



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Sylvia Miranda Carneiro**

**PESSOAS EM HEMODIÁLISE E CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Juiz de Fora  
2018

**Sylvia Miranda Carneiro**

**PESSOAS EM HEMODIÁLISE E CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Arreguy-Sena

**Juiz de Fora**

**2018**

Autorizo a reprodução e divulgação parcial ou total desta investigação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carneiro, Sylvia Miranda.

Pessoas em hemodiálise e cuidados de enfermagem : Estudo de método misto / Sylvia Miranda Carneiro. -- 2018.

176 p.

Orientadora: Cristina Arreguy-Sena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Diálise Renal. 2. Enfermagem em Nefrologia. 3. Processos de Enfermagem. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Registros de Enfermagem. I. Arreguy-Sena, Cristina, orient. II. Título.

Investigação desenvolvida no Núcleo de pesquisa **“Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE-UFJF** e inserida na linha “Cultura e Comunicação em saúde e em enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Cabe mencionar que esta investigação integra a pesquisa matriz intitulada: **“Pessoas em hemodiálise-profissionais de enfermagem: método misto subsidiando o cuidado e a estruturação da sistematização de enfermagem”**.

Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** no período de setembro de 2017 a dezembro de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
TEL. (32) 2102-3297 – E-MAIL: [mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br](mailto:mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br)



## PESSOAS EM HEMODIÁLISE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

**Sylvia Miranda Carneiro**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 13 de Julho 2018

### **BANCA EXAMINADORA**

Profª. Drª Cristina Arreguy-Sena – orientadora e  
presidente da banca  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Luciene Muniz Braga - 1ª avaliadora  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

Profª Drª. Hérica Silva Dutra – 2ª avaliadora  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes – 1º suplente  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Profª Drª. Elenir Pereira de Paiva – 2ª suplente  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

“Nós não somos o que gostaríamos de ser.  
Nós não somos o que ainda iremos ser.  
Mas, graças a DEUS,  
Não somos mais quem nós éramos.”

(Martin Luther King)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Universidade Federal de Juiz de Fora** e à **Faculdade de Enfermagem**, representadas pelos professores, técnicos-administrativos e funcionários, por serem responsáveis pela minha formação e trajetória acadêmica.

Agradeço ao **Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem**, representado pela coordenadora, docentes e colaboradores, as competências adquiridas na concretização de um sonho.

Agradeço imensamente à minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Arreguy-Sena**, a confiança, o incentivo, a prontidão e o empenho. Muito obrigada por toda sabedoria, dedicação e ensinamentos ofertados.

Agradeço aos **professores da banca examinadora**, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Hérica Silva Dutra e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciene Muniz Braga, por aceitarem com prontidão o convite para comporem a banca e pelas contribuições para o enriquecimento e aperfeiçoamento desta investigação.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço, especialmente, a **Deus** a força, determinação e serenidade, essenciais para que eu pudesse seguir em frente.

Agradeço, com muito carinho, à minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Arreguy-Sena**, o apoio, a persistência, o zelo e todo o aprendizado pessoal e profissional. Muito obrigada!

Agradeço aos meus **pais, irmão e familiares** o amor incondicional e todo o suporte e incentivo durante essa caminhada.

Agradeço ao meu namorado, **Pedro**, o companheirismo e a compreensão. Meu grande exemplo!

Às **colegas do grupo de pesquisa** TECCSE-UFJF, pelo apoio e conhecimentos compartilhados. E, em especial, à minha dupla e amiga, **Camila**, pela parceria diária e por ter sido fundamental nessa trajetória.

Agradeço ao **Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto e família** por me receberem sempre tão bem na sua casa, a disponibilidade, o carinho e a colaboração durante essa caminhada.

Agradeço aos meus **amigos e colegas do mestrado** a força e por estarem sempre presentes e, acima de tudo, pela amizade.



## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS  
LISTA DE GRÁFICOS  
LISTA DE QUADROS  
LISTA DE TABELAS

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	23
<b>2</b>	<b>REFERENCIAIS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E FILOSÓFICOS</b>	28
2.1	O SISTEMA E A REDE DE ATENDIMENTO DE SAÚDE	28
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL E O TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO POR HEMODIÁLISE	31
2.3	PROCESSOS DE ENFERMAGEM, MODELOS CONCEITUAIS, TAXÔMICOS E OPERACIONAIS NO CUIDADO A PESSOAS EM HEMODIÁLISE	33
2.3.1	<b>Cuidado de enfermagem: concepções teórico-filosóficas e suas dimensões</b>	34
2.3.2	<b>Processos de enfermagem: concepções tecnológicas, organizacionais e documentais</b>	42
2.4	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	54
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES</b>	59
3.1	OBJETIVOS GERAIS	59
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
3.3	PRESSUPOSTOS	60
3.4	HIPÓTESES	60
<b>4</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	61
4.1	DELINEAMENTO	61
4.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	62
4.3	PARTICIPANTES	64
4.4	INSTRUMENTO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	68
4.4.1	<b>Ambiência</b>	69
4.4.2	<b>Representações sociais</b>	70
4.4.2.1	Abordagem estrutural	71
4.4.2.2	Abordagem processual	75
4.4.3	<b>Estudo seccional</b>	78
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	80
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	81
5.1	AMBIÊNCIA	81
5.2	PESSOAS EM HEMODIÁLISE: PERFIL, AVALIAÇÃO DO SERVIÇO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	85
5.2.1	<b>Abordagem estrutural e processual das representações sociais sobre “hemodiálise” pelas pessoas em hemodiálise</b>	94

5.2.2	<b>Abordagem estrutural das representações sociais sobre “tratamento hemodiálítico” pelas pessoas em hemodiálise</b>	110
5.2.3	<b>Abordagem estrutural e processual das representações sociais sobre “cuidado de enfermagem” pelas pessoas em hemodiálise</b>	113
5.3	REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PELA EQUIPE	132
5.3	IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS DAS PESSOAS EM HEMODIÁLISE E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PELA EQUIPE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DO REFERENCIAL DE BETTY NEUMAN	142
6	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	149
7	<b>REFERÊNCIAS</b>	151
	<b>APÊNDICES e ANEXOS</b>	
	<b>Apêndice A:</b> Instrumento de coleta de dados para ambiência	
	<b>Apêndice B:</b> Instrumento de coleta de dados para pessoas em tratamento hemodialítico (caracterização e abordagem estrutural das RSs)	
	<b>Apêndice C:</b> Instrumento de coleta de dados para pessoas em tratamento hemodialítico (abordagem processual das RSs)	
	<b>Apêndice D:</b> Instrumento de coleta de dados para os registros de enfermagem	
	<b>Apêndice E:</b> Cronograma de operacionalização da presente investigação	
	<b>Apêndice F:</b> Orçamento	
	<b>Anexo 1:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pessoas em hemodiálise ou acompanhante	
	<b>Anexo 2:</b> Parecer consubstanciado do CEP	

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Classificação das teorias de enfermagem	<b>35</b>
<b>Figura 2</b>	Modelo teórico de Betty Neuman	<b>38</b>
<b>Figura 3</b>	Esquema representativo das dimensões do cuidado	<b>41</b>
<b>Figura 4</b>	Os sete domínios da prática e os quatro métodos de organização do trabalho de enfermagem	<b>42</b>
<b>Figura 5</b>	Etapas do Processo de Enfermagem	<b>44</b>
<b>Figura 6</b>	Componentes das diretrizes para elaboração de um diagnóstico de enfermagem segundo NANDA I	<b>50</b>
<b>Figura 7</b>	Articulação do pensamento crítico e os hábitos mentais para o cuidado de enfermagem à pessoa em hemodiálise	<b>52</b>
<b>Figura 8</b>	Mapa conceitual e articulação de conceitos e objetos representacionais	<b>58</b>
<b>Figura 9</b>	Esquema contendo a trajetória metodológica adotada na presente investigação	<b>61</b>
<b>Figura 10</b>	Descrição dos integrantes da investigação segundo abordagens metodológicas adotadas	<b>64</b>
<b>Figura 11</b>	Crítérios no processo de aleatorização de potenciais registros de pessoas em hemodiálise	<b>66</b>
<b>Figura 12</b>	Participações segundo etapa da investigação e documentação dos motivos de perdas	<b>67</b>
<b>Figura 13</b>	Esquema contendo a trajetória metodológica a ser adotada na presente investigação no processo de coleta de dados	<b>69</b>
<b>Figura 14</b>	Quadro de quatro casas, seus quadrantes e interpretação de centralidade e da perifericidade do sistema	<b>74</b>
<b>Figura 15</b>	Dendograma e gráfico de círculo para retratar as dimensões representacionais das pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise (n= 143)	<b>101</b>
<b>Figura 16</b>	Dendograma e gráfico de círculo para retratar a origem dos elementos simbólicos das pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise (n= 143)	<b>103</b>
<b>Figura 17</b>	Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre hemodiálise	<b>108</b>
<b>Figura 18</b>	Dendograma e gráfico de círculo para retratar as dimensões representacionais das pessoas em hemodiálise para o cuidado de enfermagem (n= 143)	<b>120</b>
<b>Figura 19</b>	Dendograma e gráfico de círculo sobre a origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre o cuidado de enfermagem	<b>128</b>

<b>Figura 20</b>	Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre o cuidado de enfermagem	<b>130</b>
<b>Figura 21</b>	Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre cuidado de enfermagem e suas categorias	<b>130</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Caracterização dos registos de enfermagem da 1ª e 2ª etapa, respectivamente segundo aspectos éticos e legais.	<b>134</b>
------------------	---	------------

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “hemodiálise” alocados no quadro de quatro casas (n=143)	<b>94</b>
<b>Quadro 2</b>	Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “tratamento hemodialítico” alocados no quadro de quatro casas (n=143)	<b>110</b>
<b>Quadro 3</b>	Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “cuidado de enfermagem”. alocados no quadro de quatro casas (n=143)	<b>113</b>
<b>Quadro 4</b>	Folha interdisciplinar de registro dos problemas de saúde multiprofissionais.	<b>147</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização dos 143 participantes segundo o gênero, idade, estado civil, cor da pele, religião, escolaridade, renda pessoal e quantidade de filhos.	<b>86</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das 143 pessoas segundo ocupação, tempo de aposentadoria e cidade em que mora.	<b>87</b>
<b>Tabela 3</b>	Caracterização do perfil de adoecimento e tempo de tratamento hemodialítico dos 143 participantes.	<b>89</b>
<b>Tabela 4</b>	Perfil de tratamento hemodialítico dos 143 participantes segundo acesso venoso periférico.	<b>89</b>
<b>Tabela 5</b>	Perfil dos 143 participantes segundo situação familiar e rede de apoio	<b>90</b>
<b>Tabela 6</b>	Perfil de estilo de vida e enfrentamento com o tratamento hemodialítico pelos 143 participantes.	<b>91</b>
<b>Tabela 7</b>	Perfil de atividades que lhes trazem satisfação e que deixam de participar das 143 pessoas em hemodiálise.	<b>92</b>
<b>Tabela 8</b>	Perfil de avaliação do serviço pelos 143 participantes.	<b>93</b>
<b>Tabela 9</b>	Caracterização da ocasião em que o registro foi realizado e motivo que o gerou na 1ª e 2ª etapa, segundo os 184 registros de enfermagem avaliados.	<b>135</b>
<b>Tabela 10</b>	Caracterização dos registros na 1ª e 2ª etapa, segundo dimensões do cuidado, procedimentos técnicos e intercorrências.	<b>136</b>
<b>Tabela 11</b>	Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapa, segundo os aspectos emocional, relacional, inabilidade, enfrentamento, crenças, hobbies/rotinas, gastos e condutas.	<b>138</b>
<b>Tabela 12</b>	Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapa, segundo presença ou não de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.	<b>139</b>
<b>Tabela 13</b>	Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapa, segundo os domínios do NANDA (2017-2019).	<b>141</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	<i>American Nursing Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDL	Cateter Duplo Lúmen
CIPE	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
CIPESEC	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem de Saúde Coletiva
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
DRC	Doença Renal Crônica
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
FAV	Fístula Arteriovenosa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
IC	Intervenções Complexas
NANDA- I	<i>North American Nursing Diagnosis Association - International</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
ODK	<i>Open Data Kit</i>
PE	Processo de Enfermagem
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSs	Representações Sociais



SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de evocação por meio da Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado
TECCSE	Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## PESSOAS EM HEMODIÁLISE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Sylvia Miranda Carneiro

**Orientadora:** Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

CARNEIRO, Sylvia Miranda. **Pessoas em hemodiálise e cuidados de enfermagem: estudo de método misto.** [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 174 p.

**Introdução:** O número de pessoas em tratamento dialítico no Brasil em 2014 foi de 112.004 pessoas, das quais 91,4% estavam inseridas na modalidade por hemodiálise.

**Objetivo:** compreender a percepção de pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise, o tratamento hemodialítico e o cuidado de enfermagem, e analisar as práticas laborais na perspectiva dos registros de enfermagem.

**Métodos e técnicas:** Estudo de método misto delineado nas Representações Sociais (RSs) e em estudo seccional, alicerçados nas Teorias das Representações Sociais e de Betty Neuman, realizado em uma clínica nefrológica em Minas Gerais. Participaram pessoas em hemodiálise (critério censitário) e registros de enfermagem (dois momentos: critérios censitário e amostra aleatória). Dados foram coletados de julho/2017 a abril/2018, usando instrumentos para pessoas em hemodiálise (caracterização sociodemográfica, estudo seccional, e abordagem estrutural e processual usando técnica de associação livre de palavras e entrevista individual com gravação de áudio, respectivamente para coletar dados com pessoas em hemodiálise) e registros de enfermagem (local, aspectos legais e conteúdos). Dados coletados com o programa *Open Data Kit* (ODK) e consolidados nos programas SPSS, EVOC e Nvivo®. Atendidas as recomendações éticas e legais de pesquisa com seres humanos.

**Resultados:** Participaram 143 pessoas: 60,8% mulheres, 42,7% entre 65 e 80 anos, 48,3% casados, 59,4% com 0 a 5 anos de estudo, 75,5% aposentados, e 49% com Hipertensão Arterial Sistêmica. A triangulação das abordagens estrutural, processual permitiram identificar que a hemodiálise foi retratada pelos participantes como uma situação “difícil” de ser vivenciada e a adaptação da rotina do tratamento emergiu como um “transtorno”. Entretanto o cognema “chance-esperança” surgiu como uma possibilidade de manutenção da vida e cura. A partir do termo indutor tratamento hemodialítico as pessoas em HD evocaram o “remédio-receita” e a “agulha-acesso-venoso” como objetos simbólicos consolidados pelo grupo. Em relação ao cuidado de enfermagem, os cognemas mencionados evidenciaram aspectos valorativos. A avaliação do cuidado que receberam foi positiva e as relações interpessoais significativas, sendo tais informações corroboradas por fragmentos de discursos dos participantes. Analisados 871 registros (1ª etapa) e 184 (2ª etapa) realizados durante a hemodiálise na rotina abordando conteúdos assistenciais e procedimentos técnicos com ênfase nos domínios fisiológico, mental e funcional. Ausência de registro de diagnósticos e resultados de enfermagem e sem taxonomia padronizada. Identificados estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

**Conclusão:** O foco da documentação realizada pela enfermagem está centrada em procedimentos e aspectos fisiológicos do indivíduo, revelando traços do modelo biomédico e hospitalocêntrico. As abordagens estrutural e processual e o estudo seccional permitiram identificar respostas humanas nas quais há (im)explícitos estressores cuja análise à luz de Neuman possibilitou fazer um diagnóstico situacional e identificar a necessidade de redirecionar o foco dos registros e abordar terapêuticamente os estressores identificados favorecendo o enfrentamento da doença e o engajamento no tratamento.

**Palavras-chave:** Diálise renal. Enfermagem em Nefrologia. Processos de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Registros de enfermagem.

## HEMODIALYSIS PATIENTS AND NURSING CARE: STUDY OF MIXED METHOD

Sylvia Miranda Carneiro

Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

CARNEIRO, Sylvia Miranda. **Hemodialysis patients and nursing care: study of mixed method.**[Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 174 p.

**Introduction:** The number of people undergoing dialysis treatment in Brazil in 2014 was 112,004 people, of whom 91.4% were in the hemodialysis modality.

**Objective:** To understand the perception of people on hemodialysis on hemodialysis, hemodialysis treatment and nursing care, and analyze work practices from the perspective of nursing records.

**Methods and techniques:** Mixed method study outlined in the Social Representations and sectional study, based on the Theories of Social Representations and Betty Neuman, carried out in a nephrological clinic in Minas Gerais. Participated patients on hemodialysis (census criterion) and nursing records (two moments: census criteria and random sample). Data were collected from July/2017 to April/2018, using instruments for people on hemodialysis (sociodemographic characterization, sectional study, and structural and processual approach using free word association technique and individual interview with audio recording) and nursing records (local, legal aspects and contents). Data collected with the Open Data Kit (ODK) program and consolidated in the SPSS, EVOC and Nvivo® programs. In compliance with the ethical and legal recommendations of research with human beings.

**Results:** Participated 143 people: 60.8% women, 42.7% between 65 and 80 years old, 48.3% married, 59.4% with 0-5 years of schooling, 75.5% retired, and 49% with arterial hypertension Systemic. The triangulation of the structural and processual approaches allowed to identify that the hemodialysis was portrayed by the participants as a "difficult" situation to be experienced and the adaptation of the treatment routine emerged as a "disorder". However the "chance-hope" cognema has emerged as a possibility of life-sustaining and cure. From the term inductor hemodialytic treatment HD people evoked the "remedy-recipe" and the "needle-venous access" as symbolic objects consolidated by the group. Regarding nursing care, the mentioned cognems showed evaluative aspects. The evaluation of the care they received was positive and the interpersonal relationships significant, being such information corroborated by fragments of the participants' speeches. We analyzed 871 records (1st stage) and 184 (2nd stage) performed during hemodialysis routinely addressing care content and technical procedures with emphasis on the physiological, mental and functional domains. Absence of registration of nursing diagnoses and results and without standardized taxonomy. Intrapersonal, interpersonal and extrapersonal stressors were identified.

**Conclusion:** The focus of nursing documentation is centered on procedures and physiological aspects of the individual, revealing traces of the biomedical and hospital-centered model. Structural and processual approaches and the sectional study allowed the identification of human responses in which there are (im)explicit stressors whose analysis according to Neuman made it possible to make a situational diagnosis and identify the need to redirect the focus of the records and to approach the identified stressors therapeutically favoring the confrontation of the disease and treatment engagement.

**Keywords:** Renal Dialysis. Nephrology Nursing. Nursing Process. Nursing Care. Nursing Records.

# PERSONAS EN HEMODIÁLISIS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE MÉTODO MISTO

Sylvia Miranda Carneiro

Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

CARNEIRO, Sylvia Miranda. **Personas em hemodiálises y cuidados de enfermería: estudo de método misto.** [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 174 p.

**Introducción:** El número de personas en tratamiento dialítico en Brasil en 2014 fue de 112.004 personas, de las cuales el 91,4% estaba en la modalidad por hemodiálisis.

**Objetivo:** comprender la percepción de personas en hemodiálisis sobre la hemodiálisis, el tratamiento hemodialítico y el cuidado de enfermería, y analizar las prácticas laborales en la perspectiva de los registros de enfermería.

**Métodos y técnicas:** Estudio de método mixto delineado en las Representaciones Sociales y estudio seccional, fundamentados en las Teorías de las Representaciones Sociales y de Betty Neuman, realizado en una clínica nefrológica en Minas Gerais. Participaron personas en hemodiálisis (criterio censal) y registros de enfermería (dos momentos: criterios censales y muestra aleatoria). Los datos fueron recolectados de julio/2017 a abril/2018, usando instrumentos para personas en hemodiálisis (caracterización sociodemográfica, estudio seccional, y enfoque estructural y procesal usando técnica de asociación libre de palabras y entrevista individual con grabación de audio) y registros de enfermería (local, aspectos legales y contenidos). Datos recogidos con el programa Open Data Kit (ODK) y consolidados en los programas SPSS, EVOC y Nvivo®. Atendidas las recomendaciones éticas y legales de investigación con seres humanos.

