao membro familiar doente. A família passa a ter sua rotina modificada para auxiliar o tratamento e o tornar menos pesaroso para seu ente querido. A dificuldade imposta pelo tratamento conservador passa a ser dividida e por isso, tende a ser menos sentida pelo doente renal crônico.

Esse papel da família corrobora com estudo realizado no Ceará, o qual afirma que a família é valorizada frente os cuidados que presta. Os entrevistados afirmam que os cuidados familiares são responsáveis por sua recuperação e bem-estar e que sem eles seria mais difícil superar a doença, pois a participação familiar e suas ações resultam em um estímulo positivo (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008).

Em estudo recente, os autores defendem a tese de que a autoatenção e o cuidado familiar preservam as condições de saúde do doente, bem como facilitam a reconstrução identitária dificultada pelo processo de adoecer. O cuidado poderia ser de forma ampla

uma resposta que envolve a atenção à doença e atenção ao doente, conduzida pelo familiar, de forma a atenuar o enfrentamento da doença (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Evidencia-se assim o papel fundamental da família para o provimento de cuidados de saúde, seja de forma direta fornecendo cuidados em seu cotidiano, seja de forma mais indireta otimizando cuidados recebidos nos serviços de saúde através da adesão a suas prescrições e acompanhamento atento da evolução dos estados de saúde/doença (LIMA, 2014).

A família ao optar por adotar os cuidados prescritos para o doente renal passa a ter melhora na qualidade de vida dos seus membros. Para o doente renal crônico, as medidas de controle são essenciais para manter a sua sobrevivência. Em contrapartida, para os familiares, essas medidas são importantes já que norteiam uma vida mais saudável, com a inserção de novos grupos alimentares nas refeições e práticas de exercícios físicos, benéfico a todos os integrantes.

A família e os amigos influenciam tanto no controle da doença quanto ao seguimento do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercícios. Um estudo realizado em Cuiabá demonstrou que as pessoas com *Diabetes Mellitus*, que tiveram apoio adequado de amigos e familiares, aderiram melhor às condutas de autocuidado, corroborando com os resultados deste estudo (MATOS; MARUYAMA, 2010).

O cuidado perpassa inclusive na destinação de parte da renda dedicada para o pagamento de planos de saúde – mesmo com 72,5% possuindo renda familiar de até 3 salários mínimos – entendendo que o doente renal pode apresentar necessidade de atendimento imediato, em caso emergencial. Observa-se que a motivação apresentada pelos familiares em dispor de um plano de saúde é sentida pela entrevistada como uma forma de cuidado, de querer bem, o qual envolve o medo de perder.

Tal condição deve ser verificada pelo enfermeiro, o qual deve avaliar os meios de apoio do paciente e identificar as suas necessidades de assistência, no propósito de evitar complicações em longo prazo e a necessidade de atendimentos emergenciais. Diante disso, conhecer o contexto que o doente renal está inserido, identificar suas relações familiares se faz necessário para a boa qualidade do cuidado prestado (SANTOS *et al*, 2012).

Entre as condições de cuidado mais citadas pelos entrevistados, têm-se os cuidados com a alimentação e medicamentos:

Comida é com ela[mãe], ela também vê os remédios sempre (E1).

Cuidados com a comida e com os remédios, minha mãe fica em cima (E4).

Ela [mãe] tem muito cuidado com a comida mesmo (E15).

Ela [esposa] controla meus remédios e faz comida com pouco sal (E18).

O cuidado com a comida é essencial. Eu não sei direito mudar tudo de acordo com a doença (E20)

Acho que a ajuda com a alimentação é a melhor coisa, quando outra pessoa faz a comida já como tem que ser, é mais fácil da gente seguir direito. Se for por mim sozinha eu não consigo (E31).

A partir das falas, vê-se que as necessidades de cuidados mais assimilados pelo doente e sua família são os cuidados relativos à alimentação. Na maioria das vezes, o preparo da comida é destinado à outra pessoa, geralmente a mãe ou a esposa.

Os entrevistados não relacionaram as restrições da dieta como uma dificuldade e também não elucidaram no discurso a forma de modificação, a não ser a restrição sódica.

Porém, uma vez instalada a patologia renal a nutrição desempenha um papel central na avaliação e no tratamento dessa doença. A DRC, seja na fase pré-dialítica ou dialítica, impõe desafios clínicos diretamente ligados ao estado nutricional (SANTOS; PONTES, 2007).

O enfermeiro deve investigar a relação do doente renal com a comida e as dificuldades desse processo. Ao notar quaisquer necessidades que vão além das orientações de enfermagem quanto a dieta, deve encaminhar o cliente a nutricionista. A família apontada como sendo coparticipante do preparo da alimentação também deve ser orientada e conhecer as formas de substituições alimentares, conhecer os alimentos que devem ter seu consumo incentivado ou evitado.