**Resultados:** Participaron personas: 60% de las mujeres, el 42,7% entre 65 y 80 años, 48,3% casados, 59,4% con 0 a 5 años de estudio, 75,5% jubilados, y 49% con Hipertensión Arterial Sistémica. La triangulación de los enfoques estructural, procesal permitieron identificar que la hemodiálisis fue retratada por los participantes como una situación "difícil" de ser vivenciada y la adaptación de la rutina del tratamiento emergió como un "trastorno". Sin embargo, el cognema "chance-esperanza" surgió como una posibilidad de mantenimiento de la vida y cura. A partir del término inductor tratamiento hemodialítico las personas en HD evocaron el "remedio-ingreso" y la "aguja-acceso-venoso" como objetos simbólicos consolidados por el grupo. En relación al cuidado de enfermería, los cognos mencionados mostró aspectos valorativos. La evaluación del cuidado que recibieron fue positiva y las relaciones interpersonales significativas, siendo tales informaciones corroboradas por fragmentos de discursos de los participantes. Se analizaron 871 registros (1ª etapa) y 184 (2ª etapa) realizados durante la hemodiálisis en la rutina abordando contenidos asistenciales y procedimientos técnicos con énfasis en los campos fisiológico, mental y funcional. Ausencia de registro de diagnósticos y resultados de enfermería y sin taxonomía estandarizada. Identificados estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales.

**Conclusión:** El foco de la documentación realizada por la enfermería está centrada en procedimientos y aspectos fisiológicos del individuo, revelando rasgos del modelo biomédico y hospitalocéntrico. Los abordajes estructural y procesal y el estudio seccional permitieron identificar respuestas humanas en las cuales hay (im)explícitos estresores cuya analisis según Neuman posibilitó hacer un diagnóstico situacional e identificar la necesidad de redirigir el foco de los registros y abordar terapéuticamente los estresores identificados favoreciendo el enfrentamiento de la enfermedad enfermedad y el compromiso en el tratamiento.

**Palabras clave:** Diálisis Renal. Enfermería en Nefrología. Procesos de Enfermería. Atención de Enfermería. Registros de Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, estive envolvida em projetos de extensão/pesquisa, monitoria, Treinamento Profissional, Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e Iniciação Científica, razão pela qual me inseri na Rede de Atenção à Saúde. Qualifiquei-me pessoal e profissionalmente e aprimorei técnicas e conhecimentos da profissão, motivos estes que me proporcionaram aproximação acadêmica e motivação em busca da pesquisa no contexto da prática baseada em evidências.

Já na pós-graduação, realizada na modalidade residência em Saúde do Adulto, inserida em uma instituição de saúde, especificamente no setor de hemodiálise (HD), pude perceber que a tecnização da assistência dificulta o uso do raciocínio crítico por parte do enfermeiro em seu cotidiano de trabalho.

A oportunidade de integrar o grupo de pesquisa “Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem - TECCSE”, com discussões acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), teorias de Enfermagem e taxonomias internacionais, métodos e técnicas de pesquisa, entre outras, possibilitou a compreensão e a percepção de potenciais problemas de investigação a fim de subsidiar a atuação da enfermagem e estimular a utilização de alicerces teóricos, filosóficos e científicos com pessoas com Doença Renal Crônica (DRC).

Meu interesse em ingressar no mestrado surgiu então com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência especializada prestada, além de me qualificar profissionalmente, aperfeiçoar conhecimentos práticos e teóricos, fornecer embasamentos para o desenvolvimento das dimensões assistenciais, de ensino, de pesquisa e de gerência do cuidado, e promover a valorização da profissão enquanto ciência.

O presente trabalho reflete o resultado da vivência prática, aliada ao interesse na pesquisa, na medida em que se pretende analisar o cotidiano dos usuários e profissionais da enfermagem a partir da percepção destes em relação à prática laboral e compreender experiências e significados culturalmente atribuídos por eles.

Captar a percepção das pessoas em processo de adoecimento renal e de profissionais de enfermagem envolvidos no tratamento desse grupo socialmente constituído pode evidenciar necessidades de saúde das pessoas e familiares e retratar concepções, comportamentos, crenças e valores passíveis de ser vinculados a seus cotidianos.

Entende-se que a assistência fornecida a esse grupo deve ser realizada de maneira sistemática, planejada e dinâmica, mediante identificação de prioridades e necessidades de

cuidado. Para tanto, são necessários estudos sobre as especificidades referentes a essa população.

## 1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas em tratamento dialítico no Brasil vem aumentando gradualmente. Em 2014, estimou-se que o total foi de 112.004 pessoas, das quais 91,4% estavam inseridas na modalidade por hemodiálise e 8,6% por diálise peritoneal. Em 2011 eram 91.314 pessoas em tratamento dialítico, o que representa um aumento de 31,5 mil pessoas nos últimos cinco anos e um aumento anual médio de 6,3%<sup>1</sup>.

O tratamento hemodialítico consiste na filtração e purificação do sangue para remoção de líquido e produtos urêmicos não eliminados pelos rins. Tal processo é realizado em média três vezes por semana, com duração aproximadamente de quatro horas<sup>2</sup>.

O impacto da Insuficiência Renal Crônica sobre a qualidade de vida da pessoa em Terapia Renal Substitutiva (TRS) decorre das modificações que afetam as dimensões psicológica, econômica ou social e, principalmente, a capacidade física<sup>3</sup>.

Há evidências de que a atividade laboral é diretamente afetada e se desencadeia por fatores como o convívio com a doença, alteração dos hábitos de vida e rotina, esquema terapêutico rigoroso pela utilização de polifarmácia e dependência de uma máquina, além de mudanças significativas na vida social e no trabalho<sup>4</sup>. O trabalho sob a ótica dos usuários é compreendido como uma privação decorrente da doença capaz de afetar o orçamento e justificar sua marginalização por ser excluído da condição de indivíduo capaz de produzir socialmente<sup>5</sup>.

Destaca-se também que a maioria das pessoas permanece na mesma modalidade inicial de tratamento durante longo período, o que aponta a importância da orientação quanto às opções terapêuticas e promoção da corresponsabilização no processo de escolha<sup>6</sup>:<sup>7</sup>.

A comunicação torna-se, nesse contexto, uma ferramenta de importância, capaz de influenciar e contribuir positivamente para o processo terapêutico. Entretanto, comumente a conduta terapêutica sofre fragmentação através de informações imprecisas e omissas, o que pode comprometer a evolução do tratamento e a adesão terapêutica<sup>8</sup>.

A expansão da cobertura da terapia e a ampliação do acesso a este tipo de terapêutica tornam crescente a demanda por profissionais qualificados para atuação na área. A atuação do enfermeiro, principalmente por ser o profissional que dedica maior tempo próximo à pessoa em hemodiálise, revela a necessidade de qualificação relacionada a aspectos técnicos, humanísticos e científicos dos profissionais, além de reproduzir impactos significativos no que tange ao custo e/ou qualidade do serviço ofertado<sup>9</sup>.

Para garantir a qualidade aos cuidados prestados às pessoas, o Conselho Federal de Enfermagem editou a Resolução nº 358, a qual dispõe sobre a SAE com recomendação para que

o Processo de Enfermagem (PE) seja realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes, públicos ou privados, em que o cuidado do profissional de Enfermagem se fizer necessário<sup>10</sup>.

No contexto da DRC, a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, cabendo ao profissional enfermeiro desenvolver sua atuação laboral em todos os níveis de atenção à saúde<sup>11</sup>.

Na atenção primária, ele atua no sentido de adotar medidas de prevenção a doenças crônicas por meio de grupos educativos e incentivos a atividades físicas; visitas domiciliares; orientações e consultas de enfermagem ao indivíduo e aos familiares deste. No nível secundário, cabe ao enfermeiro acompanhar as pessoas em hemodiálise e realizar cuidados capazes de evitar ou minimizar os agravos relacionados à doença e favorecer a adesão ao tratamento. Enquanto, o atendimento das pessoas com DRC no nível de atenção terciária se justifica em situações de alta complexidade que envolvam intercorrências a ponto de requerer acompanhamento nas 24 horas<sup>11</sup>;  
<sup>12</sup>.

Em todos os níveis de atenção à saúde caberá ao profissional enfermeiro prestar assistência direta em caso de ações de cuidado, de ensino e administrativas, embasadas em evidências científicas.

Ao analisar o uso da consulta de Enfermagem, enquanto uma estratégia aplicável na área de saúde, ela pode ser considerada como uma tecnologia do tipo leve-dura<sup>1</sup> pelo fato de os saberes estruturados serem capazes de direcionar e evidenciar o cuidado prestado nos diferentes cenários de atuação de um serviço especializado, visando à integralidade do cuidado<sup>12</sup>. Durante o cuidado ambulatorial e/ou domiciliar realizado por equipes multiprofissionais, o enfermeiro deverá adotar tecnologia científica baseada em evidência cuja operacionalização se faz por meio de sucessivas etapas interligadas denominadas de PE<sup>10; 14</sup>.

Captar as informações relevantes capazes de retratar as especificidades das necessidades das pessoas em tratamento hemodialítico faz com que o histórico de enfermagem seja uma fonte de informações para subsidiar a tomada de decisão clínica. A especificação dos diagnósticos de enfermagem, nesse contexto, pode retratar os problemas pelos quais o enfermeiro é o responsável legal e a reunião dessas evidências com o conhecimento das possibilidades terapêuticas, quando adaptadas aos usuários, permite a elaboração de um plano de cuidados baseado nas necessidades e individualidades daquele que é cuidado<sup>10</sup>.

---

<sup>1</sup> Segundo Mehry há três tipos de tecnologias: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações, as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais<sup>13</sup>.



Nesse contexto, documentar a atuação profissional constitui uma exigência do exercício profissional, na segurança dos profissionais e na expressão da liberdade dos usuários em terem sua história clínica e seu tratamento documentado<sup>10</sup>.

No processo de documentação dos problemas de enfermagem (diagnóstico de enfermagem), é possível ao enfermeiro utilizar sistemas taxonômicos que lhe permitam identificar a coexistência de alguns diagnósticos numa mesma pessoa. Nesse sentido, o enfermeiro desenvolve habilidades para utilizar o raciocínio clínico e explicitar a situação diagnóstica<sup>3;4; 15</sup>.

Para isso é necessário que o enfermeiro seja capaz de distinguir entre os diagnósticos identificados em uma dada situação qual(is) é(são) aquele(s) que pode(m) ser considerado(s) prioritário(s) e se encontra(m) num contexto nuclear com condições de dar(em) resolubilidade a um conjunto de situações interligadas quando abordados terapêuticamente.

Busca-se o atendimento e assegurar que situações concomitantes possam ser abordadas em seu foco, permitindo solucionar outros problemas coexistentes com nível de interinfluência que afetam o processo saúde/doença da pessoa com doença renal. Isso porque, embora a doença renal decorra de uma disfunção renal, seu impacto, por vezes, expressa-se em outras dimensões das respostas humanas<sup>3;4; 15</sup>. A capacidade de identificar tais diagnósticos nucleares exprime a condição de expertise do enfermeiro e garante resolubilidade a um conjunto de problemas de saúde.

Instrumentalizar o enfermeiro para a coleta de dados sustentada em um referencial teórico da profissão assegura o atendimento das especificidades decorrentes da disfunção renal e permite captar a singularidade de como é percebida e enfrentada pela pessoa e por seus familiares. Assim sendo, captar as nuances de como a doença é percebida, enfrentada e vivenciada no cotidiano permite ao enfermeiro entender as particularidades de demandas e o perfil da clientela de quem cuida, além de planejar uma assistência individualizada e auxiliá-la em sua TRS para que ela seja protagonista de seu processo saúde/doença/tratamento<sup>16</sup>.

Do ponto de vista dos registros de enfermagem, a análise de todos os registros realizados em papel e/ou meio eletrônico que constituem espaços formais para os conteúdos consensualizados por protocolos ou práticas cotidianas permite captar a atuação dos profissionais e as práticas que estes desenvolvem e documentam de acordo com o perfil das categorias profissionais. Esses registros, quando analisados na perspectiva da atuação da equipe de enfermagem, estruturam-se na conciliação entre as práticas exercidas ou evidenciadas em consonância com as recomendações institucionais e, por isso, expressam conteúdos comunicacionais que veiculam mensagens de caráter sigiloso, constituindo ferramenta legal que

retrata as atividades laborais realizadas pela equipe de enfermagem em sua interface com os usuários<sup>17; 18</sup>.

Por isso é possível considerar que os registros realizados pela equipe de enfermagem têm a finalidade de retratar as demandas de cuidado, evidenciar o processo de tomada de decisão e o raciocínio clínico do profissional<sup>19</sup> descrever o perfil do usuário, suas condições clínicas, suas necessidades e explicitar quais seriam as condutas terapêuticas e os resultados mais pretendidos no transcurso do tratamento. Porém esses registros precisam ser capazes de captar como a doença, o tratamento e as relações interpessoais da equipe de saúde e de enfermagem com a pessoa em hemodiálise/família ocorrem, quais as necessidades dos familiares/acompanhantes e como a enfermagem poderá incluí-los numa abordagem acolhedora e terapêutica a ponto de favorecer sua adaptação e enfrentamento diante da necessidade de conviver com uma pessoa em adoecimento renal de caráter crônico<sup>17</sup>.

Diante do exposto surgiram as seguintes indagações: Qual é a percepção das pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise, o tratamento hemodialítico e o cuidado de enfermagem que recebem? Quais os elementos simbólicos, suas origens e as dimensões representacionais sobre a hemodiálise, o tratamento hemodialítico e o cuidado de enfermagem na perspectiva da pessoa em hemodiálise? Como eles percebem e avaliam o cotidiano do tratamento hemodialítico? O tratamento, na percepção das pessoas com doença renal é capaz de conciliar resolubilidade com estilo de vida pretendido? A documentação do cuidado de enfermagem registrado no prontuário é suficiente para explicitar as singularidades das demandas de cuidados, das ações terapêuticas? Esses registros deixam transparecer os alicerces filosóficos do cuidado de enfermagem prestado? Há coerência entre o cuidado de enfermagem prestado e o registro pela equipe de enfermagem?

No sentido de preencher a lacuna que se estabelece na dicotomia entre o tecnicismo e uma abordagem humanística, a presente investigação busca captar como se articula uma atividade técnica (realização da hemodiálise) com a prestação do cuidado de enfermagem a partir da avaliação dos registros e do cuidado percebido pelos usuários e pela equipe de enfermagem com vistas à elaboração de um diagnóstico situacional.

Destarte, delineou-se o objeto da presente pesquisa como sendo a análise e a compreensão do cuidado de enfermagem, da SAE, dos processos laborais e dos registros documentais de pessoas em tratamento renal substitutivo do tipo hemodialítico num serviço ambulatorial na perspectiva do binômio usuários-equipe de enfermagem.

As justificativas que alicerçam a presente investigação são: 1) a crescente demanda de pessoas em condições crônicas, entre as quais está o tratamento hemodialítico; 2) a necessidade de a Enfermagem utilizar referenciais que possibilitem a documentação de suas ações

profissionais, que deem visibilidade a elas e que atendam às recomendações da categoria para nortear o processo laboral dos profissionais; 3) o fato de o tratamento hemodialítico ter especificidades que requerem modificação no estilo de vida e hábitos das pessoas em hemodiálise e familiares, justificando cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

## 2 REFERENCIAIS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E FILOSÓFICOS

Foram adotadas quatro estruturas teórico-filosóficas e conceituais que alicerçaram a estruturação da presente investigação, a saber: 1) Sistema e rede de atendimento em Saúde; 2) Política de atenção às pessoas com doença renal e o Tratamento Renal Substitutivo por hemodiálise; 3) Processos de Enfermagem, modelos conceituais, taxômicos e operacionais no cuidado a pessoas em hemodiálise e 4) Teoria das Representações Sociais.

### 2.1 SISTEMA E REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública institucionalizada pela Constituição Federal de 1988 proposta e estimulada pelo movimento sanitário no Brasil. Desde sua implantação, tem tido avanços relevantes e inquestionáveis, porém ainda enfrenta muitos desafios<sup>20</sup>. O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Foram estabelecidos como princípios do SUS: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, direito à informação e divulgação destas, estabelecimento de prioridades baseadas na epidemiologia, participação da comunidade e descentralização político-administrativa<sup>21</sup>.

No Brasil, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operacionalizado pelos entes federativos, sendo eles: União, estados e Distrito Federal e municípios. Estes, mantêm, entre si, diretamente ou pela mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações<sup>20; 21</sup>.

O processo de planejamento e orçamento do SUS ocorre do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, depositados em contas especiais, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde<sup>21</sup>.

A implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela Portaria GM/ MS n. 4.279/ 2010 é uma proposta de organizar o sistema por um conjunto coordenado e integrado de pontos de atenção à saúde, visando responder às condições de saúde da população e prestar uma assistência contínua e integral à população brasileira<sup>20; 22</sup>.

O objetivo da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, articulada pelas necessidades de saúde da população evidenciadas pela atual situação epidemiológica e

demográfica nacional, além de se basear também na cooperação entre gestores, prestadores de serviços e usuários<sup>20; 23</sup>.

Atualmente, o Brasil e o mundo vivenciam uma transição das condições de saúde pelo processo de envelhecimento e determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas, caracterizando uma forte prevalência de doenças crônicas e diminuição relativa das condições agudas, o que gera repercussões econômicas significativas para o país<sup>20; 24</sup>.

São consideradas doenças crônicas as “doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”<sup>24:1</sup>.

Diante disso, a fim de promover a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, foi implementada a Portaria GM/ MS n. 483, de 1º de abril de 2014, a qual dispõe sobre a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas<sup>24</sup>.

Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por aparatos de diferentes densidades tecnológicas e arranjos produtivos distribuídos em níveis de atenção à saúde<sup>20</sup>, denominada, na presente investigação, por: leve, leve-dura e dura<sup>25</sup>. Estes são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial das RASs. São distribuídos em: Atenção Primária à Saúde (APS), como o nível de menor densidade tecnológica; Atenção Secundária à Saúde, de densidade intermediária, e Atenção Terciária à Saúde, maior densidade tecnológica<sup>20</sup>.

A atenção especializada, nos níveis de Atenção Secundária e Terciária à Saúde, compreende a atenção ambulatorial, a urgência e emergência e a atenção hospitalar respectivamente<sup>23</sup>. A secundária deve prestar assistência ambulatorial em consultas multiprofissionais especializadas aos usuários referenciados pela APS; realizar apoio diagnóstico e realizar assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória em cirurgias ambulatoriais elegíveis<sup>23</sup>.

Já a urgência e emergência devem prestar assistência imediata e os primeiros cuidados, até o encaminhamento, se necessário. Apesar de resultar em um modelo de atendimento reducionista e ineficaz em relação à integralidade do cuidado, apresenta-se, assim como a APS, como “porta de entrada” no sistema<sup>23; 25</sup>.

A Atenção Terciária, ou hospitalar, é considerada referência em situações de maior complexidade ou gravidade, em que são realizadas medidas de assistência à pessoa internada. É vista como componente fundamental para a integralidade do cuidado e essencial ao processo de contrarreferência após o atendimento<sup>23; 25</sup>.

Além dos níveis de atenção, um importante componente das RASs são os sistemas de apoio, locais que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde<sup>20</sup>.

A implantação de modelos de atenção à saúde como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RASs articula as linhas de cuidado associadas aos pontos de atenção, sistemas logísticos e de apoio, visando garantir a integralidade do cuidado pela equipe de saúde na prestação da assistência que atenda às necessidades adscritas no acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, pela oferta de serviços e reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais causadores de agravos<sup>23; 25</sup>.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, presentes na realidade atual, apresentam-se como pontos de atenção à saúde desorganizados, isolados e não comunicáveis, refletindo em uma atenção descontínua à população e desfavorável à integralidade do cuidado, a qual se situa transversalmente no sistema<sup>23; 25</sup>.

A comunicação entre os níveis de atenção ocorre pela articulação direta ou pelo sistema de referência e contrarreferência, entretanto ainda necessita de melhorias em relação ao estabelecimento de vínculos e continuidade da assistência, principalmente no que tange ao acompanhamento do usuário e familiares pelo histórico e regime terapêutico. Dessa forma, busca-se a efetividade e qualidade da atenção à saúde, garantido a articulação do sistema<sup>20</sup>.

Os sistemas de informação em saúde são considerados ferramentas essenciais para coletar, processar, reportar e utilizar informações e conhecimentos com vistas ao diagnóstico de situações de saúde e planejamento de intervenções, além de favorecerem e influenciarem o embasamento de políticas, os programas e as pesquisas científicas<sup>20</sup>.

Para o êxito da RAS, é imprescindível que a APS esteja à frente e fortalecida de forma a organizar, coordenar e direcionar o fluxo do usuário na RAS, enfatizando a resolubilidade do serviço como porta de entrada. O conhecimento da população cadastrada, organizada pela territorialização, é elemento primordial para tornar possível uma gestão baseada nas necessidades, satisfazendo as demandas da população, favorecendo a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, garantindo diagnósticos precoces e tratamentos

oportunos, além da realização de atividades educativas, capacitação dos profissionais e minimizando os custos econômicos gerados no sistema<sup>23</sup>.

Logo, as atribuições de cada nível de atenção em saúde devem espelhar a articulação entre esses níveis e direcionar a assistência dos usuários com qualidade e eficácia, de forma que retrate a RAS e dê resolubilidade ao atendimento das pessoas<sup>20; 23</sup>.

## 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL E O TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO POR HEMODIÁLISE

A DRC pode ser definida como uma “anormalidade na estrutura ou função renal por um período igual ou superior a três meses com implicações para a saúde”. Caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico. Os sintomas são geralmente relacionados às complicações da função renal diminuída, evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas, urinárias ou exames de imagens<sup>2:19</sup>.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia anualmente fornece dados nacionais de pessoas com DRC em programa de diálise a fim de fornecer subsídios e informações para direcionar o planejamento nacional da política de tratamento dialítico crônico no país e aprimorar a assistência de qualidade às pessoas em hemodiálise. O censo é constituído por informações fornecidas pelos centros de diálise cadastrados<sup>1</sup>.

A insuficiência renal, aguda ou crônica, é considerada uma doença grave, e, quando em estágio avançado, os pacientes necessitam de TRS para manutenção da vida. A TRS inclui hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal e a escolha inclui fatores como as características individuais e clínicas das pessoas com DRC, suas preferências e localização geográfica de moradia<sup>26</sup>.

Ressalta-se que, em relação ao diagnóstico da doença renal primária, as doenças de bases mais frequentes são a nefropatia hipertensiva e o diabetes, ou seja, situações crônicas passíveis de prevenção<sup>1</sup>. A elevada prevalência de pessoas com DRC decorre diretamente do aumento progressivo das doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, associadas a fatores de risco, como obesidade, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo<sup>23</sup>.

A identificação e o encaminhamento precoce para serviços nefrológicos especializados de pessoas com DRC e o acompanhamento multidisciplinar favorecem a reversão, retardo ou prevenção progressiva da doença<sup>27</sup>.

A atuação na prevenção dos fatores de risco para doenças cardiovasculares impacta positivamente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o bloqueio do sistema renina-angiotensina, além do controle de alguns parâmetros metabólicos como glicemia, dislipidemia, ácido úrico e acidose, e influencia diretamente a prevenção e o acompanhamento da doença<sup>27</sup>.

Para direcionar ações e intervenções nos níveis de atenção à saúde para pessoas com DRC, foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) pela Portaria nº 1.168/GM de 2004, que visa garantir o atendimento integral às pessoas por meio, não só das sessões de hemodiálise, como também do apoio em situações de assistência ao acesso de fármacos básicos e excepcionais, transporte, internação hospitalar, quando necessário, e equidade na entrada em lista de espera para transplante renal<sup>28</sup>.

Segundo a PNAPDR, os Serviços de Nefrologia vinculados ao SUS tanto de natureza estatal (municipal, estadual, federal) como privada (filantrópicos ou lucrativos) devem oferecer consultas especializadas e todos os tipos de procedimentos de diálise, conforme necessidade e regime terapêutico, além de garantir o acesso e promover as ações inerentes à população de sua área de abrangência. Enquanto às Secretarias de Saúde cabe estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos usuários e as providências necessárias à articulação assistencial eficaz<sup>28</sup>.

A fim de estabelecer os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Diálise, a Resolução - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, dispõe sobre as condições organizacionais, o gerenciamento de tecnologias e o cuidado especializado às pessoas em TRS<sup>29</sup>.

A necessidade de organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e a instituição de incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-dialítico, na rede temática de atenção a doenças crônicas, foram critérios para a criação da Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014. São estabelecidas diretrizes a serem observadas e seguidas pelos estabelecimentos de saúde e atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo eles: Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise, além de composição mínima das equipes, adesão e habilitação, financiamentos, monitoramento e avaliação<sup>11; 23</sup>.

O impacto dos gastos com TRS no orçamento governamental justifica uma política direcionada às pessoas que apresentam esse agravo à saúde. Isso porque o custo financeiro desta terapia é



oneroso ao SUS. No Brasil, aproximadamente 30% de todo o orçamento com a saúde é gasto com procedimentos de alta complexidade, como exemplo as terapias renais substitutivas. Estudo revelou que, no município do Rio de Janeiro, no primeiro trimestre de 2012, o custo com TRS na modalidade hemodiálise ultrapassou 20 milhões de reais (R\$ 20.468.140,40)<sup>9</sup>.

O tratamento hemodialítico consiste na filtração e purificação do sangue para remoção de líquido e produtos urêmicos não eliminados pelos rins. É realizado em média três vezes por semana, com duração aproximada de quatro horas. A verificação do peso pré-sessão e a identificação da quantidade de líquido a ser retirada para que a pessoa atinja o seu peso seco são fatores essenciais à prescrição e manutenção segura do tratamento para o bem-estar do indivíduo<sup>2:27</sup>.

A classificação da DRC é estabelecida em cinco estágios baseados nos parâmetros de referência: causa, taxa de filtração glomerular e albuminúria. A importância da classificação garante o direcionamento do tratamento adequado, a identificação de riscos e possíveis eventos adversos e a realização de orientações e recomendações relacionadas ao comprometimento renal a fim de prevenir/modificar as projeções de risco<sup>2:11</sup>.

O acompanhamento clínico multiprofissional deve garantir a avaliação sistemática de resultados laboratoriais, sinais e sintomas, além de observação contínua e atenta a eventos clínicos adversos passíveis de alterações e comprometimento da doença<sup>2:27</sup>.

Fatores como mudanças no estilo de vida e medidas como redução da pressão arterial, redução de albuminúria e prevenção de hiperglicemia são capazes de modificar a progressão da DRC e reduzir o impacto na qualidade de vida<sup>27</sup>.

## 2.3 PROCESSOS DE ENFERMAGEM, MODELOS CONCEITUAIS, TAXONÔMICOS E OPERACIONAIS NO CUIDADO A PESSOAS EM HEMODIÁLISE

A seguir, os processos de enfermagem serão apresentados a partir da subdivisão do referencial a fim de contemplar concepções teórico-filosóficas e suas dimensões e concepções tecnológicas, organizacionais e documentais.

### **2.3.1 Cuidado de enfermagem: concepções teórico-filosóficas e suas dimensões**

A epistemologia do cuidado possui várias concepções de acordo com os alicerces teóricos, conceituais e filosóficos adotados, fato que permite uma variedade de interpretações direcionada ao contexto evidenciado<sup>30</sup>.

O cuidado relativo à enfermagem possui bases teóricas, filosóficas e históricas que a caracterizam como profissão, tanto em termos de arte quanto como ciência<sup>30</sup>. Quando analisado na perspectiva da atuação de enfermeiros e sua equipe, ele se estabelece por meio da prática assistencial com a possibilidade de produção e consumo de conhecimento com vistas ao fortalecimento da práxis em saúde e em enfermagem<sup>30</sup>.

Nessa perspectiva, compreender a relação intrínseca e dinâmica entre o saber e o fazer gera questionamentos acerca de práticas vigentes, permite o aperfeiçoamento e a apreensão da ação de cuidar baseada em fundamentação teórica atualizada<sup>30</sup>.

Embora o enfermeiro nem sempre explicita qual a concepção que adota para o cuidado de enfermagem, seus atos e práticas retratam uma visão de mundo e do contexto laboral que possibilitam explicar sua atuação profissional<sup>30; 31</sup>. Na enfermagem, o cuidar pressupõe competências e habilidades compreendidas como conhecimentos, valores e comportamentos pertinentes e assegurados profissionalmente, na busca por favorecer as potencialidades do ser humano na manutenção e recuperação da condição de saúde no seu processo existencial<sup>32</sup>.

Para analisar o cuidado prestado em um serviço na perspectiva da atuação da equipe de enfermagem, é necessário captar quais as concepções adotadas implícita e explicitamente pela instituição e definir se há ou não coerência entre essas concepções e a forma de agir/conceber as ações de enfermagem por parte dos profissionais que atuam nesse cenário. Por isso é importante acessar os metaparadigmas. Eles se referem às principais orientações filosóficas e de visões de mundo contidas/adotadas em uma disciplina (área de saber) e devem estabelecer coerência com os modelos conceituais e as teorias que orientam as práticas laborais, as atividades de pesquisa, de gerência do cuidado e de ações educativas que são realizadas e/ou incentivadas a ser realizadas. Os metaparadigmas são explicitados por meio de conceitos sobre o que é o processo saúde/doença, quem é o usuário, qual o papel desempenhado pelo enfermeiro e em qual cenário esse cuidado se expressa. Para isso, a articulação desses conceitos permite o compartilhamento de qual é o cuidado pretendido/almejado ou executado pelo serviço de enfermagem<sup>33</sup>.

Uma das formas de dar intencionalidade e visibilidade às ações laborais do enfermeiro é por meio do uso das teorias de enfermagem. Elas possibilitam ao enfermeiro conhecer-se conceitual e filosoficamente, ter claro quais são os alicerces que estruturam a forma como pensa e atua laboralmente ao mesmo tempo que traduzem a maior ou menor intencionalidade e fundamentação para sua atuação profissional. Por isso, buscar nas teorias de enfermagem alicerce significa analisar quais são os metaparadigmas apropriados para traduzir a sua visão de mundo laboral<sup>30; 31</sup>.

Entre as estratégias utilizadas para classificar as teorias de enfermagem, existem os critérios centrados no enfoque que permite categorizar as teorias segundo: necessidades/problemas, interação, sistema e campo de energia<sup>31</sup>(**Figura 1**).

**Figura 1:** Classificação das teorias de enfermagem. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



**Fonte:** As autoras baseadas na proposta de Júlia B. George<sup>31</sup>.

O enfoque como critério para categorizar uma teoria pode ser considerado uma classificação arbitrária na medida em que algumas teorias possuem elementos articulados<sup>31</sup>. Outra possibilidade de classificação das teorias é o critério do alcance/âmbito, o qual se refere à complexidade e ao grau de abstração, incluindo o nível de especificidade e a concretude de seus conceitos e proposições<sup>33</sup>.

Na utilização do método de alcance/âmbito, abarcam-se termos como metateoria, filosofia ou visão de mundo para descrever a base filosófica da teoria. O nível de abrangência da estrutura conceitual de uma teoria pode ser categorizado como: teorias de grande alcance, aquelas que se

referem a estruturas conceituais abrangentes, que retratam modelos macros e podem englobar outras teorias; teorias de médio alcance, aquelas que descrevem estruturas mais focalizadas que a grande teoria, ideias mais circunscritas e concretas e que proporcionam embasamentos acerca de fenômenos e populações; e teorias práticas, aquelas que retratam contextos mais específicos, menos complexos e fornecem instruções práticas. O nível de abstração das categorias varia de mais a menos abstratas respectivamente<sup>33</sup>.

Independentemente da classificação utilizada para distinguir as teorias de enfermagem, há uma diversidade de concepções atribuídas ao termo “cuidado de enfermagem”, sendo possível identificar algumas delas que se mostram transversais na medida em que retratam as relações entre pessoas e/ou se referem ao resgate da dignidade humana. Um exemplo é o conceito de cuidado descrito por Waldow<sup>32</sup>, concebido como uma característica humana, inerente ao ser humano, relacionado ao respeito, à dignidade, ao afeto e à interação interpessoal. É um fenômeno existencial, relacional e contextual que envolve ações e atitudes, buscando o bem-estar do indivíduo, família e coletividade.

Watson, ao mencionar o cuidado na perspectiva da atuação do enfermeiro, apresenta um modelo centrado no indivíduo, na sua singularidade e integralidade e inclui aspectos referentes à sua essência transcendental<sup>34</sup>.

Nessa concepção, não há inconsistências entre ciência e práticas de enfermagem modernas, uma vez que são apresentadas concepções que se integram e se mostram complementares às tradicionalmente conhecidas, fato que permite explicitar aspectos de integralidade contidos no cuidado ao Ser. Destarte, o enfermeiro deve cultivar e desenvolver o cuidar consciente em sua prática profissional e pessoal diariamente<sup>34</sup>. Isso equivale a dizer que a forma de exercer a enfermagem influencia os resultados obtidos e a capacidade de alcançar o outro para auxiliá-lo a desenvolver suas potencialidades. Essa concepção traz uma reflexão sobre como o cuidado é prestado e como ele se expressa para o outro e para o contexto. O cuidado, diferentemente da realização de procedimentos, deve abranger a capacidade de decisão, o pensamento crítico, sendo capaz de exprimir e alcançar o outro pela sensibilidade<sup>30</sup>.

Outro conceito do cuidado é aquele que retrata as melhores opções terapêuticas disponíveis e/ou conhecidas e que pode ser acessado entre a variedade de informações e evidências referentes à prática clínica de enfermagem. A prática baseada em evidências é percebida como uma abordagem adaptável e necessária à atuação da enfermagem que se estrutura em níveis de recomendações e evidências de resultados científicos. Ela é construída a partir de estudos sistematizados, aleatórios, randomizados, e não há consenso entre especialistas, dependendo do conhecimento científico disponível. Nessa metodologia, há o incentivo a

investigações científicas e ao desenvolvimento do conhecimento a partir de experiências clínicas sistematizadas desenvolvidas em distintas áreas do conhecimento humano a respeito de um determinado conteúdo<sup>35</sup>.

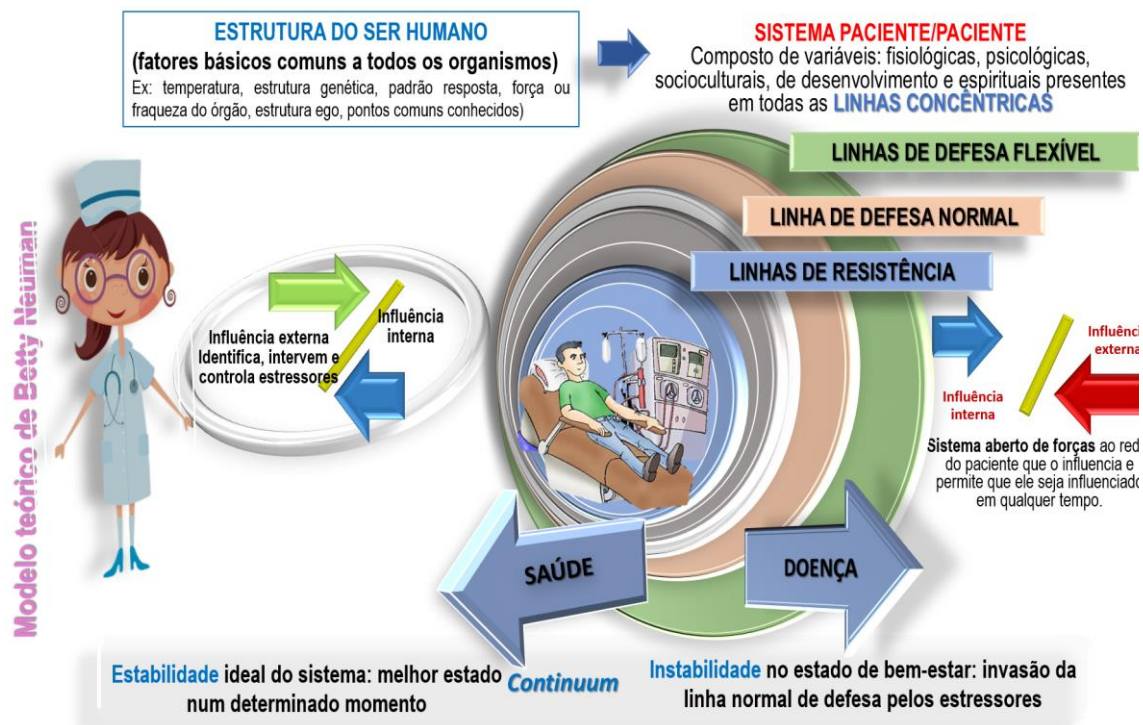
Para Madaleine Leninger, na teoria transcultural do cuidado, o cuidado ao ser humano é universal. Entretanto, além da integralidade, deve ser adaptado a diferentes culturas, de acordo com seu ambiente e estrutura social, evitando um cuidado desvinculado e descontextualizado da realidade cultural da pessoa, fato que a autora considera relevante para a garantia da efetividade da assistência<sup>36</sup>.

Para direcionar o olhar do enfermeiro e possibilitar a realização de uma reflexão sobre a prática laboral da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas em tratamento hemodialítico e de seus familiares, buscou-se como referencial teórico, conceitual e filosófico utilizar a teoria proposta por Betty Neuman.

Nascida em Lowell, nos Estados Unidos da América, Neuman foi considerada, na década de 60, como uma enfermeira pioneira e precursora do movimento comunitário na área de Saúde Mental, tendo atuado no ensino e na prática clínica<sup>37; 38</sup>.

Ela propôs, em 1972, um modelo teórico (**Figura 2**) estruturado para abordagem de pessoas com problemas de saúde, sendo aprimorado e denominado em 1974 de *Conceptual Models for Nursing Practice* e concluído em 1989, como proposta teórico-filosófica e nomeado como *The Neuman Systems Model*. Influenciada pela Teoria do estresse (proposta por Selve e Lazarius), pela Totalidade dos sistemas (segundo Chardin e Cornu) e pela Teoria Geral dos Sistemas (segundo Von Bertalanfy e Lazlo), concluiu seu mestrado na área de Saúde Mental e doutorou-se em Psicologia Clínica em 1985, na Pacific Westen University<sup>38</sup>.

Figura 2: Modelo teórico de Betty Neuman. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras

Em sua teoria, identifica quatro principais conceitos de metaparadigmas de enfermagem: ser humano, ambiente, saúde e enfermagem<sup>31</sup>.

O indivíduo é considerado um Ser dinâmico em busca da estabilidade, suas forças o protegem dos estressores pelas linhas de flexibilidade, que são campos de forças que promovem o equilíbrio/desequilíbrio diante das situações, experiências e circunstâncias vivenciadas<sup>37; 39</sup>.

Para Neuman, o ambiente é definido como fatores ou influências que afetam ou são afetados pelo sistema e é constituído pelo ambiente interno e externo, os quais circundam o cliente ou seu sistema, além de um ambiente desenvolvido inconscientemente e considerado simbólico, denominado de "ambiente criado"<sup>40</sup>.

A saúde é a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar momentâneo, ocorre quando todas as partes do sistema estão em harmonia e em equilíbrio. É considerada dinâmica pela ocorrência de variações ao longo do tempo e tendo em vista o sistema mover-se em direção à doença e à morte<sup>40</sup>. Já a enfermagem é a ciência e a arte da disciplina<sup>40</sup>.

Em seu Modelo de Sistemas, concebeu o ser humano como um sistema aberto de energia que interage com estressores e forças ambientais, requerendo por isso ser compreendido em sua singularidade. Esse sistema integrado de forças se manifesta nas dimensões do ser humano (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais)<sup>31; 37; 39; 40</sup>.