Estudo feito em São Paulo, teve como resultado alto índice de inadequações no consumo alimentar, indicando que os pacientes não mantêm uma alimentação apropriada, como é recomendado para a doença de base. Um dos fatores que pode ter influenciado é a falta de acompanhamento nutricional adequado (SANTOS *et al*, 2013).

Quanto às medicações, é comum que outra pessoa também ajude devido ao horário, diferentes nomes, quantidades de medicações a serem administradas e doses. O cliente deve se organizar e se tiver dificuldade deve pedir orientações à equipe de saúde, principalmente ao profissional médico, o qual é responsável pela prescrição medicamentosa.

O curso da DRC se caracteriza pela ocorrência de várias complicações como a anemia, alterações do cálcio e fósforo, acidose metabólica, hipovitaminose D, entre outras e comorbidades como as doenças cardiovasculares, dislipidemia e diabetes que demandam o uso de múltiplos fármacos, favorecendo a ocorrência da polifarmácia e da interação medicamentosa. Nesses casos, destaca-se a necessidade de acompanhamento no reforço as orientações farmacológicas após consulta médica (BASTOS, 2014).

As ações que contemplam o incentivo, o apoio e o acompanhamento nas consultas também foram citadas como sendo aliados para o tratamento do doente renal crônico:

Ficam em cima, meu companheiro me incentiva e se preocupa muito e isso me ajuda bastante (E6).

Me leva na UPA [Unidade de Pronto Atendimento], me escuta, me ajuda muito (E8).

Ele me ajuda só quando eu peço, quando peço pra me levar nas consultas ele me leva sem problemas (E14).

Mais o incentivo, ele [cônjuge] diz que vai estar do meu lado pra tudo e eu sinto que isso me fortalece, porque às vezes eu quero desistir de tudo e eu luto tb por ele (E16).

Só quando eu peço, mas eles estão disponíveis, sempre parecem preocupados (E17).

Me apoia, me incentiva, dá força pra continuar, porque as vezes cansa (E27).

Eles sempre querem saber como eu tô, se preocupam e me dão total apoio (E35).

As falas nos mostram a importância que o cliente renal crônico dá a tais ações, que assim como os cuidados praticados de forma mais direta, de ordem física, o incentivo e o apoio emocional também o ajudam quando há vontade de desistir.

Bastos *et al*(2004) afirmam que o suporte psicológico é fundamental para amenizar o impacto, muitas vezes de cunho devastador que atinge o cliente, sobretudo após diagnóstico e início do tratamento.

Estudo recente apresentou como resultado um grande impacto na saúde emocional dos clientes renais crônicos. A DRC e seu tratamento podem causar a perda dos sonhos, mudança no estilo de vida, perda de eventuais escolhas, além do isolamento social e o sentimento ambíguo entre o medo de viver e morrer. A condição crônica e o tratamento são representados como grande fonte de estresse para o cliente. Dessa forma, faz-se imprescindível o apoio de pessoas queridas e familiares para o cliente sentir-se melhor (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

O cliente renal tendo que seguir uma rotina de tratamento contra uma doença crônica fica exposto aos mais diversos sentimentos que podem ocorrer, sendo o apoio familiar e o suporte emocional por profissionais imprescindível. A família deve sinalizar toda e qualquer alteração na dinâmica de seus membros, qualquer sinal de isolamento, funcionando como um importante elo entre o membro familiar doente e o serviço de saúde.

A sobrecarga que a doença renal crônica exerce sobre o cliente pode ser comparada aos portadores de câncer, devido ao risco de complicações físicas, sociais e emocionais que podem ocorrer no curso da doença (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

O índice de depressão pode ocorrer em 5 a 25% dos casos de clientes renais crônicos. As consequências da depressão abarcam impacto importante na qualidade de vida, risco de suicídio, má adesão ao tratamento e mortalidade. Em decorrência da depressão, ocorre baixa imunidade, além da dificuldade nos cuidados pessoais, menor aderência ao tratamento e dieta, sendo a família um importante aspecto positivo para evitar tais dificuldades, contornar os transtornos advindos com a doença e ser de grande valia a recuperação da saúde emocional de seus membros juntamente com o acompanhamento do psicólogo e da equipe de saúde de forma igualitária (NIFA; RUDNICKI, 2010).

O acompanhamento nas consultas também é fundamental para ouvir os profissionais no atendimento ao familiar, entendendo as orientações e sendo partícipe do cuidado de forma consciente, retirando as dúvidas e obtendo esclarecimentos quanto o curso da doença, modificações acerca dos estágios clínicos e necessidade de acertos no tratamento de acordo com as exigências de cada nível da doença.