Os dois principais componentes do Modelo de Sistemas são o estresse e a reação ao estresse. Os estressores são capazes de gerar efeitos positivos ou negativos. Quando as linhas flexíveis não suportam os estressores, o impacto compromete o bem-estar do indivíduo, levando ao desequilíbrio saúde-doença<sup>40</sup>.

A opção pela proposta de Neuman alicerçou-se na possibilidade de apontar as causas dos estressores pelo enfermeiro na medida em que este identifica as necessidades humanas e os estressores de origem intrapessoal, interpessoal e transpessoal, sejam reais, sejam potenciais. Além disso, tal proposta viabiliza meios de sanar essas causas a partir de intervenções de enfermagem que favoreçam a restauração do equilíbrio energético do ser que está sendo cuidado<sup>31</sup>.

Tal situação permite ao enfermeiro utilizar competências e habilidades profissionais no sentido de fortalecer as linhas de defesa interna com atuações nos vários níveis de atenção (primária, secundária e terciária), mantendo, assim, o equilíbrio do sistema saúde-doença<sup>31</sup>.

A oferta de cuidados se faz por meio do atendimento das necessidades da pessoa e da coletividade, frente aos problemas de saúde, com autonomia e competência e a enfermagem é a única profissão que se dedica humana e holisticamente ao cuidado, ou seja, a partir da assistência de enfermagem<sup>40</sup>.

A atuação do enfermeiro possibilita promover a adesão ao regime terapêutico e auxiliar a pessoa com doença renal a enfrentar os problemas/estressores de forma positiva, aprendendo a conviver com as limitações decorrentes do processo<sup>31</sup>.

Para Betty Neuman, o cuidado de enfermagem se expressa a partir da ação profissional do enfermeiro voltada para o ser humano visto como um sistema de energia que interage com estressores intra, inter e transpessoais e forças ambientais. A ação do enfermeiro visa identificar a causa de possíveis estressores e direcionar intervenções de enfermagem a fim de restaurar o sistema do indivíduo nos diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária)<sup>39</sup>; <sup>40</sup>. A prevenção nos níveis de atenção primária, secundária e terciária oportuniza intervenções a fim de reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema<sup>31</sup>.

A prevenção primária inclui a promoção da saúde e prevenção de doenças pelo fortalecimento da linha flexível de defesa com foco na redução de fatores de risco. Nesse nível, a intervenção ocorre pela identificação do risco, porém, antes de sua ocorrência, como, por exemplo, pela imunização, educação em saúde, exercícios e orientações em relação a estilo de vida e hábitos saudáveis<sup>31</sup>.

A prevenção secundária se dá em decorrência da reação do sistema ao estressor e enfoca o fortalecimento da estrutura básica pelas linhas internas de resistência<sup>31</sup>. E a prevenção terciária

visa à manutenção do bem-estar do indivíduo e conservação de energia. Esta ocorre após o início do restabelecimento da estabilidade do sistema<sup>31</sup>.

A opção pela utilização do referencial de Neuman, na presente investigação, está sendo concebida para além da proposta apresentada na **Figura 1**, na qual essa teoria está categorizada como integrando as teorias sistêmicas, mas cabe acrescentar que seu foco não se distancia da possibilidade de trazer em seu pano de fundo uma teoria capaz de captar as necessidades humanas, o que justifica tratar-se de uma teoria de grande alcance por ser “um dos poucos modelos de natureza prescritiva, universal, abstrata e aplicável a indivíduos de muitas culturas”<sup>33:52</sup>. Por isso a concepção adotada não exclui a possibilidade de resgate de conceitos, a exemplo dos anteriormente mencionados quando os mesmos se fizerem necessários para subsidiar as discussões dos resultados desta investigação.

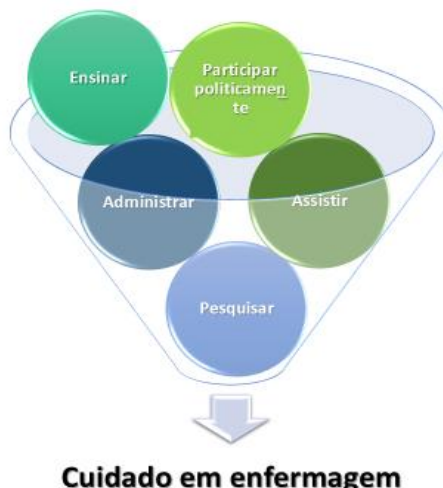
Destarte, a proposta de Neuman está sendo utilizada como uma forma de acessar as necessidades humanas e os possíveis estressores para as pessoas em hemodiálise. Nessa concepção, será possível captar e contemplar como ocorrem as relações interpessoais dos indivíduos em hemodiálise com a equipe de enfermagem, com seus acompanhantes, familiares, amigos e como eles se articulam num contexto sociocultural.

Está previsto captar também quais são as características compartilhadas pelos grupos de pessoas em hemodiálise e como o tratamento hemodialítico e o cuidado se traduzem em termos de equilíbrio/desequilíbrio no fluxo de energia pessoal, interpessoal e com o ambiente de sua vida pessoal e de tratamento de saúde.

Busca-se, nesta investigação traduzir a concepção da pessoa em hemodiálise para o tratamento e o cuidado que esta recebe no cenário do estudo. Isso porque a forma como o cuidado de enfermagem é exercido possibilita inferir sobre os alicerces utilizados pela equipe de enfermagem em seu cotidiano. Isso por que o cuidado é composto por diferentes dimensões, a saber: administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente (**Figura 3**), as quais demonstram-se complexas e inter-relacionadas e requererem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes articulados para caracterizar a atuação profissional<sup>14</sup>.



**Figura 3:** Esquema representativo das dimensões do cuidado. Juiz de Fora, MG, Junho /2018.



**Fonte:** As autoras

A dimensão administrar constitui-se pelos recursos empregados na assistência e na elaboração e estruturação do processo de enfermagem, visando à efetividade da dimensão assistir<sup>14</sup>.

No cuidado com a pessoa com DRC, evidenciam-se os recursos para a efetiva assistência, como, por exemplo, disponibilidade de recursos materiais necessários e equipe de saúde mínima disponível e especializada<sup>14</sup>.

A dimensão assistir possui como objeto o cuidado ao indivíduo, à família e à coletividade. A assistência integral à pessoa com DRC ocorre a partir da prevenção, identificação e tratamento de complicações<sup>14; 41</sup>.

O emprego do pensamento crítico, filosófico e científico de instrumentos de pesquisa para suprir lacunas do conhecimento e aprimorar o processo de trabalho caracteriza a dimensão pesquisar. Essa dimensão reflete no aprimoramento da prática baseada na busca por conhecimentos e evidências científicas disponíveis, o que gera evoluções tecnológicas e novas possibilidades de tratamento na TRS e no tratamento hemodialítico<sup>14</sup>.

A dimensão participar politicamente permeia todos os outros processos e é definida como qualquer julgamento moral e atitudes políticas em defesa dos direitos civis a fim de refletir na representatividade social. Quando relacionada à pessoa com DRC, favorece a prática laboral e a garantia dos direitos dos usuários ao atendimento individualizado e de qualidade<sup>14</sup>.

A dimensão educativa deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as individualidades, através de uma relação de corresponsabilidade, envolvimento e cooperação profissional-pessoa em hemodiálise, evitando-se assim maiores complicações<sup>41; 42</sup>.

### 2.3.2 Processos de enfermagem: concepções tecnológicas, organizacionais e documentais

A prática de enfermagem refere-se ao desenvolvimento de competências pelo enfermeiro na construção de conhecimentos relevantes à prática assistencial e à reelaboração de aprendizados a partir dos desafios cotidianos<sup>43</sup>.

A transformação do saber teórico em prática assistencial é complexa, visto que o pensamento crítico e a releitura do conhecimento teórico devem atender às prioridades e mudanças nas respostas humanas de acordo com as circunstâncias apresentadas, podendo alterar consideravelmente a situação e condutas a partir de um julgamento clínico baseado em evidências científicas e desenvolvimento tecnológico<sup>44</sup>.

A prática de enfermagem, segundo a concepção de Benner, é descrita em sete domínios: papel auxiliar; função de ensino ou instrução; monitoramento da função do cliente; manejo eficaz das situações de rápidas mudanças; administração e monitoramento das intervenções nos regimes terapêuticos; monitoramento e garantia de qualidade das práticas de atendimento de saúde; competências organizacionais e do papel de trabalho<sup>43</sup>.

A fim de otimizar a organização do trabalho da equipe de enfermagem e atender às necessidades de cuidado da clientela sob sua responsabilidade, existem diferentes modelos de assistência ou métodos de trabalho em enfermagem, classificados em: Integral, Funcional, Enfermagem de equipe e Enfermagem primária<sup>45</sup> que remetem ao gerenciamento de casos ou cuidados gerenciados.

**Figura 4:** Os sete domínios da prática e os quatro métodos de organização do trabalho de enfermagem. Juiz de Fora, MG, Junho /2018.



Fonte: As autoras.

Destaca-se que existem ainda outros métodos de organização, embora sejam modificações, reciclagens ou retificações destes modelos antigos<sup>45; 46</sup>.

O primeiro, denominado **cuidado integral**, é considerado o modelo mais antigo de organização dos cuidados de enfermagem. Cada membro da equipe de enfermagem assume a responsabilidade de atender a todas as necessidades de cuidado dos pacientes a ele designados. E cabe ao enfermeiro a responsabilidade por todos os pacientes, avaliando e coordenando os cuidados dispensados, com poder decisório em todas as etapas do processo. Como vantagem desse método, destaca-se a assistência não fragmentada<sup>46</sup>.

No **modelo funcional**, que surgiu durante a Segunda Guerra Mundial em consequência da escassez de enfermeiros para atender à demanda, os profissionais são designados a assumir tarefas específicas e tornam-se habilitados por repetição, evidenciando um modelo econômico de cuidado<sup>46</sup>.

Já a **Enfermagem em equipe** surgiu na década de 1950 como uma alternativa aos cuidados fragmentados oferecidos no método funcional. Neste modelo assistencial, um grupo de profissionais da equipe de enfermagem, sob o comando de um enfermeiro, colabora no atendimento a um grupo de pacientes, tornando a comunicação um instrumento essencial para a eficácia do atendimento e o planejamento das atividades da equipe<sup>46</sup>.

Por último, a **enfermagem primária** surgiu na década de 1970 e utiliza alguns conceitos do atendimento integral ao paciente, trazendo a figura do enfermeiro novamente para o cuidado direto com o paciente<sup>46</sup>.

O enfermeiro primário tem responsabilidade de planejar o atendimento nas 24 horas, de um ou mais pacientes, desde a internação hospitalar, ou início do tratamento, até a alta, ou término do tratamento. Nesse sentido, a assistência qualificada e individualizada é garantida pela humanização dos cuidados<sup>46</sup>.

Destaca-se que todos os modelos apresentam vantagens e desvantagens. O enfermeiro deve avaliar seu ambiente de trabalho, as necessidades de seus clientes e as competências da equipe para determinar qual o método mais apropriado<sup>46</sup>. A prestação da assistência de qualidade às pessoas em hemodiálise é uma prioridade para os enfermeiros.

Por outro lado, são percebidas limitações relacionadas à assistência tecnicista, o que evidencia carência/empobrecimento das ações e relações interpessoais desenvolvidas durante a assistência<sup>41</sup>. Destaca-se que, apesar de os avanços tecnológicos favorecerem melhorias na assistência prestada, tecnologias e equipamentos médicos estão associados a novos riscos à saúde causados por erros na utilização e mau funcionamento, além da priorização em lidar com os mesmos em detrimento das relações interpessoais<sup>47</sup>.

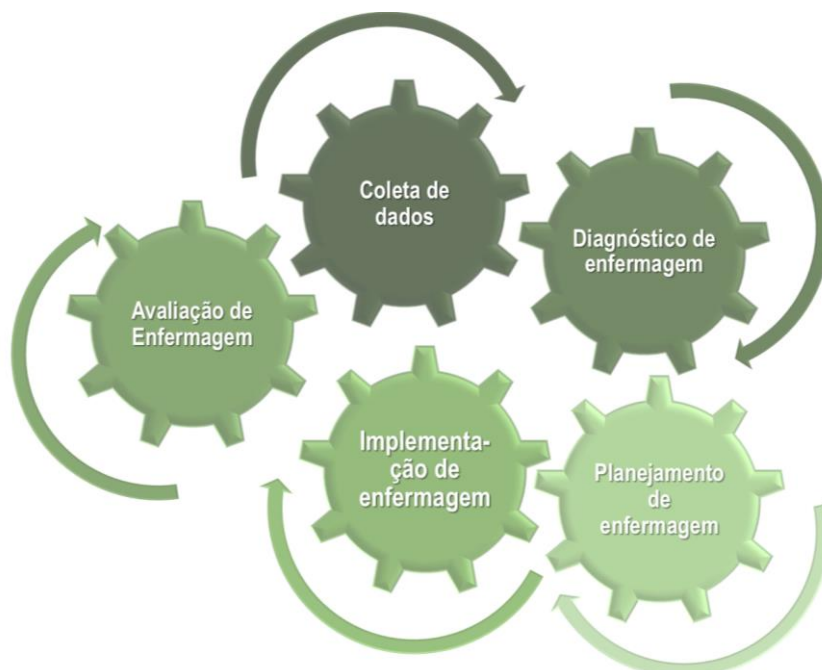
Para direcionar e definir as diretrizes que alicerçam o cuidado de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução nº. 358 de 2009, normatizou a implementação da SAE independentemente do local em que o cuidado de enfermagem ocorra, em ambientes públicos e privados, como fábricas, escolas, instituições de saúde ou onde o profissional de enfermagem exerça sua atuação laboral como uma estratégia metodológica capaz de auxiliar na organização do trabalho. Tal estratégia foi denominada de PE<sup>10</sup>.

O PE é concebido como uma ferramenta sistemática capaz de subsidiar a assistência de enfermagem e promover o cuidado individualizado. Ele possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever quais as reações das pessoas, grupos de pessoas ou coletividades (respostas humanas) diante dos problemas de saúde/doença/momentos da vida. E a identificação dessas necessidades possibilita direcionar as intervenções de enfermagem a partir do uso do julgamento clínico sobre dados que retratem a singularidade da pessoa atendida<sup>10</sup>.

A identificação dos fenômenos de enfermagem e o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados são denominados diagnóstico de enfermagem. Esse processo constitui a base para direcionar a atuação do enfermeiro na escolha das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados e fornecer indicadores para avaliação se houve ou não alcance dos resultados esperados (resultados de enfermagem)<sup>10; 48</sup>.

Para a operacionalização do PE, é proposto o desenvolvimento de cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados; diagnóstico; planejamento, implementação e avaliação de enfermagem<sup>10</sup> (**Figura 5**).

**Figura 5:** Etapas do Processo de Enfermagem. Juiz de Fora, MG, Junho /2018.



**Fonte:** As autoras

O compartilhamento de experiências<sup>49</sup> no provimento de cuidados de enfermagem é capaz de auxiliar no avanço e no desenvolvimento da profissão, no reconhecimento do objeto de atuação da enfermagem, na determinação dos custos operacionais das intervenções de enfermagem, na identificação de intervenções terapêuticas, na criação de parâmetros para avaliação dos resultados de enfermagem e no crescimento/consolidação e empoderamento da profissão. E, para que isso ocorra, há necessidade de se padronizar a linguagem e criar espaços de intercâmbio, mesmo que virtuais, entre distintas comunidades de enfermeiros.

Para responder a essa possibilidade, foram desenvolvidas taxonomias de enfermagem para explicitar: os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Um exemplo é a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (Cipe)<sup>50</sup>.

A Cipe é uma taxonomia utilizada na realidade brasileira que alinha a linguagem dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem por meio de uma linguagem padronizada que representa a prática de enfermagem em âmbito mundial<sup>50</sup>.

Quando a Cipe é utilizada para exprimir a atuação dos enfermeiros em Saúde Pública, é conhecida como Classificação Internacional da Prática de Enfermagem de Saúde Coletiva (Cipesc) e retrata um movimento brasileiro na consolidação de uma linguagem padronizada<sup>50</sup>.

A estrutura taxonômica da Cipe é compreendida por uma relação de termos utilizados na prática de enfermagem organizados por sete eixos (foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente) que podem ser combinados para elaborar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem<sup>50</sup>. O modelo de sete eixos facilita a composição de afirmativas, que, quando combinadas, fornecem acesso rápido a agrupamentos de enunciados preestabelecidos e direcionados a diferentes indivíduos e comunidades<sup>50</sup>.

Outra taxonomia utilizada para exprimir os Diagnósticos de Enfermagem é a proposta pela NANDA-I vinculada à *American Nursing Association* (ANA), sendo a mais conhecida no Brasil. Ela foi a precursora do movimento científico iniciado na década de 50 do século passado, nos Estados Unidos da América, em prol da classificação da prática do enfermeiro. O investimento intelectual realizado pela ANA visou trazer o cuidado de enfermagem como eixo fortalecedor da prática do enfermeiro no contexto multiprofissional da saúde. Essa taxonomia é difundida internacionalmente, em mais de 40 países, com um maior número de pesquisas, diagnósticos validados e consolidados na prática clínica dos enfermeiros mundialmente que é revisado de dois em dois anos<sup>15</sup>.

Em 1973, a NANDA-I classificou os fenômenos de enfermagem para a documentação informatizada a fim de identificar situações representativas do foco do cuidado em enfermagem. Sua meta foi padronizar a linguagem, agregar informações e permitir que diferentes culturas

pudessem compartilhar seus resultados a ponto de serem utilizados os diagnósticos como indicadores de qualidade em saúde<sup>49</sup>.

A NANDA-I, em sua versão 2018-2020, está estruturada em 13 domínios (promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância, estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento). Esses domínios possuem 47 classes e cada uma delas é composta por 244 conceitos diagnósticos (diagnósticos de enfermagem) que possuem definições que as explicitam<sup>15</sup> e garantem consistência entre diagnósticos, classes e domínios<sup>49</sup>.

Considerando que a taxonomia da NANDA-I só aborda os problemas de enfermagem, ela não é suficiente para contemplar as outras etapas do PE, por isso é utilizada conjuntamente com outras taxonomias, a exemplo das que abordam as intervenções e os resultados e tal uso se faz como ferramenta complementar.

Na busca por alinhar a linguagem dos diagnósticos de enfermagem com o planejamento da assistência de enfermagem, estão sendo utilizadas na presente investigação as taxonomias da *Nursing Outcome Classification* (NOC)<sup>51</sup> para uniformização da linguagem dos resultados de enfermagem e das intervenções e ações de enfermagem denominadas *Nursing Intervention Classification* (NIC)<sup>52</sup>. A utilização das taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC alinhadas é conhecida pela sigla NNN, referindo-se à reunião das iniciais desses sistemas taxonômicos<sup>49</sup>. Elas possibilitam seu alinhamento e padronização das linguagens com a NANDA-I<sup>49</sup>.

Para avaliar o impacto das intervenções de enfermagem, existe a taxonomia NOC. Ela foi estruturada pela descrição do planejamento dos resultados esperados e reflete a terceira etapa do PE. É estruturada em sete domínios (sistema funcional, sistema fisiológico, sistema psicossocial, conhecimento de saúde e comportamento, saúde percebida, saúde familiar e saúde da comunidade), 32 classes e 490 resultados de enfermagem que favorecem a aferição do impacto das intervenções terapêuticas implementadas na prática e facilitam sua conexão com os diagnósticos e intervenções. Na NOC, cada resultado possui uma definição, uma escala ou mais de mensuração, uma lista de indicadores e uma lista de referências de apoio<sup>51</sup>.

A ligação da NOC com os diagnósticos da NANDA-I se faz por meio das características definidoras que possam se constituir em indicadores e permite a aferição de quando o estado preliminar se manteve, reduziu ou piorou.