Durante o tratamento, o cliente passa por consultas com diversos profissionais inclusive médicos, nutricionistas e enfermeiros. Destaca-se a consulta de enfermagem nesse processo, a qual proporciona orientação de medidas favoráveis que visam a

abordagem apropriada as necessidades peculiares dos clientes, além de oferecer inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o tratamento, além da prevenção de situações evitáveis (OLIVEIRA *et al*, 2012).

4.4 A relação do cliente com o cuidado institucional na Atenção Primária.

Quando questionados sobre a realização de acompanhamento pela Atenção Básica, os entrevistados relataram problemas que impediam ou dificultavam o acesso a esses serviços:

Eu moro do outro lado da rua e vou lá e dizem que não sou daquela Clínica. Não entendo, é muito perto e eu não posso ser atendido lá?! Parece que não querem atender (E3).

O problema maior é que quando eu preciso é sempre um problema diferente: uma vez tava sem luz, depois o médico tinha faltado, aí já desisti, já vi que não funciona (E7).

Eu não entendo muito bem. No início foram lá em casa e agora pararam. Dizem que o foco lá é criança, grávida também e um pouco de idosos. Aí acho que não serve pra mim (E16).

Eu queria, mas não consigo fazer meu cadastro. Tenho um pouco de dificuldade em entender como funciona. Acho que tinham que fazer uma reunião e explicar pros moradores de lá (E34).

Eu até já fui, mas parei. Era atendida de uma forma muito rápida e eles não sabiam de nada meu. Ia e eles perguntavam a mesma coisa e depois falava que já tinha informado aquilo. Achei bagunçado (E20).

Um dos principais problemas identificados foi a divisão das áreas adscritas nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual não contemplava todos os moradores do local. Como não pertenciam à área correspondente, não era realizado o cadastro dos usuários e com isso estes não conseguiam atendimento.

A delimitação da área e a responsabilização por uma população adscrita fazem parte da proposta da ESF que funciona como estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A partir disso, mesmo com a delimitação da área sendo uma proposta da ESF, os usuários não entendiam o porquê de não conseguirem ser atendidos já que se tratava de uma unidade de saúde próximo ao local de moradia.

Para fortalecimento do programa, ainda se faz necessário a construção de novas unidades que possam atender os usuários que ainda estão fora da área de cobertura dessas ações de acompanhamento da saúde. Todos os indivíduos devem ter sua unidade de referência e serem esclarecidos quanto a ótica de funcionamento, objetivos e diretrizes da ESF.

Outro problema referido pelos entrevistados foi a dificuldade de atendimento quando houve a procura da unidade, não sendo realizado o atendimento no momento da procura pelo indivíduo, o que gerou descrédito quanto o funcionamento eficaz dos serviços da Atenção Básica.

Devido a esses problemas, foi proposta a Política Nacional de Humanização (PNH) como uma alternativa para implementar os princípios do SUS com a oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento. O Acolhimento visa ser uma alternativa a recepção tradicional, tendo como uma das finalidades a de indicar alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço e, qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (BARALDI; SOUTO, 2011).

É previsto na Portaria 2488/2011 como fundamentos e diretrizes a possibilidade do acesso universal a serviços de saúde resolutivos, o acolhimento dos usuários com a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde e o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

De acordo com as falas, observa-se que existiam algumas dúvidas sobre o funcionamento e objetivos das Unidades de Saúde da Família, a quem e a quem o atendimento é destinado e como ser inserido como um usuário.

Uma das estratégias que pode ser utilizada é a interação com a comunidade, o dialogo com os moradores, abordagem dos principais problemas identificados e a

programação de ações voltadas para sanar as necessidades de saúde local. É importante que os profissionais estejam prontos para acolher o usuário, retirar as dúvidas e inseri-lo no contexto de serviços oferecidos na unidade.

Ainda na Portaria 2488/2011 é atribuição de todos os membros participarem do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, garantindo a continuidade da atenção e viabilizando o vínculo.

As queixas devem ser valorizadas e os diagnósticos de doenças prévios devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional, mesmo que o usuário esteja sendo atendido em nível secundário, no ambulatório de especialidades. A garantia disso corresponde a coordenação do cuidado, uma das estratégias previstas também na Portaria supracitada.

Alguns entrevistados elogiaram o serviço e se sentem bem atendidos, mas criticaram o acompanhamento da doença.