Utilizada para explicitar as ações de enfermagem, aNIC é estruturada em sete domínios (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistemas de saúde e comunidade), 30 classes, 554 intervenções e atividades definidas para assegurar a coerência e

coesão da taxonomia<sup>52</sup>. A ligação da taxonomia NOC com a NIC se faz pela semelhança e correspondência entre domínios e classes, o que permite a identificação de uma equivalência entre elas. Já a ligação da NIC com a taxonomia da NANDA-I se faz por meio dos fatores relacionados ou fatores de risco por constituírem as causas ou os fatores desencadeadores dos problemas identificados nas situações que abordam contextos reais ou em curso. Já nas situações de risco, os fatores de vulnerabilidade constituem o ponto de conexão entre as taxonomias. É por essa razão que, na definição do diagnóstico de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA-I, consta que o diagnóstico dá a base para a identificação das intervenções de enfermagem.

Cabe destacar que as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC apresentam processo de contínua atualização e estão sujeitas a modificações em suas estruturas periodicamente, com vistas a garantir melhorias no aprimoramento de sua estrutura. Essas modificações ocorrem a partir de evidências advindas de estudos científicos apresentados às taxonomias regularmente por pesquisadores e expertises das áreas de conhecimento<sup>15;51;52</sup>.

A padronização da linguagem de enfermagem para exprimir os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem envolve a permuta de informações e pode ocorrer por registro ou verbalmente por ocasião da passagem de plantão. A mensagem verbal contempla mensagens faladas e escritas, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque compõem a forma não verbal. Independentemente da modalidade em que os registros são realizados (impresso ou digital), eles constituem estratégias comunicacionais cujo processo envolve a emissão, recepção e a compreensão das mensagens escritas<sup>53</sup>.

Por envolver relações interpessoais, a comunicação exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo e gera probabilidade de erros, dificuldades e restrições, que podem prejudicar o processo de trabalho<sup>53</sup>. Nesse sentido, uma das exigências para uma assistência de qualidade é a comunicação eficaz, de forma a promover condições que auxiliem os profissionais a prevenirem erros, permitindo que as mensagens sejam transmitidas e recebidas de forma clara, correta e segura<sup>54</sup>, sendo coerente com a comunicação respaldada pelas recomendações internacionais de segurança do paciente<sup>55</sup>.

Os registros são considerados um aspecto vital da prática de enfermagem na medida em que permitem a documentação do cuidado prestado, subsidiam o planejamento, auxiliam nos processos de comunicação, pesquisa e auditoria, denotam a qualidade do serviço, além de constituírem aspectos legais do exercício da profissão a ponto de serem utilizados em processos legais e de auditoria<sup>56;17; 18</sup>.

Do ponto de vista assistencial, os elementos básicos referentes ao processo de cuidar em Enfermagem (diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem) refletem diretamente

na qualidade da documentação da assistência prestada e no reconhecimento profissional. Entretanto, quando evidenciado o descaso com o registro desses elementos, o profissional é exposto em decorrência da ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática<sup>48</sup>.

Visando assegurar a continuidade das informações nas 24 horas e dar sequência ao processo de cuidar em enfermagem, a enfermagem é considerada uma profissão que depende da exatidão das informações e que se utiliza da emissão e recepção de mensagens como estratégia para executar intervenções terapêuticas. Isso porque os registros de enfermagem têm a finalidade essencial de ligar, integrar e compartilhar informações entre membros da equipe de saúde e, em especial, entre a própria equipe de enfermagem<sup>17; 54</sup>.

Outra ligação que o processo comunicacional realizado pela enfermagem permite elaborar é da equipe de enfermagem com a equipe de saúde, com as pessoas cuidadas e seus familiares/acompanhantes. Por meio dos registros, é possível veicular conteúdos referentes à assistência prestada, às respostas humanas, ao tratamento, ao cuidado e à convivência com a equipe de saúde, possibilitando a identificação de novas demandas que poderão constituir parâmetros para a individualização do cuidado. Por isso é possível afirmar que o processo comunicacional constitui garantia da segurança da pessoa cuidada<sup>48; 53</sup>.

Destaca-se também que os registros deveriam ser um procedimento natural e necessário, justificado não somente pelo cuidado de enfermagem prestado e documentado, mas pela própria essência da profissão<sup>48</sup>.

As peculiaridades que devem ser contempladas no processo de registros de enfermagem são regulamentadas pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 514. Ela aprova um Guia de Recomendações sobre o conteúdo dos registros de enfermagem, os locais em que tais registram devem ser documentados, direcionando assim a atuação dos profissionais da categoria, no sentido de garantir a qualidade das informações realizadas nos registros<sup>54</sup>.

Para ser considerado um documento legal, é necessário que os registros contenham, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número de registro no Coren<sup>17</sup>. A fim de que as anotações sejam consideradas autênticas e válidas, elas devem seguir algumas regras, tais como: precisam ser completas, legíveis, objetivas, pontuais, cronológicas, claras, concisas e essenciais; possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; não devem conter emendas, borrões ou cancelamentos ou similares que possam atribuir características que as desqualifiquem juridicamente como um documento de teor legal<sup>17</sup>. Além disso, devem descrever os cuidados prestados, de rotina e/ou aqueles que retratam intercorrências; conter sinais e sintomas que traduzam o estado de saúde da pessoa cuidada e as medidas adotadas; constar quais são as



respostas humanas das pessoas cuidadas diante dos cuidados prescritos e implementados e oferecer subsídios para a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases do planejamento da assistencial prestado para servir de instrumento para veiculação de informações com a equipe multiprofissional, usuários e instâncias legais/jurídicas<sup>54</sup>.

Na Resolução Cofen nº 564/2017, o código de ética dos profissionais de enfermagem estabelece que é responsabilidade dos profissionais registrar no prontuário, e em outros documentos próprios estipulados pela instituição, com documentação das informações inerentes e indispensáveis à estruturação do processo de cuidar. O cuidado prestado a pessoa, à família, aos acompanhantes e à coletividade e que ele esteja livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência<sup>57</sup>. Fato que pode ser aplicável e estendido para os conteúdos contidos nos registros de enfermagem, uma vez que esses devem retratar o cuidado prestado.

Cabe mencionar que o processo de reunião de informações que retratam o estado de saúde de um indivíduo deve conter evidências sobre as necessidades humanas identificadas e essas informações retratam a avaliação de como a conduta terapêutica está sendo avaliada pela pessoa cuidada<sup>58</sup>.

Isso porque há necessidade de que sejam apontados os indicadores que alicerçam o julgamento clínico para afirmar a (in)existência de um problema de pertinência da enfermagem (diagnóstico de enfermagem). Esses componentes são os mesmos que deverão ser acompanhados no percurso do tratamento para que seja possível afirmar que eles são: terapêuticos, indiferentes ou iatrogênicos<sup>49</sup>.

Ao analisar as modalidades de documentação dos registros de enfermagem, na perspectiva do uso da SAE em unidades de hemodiálise, há necessidade de resgatar algumas das peculiaridades que envolvem o processo de cuidar das pessoas em TRS na modalidade de hemodiálise. Entre elas, estão: a execução de um procedimento eminentemente técnico realizado periodicamente por aproximadamente três sessões de quatro horas semanais; o impacto da doença e a necessidade de incorporação de mudança no estilo/costumes de vida cotidiana, o impacto dessas mudanças para a pessoa e seus familiares e a dificuldade de se manter uma estrutura sociocultural compatível com a adesão às propostas terapêuticas.

Tais peculiaridades justificam a necessidade de acompanhamento detalhado das demandas individualmente, a fim de favorecer a identificação e implementação de estratégias de cuidado e aprimoramento da assistência prestada, além de permitir melhorias na qualidade de vida compatíveis com as atividades cotidianas da pessoa em tratamento<sup>58</sup>.

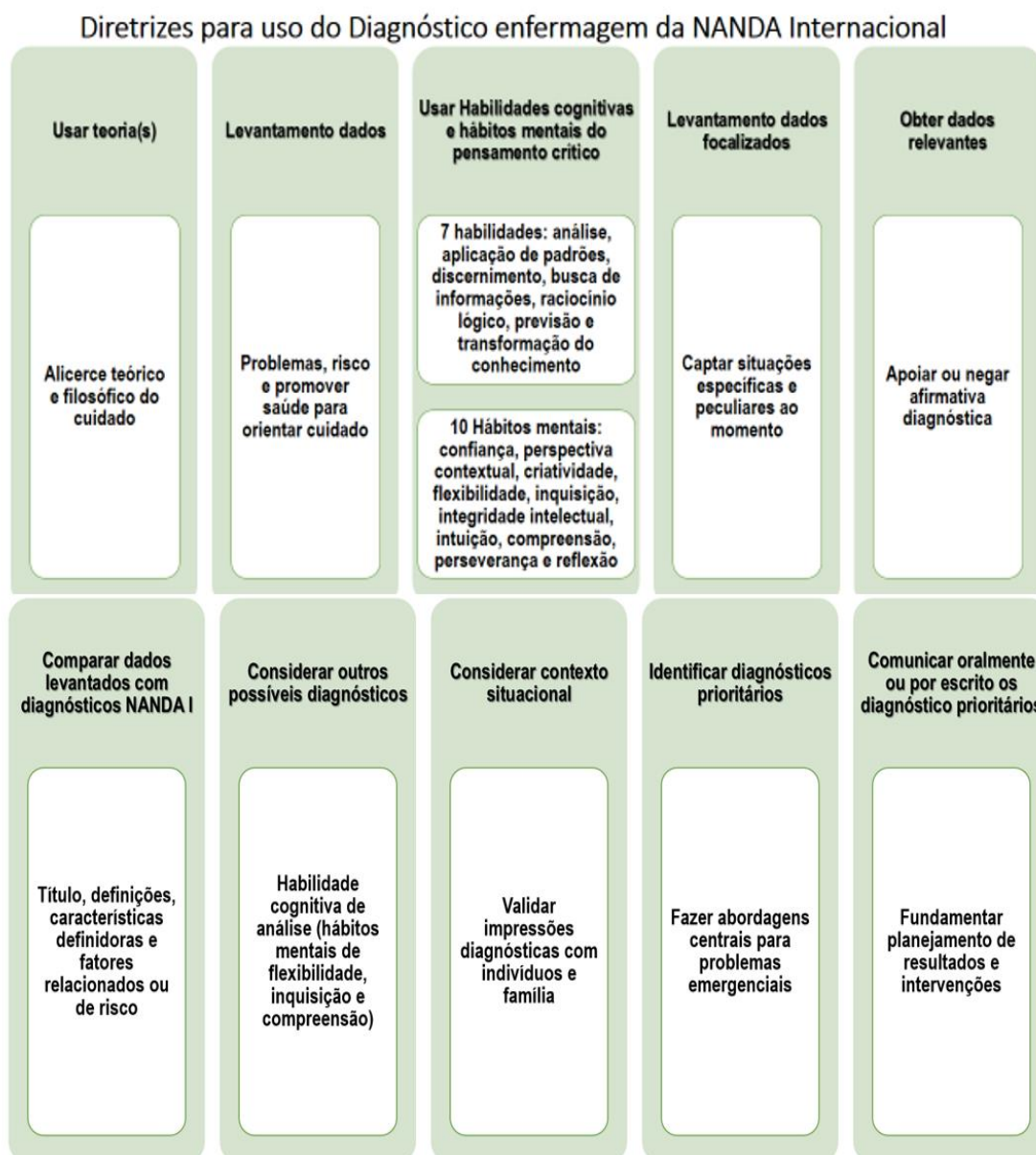
O uso das taxonomias favorece que enfermeiros, ao padronizarem a linguagem, utilizem o pensamento crítico para interpretação de situações clínicas e comportamentos humanos

identificados em relação à saúde para explicitar os diagnósticos, as intervenções e resultados pertinentes. Logo, o aprimoramento do pensamento crítico torna-se essencial para garantir a acurácia do processo<sup>49</sup>.

O modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico em Enfermagem visa o ensino de enfermagem no processo diagnóstico. O processo diagnóstico é permeado pela experiência clínica, pelo julgamento para tomar decisões e pelo raciocínio crítico. A utilização do raciocínio crítico envolve a identificação de evidências científicas a partir de informações fornecidas pela pessoa e familiares acerca do problema de saúde<sup>49</sup>.

Para orientar o uso dos diagnósticos de enfermagem, foram propostos dez princípios, visando auxiliar os enfermeiros a aprimorar os processos do pensamento crítico<sup>49</sup> (**Figura 6**).

**Figura 6:** Componentes das diretrizes para elaboração de um diagnóstico de enfermagem segundo NANDA I. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras.

Esses princípios utilizados para elaboração de um diagnóstico de enfermagem proporcionam um direcionamento na reflexão da prática cotidiana e a utilização de teorias subsidia captar a explicação de aspectos singulares das respostas humanas a partir da reunião de conceitos e abordagens filosóficas. Isso favorece o levantamento de dados no contexto da abordagem escolhida. Durante o levantamento de dados, o enfermeiro deve utilizar habilidades cognitivas e hábitos mentais para interpretá-los a fim de fazer uma investigação focalizada no contexto da situação para apoiar ou descartar prováveis diagnósticos identificados. Essas informações, quando alinhadas à linguagem da taxonomia dos diagnósticos segundo a proposta da NANDA-I, irão conter os elementos correspondentes às causas da situação-problema e dos indicadores que melhor traduzem o que se passa com a pessoa que está sendo cuidada<sup>49</sup>.

Isso equivale a dizer que, quando os diagnósticos não traduzirem o que se passa com uma dada pessoa, família ou comunidade, haverá a necessidade de substituí-los assim que identificada a inconsistência. Nesse processo, a intuição é utilizada com base na experiência do profissional no que tange à sua familiarização com a taxonomia e sua expertise com o perfil de atendimento prestado<sup>49</sup>.

Para se reduzirem equívocos na elaboração de um diagnóstico de enfermagem, faz-se necessário triangular fontes de informações, captar os padrões ouro para a situação investigada ou o maior número de evidências possíveis quando esse padrão não existe. Além disso, deve-se validar seu conteúdo, causa, forma de manifestação com a própria pessoa e/ou seus familiares e/ou seus cuidadores ou conhecidos a fim de empoderar a pessoa cuidada e assegurar que as intervenções selecionadas sejam pertinentes e eficazes<sup>49</sup>.

Em situações com mais de um diagnóstico, o enfermeiro deve utilizar o julgamento clínico para eleger aqueles que são prioritários e garantir intervenções imediatas quando necessário. Uma das formas de dar foco à intenção terapêutica é compartilhar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem com a equipe de enfermagem. E a forma de operacionalizar tal conduta pode ser pelo registro das informações, constituindo essa estratégia em alicerce para definir os resultados esperados, selecionar as intervenções de enfermagem de forma individualizada e articular as etapas do PE<sup>49</sup>.

Por isso, os dados objetivos e subjetivos coletados devem ser interpretados e agrupados a fim de conduzir a tomada de decisão em direção à elaboração de hipóteses diagnósticas e, para realizar essa articulação, são necessárias habilidades cognitivas, experiência profissional na área e raciocínio dedutivo e indutivo<sup>49; 59; 60</sup>.

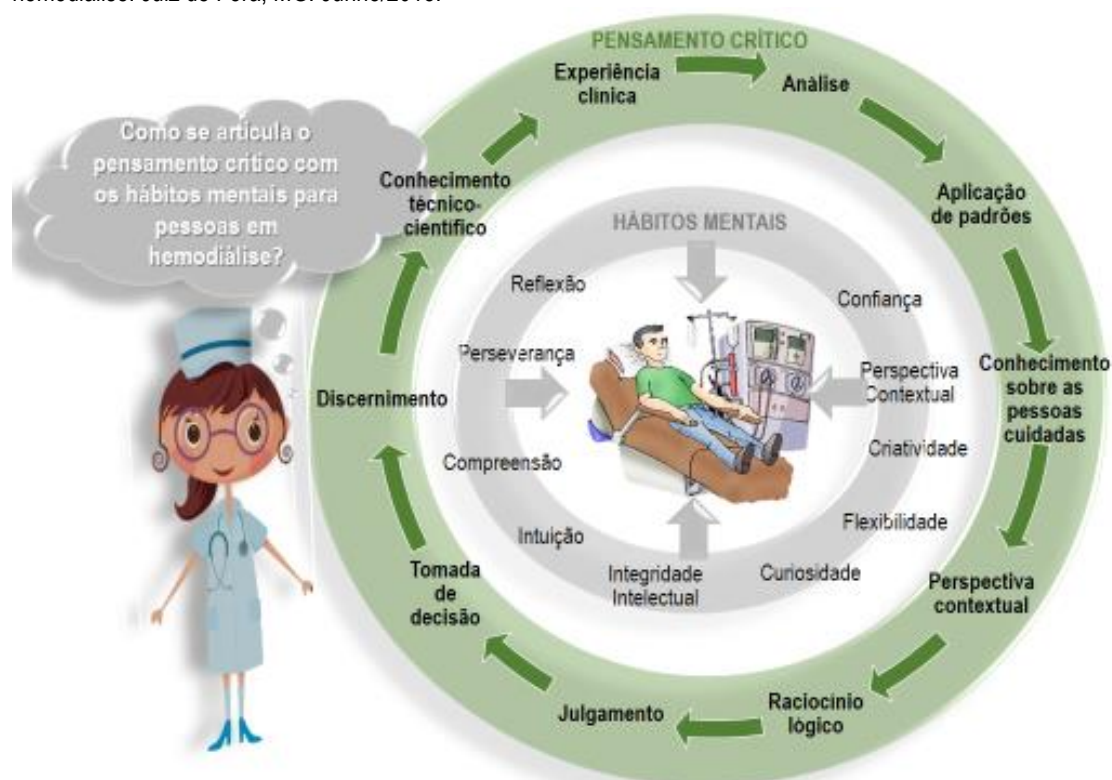
As habilidades da utilização do pensamento crítico para se alcançar os resultados da terapêutica no cuidado de enfermagem constituem-se nas seguintes etapas: coleta de dados,

agrupamento e interpretação de dados, hipóteses diagnósticas e diagnósticos de enfermagem prioritários. Elas são mediadas pelas habilidades de pensamento crítico: análise, aplicação de padrões, conhecimento sobre as pessoas cuidadas, perspectiva contextual, raciocínio lógico, julgamento, tomada de decisão, discernimento, conhecimento técnico-científico e experiência clínica.

E os hábitos mentais contemplados nesse processo são: a confiança, a perspectiva contextual, a criatividade, a flexibilidade, a curiosidade, a integridade intelectual, a intuição, a compreensão, a perseverança e a reflexão<sup>59</sup>.

A articulação entre o pensamento crítico e os hábitos mentais apresentada na **Figura 7** exemplifica como se estrutura a atuação do enfermeiro por ocasião da operacionalização das etapas do PE.

**Figura 7:** Articulação do pensamento crítico e os hábitos mentais para o cuidado de enfermagem à pessoa em hemodiálise. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.



**Fonte:** as autoras, adaptada de Lunney et al.<sup>49</sup> para a temática da investigação

As habilidades do pensamento crítico representam os elementos conceituais do modelo e estabelecem a relação entre as etapas do processo diagnóstico em enfermagem. Sendo assim, o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico, no ensino e na prática clínica, é considerado estratégia inerente ao processo diagnóstico em enfermagem<sup>61; 62</sup>.

Embora os enfermeiros possam intuitivamente elaborar diagnóstico de enfermagem e utilizar o raciocínio crítico e diagnóstico, nem sempre eles conseguem descrever como fazem, ou, em outras ocasiões, faltam-lhes os alicerces conceituais para a operacionalização do PE. Para resgatar e subsidiar a atuação do enfermeiro na elaboração mental e dos registros das etapas do PE, as instituições e os profissionais devem assumir esse compromisso e se comprometerem com a continuação de sua formação profissional.

Tanto as habilidades como os hábitos mentais são processos aprendidos na formação do enfermeiro. Eles iniciam com a formação de graduação e se estendem ao longo de sua vida profissional por meio de ações de educação continuada, educação permanente e educação em serviço, constituindo um processo de aprimoramento contínuo do profissional enfermeiro<sup>63</sup>.

A educação continuada significa a atualização/especialização do profissional após a graduação e a partir de interesse pessoal em alguma área de conhecimento. A educação permanente reflete o processo de formação dos profissionais sobre determinada temática a partir de necessidades geradas no processo laboral. E a educação em serviço é definida como aquela em que o aperfeiçoamento ocorre no ambiente do trabalho e é direcionada para demandas da instituição<sup>63</sup>.