*Vou na Clínica toda semana, gosto de participar do que tem. Vejo minha pressão, açúcar do sangue, tem palestra, mas **eles não falam muito da doença dos meus rins não**. Só perguntam se estou indo direitinho no ambulatório. Eu digo que sim (E9).*

*Lá eu vejo sobre minha saúde, mas como **essa parte do tratamento do rim é aqui [ambulatório]** eles sempre olham outras coisas, mas eu acho importante também porque não é só o rim que estraga (E2)*

***Lá na Clínica é muito bom, eles me atendem bem e lá também eu faço exame de sangue, tenho meu médico, tem as enfermeiras, eles me visitam...** Quando falto eles já veem que as coisas não tão boas (E28).*

*Antes eu ia mais no postinho mas lá é melhor, dá uma ideia que é menos separado, que as pessoas são atendidas melhor em tudo. No posto cada dia tinha que marcar com um diferente. Lá eu tenho meu médico e **sou atendida regularmente, mas essa doença não falam muito não**, mas eu acho que de controlar minha pressão também contribui, né? (E39).*

Como falado pelos entrevistados, as Unidades de Saúde da Família são responsáveis por diversas ações de saúde que incluem ações de prevenção e promoção a saúde, entretanto as ações de controle da Doença Renal Crônica também devem ser

praticadas no âmbito da Atenção Básica, mas pelas falas identificamos que o atendimento à doença não é o foco no atendimento prestado.

Para atendimento ao doente renal crônico, recentemente em março de 2014 foi publicada a Portaria 389, baseada nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, a qual define os critérios para a organização da linha de cuidados.

Nessa Portaria compete a Atenção Básica várias ações, as quais se destacam: i) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS; ii) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC; iii) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; iv) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC e fundamentalmente compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a **gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3**, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC.

O elo com a família também deve ser estabelecido já que isso é uma das propostas fundamentais para que possam estabelecer uma relação de confiança, parceria, comunicação regular e transparência, bem como cooperação no atendimento às necessidades (SILVA; BOUSSO, 2011).

É imprescindível que os profissionais conheçam esse novo fluxo de atendimento e passem a incorporar a doença renal crônica na rotina da unidade conscientizando o doente e seus familiares acerca da importância do acompanhamento também nas Unidades de Saúde da Família.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.

5.1. Considerações Finais

A partir do exposto, vê-se a relevância do cuidado familiar para auxiliar no tratamento. Como apresentado na pesquisa, os participantes em sua maioria concordam que o cuidado compartilhado é mais efetivo e melhor conduzido ao longo do tempo.

Na caracterização foi possível observar que o cliente renal crônico se trata, em sua maioria, do sexo masculino, faixa etária de 18 a 65 anos, ensino fundamental incompleto, casados, renda de 2 a 3 salários mínimos, com comorbidades associadas, nos estágios 3 e 4 e com tempo de diagnóstico de 1 a 5 anos, ou seja, diagnóstico recente. O perfil nos apresenta então as características de cuidado que o sujeito necessita. Dentre as ofertas de cuidado, vê-se então que o cuidado familiar é efetivamente valorizado entre os participantes.

Conclui-se assim que o cuidado familiar é cheio de possibilidades, se apresentando de múltiplas formas, as quais incluem tanto o apoio psicológico, com ações de incentivo quanto ações físicas para o cuidado como o manejo da alimentação e remédios e, ainda com cuidados domésticos os quais foram observados como relevantes, devido à fadiga que é uma das manifestações clínicas resultantes da doença.

Dessa forma, a contemplação do cuidado pela família se concretiza na perspectiva do cliente a ser cuidado como foco real de atenção, necessitando assim de orientação e treinamento pela equipe de saúde. Somando-se a isso, o estudo conclui que a Atenção Primária deve participar no atendimento do Doente Renal Crônico em tratamento conservador, de acordo com o publicado recentemente na Portaria 389/14 e nas Diretrizes Clínicas onde é prevista a gestão desse cuidado.

Além de previsto em lei, a Atenção Primária com a Estratégia de Saúde da Família possui maior proximidade com o cliente e sua família, o que resulta em melhor comunicação, esclarecimento de dúvidas, acompanhamento constante e encaminhamentos, se necessário.

Nesse processo, o enfermeiro se configura como importante orientador e educador, enxergando não apenas o indivíduo, mas sua família que é a primeira unidade social onde ele está inserido.

Dentre os fatores facilitadores, os entrevistados afirmaram que todas as ações de cuidado provenientes dos familiares são igualmente consideradas como importantes durante o tratamento. Contudo, entre os fatores que dificultam essa relação de cuidado, tem-se o excesso de controle e a falta de autonomia do doente renal em opinar no seu tratamento, o que resulta em desequilíbrio na relação e pode trazer consequências negativas para o controle da doença.

O estudo possibilita uma orientação com base no que foi reportado pelos próprios doentes renais, considerando o que é essencial no cuidado. Dessa forma, a evidência das ações específicas da família para o cuidado é de grande valia e contribuição profissional para a área, entendendo as possibilidades do cuidar e o que isso representa para o indivíduo portador de uma condição crônica.

Quanto o cuidado institucional, praticado pela Atenção Primária, os entrevistados referiram uma série de queixas, as quais os afastam da assistência, mesmo com necessidade de atenção a saúde. Mesmo quando existia o acesso frequentes às unidades, o foco de atendimento não perpassava pelas orientações específicas da doença e pouco era abordado sobre a Doença Renal Crônica, o que não corresponde a nova realidade posta pelas atuais diretrizes de cuidado.

De fato, o cuidado institucional ao doente renal está sendo avaliado, com a modificação dos fluxos e responsabilidades no atendimento em novas diretrizes e portarias, contudo se faz essencial o empenho e interesse do profissional em se dedicar ao atendimento das demandas clínicas da DRC juntamente ao conhecimento desse indivíduo e dessa família.

Faz-se importante ressaltar que uma família bem orientada se torna parceira do Serviço de Saúde no atendimento das necessidades do indivíduo. E, um indivíduo sendo conhecedor de sua condição é empoderado dos seus direitos, o que resulta em um cuidado mais ativo, seguro e eficaz.

5.2. Recomendações

Configuram-se, através deste estudo, reflexões acerca da promoção do cuidado familiar com base na atenção e garantia do direito à saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida durante o tratamento conservador e posteriores etapas de substituição renal. Para tal, os resultados do estudo permitem recomendar ações voltadas para o

atendimento do doente renal crônico, considerando as possibilidades que o cuidado familiar traz para o controle da doença.

Medidas que favoreçam uma atuação de relação interpessoal mais humanizada; acolhimento e escuta, com envolvimento institucional do serviço de saúde e o atendimento efetivo da família como cliente das ações.

Recomenda-se também que os profissionais do Ambulatório possam identificar as Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde e referenciar o atendimento para o nível primário, mesmo com manutenção do vínculo e atendimento compartilhado.

Durante as consultas, mesmo que o familiar não esteja presente, é importante que o profissional identifique se há cuidado familiar, se considera esse cuidado importante e se há algum problema na relação familiar. O cliente deve se sentir acolhido e entender que o cuidado estendido aos familiares deve ajudar no tratamento.

Nas primeiras consultas de atendimento, o familiar deve ser convocado e orientado pela enfermeira da unidade ambulatorial ou da unidade da atenção básica.

Durante o período de permanência do cliente e seus acompanhantes na sala de espera é importante que haja palestras e orientações já que este é um espaço oportuno para a educação em saúde.

As recomendações aqui referidas são direcionadas não somente à instituição, na qual se desenvolveu a presente pesquisa, mas a todos os cenários do setor saúde que o cliente renal seja atendido.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.S.; PEREIRA, L.L.; ANJOS, M. F. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. **Acta paul. enferm**, v.22, n.1, p. 509-14, 2009.

ASSIS, M.M.A., et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.13, n.2. Rio de Janeiro, 2008.

ATKINS, R.C. The epidemiology of chronic kidney disease. **KidneyInt**, v.67, supl 94, p. 14-18, 2005

BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI M.F.; LACERDA M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. p. 342-51, 2009.

BARALDI, D.B.; SOUTO, B.G.A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BASTOS, M.G., *et al.* Doença renal crônica: problemas e soluções. **J Bras Nefrol**, v.26, n.4 p.202-15, 2004.

BASTOS, M.G. Interação medicamentosa na doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol**, v.36, n.1, p. 8-9, 2014.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** v.33, n.1, p. 93-108, 2011.

BEZERRA, K.V.; SANTOS, J. L. F. Daily life of patients chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 16, n.4, p. 686 – 91, 2008.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.12, n. 01. p. 115-21, jan-fev, 2004.

BORTOLOTTI, L.A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Hipertens**, v. 15, n.3, p.152-5, 2008.

BRASIL. Manual de enfermagem. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Ministério da Saúde**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. – Brasília : **Editora do Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90, de 9 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2488/11, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 389/14, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 1-37, 2014.

BRANDÃO, A.A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.1, n.1, supl.1, p.1-4, 2010.

CASTRO, E.K.;PICCININI, C.A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v.15, n. 3. p 625-635, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Documenta, n. 8: **Coleção Progesteres – Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2007.

CRESTANI, M.M.; AQUINO, C.L.S.; MORSCH, C. Rastreamento e estadiamento da Doença Renal Crônica (DRC) em amostra de diabéticos e hipertensos no município de Lages-SC. **J Bras Nefrol** , Santa Catarina, v. 29, n. 3, 2007.

DALMOLIN, B.B. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15, n.2, p. 389-94, 2011.

DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.; ING, T. Manual de Diálise. 4a ed. Guanabara, 2008.

DOMINGOS, A. M. **O cuidado familiar como questão do envelhecimento e da enfermagem gerontológica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

DUARTE, N.E.; FERREIRA, M.A.; LISBOA, M.T.L. Dimensão prática do cuidado e representações sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.227-233, abr-jun, 2012.

ELSEN, I.; ALTOFF C.R.; MANFRINI G.C. Saúde da família: desafios teóricos. **Saúde Família e Desenvolv.** v. 3, n 2, p. 89-97, 2001.

FABER, V. *et al.* Percepção de doentes crônicos acerca do cuidado prestado por familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 11, n.3, p. 565-572, jul-set, 2012.

FLORES, G.C.; BORGES, Z. N.; DENARDIN-BUDO, M.L.; MATTIONI, F. C. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.31, n.3, p. 467-74, 2010.

FONSECA, M.M.C.R. Análise da sobrevivência de doentes insuficientes renais crônicos terminais ao longo de 8 anos com base no Índice de Charlson. Dissertação (Mestrado em Medicina). **Universidade da Beira Interior**. Portugal, 2013.

FRAGUAS R. Depressão e condições médicas. **Rev Psiquiatr Clin**, v.36 n. 3, p.77-8, 2009.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n. 4. p. 590-7, 2007

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GRICIO, T.C.; KUSUMOTA, L.; CANDIDO, M.L. Doença renal crônica e tratamento conservador: percepções dos pacientes em relação ao processo saúde-doença e tratamentos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, supl.3, p.231, 2009.

GUIMARÃES, R. Deficiência e cuidado: porquê abordar gênero nesta relação? **Revista SER social**, v.10, n.22, p. 213-38, jan/jun, 2008.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. **Cienc. Enferm**, v.16, n.2, p.25-33, 2010.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1. p. 1497-1508, 2010.

HANSON, S. M. H. Family assessment and intervention. **Family health care nursing: theory, practice and research**. Philadelphia: F. A. Davis Publishers, 2005.

KOEPPE, G. O. B. Enfrentamento e adaptação dos pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador: subsídios para o cuidado de Enfermagem em Nefrologia. Tese (Doutorado em Enfermagem) – **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2012.

LACERDA, M.R. **Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública**. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p. 2621-626, 2010.

LIMA, A.K.S. Família e saúde pública: participação da família nos cuidados de saúde. **Univ Federal Roraima Rev**, v. 12, n.2, p. 64-8, 2014.

LOURO, M. **Cuidados Continuados no Domicílio**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009.

MALDANER, C. R. *et al.* Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 4, p. 647-53, dez, 2008.

MALHEIRO, O.P.; ARRUDA, S.D. Percepção dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. **Enfermeria Global Rev** . Bahia, v 11, n.28, p. 276-94, out, 2012.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 20, n.4 p. 425-38, 2011.

MARCON, S.S. *et al.* Assistência às crianças com Diabetes tipo 1 na visão da família: uma abordagem qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.2, p. 23-6, 2009.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S.A.T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n. 3, p. 428-34, 2010.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.15, n.1, p: 1-10, 2005.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 26^a ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2008.

MILIONI, D. B. *et al.* Enfermagem familiar: O conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.650-656, out-dez, 2011.

MONTEFUSCO, S.A.R, BACHION, M.M. Manutenção do lar prejudicada: diagnóstico de enfermagem em familiares de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n. 2, p.182-9, 2011.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION: KDOQI Clinical Practice Guidelines and Recommendations for Patients and Families in Chronic Kidney Disease. **Am J KidneyDis**, v.47, supl.3, p.1-145, 2007.

NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n.1, p.64-75, 2010.

OLIVEIRA, S.K., *et al.* Themes addressed in nursing consultation: integrative literature review. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n.1, p.155-61, 2012.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the family health program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.15, n.3, p. 431-38, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório Mundial**. Brasília (DF); 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. 1ª. ed. Geneva, v. 01. p.182, 2005.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Características de clientes com DRC: vidências para o ensino do auto cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n.3 p. 435-9, 2006.

PACHECO, G.S.;SANTOS, I. Cuidar de cliente em tratamento de doença renal crônica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, p. 257-62, 2005.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, v.2, n.2, p.47-55, 2006.

PINTO, J.M.S.; NATIONS, M.K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 521-530, 2012.

RAMOS, I.C; QUEIROZ, M.V. O; JORGE, M.S.B. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Rev. bras. enferm**, v.61, n.2, p. 193-200, 2008.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino Am Enferm**, v.12, n.4, p. 658-64, 2004.

RIBEIRO, R.C.H.M. *et al.* Characterization and etiology of the chronic renal failure in a countryside nephrology unit of São Paulo State. **Acta paul. Enferm**,v.21, n.spe, p. 207-11, 2008.