Os programas de educação permanente devem ser planejados e executados a partir da prática clínica e das experiências dos profissionais, visando a estratégias que ofereçam oportunidades de mudança de habilidades, conhecimentos e atitudes e estimulando o aprimoramento do raciocínio clínico, por meio de atividades crítico-reflexivas cotidianas do ambiente de trabalho, como nas discussões e estudos de casos clínicos<sup>49; 64</sup>, uma vez que o tratamento das pessoas em hemodiálise envolvem uma abordagem complexa e multidisciplinar.

A complexidade da atenção prestada à pessoa em tratamento hemodialítico torna a multidisciplinaridade indispensável para a qualidade da assistência a ponto de ser considerada inerente ao processo de trabalho das diversas categorias profissionais, sendo capaz de amenizar as dificuldades oriundas da doença encontradas pela pessoa e pela família<sup>4; 65</sup>. A atuação dos profissionais envolvidos no tratamento hemodialítico possui relevante impacto sobre a prevenção e o controle de danos renais<sup>66</sup>.

Entretanto, o atendimento na atenção primária à saúde possui como um dos desafios tornar-se capaz de prevenir, identificar e monitorizar precocemente lesões renais evitáveis, além de tratar situações agudas para não se tornarem crônicas<sup>66</sup>.

Além disso, as ações coordenadas entre os profissionais de saúde e familiares/cuidadores constituem uma rede de apoio multidisciplinar capaz de oferecer subsídios estratégicos, conhecimentos e habilidades necessárias para a prestação de cuidados em domicílio e

consequente redução de demandas hospitalares devido a complicações<sup>42</sup>. Aspectos relacionados aos cuidados e à qualidade de vida foram considerados por pessoas em hemodiálise como relevantes à semelhança dos resultados clínicos do tratamento<sup>67</sup>.

Diante do exposto, os conceitos e definições apresentados permitem identificar a necessidade de o enfermeiro utilizar alicerces para a estruturação de sua prática profissional e para nortear a realização dos registros de enfermagem. Nesse sentido, é indispensável o uso de tecnologia apropriada para a estruturação conceitual e filosófica de um instrumento de coleta de dados; a utilização das recomendações de conselho de classe sobre a forma de estruturação do cuidado; o uso de taxonomias para a padronização dos registros sobre os problemas, resultados e intervenções de enfermagem, bem como que se estabeleça um processo contínuo de formação e aprimoramento de conhecimentos e habilidades com coparticipação dos profissionais e das instituições às quais eles estão vinculados.

## 2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de Representações Coletivas foi inicialmente proposto por Émile Durkheim, que estudou as diversas maneiras pelas quais a psicanálise era percebida (representada), difundida e propagandeada ao público parisiense, sintetizadas em três pontos fundamentais: 1) diferença entre o que se acreditava cientificamente ser a psicanálise e o que a sociedade francesa entendia por ela, as Representações Sociais (RSs); 2) essas representações não eram as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependiam tanto do conhecimento de senso comum (ou popular), como do contexto sociocultural em que os indivíduos estavam inseridos; e 3) no caso de novas situações ou diante de novos objetos, como a psicanálise, o processo de representar mostrava uma sequência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos (novos) por meio de um duplo mecanismo então denominado ancoragem e objetivação<sup>68</sup>.

O termo RS surgiu em 1961 com o trabalho de Serge Moscovici (1978), romeno, naturalizado francês e nascido em 1928, o qual publicou sua tese "A representação social da Psicanálise" e propôs a teoria das RSs<sup>68</sup>. Nas Ciências Sociais, sua obra se insere no campo da sociologia do conhecimento, pois busca não apenas compreender como o conhecimento é produzido, mas principalmente analisar seu impacto nas práticas sociais<sup>68</sup>.

As RSs são elaborações mentais construídas a partir da dinâmica estabelecida entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento, constituída social e historicamente, e evidenciada por linguagem, imagens e ideias compartilhadas por um grupo que refletem um contexto histórico, socioeconômico, cultural e étnico<sup>69</sup>.

O termo “ancoragem” – “ancorar um barco a um porto seguro” – refere-se à aproximação do sujeito com o objeto, funcionando como um ponto de referência e fixação da ideia, permitindo uma comparação e um julgamento por parte do sujeito em relação aos seus paradigmas e valores formados de acordo com o contexto sociocultural em que o mesmo está inserido. “Objetivação” é o processo pelo qual indivíduos ou grupos acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar<sup>68</sup>.

A Teoria da Representação Social, entendida como categoria de análise social, é utilizada na área de saúde e de enfermagem, no Brasil, desde a década de 80, como instrumento metodológico de pesquisa pela apreensão de objetos por indivíduos e coletividades em determinado contexto social a fim de compreender concepções de grupos e respostas dos indivíduos, famílias e comunidades diante de situações reais ou potenciais de vulnerabilidade<sup>70; 71</sup>.

As RSs são consideradas úteis a partir do direcionamento de ações e condutas diante de situações que exigem posicionamento e decisões por se configurarem como um sistema de opiniões, crenças e conhecimentos de grupos socialmente constituídos, potencializando assim ações de enfermagem no processo saúde-doença e durante o planejamento da assistência<sup>69; 70; 71</sup>.

Para analisar as RSs produzidas pelos indivíduos e os grupos localizados em espaços concretos da vida e ultrapassar o estágio da simples descrição de estados representacionais, deve-se entender que toda RS é relacionada a um objeto e a um sujeito e que os sujeitos devem ser concebidos não como indivíduos isolados, mas como atores sociais ativos. Estes são afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana, que se desenvolve em um contexto social de interação<sup>71</sup>.

Diante disso, entende-se que a teoria proporciona a apreensão e compreensão de como as pessoas em TRS e os profissionais de enfermagem, vistos como um grupo socialmente constituído, percebem o cuidado de enfermagem e a prática laboral em relação ao tratamento hemodialítico.

Na Teoria das RSs, existem diferentes abordagens metodológicas, sendo elas: societal, liderada por Willem Doise (Escola de Genebra); processual, liderada por Moscovici e sua discípulo Denise Jodelet e estrutural, liderada por Jean-Claude Abric<sup>68</sup>. Na presente investigação, serão utilizadas as abordagens processual e estrutural.

A abordagem processual, representada por Moscovici, mantém caráter mais objetivo e direciona a base descritiva dos fenômenos, dando ênfase aos discursos das pessoas e demonstrando como os grupos elaboram e compartilham seus conhecimentos e valores culturais em determinado contexto social<sup>71</sup>.

Jodelet baseou-se na possibilidade de as RS serem uma forma de conhecimento prático capaz de ligar o sujeito ao objeto e formulou três perguntas que analisariam o saber, sendo elas: “quem sabe e de onde sabe?”; “O que e como se sabe?” e “Sobre o que se sabe e com que efeito?”. A primeira preocupa-se com a difusão das RSs, o contexto sociocultural, os valores e as interações entre os grupos de sujeitos. A segunda analisa o processo de formação da representação e eventuais transformações e a terceira trata da difusão do saber e da transformação de um tipo de conhecimento em outro<sup>71</sup>.

A metodologia é baseada na análise de discurso com ênfase nos processos construtores da RS: ancoragem e objetivação, permitindo compreender o processo de construção de uma RS e possibilitando a compreensão de comportamentos de sujeitos diante de um determinado objeto pela utilização de questões norteadoras para apreensão da abordagem processual das representações<sup>72</sup>.

O enfoque processual se caracteriza por considerar que, para alcançar o conhecimento das RSs, deve-se partir de uma abordagem hermenêutica, entendendo o ser humano como produtor de sentidos com foco na análise das produções simbólicas, dos significados e da língua. São privilegiadas nesse enfoque as vias de acesso ao conhecimento, sendo elas: método de apreensão e análise de dados qualitativos e triangulação dos dados, combinação de múltiplas técnicas e teorias a fim de garantir a confiabilidade das interpretações, aprofundamento e ampliação do objeto de estudo<sup>72</sup>.

A abordagem estrutural é considerada uma perspectiva com ênfase no caráter cognitivo da formação das representações e as concebe como estruturas de conhecimento sobre temas da vida social, compartilhadas por grupos<sup>68</sup>. Esses conteúdos simbólicos podem exprimir as dimensões representacionais, a saber: cognitiva/informativa, comportamental/atitudinal, valorativa ou representacional<sup>70</sup>.

Compreender como se organizam os elementos representacionais permite identificar como eles se articulam hierarquicamente e categorizá-los do ponto de vista social, além de retratar componentes de caráter positivo, neutro ou negativo<sup>70</sup>.

A base desta abordagem diferencia-se pelo fato de o conteúdo das representações ser articulado em níveis, estabelecendo o papel de núcleo central e o de elementos de periferia<sup>70</sup>. A Teoria do Núcleo Central concebe as RSs a partir de um duplo sistema formado por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico<sup>68</sup>.

O núcleo é composto por elementos geradores de significados e estrutura os elementos que compõem a RS, está ligado à memória e à história coletiva, é estável, consensual e resistente a mudanças. É considerado fortemente compartilhado pelo grupo a partir da vinculação de ideias,



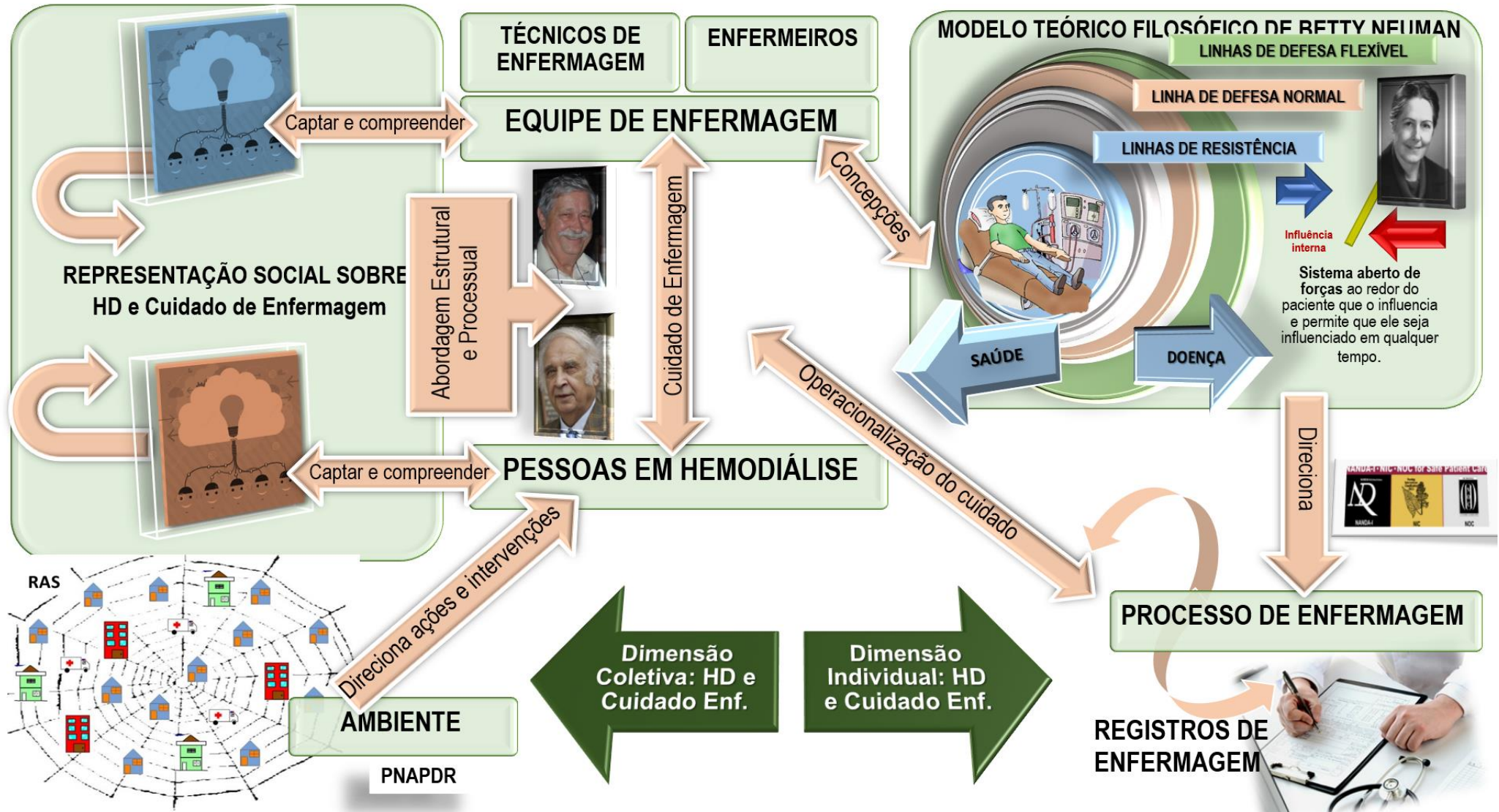
as quais são mediadas pela realização de ações concretas e pouco sensíveis ao contexto imediato<sup>68; 69; 70</sup>.

Já o sistema periférico compreende a maior parte dos elementos da representação, os quais são caracterizados por sua flexibilidade, por serem capazes de sofrer transformações, adaptando-se à representação às experiências cotidianas. São dependentes do contexto e da ancoragem da RS e traduzem a interface entre o núcleo central e a realidade, possibilitando a adaptação e a integração de novas representações ocorridas em determinado contexto<sup>73</sup>.

A opção da utilização da Teoria das RSs para a apreensão dos componentes/elementos representacionais, do sistema hierárquico e da origem das construções sociais a respeito da hemodiálise, do tratamento hemodialítico e do cuidado de enfermagem é feita na perspectiva das pessoas em hemodiálise. Cabe acrescentar que, como o registro de enfermagem é um procedimento técnico inerente ao cotidiano dos profissionais de enfermagem, essa abordagem foi direcionada somente para eles.

Visando sintetizar os conceitos e os elementos que estruturam a hemodiálise, o tratamento hemodialítico e o cuidado de enfermagem para pessoas em TRS e o registro de enfermagem na perspectiva da ação dos profissionais de enfermagem, consta a seguir um mapa conceitual contendo a articulação entre os principais conceitos adotados nesta investigação (**Figura 8**).

Figura 8: Mapa conceitual e articulação de conceitos e objetos representacionais. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras.

### 3 OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES

A seguir, serão apresentados os objetivos gerais e específicos, os pressupostos que permitiram operacionalizar as RSs e as hipóteses que alicerçaram a realização do estudo seccional nesta investigação.

#### 3.1 OBJETIVOS GERAIS

Compreender a percepção individual e coletiva segundo a perspectiva de pessoas em hemodiálise sobre o cuidado de enfermagem e o tratamento hemodialítico.

Analisar as práticas laborais e concepções sobre o cuidado a pessoas em tratamento hemodialítico na perspectiva dos registros de enfermagem realizados.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os conteúdos dos registros de enfermagem a respeito do cuidado prestado às pessoas em hemodiálise, as evidências de diagnósticos, intervenções e resolubilidade dos problemas de enfermagem e os locais em que eles estão documentados;

Categorizar os elementos simbólicos representados pelas pessoas em hemodiálise a respeito da hemodiálise, do tratamento hemodialítico e do cuidado de enfermagem;

Descrever as dimensões representacionais, a composição do sistema hierárquico e sua origem sobre hemodiálise e o cuidado de enfermagem;

Identificar os alicerces conceituais, filosóficos e ideológicos que retratam como é a atuação dos enfermeiros e sua equipe a partir dos registros de enfermagem e da percepção das pessoas em hemodiálise sobre o cuidado prestado;

Elaborar um diagnóstico situacional sobre os registros, tratamento e o cuidado de enfermagem prestado às pessoas em tratamento hemodialítico.

### 3.3 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos que alicerçaram a estruturação da presente investigação foram: 1) pessoas que vivenciam o tratamento hemodialítico podem ser consideradas um grupo socialmente constituído a ponto de elaborarem uma RSs acerca do cuidado de enfermagem e o tratamento hemodialítico; 2) a identificação de comportamentos, atitudes, conhecimentos/informações, valores, objetos e suas origens permite explicitar respostas humanas de pessoas e/ou grupos socialmente constituídos a ponto de subsidiar a identificação de demandas de cuidados de enfermagem e reflexões sobre possíveis intervenções terapêuticas.

### 3.4 HIPÓTESES

A seguir, serão apresentadas as hipóteses construídas com suas respectivas correspondentes de nulidade.

H1: Os registros de enfermagem apresentam  $\geq 40\%$  de incorreções em sua forma de documentação do cuidado de enfermagem quando analisados na perspectiva das recomendações da categoria;

H0: Os registros de enfermagem apresentam menos de 40% de incorreções em sua forma de documentação do cuidado de enfermagem quando analisados na perspectiva das recomendações da categoria.

H2: Os conteúdos dos registros de enfermagem não apresentam valores  $\geq 50\%$  de evidências de manifestações e eventos causais que suportem a elaboração de diagnósticos, intervenção e indicadores de resultados do cuidado de enfermagem;

H0: Os conteúdos dos registros de enfermagem apresentam valores  $< 50\%$  de evidências de manifestações e eventos causais que suportem a elaboração de diagnósticos, intervenção e indicadores de resultados do cuidado de enfermagem.

## 4 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, está apresentada a trajetória metodológica e as técnicas que possibilitaram a operacionalização da presente investigação.

### 4.1 DELINEAMENTO

A pesquisa foi delineada no método misto. Esse método consiste na análise e na coleta de dados realizadas pelo investigador incorporadas aos achados, em que ele faz “inferências usando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo ou programa de investigação”<sup>74</sup>.

A triangulação é um procedimento realizado pela articulação de abordagens para apreensão de fatos não compreendidos isoladamente e que se tornam consistentes no aprofundamento e descrição do objeto de estudo<sup>74</sup>. Na estratégia de triangulação concomitante, os dados quantitativos e qualitativos são coletados simultaneamente para posterior análise e comparação dos resultados. Dessa maneira, as fragilidades de um método podem ser superadas com as potencialidades do outro pela convergência de informações<sup>74</sup>.

Do ponto de vista da operacionalização da trajetória metodológica, constam a seguir as abordagens investigativas que explicitam a forma como foi desenvolvida a presente investigação (Figura 9).

**Figura 9:** Esquema contendo a trajetória metodológica adotada na presente investigação. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras.

Isso equivale a dizer que as etapas foram operacionalizadas em três delineamentos: 1) ambiência, 2) abordagens estrutural e processual das RSs e 3) estudo seccional acerca dos registros de enfermagem.

A **ambiência** foi realizada no cenário da investigação utilizando-se a observação não participante. Na observação não participante, o pesquisador atua apenas como espectador atento, buscando ver e registrar o máximo de questões de interesse para a investigação<sup>75</sup> sobre o cenário, as pessoas, os processos e a forma como o contexto social é articulado com as pessoas e as tecnologias.

Na presente investigação, sua duração foi de aproximadamente dois meses e visou conciliar a aproximação da pesquisadora com o contexto institucional, com os usuários, com os profissionais de enfermagem, com o contexto em que o cuidado de enfermagem é prestado e com a forma e horário em que os registros são realizados pela equipe de enfermagem. Ao mesmo tempo, essa etapa possibilitou a compreensão do cenário da investigação, das relações interpessoais e do conhecimento do cotidiano da instituição.

Nas **abordagens estrutural e processual** das RSs, participaram as pessoas em hemodiálise, possibilitando tratar do processo laboral, do tratamento hemodialítico e do cuidado de enfermagem segundo a percepção dos participantes.

O **estudo seccional** buscou caracterizar os participantes quanto as condições sociodemográficas, o perfil de adoecimento e tratamento hemodialítico, a rede de apoio, o estilo de vida, o enfrentamento e a avaliação do serviço e caracterizar os registros de enfermagem e avaliar o cuidado de enfermagem a partir dessa perspectiva.

## 4.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O cenário da investigação foi uma clínica nefrológica do setor privado, situada em um município da Zona da Mata Mineira que integra a rede SUS e convênios e que oferece atendimento ambulatorial multidisciplinar a pessoas com DRC em TRS.