RODRIGUES I.G, NAKAHATA K.S. Estudos de enfermagem sobre a Doença Renal Crônica. **Rev Enferm UNISA**, v.13, n.1, p. 37-42, 2012.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n.3, supl.1, p.1-3, agosto, 2004.

ROSO, C.C. O cuidado de si de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), **Universidade Federal de Santa Maria**, Rio Grande do Sul, 2012.

SANTOS, A. D. *et al.* Knowing the family functionality under the view of a chronically ill patient. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.21, n.4, p.879-86, 2012.

SANTOS, A. C. B. *et al.* Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol**, v.35, n.4, p. 279-88, 2013.

SANTOS, P.R; PONTES, L.R.S.K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n.3, p.329-34, 2007.

SANTOS, I; ROCHA, R.P.F.; BERARDINELLI, L.M.M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.15, n.1, p. 31-8, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo brasileiro de diálise; SBN, 2013. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/censo>.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 20, n. 4. p: 421-23, 2011.

SESSO, R. *et al.* Relatório do Censo Brasileiro de Diálise de 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.4, p.442-447, 2011.

SCHUTLZ L.F. A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. [tese]. Guarulhos: **Universidade de Guarulhos**; 2007.

SILVA, M.R.*et al.* Resiliência e promoção da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.14, n.spe, p. 95-102, 2005.

SILVA, M.S. *et al.* Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3. p:359-65, 2010.

SILVA, M. C. L. S.R.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. Approaching the family in the Family Health Strategy: an integrative literature review. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.5, p. 1250-255, 2011.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, F.F. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, **Universidade Estadual de Campinas**; 2004.

STARFIELD, B; Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, **Ministério da Saúde**, 2002.

TEIXEIRA, C.R.S; ZANETTI, M.L.; PEREIRA, M.C.A. Nursing Diagnoses in people with diabetes mellitus according to Orem's theory of self-care. **Acta Paul Enferm**, v.22, n. 4, p. 385-91, 2009.

VIEIRA, S.S.; DUPAS, G.; FERREIRA, N.M.L.A. Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 74-83, 2009.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

A) Características Sociodemográficas

1. Idade:
2. Sexo:
3. Escolaridade:
4. Estado conjugal:
5. Religião:
6. Composição familiar:
 - Quantas pessoas moram com você:
 - Grau de parentesco: pai () mãe () irmãos () filhos () amigos () outros
7. Profissão/Ocupação:
8. Renda familiar:
9. Quantas pessoas vivem com esta renda familiar:
10. Quem você indica como seu cuidador?

B) Histórico da doença

1. Tempo de diagnóstico:
2. Comorbidades/ Outros diagnósticos:
3. Estágio da doença: () 1 () 2 () 3 () 4
4. Faz uso de medicamentos: Sim () Não ()
5. Complicações:
6. Internações: Sim () Não ()
7. De que forma faz o acompanhamento da doença?
8. Faz exames periódicos (6/6 meses)?

C) Entrevista:

1. Fale que cuidados você entende que precisa ter para com sua saúde como doente renal crônico
2. Na sua percepção como você vê o cuidado familiar prestado à sua saúde como renal crônico.
3. Fale sobre os cuidados que seus familiares prestam a você como doente renal crônico.
4. Como gostaria que seu familiar participasse do seu tratamento?
5. O familiar lhe acompanha nas consultas?
6. Na sua percepção fale sobre as características do cuidado familiar que te ajudam ou te atrapalham no atendimento das suas necessidades de cuidados.
7. É cadastrado em alguma Unidade de Saúde da Família? Qual?
8. Faz acompanhamento com enfermeiro?

Apêndice B – Termo de autorização para desenvolvimento da pesquisa.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA**



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Eu, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolverei uma pesquisa intitulada: “O cuidado familiar ao doente renal crônico: contribuições para a enfermagem” com os seguintes objetivos na percepção dos doentes renais crônicos: Descrever o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico; Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas às suas necessidades; Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico, na perspectiva do controle da doença, como uma possibilidade na atenção básica.

Solicito através deste, o seu consentimento para que possa coletar os dados da pesquisa neste Ambulatório, que será através da realização de uma entrevista e que terá o nome da instituição referido mediante o aceite ou não da Instituição.

O aceite representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca do cuidado familiar aos portadores de doença renal crônica.

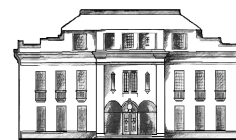
Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadora _____

Responsável da Instituição _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
SO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionada (o) e está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “O cuidado familiar ao doente renal crônico: contribuições para a enfermagem”, que tem como objetivos: Descrever o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico; Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas às suas necessidades; Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico, na perspectiva do controle da doença, como uma possibilidade na atenção básica. A sua participação é voluntária, isto é, qualquer momento poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista através de respostas a perguntas que visam atender os objetivos do estudo.