A clínica atende à macrorregião composta por 29 municípios contratualizados, sendo que dez das pessoas atendidas eram moradoras de um município que dista 47,10km do cenário da investigação, seis pessoas moravam a uma distância compreendida entre 19,669 a 38,681km do local em que realizavam hemodiálise e três moravam entre 44,762 a 59,413km do cenário da investigação.

Situada no centro da cidade em uma das avenidas principais e próxima a uma instituição de Pronto Atendimento de referência, a localização do cenário da investigação é considerada como facilitador para o acesso dos usuários e/ou deslocamento em caso de intercorrência.

A capacidade instalada para TRS do tipo HD é de 41 unidades de atendimento (pontos), distribuídos em quatro salas. Elas são denominadas, no cotidiano da instituição, como salas um, dois, três e quatro. A primeira e a quarta possuem as maiores dimensões.

A posição das máquinas e das poltronas na sala um e quatro são em formato de “U” e “L”, estando cada um dos postos de enfermagem situados ao centro e em um espaço no canto à direita, respectivamente. Cabe mencionar que, em ambas as situações, destaca-se que as localizações dos postos de enfermagem proporcionam visão ampla que favorece a observação de todo o espaço.

A sala dos enfermeiros está posicionada em um espaço reservado, próximo à sala um. Ela é constituída de paredes de vidro cuja finalidade é proporcionar uma visão panorâmica do ambiente.

As salas dois e três estão anexas à sala um. Elas possuem três e duas poltronas respectivamente e são preferencialmente destinadas ao atendimentos de pessoas em situações que requeiram acompanhamento. Há uma peculiaridade no atendimento da sala três, ela é rotineiramente utilizada para atender as pessoas com sorologia positiva.

Considerando que as salas dois e três se encontram anexas à sala um, o posto de enfermagem que atende as atividades desenvolvidas nelas é o que se encontra situado na sala um.

Integram a equipe de enfermagem seis enfermeiros, sendo um deles o responsável técnico; 51 técnicos de enfermagem; um auxiliar de enfermagem; além de quatro estagiários acadêmicos de enfermagem e nove estagiários técnicos de enfermagem.

Nas demais categorias profissionais da equipe de saúde, constam sete médicos nefrologistas e o médico proprietário, o qual não atua na assistência; um nutricionista; três psicólogos; um assistente social; um farmacêutico; dois técnicos de farmácia e um auxiliar de farmácia. Além destes trabalhadores, a instituição possui três recepcionistas, um encarregado da secretaria, dois assistentes administrativos, cinco auxiliares administrativos, sete auxiliares de limpeza, um almoxarife, duas copeiras e dois motoristas.

O funcionamento dos procedimentos de hemodiálise ocorre nos períodos matutino, vespertino e noturno. A característica do cenário é de um grande fluxo de pessoas que adentram o serviço em três turnos com concentração das atividades desenvolvidas. O predomínio ocorre por ocasião da entrada e da saída das pessoas em hemodiálise, uma vez que as aferições prévias

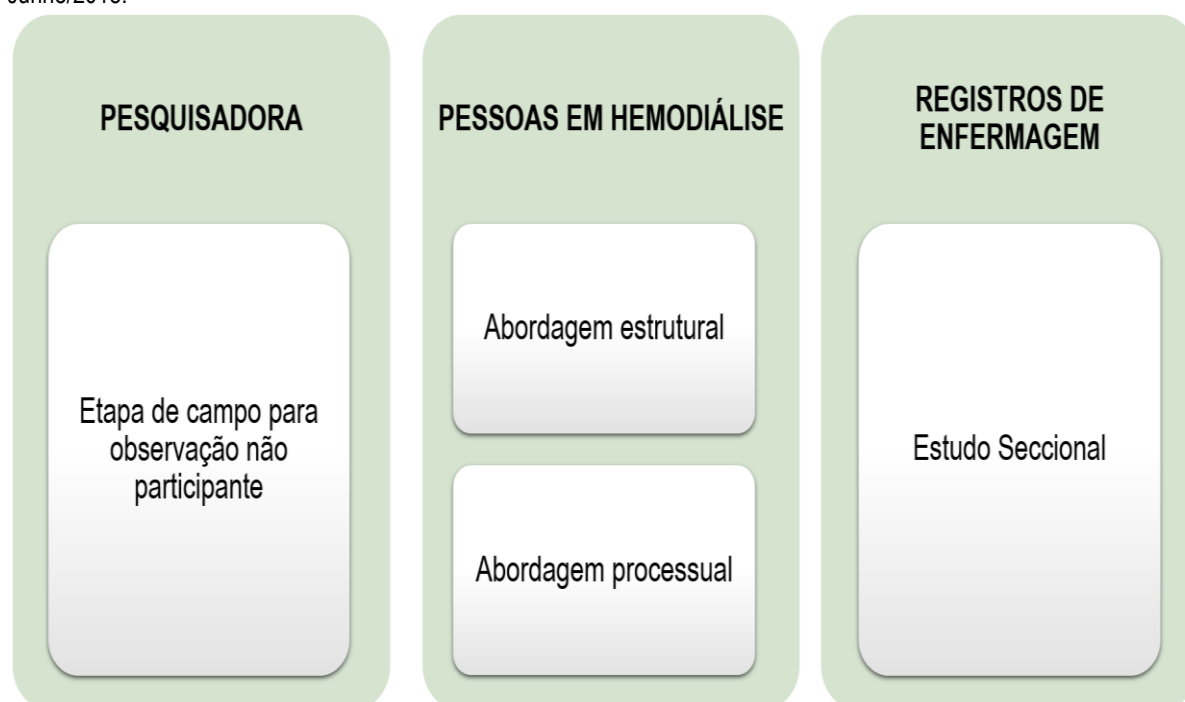
ao tratamento hemodialítico são seguidas da ligação de cada uma das pessoas atendidas à máquina de hemodiálise, ocorrendo a mesma concentração ao término de tal procedimento. Isso equivale a dizer que há um período intermediário, nos dias em que não há intercorrências, reduzindo nesse horário as demandas solicitadas.

### 4.3 PARTICIPANTES

A presente investigação foi composta por dois segmentos, a saber: 1) pessoas em hemodiálise e 2) registros de enfermagem.

A reunião dos participantes e da etapa de campo consta da **Figura 10**, que permite a compreensão da ligação entre essas etapas do ponto de vista da trajetória metodológica adotada na presente investigação.

**Figura 10:** Descrição dos integrantes da investigação segundo abordagens metodológicas adotadas. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.



**Fonte:** As autoras.

A seguir, serão abordados a atuação da pesquisadora na etapa de campo e os dois segmentos de participantes.

A inserção da **pesquisadora** no cenário da investigação ocorreu por meio da observação não participante e possibilitou contextualizar o cenário da investigação e documentar suas impressões por meio de anotações de campo a respeito das variáveis de interesse. Tal etapa



favoreceu sua compreensão sobre a rotina da instituição e ao mesmo tempo a percepção das relações, dos procedimentos realizados, assim como a familiarização com as pessoas em hemodiálise e a equipe de enfermagem e de saúde a ponto de permitir sua inserção nesse contexto.

Essa etapa, do ponto de vista metodológico, é coerente, recomendada e corrobora os alicerces que estruturam as investigações que tenham abordagens qualitativa do ponto de vista filosófico<sup>76</sup>. O delineamento do quantitativo de **pessoas em hemodiálise** utilizou critério censitário de um grupo de 225 pessoas **em hemodiálise** atendidas em nível ambulatorial, sendo considerados **critérios de elegibilidade** para elas: 1) ter DRC e estar em TRS do tipo hemodiálise por Cateter Duplo Lúmen (CDL) ou Fístula Arteriovenosa (FAV); 2) ser adulto com idade  $\geq 18$  anos e 3) externar sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado (TCLE) (**Anexo 1**). E foram **critérios de exclusão**: 1) expressar o desejo de interromper sua participação em qualquer fase da investigação; 2) estar em viagem, hospitalizado ou vinculado a outro serviço durante o período de coleta de dados e 3) realizar hemodiálise no terceiro turno.

No processo de coleta de dados, houve 19 perdas de pessoas em hemodiálise devido às seguintes condições: oito óbitos, seis pessoas internadas, duas com déficit cognitivo, uma pessoa com déficit de audição que inviabilizou sua participação, uma recusa, uma pessoa em transplante. Considerando que parte dessas perdas resultaram em alta institucional houve o acréscimo de 12 participantes advindos de novas admissões.

Para a captação dos **registros de enfermagem**, foram incluídos aqueles documentados em espaços utilizados pela equipe de enfermagem durante o período da coleta de dados. E foram excluídos os possíveis registros de prontuários não disponíveis. Para delinear os **registros de enfermagem**, foram realizadas duas etapas: uma que ocorreu na semana de 03 a 08 de julho de 2017 e a segunda que ocorreu na semana de 06 a 11 de novembro de 2017.

No processo de coleta de dados da primeira etapa, houve 48 perdas de registros, considerando a possibilidade de se ter, no mínimo, um registro por sessão de HD atribuído aos seguintes motivos: não constavam registros em três prontuários no período devido à internação da pessoa de referência (isso equivale a perda de três registros semanais em média por pessoa atendida); 20 registros de enfermeiros não foram realizados no período e 19 registros de técnicos de enfermagem não ocorreram devido à ausência da pessoa às respectivas sessões de HD. Para as referidas perdas, não foram realizadas reposições, uma vez que o delineamento para o período considerado foi censitário.

O critério utilizado para definir a segunda parte dos registros ocorreu por processo de aleatorização previamente estabelecido conforme esquematizado na **Figura 11**.

**Figura 11:** Critérios no processo de aleatorização de potenciais registros de pessoas em hemodiálise. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras.

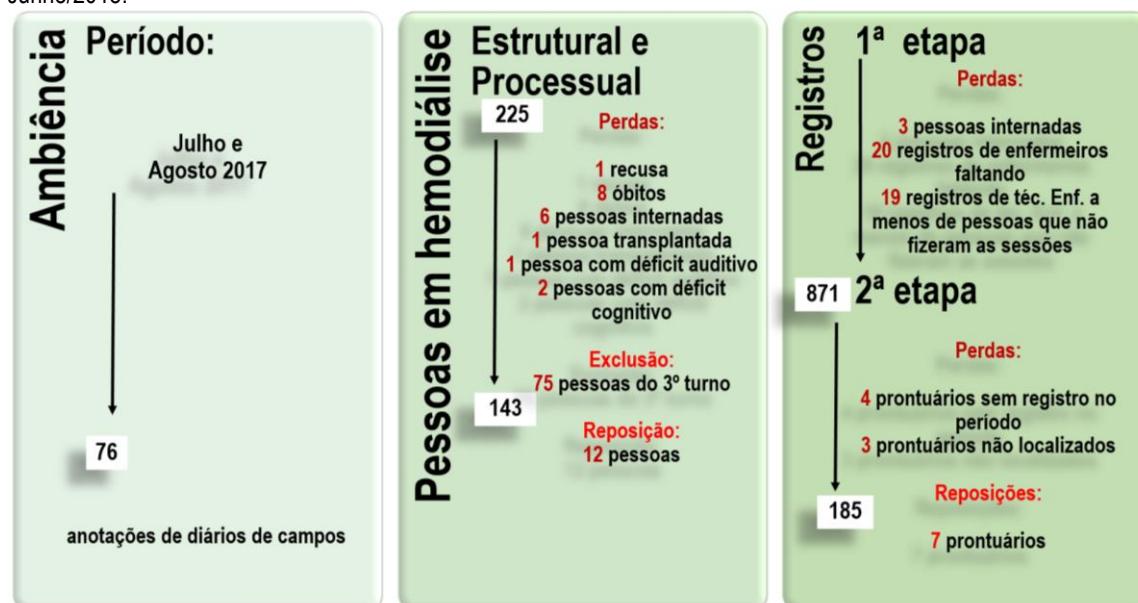
Partindo do quantitativo de pessoas que faziam hemodiálise no período em que a investigação ocorreu (225 participantes) e mapeada a capacidade das salas (23 pessoas na sala um, duas pessoas na sala dois e três e 13 pessoas na sala quatro), foram realizados sorteios aleatórios simples dos potenciais participantes para que seus registros fossem avaliados referentes a uma semana e mês (também definidos por aleatoriedade), ou seja, primeira semana do mês de novembro/2017. Foi mantida a proporcionalidade do número de participantes em cada sala para obtenção do número de participantes para o sorteio (8, 1, 1 e 5 para as salas de um a quatro, respectivamente) em cada turno (manhã, tarde e noite).

Diante da definição desses critérios, foram sorteados 45 potenciais participantes para integrarem a segunda etapa da investigação, garantindo também a proporção de pessoas selecionadas entre os diferentes dias de sessão de hemodiálise (segunda, quarta e sexta-feira ou terça, quinta-feira e sábado). A semana do mês de novembro elegida para avaliação dos registros foi a primeira segundo sorteio aleatório. Cabe acrescentar que foram realizados sorteios para substituição de perda caso elas ocorressem.

No processo de coleta de dados da segunda etapa, houve 24 perdas de registros considerando a possibilidade de se ter, no mínimo, um registro por sessão de HD que foram atribuídas as seguintes condições: quatro prontuários não possuem registros no período e três prontuários não terem sido localizados, o que equivale a cada prontuário ter gerado três registros semanais em média por pessoa atendida. Para as referidas perdas, foram realizadas suas respectivas reposições.

Para sintetizar os movimentos que ocorreram entre as previsões de informações e as perdas e seus motivos, consta na **Figura 12** um esquema explicativo envolvendo a etapa de campo e os três segmentos de participantes.

**Figura 12:** Participações segundo etapa da investigação e documentação dos motivos de perdas. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.



Fonte: As Autoras

Cabe mencionar que todos os participantes foram recrutados a participar da pesquisa por convite individual, buscando-se compatibilizar a disponibilidade de dia e horário entre eles e a entrevistadora. Considerando a necessidade de garantir o anonimato dos participantes e de identificá-los no contexto da investigação, foram utilizados códigos de referência.

Para identificar as **anotações de campo** realizadas na observação não participante, as mesmas, ao serem mencionadas, foram seguidas da expressão “Notas da entrevistadora”.

Para as pessoas em hemodiálise, os códigos utilizados foram compostos pelas iniciais do nome do usuário, seguido do número da sala (sl 01, 02, 03 ou 04) na qual realiza as sessões de HD, da inicial que retrata o turno em que é atendido (M ou T) e três casas decimais

sequencialmente numeradas na ordem crescente para exprimir a sequência em que ingressaram na investigação.

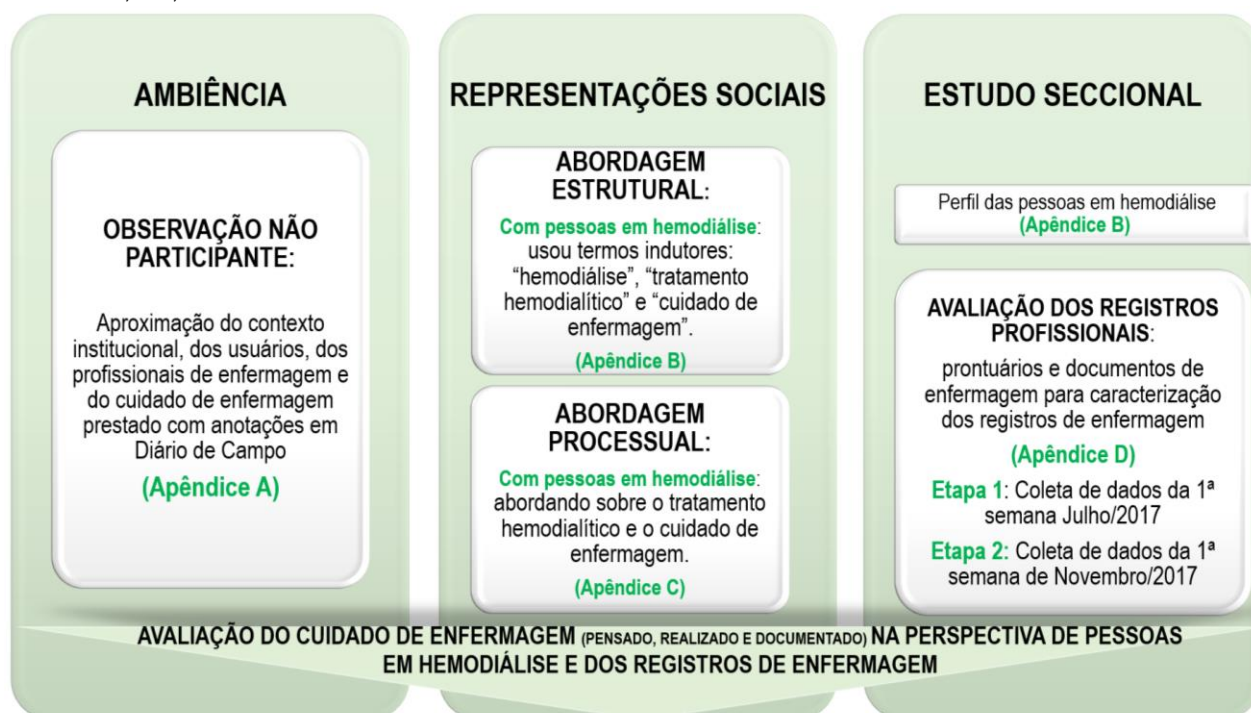
E, para os **registros de enfermagem**, o código de referência foi composto pela fonte do registro (Folha de Sala, Livro de Ocorrência, Livro de Transfusões, Livro de comunicação Multiprofissional e Livro dos Enfermeiros), letra “S” e três casas decimais sequencialmente numeradas na ordem de ingresso na coleta dos dados. No caso de registros específicos dos enfermeiros ou de outra categoria profissional, constaram as iniciais (ENF, por exemplo), letra “S” e as três casas decimais sequencialmente numeradas.

#### 4.4 INSTRUMENTO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A seguir, estão apresentados os elementos contemplados nos instrumentos de coleta de dados, o processo de coleta propriamente dito e os fundamentos que subsidiaram a análise dos dados nas seguintes etapas, a saber: 1) ambiência; 2) RSs na abordagem estrutural e processual; e 3) estudo seccional sobre o perfil dos participantes e os registros de enfermagem em um serviço de hemodiálise.

Para o alcance dos objetivos propostos, os instrumentos de coleta de dados foram estruturados a partir de questões fechadas, semiabertas e abertas, de forma a contemplar as variáveis de interesse para a investigação. Para a devida compreensão do processo de coleta de dados, utilizou-se uma apresentação estruturada na mesma sequência em que foram apresentados os delineamentos (**Figura 13**).

**Figura 13:** Esquema contendo a trajetória metodológica a ser adotada na presente investigação no processo de coleta de dados. Juiz de Fora, MG, Junho/2018.



Fonte: As autoras.

O processo de coleta dos dados foi conduzido no próprio cenário da investigação a fim de captar o contexto sociocultural, as relações interpessoais e aproveitar a disponibilidade das pessoas em hemodiálise durante as sessões e dos profissionais da equipe de enfermagem durante o horário de atuação laboral.

#### 4.4.1 AMBIÊNCIA

A inserção da pesquisadora no cenário de investigação ocorreu na primeira etapa, a partir da realização da ambiência. Esse momento destaca-se pela aproximação com a instituição, rotina, profissionais que integram a equipe, usuários atendidos, além de processos laborais empregados na assistência.

Foi elaborado um instrumento para nortear a realização da observação não participante durante a etapa da **ambiência**. Ele foi estruturado em cinco etapas (**Apêndice A**), a saber: 1) dados gerais - destinada a caracterizar dados referentes ao momento da coleta de dados; 2) dados específicos - destinada a descrever o cenário da investigação do ponto de vista das relações interpessoais e rotinas desenvolvidas; 3) estrutura física - destinada a descrever a infraestrutura que viabiliza a realização do tratamento hemodialítico, equipamentos adicionais que integram as

ações terapêuticas e diagnósticas; 4) registros de enfermagem - espaço destinado a captar as variáveis que retratam como e quando os registros de enfermagem são realizados na rotina da instituição e 5) informações adicionais - espaço destinado a captar variáveis que possam retratar como o cuidado, o tratamento hemodialítico e os registros se articulam.