A entrevista será gravada em mp4 e posteriormente à conclusão do estudo serão armazenadas por cinco anos e após serão deletadas. Como riscos pode haver modificação nas emoções e estresse emocional relacionado a contar experiências com a doença. Em momento algum do estudo será mencionado o seu nome garantindo assim o anonimato.

Informamos ainda que não terá nenhum tipo de despesa e que não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela sua participação nesta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e publicados em periódicos sendo preservados todos os princípios éticos previstos na Resolução do CNS 466/12.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Helaine Silva da Silveira
Pesquisadora responsável
Telefone: (21)8166-9520

Regina Célia Gollner Zeitoune
Orientadora
Telefone: (21)8860-0104

Instituição Proponente: Rua Afonso Cavalcanti 275- Benfica – Rio de Janeiro.
Cidade Nova - RJ. CEP: 20911-292.

Instituição Coparticipante: Boulevard 28 de setembro, 77 - Vila Isabel
Cep 20.551-030 - Rio de Janeiro – RJ

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2014.

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto.

Assinatura do participante:

Anexo A – Carta de aceite da unidade para realização da pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Eu, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolverei uma pesquisa intitulada: “O cuidado familiar ao doente renal crônico : contribuições para a enfermagem” com os seguintes objetivos na percepção dos doentes renais crônicos: Descrever a percepção do cliente renal crônico acerca do cuidado familiar; Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico na perspectiva do controle da doença; Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas aos cuidados de enfermagem.

Solicito através deste, o seu consentimento para que possa coletar os dados da pesquisa neste Ambulatório, que será através da realização de uma entrevista e que terá o nome da instituição referido mediante o aceite ou não da Instituição.

O aceite representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca do cuidado familiar aos portadores de doença renal crônica.

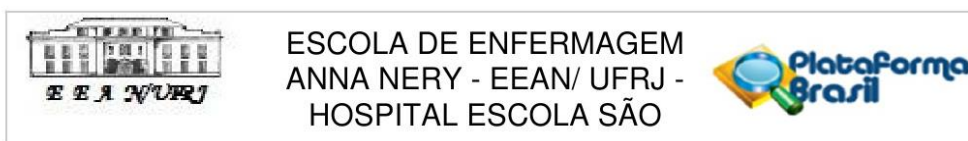
Rio de Janeiro, 12 de AGOSTO de 2013.

Pesquisadora Helaine Silva da Silveira

Responsável da Instituição

José Mauro Vieira Jr
José Mauro Vieira Jr
Médico
CRM: 32-53700-0

Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO FAMILIAR AO DOENTE RENAL CRÔNICO: contribuições para a enfermagem

Pesquisador: Helaine Silva da Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23040213.3.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 468.501

Data da Relatoria: 26/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado. O estudo tem como objeto a percepção dos clientes renais crônicos acerca do cuidado familiar. O cenário do estudo será o Ambulatório de Doença Renal Crônica de um Hospital Universitário situado na cidade do Rio de Janeiro. Serão incluídos na pesquisa indivíduos que sejam portadores de doença renal crônica, nos estágios 1 ao 4 da doença, com acompanhamento no ambulatório, que convivam com familiares e sejam maiores de 18 anos. A pesquisa terá duração de 2 anos e financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a percepção do cliente renal crônico acerca do cuidado familiar; Analisar o cuidado familiar na percepção do cliente renal crônico na perspectiva do controle da doença; Discutir as facilidades e dificuldades do cuidado familiar na percepção dos clientes renais crônicos com vistas aos cuidados de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Modificação nas emoções e estresse emocional relacionado a contar experiências com a doença. Sem riscos adicionais.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeannesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 468.501

Benefícios:

Comprovar como a família participa desse processo é importante para planejar a assistência de forma mais adequada, considerando a família também como cliente das ações de enfermagem com vistas ao controle da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo será o Ambulatório de Doença Renal Crônica de um Hospital Universitário situado na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes serão abordados de forma aleatória, conforme chegarem para atendimento no ambulatório. O instrumento de coleta de dados será um formulário contendo perguntas para realizar a caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista semiestruturada que responderá aos objetivos propostos no estudo. As informações oriundas das entrevistas serão apresentadas de modo descritivo e analisadas sob uma perspectiva qualitativa, sob a forma de análise de conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está de acordo com o exigido pelo CEP.

Recomendações:

Recomendamos a revisão da hipótese construída.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 26 de novembro de 2013. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 468.501

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:
MARIA DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com