O instrumento objetivou a identificação da rotina, do fluxo de informações e normatizações da instituição pela observação do contexto, das relações pessoais e da prática laboral. Além da observação guiada pelo instrumento, foi utilizada a técnica do diário de campo para apreensão de impressões informais da pesquisadora pertinentes à investigação.

Nesse sentido, o instrumento contemplou a observação de itens referentes a informações como número de pessoas atendidas por turno e sala, intercorrências mais frequentes, número e categoria dos profissionais atuantes e rotinas acerca de consultas médicas e multiprofissionais. Outros aspectos observados foram os relacionados à estrutura física da instituição, equipamentos e aparatos de suporte, manutenção e periodicidade.

Quanto aos registros de enfermagem, informações referentes às circunstâncias, frequência e locais onde eram realizados, o conteúdo e informações éticas e legais da categoria estavam contidos no instrumento.

Essa etapa consistiu em apreender o cotidiano dos participantes a partir da observação (in)direta guiada por meio de instrumento previamente elaborado (**Apêndice A**). Para a análise dos dados, foi utilizada a análise indutiva e a compreensão dos fatos e situações presenciadas, suspendidos julgamentos pessoais da pesquisadora em relação às evidências, buscando-se dar ênfase às expressões comunicacionais, aos sentimentos e comportamentos percebidos e/ou relatados.

Para isso, os dados foram apresentados pela descrição dos fatos, situações e circunstâncias com vistas a contextualizar o cenário e os participantes.

#### 4.4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Na segunda etapa do processo de coleta de dados referente aos usuários e profissionais que integram a equipe de enfermagem, foram apreendidas as **RSs nas abordagens estrutural e processual**.

Para abordagem das **pessoas em hemodiálise**, o instrumento de coleta de dados foi estruturado em duas etapas (**Apêndice B e C**): 1) técnica de evocação a partir de termos indutores; e 2) questões norteadoras para a abordagem processual das RSs. O processo de coleta de dados e a análise dos resultados foi descrito conforme consta a seguir.

#### 4.4.2.1 Abordagem estrutural

A obtenção dos elementos simbólicos que compuseram a abordagem estrutural das RSs deu-se pela Técnica de evocação por meio da Associação Livre de Palavras (Talp) com vistas a se obter conteúdos coletivos verbalizados quando se utilizam estratégias de evocação a fim de subsidiar a identificação dos elementos representacionais e o sistema hierárquico a partir do qual ele se expressa quando abordado o processo do tratamento hemodialítico (**Apêndice B**).

Foi solicitado às **pessoas em hemodiálise** que mencionassem as cinco primeiras palavras que lhes vinham à mente quando os termos indutores “hemodiálise”, “tratamento em hemodiálise” e “atendimento de enfermagem” eram mencionados.

O preenchimento dos dados referentes à abordagem estrutural das RSs foi realizado pela pesquisadora utilizando questionário digitalizado e operado por meio do aplicativo *Open Data Kit* (ODK)<sup>77</sup>, ou seja, um pacote de ferramentas em plataforma *Android* que permite gerenciar o processo de coleta de dados por meio do envio das informações coletadas a um servidor *on-line* desde que o dispositivo móvel esteja conectado via internet. Caso não houvesse rede de internet disponível, as informações seriam guardadas para posteriormente serem encaminhadas para armazenamento em nuvem. Nesse sentido, os dados puderam ser agrupados, armazenados e exportados por meio de planilhas eletrônicas cujo conteúdo constituiu o *corpus* de tratamento dos dados.

Os termos evocados (cognemas) obtidos a partir do acesso às informações gerenciadas pelo aplicativo ODK foram consolidados no Programa *Excel for Windows* e submetidos à uniformização e padronização de termos semelhantes pela técnica do dicionário, a qual consiste em realizar o agrupamento e a consensualização dos termos evocados.

Para a construção do dicionário, inicialmente os cognemas foram alocados em lista e posteriormente ordenados segundo critério alfabético a fim de facilitar a identificação de termos iguais, semelhantes ou gravados incorretamente no processo de coleta de dados.

Foram adotados dois critérios para realizar o agrupamento dos cognemas, a saber: a lematização que corresponde à redução da palavra/expressão ao seu radical e por critérios semânticos, que as reúnem pela semelhança de significados. Foram também excluídos elementos como: artigos, preposições e pronomes com vistas à uniformização dos cognemas<sup>73</sup>.

As palavras/expressões evocadas foram então agrupadas em um termo homogeneizado e representativo a fim de reduzir ao máximo sinônimos e/ou adjetivações de termos equivalentes<sup>73</sup>. A aplicação da metodologia de elaboração do dicionário possibilitou que a homogeneização dos termos ocorresse com menor impacto de vieses de interpretação por parte das pesquisadoras<sup>73</sup>.

Do ponto de vista operacional, o processo de homogeneização foi realizado com a construção de uma tabela contendo três colunas. Na primeira coluna, foram registrados os cognemas grafados de forma homogeneizada. Cabe mencionar que a escolha da forma da grafia do termo utilizou como parâmetro a maior incidência e a forma/estrutura capaz de traduzir o conjunto de cognemas. Na segunda coluna, ficaram alocados os cognemas evocados em sua grafia original, seguida do número de vezes em que foram mencionados entre parênteses. E, na terceira coluna, foi computado o somatório de vezes de palavras ou expressões que compuseram a segunda coluna.

A etapa subsequente possibilitou ordenar a tabela em ordem decrescente de frequência com que os termos/expressões foram identificados utilizando como referência a terceira coluna. Isso equivale a dizer que as palavras/expressões mais evocadas ficaram alocadas nas primeiras posições da lista do dicionário.

Após a construção do dicionário, retornou-se ao documento das evocações em sua versão original para realizar a substituição dos termos evocados originalmente pelos termos homogeneizados, mantendo-se a ordem em que as evocações foram mencionadas pelos participantes.

Nos caso em que o processo de substituição dos termos consensualizados gerou sua repetição para um mesmo participante, adotou-se como conduta a manutenção da primeira vez em que o cognema foi alocado e procedeu-se à remoção da segunda vez em que ele foi mencionado com subsequente deslocamento dos demais termos evocados para posições anteriores, mantendo-se a ordenação.

O produto desse tratamento inicial gerou o *corpus* cujo conteúdo retornou para o Programa *Excel for Windows* na versão substituída. Para proceder à entrada dos dados no programa *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC 2000)<sup>78</sup>, foi realizada a formação de um conjunto de informações requeridas pelo programa, a saber: 1) acrescido um código de três casas sequenciais para retratar cada participante. Cabe mencionar que esse código não correspondeu ao utilizado em outras etapas metodológicas; 2) esse código foi seguido de informações sobre o perfil sociodemográfico e de realização da TRS vivida pelos participantes cujo critério de seleção foram as características mais relevantes diante da temática (gênero, idade, grau de escolaridade, se tem filhos, presença de FAV e presença de cateter duplo lúmen cujas variáveis foram categorizadas de forma dicotômica) e 3) as evocações foram antecedidas pelo número da ordem em que elas foram mencionadas dentro da técnica da evocação.



A definição do *corpus* introduzido no programa utilizou como critério a Lei de Zipf e teve como produto final os cognemas alocados em um quadro de quatro casas<sup>73</sup>. A Lei de Zipf constitui uma estratégia empregada para a obtenção de uma relação de proporcionalidade, a partir da distribuição e ordenação de uma lista de palavras, garantindo sua representatividade para se obter a reunião dos elementos mais consensualizados que foram mencionados pelos participantes<sup>73</sup>. A definição do ponto de corte foi estabelecida quando entre os cognemas evocados se identificou uma queda abrupta na frequência de sua aparição<sup>73</sup>.

No programa EVOC, foi predefinido o valor da frequência mínima, média e do ponto de corte para a ordem de citação das palavras evocadas a partir do programa a ponto de gerar quatro grupos de classificação dos dados denominados de quadro de quatro casas que permitem hierarquizar os conteúdos evocados por meio da análise prototípica<sup>73</sup>.

O quadro de quatro casas é gerado quando os cognemas evocados são tratados no programa EVOC, por meio do cruzamento dos parâmetros das frequências com a ordem com que os cognemas foram evocados. Essa estratégia permite identificar um esquema representativo no qual os dados ficam alocados em eixos abscissas e ordenadas, possibilitando obter: os quadrantes superiores direito e esquerdo e inferiores direito e esquerdo respectivamente, gerados a partir dos parâmetros definidos pela análise prototípica<sup>73</sup>.

Essa análise, também denominada análise de evocações ou das quatro casas, consiste em uma técnica desenvolvida para caracterizar a estrutura dos elementos de uma representação social a partir da análise dos cognemas pelo cálculo das frequências de citação, ordem de evocação das palavras/expressões e pelo o *rang* (média das ordens dos cognemas evocados)<sup>78</sup>.

O eixo das ordenadas revela o *rang*, valor referente a posição de importância que uma palavra/expressão foi mencionada, ou seja, cognema lembrado e mencionado mais prontamente.

Sua interpretação é compreendida pelos valores entre 1 e 5, de forma que quanto mais próximo a 1 estão localizadas as palavras/expressões evocadas mais prontamente<sup>73</sup>. Valores próximos de 5 retratam situações ou circunstâncias *que dizem respeito* a determinada pessoa ou pequeno grupo, uma vez que foram menos prontamente evocados. Isso equivale a dizer que esses cognemas traduzem situações particulares, singulares ou pessoais e não necessariamente do grupo<sup>73</sup>.

Já o eixo das abscissas refere-se a frequência das evocações, ou seja, número de vezes cuja palavra/expressão foi mencionada para ser considerada relevante no processo da RS<sup>73</sup>.

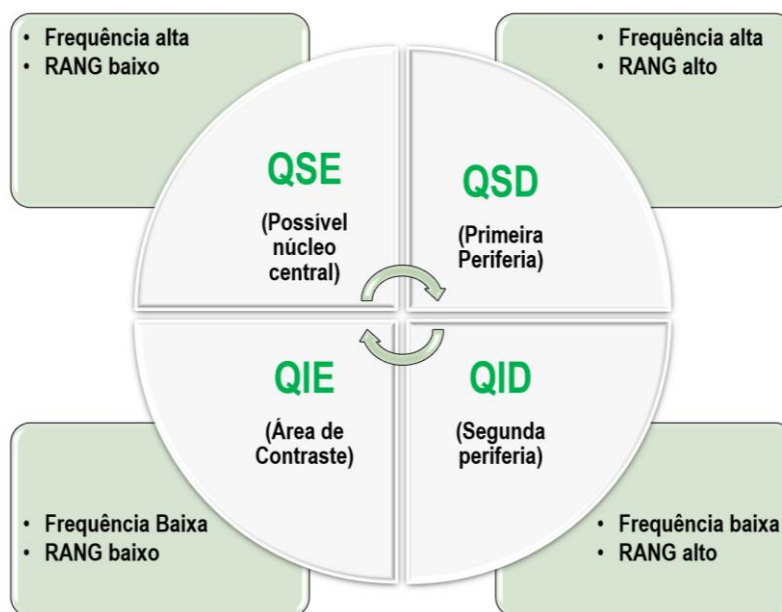
Os parâmetros adotados para a realização da análise prototípica foram definidos pelas autoras tendo como critérios: o preenchimento de cognemas em todos os quadrantes; a

proporcionalidade de elementos contidos no QSE não superior aos demais quadrantes e valores equivalentes para os pontos de corte quando se deseja estabelecer uma comparação entre duas representações sociais desencadeadas por termos indutores distintos.

Para a abordagem das pessoas em hemodiálise, foram utilizados como critérios na análise prototípica dos termos indutores “hemodiálise” os seguintes parâmetros: rang < 2,6 e  $\geq 2,5$  e freq. média 14 a 23 e  $\geq 24$ . Para o termo indutor “tratamento hemodialítico”, foram parâmetros: rang < 2,6 e  $\geq 2,5$  e freq. média 14 a 23 e  $\geq 24$  e para o termo indutor “cuidado de enfermagem”: rang < 2,7 e  $\geq 2,7$  e freq. média 5 a 16 e  $\geq 17$ .

A alocação dos cognemas no quadro de quatro casas, segundo Abric, possibilita a identificação dos prováveis elementos simbólicos que integram a representação social e sua estrutura hierárquica, permitindo a interpretação da relevância dos cognemas para o contexto social em que eles foram gerados<sup>70</sup>.

**Figura 14:** Quadro de quatro casas, seus quadrantes e interpretação de centralidade e da perifericidade do sistema. Juiz de Fora (MG). Junho/2018.



**Fonte:** As autoras

Nesse sentido, o Quadrante Superior Esquerdo (QSE) representa os cognemas alocados que obtiveram maior frequência e menor *rang*, quanto menor for *orang* significa que a palavra foi mais prontamente mencionada. A interpretação será a possibilidade de, nessa área, estarem situados os elementos que compõem o possível núcleo central, aqueles fortemente compartilhados pelo grupo e que definem a representação social<sup>73</sup>.

No Quadrante Inferior Esquerdo (QIE), estarão os cognemas que possuem menor frequência e menor *rang*. Esse é denominado área de contraste, retrata situações bem

consolidadas para pequenos grupos, ou seja, indica um subgrupo que representa elementos distintos da maioria<sup>73</sup>.

O Quadrante Superior Direito (QSD) é composto por cognemas que apresentam maior *rang* e maior frequência. É conhecido como Primeira Periferia e é onde se localizam os cognemas que traduzem situações que foram frequentemente mencionadas sem uma posição prioritária na ordem de menção<sup>73</sup>. No Quadrante Inferior Esquerdo (QID), estão localizados os cognemas com maior *rang* e menor frequência, sendo por isso conhecidos como elementos da Segunda Periferia<sup>73</sup>.

A primeira e segunda periferias representam o sistema periférico, onde estão alocados o maior número de elementos e caracterizam-se pela flexibilidade e praticidade das representações nos diferentes contextos e experiências cotidianas<sup>73</sup>.

Na abordagem estrutural das representações sociais foi possível a identificação dos conteúdos representacionais evocados e sua análise na perspectiva da composição do sistema hierárquico pela Teoria do Núcleo Central proposta por Jean Claude Abric e das dimensões representacionais (comportamentais/atitudinais, cognitivas/informativas, valorativas e objetivas).

A dimensão representacional comportamental/atitudinal expressa uma ação ativa ou latente ou um posicionamento em relação a um objeto. A dimensão cognitiva/informativa remete ao conhecimento do indivíduo ou grupo sobre determinado objeto. A dimensão valorativa denota a estruturação de ideias e valores pessoais e sociais atribuídos a uma dada situação a ponto de refletir sobre o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. A dimensão objetiva faz menção à familiarização de ideias pelo indivíduo ou grupo tornando-as concretas e objetivadas<sup>79</sup>.

#### 4.4.2.2 Abordagem processual

Para a realização da abordagem processual das RSs, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente com suporte de gravação de áudio desencadeadas por questões norteadoras e ambiente com privacidade (**Apêndice C**).

Considerando a proximidade das poltronas e do próprio ambiente, houve a preocupação em se manter o máximo de privacidade compatível com o contexto do cenário da investigação. Nos casos em que foi observado constrangimento ou comprometimento dessa privacidade, foram oferecidas alternativas aos participantes (utilização de tom de voz baixa, contato visual para intensificar a captação de expressões não verbais que pudessem transparecer seu desconforto, oferecimento de alternativa de horário para a realização da entrevista; transferência de ambiente, entre outras).

Para as **pessoas em hemodiálise**, utilizaram-se como questões norteadoras: 1) Conte-me algum fato vivenciado com o(a) Senhor(a) ou com alguém na hemodiálise que lhe chamou a atenção ou o(a) marcou; 2) Como é o cuidado recebido aqui no setor de hemodiálise? 3) O que o(a) incomoda atualmente em relação à doença renal e ao tratamento? e 4) Como é o cuidado de enfermagem recebido aqui no setor de hemodiálise?

Para tratamento dos dados coletados na abordagem processual, foi realizada inicialmente a transcrição na íntegra de todo o áudio gravado com vistas a sua preparação para a análise do conteúdo<sup>80</sup>. Essa transcrição foi realizada no *Programa Word for Windows*, sendo que cada entrevista correspondeu a um arquivo e recebeu um código cuja identificação consta na primeira linha do arquivo, a fim de permitir sua leitura pelo registro do Programa Nvivo Pro® 11. Para a interpretação dos conteúdos gravados, optou-se pela proposta de Bardin, que operacionaliza a análise de conteúdo em três etapas.

Na etapa da pré-análise, estabelece-se o primeiro contato com o conteúdo das entrevistas com vistas à apreensão das ideias principais por meio da realização da leitura flutuante e ao aprofundamento dos dados em busca por conteúdos emergentes para a preparação e definição de categorias. Nessa etapa, foram utilizadas as dimensões representacionais (comportamental/atitudinal, informativa/cognitiva, valorativa e objetival) que, em outras palavras, retratam: o que fazem/o que pensam, o que sabem/do que são informados, o que valoram positiva, neutra ou negativamente e como mostram com objetos ou pessoas os conteúdos representacionais sobre a temática. Esses agrupamentos preliminares dos dados foram realizados baseado na similaridade das informações contidas nos discursos. Cabe mencionar que, para se obter a origem dos conteúdos representacionais, foram utilizados como parâmetros os conteúdos emergentes para a definição de categoria preliminar.

Na etapa da exploração do material, busca-se a identificação das categorias emergentes e consideradas nucleares para a compreensão do discurso. A operacionalização dessa etapa metodológica foi estruturada a partir da busca da articulação entre os temas identificados na etapa anterior que foram obtidos para identificação da ligação dos fragmentos dos discursos com o contexto da temática.

Na etapa do tratamento dos resultados e interpretação, buscou-se a harmonização dos conteúdos afins a partir de uma nova reorganização e ordenação dos mesmos segundo sua vinculação com a temática por meio da análise interpretativa do conjunto de informações que passaram a ser agrupadas em categorias<sup>80</sup>.

Outra estratégia de análise utilizada foi a tentativa de responder qual é a origem dos conteúdos simbólicos identificados por ocasião da verificação das dimensões representacionais.

Além disso, verificar como eles poderiam favorecer a compreensão do contexto sociocultural para o qual os possíveis elementos simbólicos foram mencionados, articulando essa informação com as dimensões representacionais que eles retrataram a ponto de iluminar a origem atribuída para as RSs mencionadas pelos participantes para a temática da investigação.

Do ponto de vista operacional, a etapa de exploração do material teve o apoio do programa Nvivo Pro® 11 para seu tratamento, o qual auxiliou na reunião de informações comuns que foram agrupadas na estrutura de “nós”. Esses nós funcionam como categorias preliminares de informações descritivas textuais. Elas são alcançadas a partir da leitura na íntegra e de forma categorial dos discursos com vistas a distinguir os conteúdos temáticos similares e das variações de informações que se encontravam agrupadas dentro de um mesmo “nó”. Esses agrupamentos, quando analisados, permitiram compor *clusters* estruturados segundo critérios de similaridade de ideias advindas de fragmentos de discursos.

Por isso, é possível dizer que a construção de cada “nó” foi realizada utilizando-se como critério as dimensões representacionais e as diferentes origens atribuídas pelos participantes de forma implícita ou explícita para a construção simbólica retratada por eles em seus discursos.

Para a terceira etapa, a interpretação foi realizada a partir do conteúdo dos discursos agrupados em “nós” de acordo com a similaridade dos conteúdos classificados nas categorias<sup>80</sup>. A forma de representar graficamente os conteúdos representacionais gerados pelo programa foi por meio de dendogramas que podem ser gerados no programa Nvivo Pro11® no formato horizontal e/ou vertical e pela representação utilizando do gráfico de círculo<sup>80</sup>.

O dendograma constitui um dos métodos de agrupamento de informações estruturado a partir de uma representação gráfica de como grupos de informações podem ser ordenados utilizando-se como critérios aglomerações de dados hierarquicamente estruturadas como resultado de saída de informações pelo Programa Nvivo Pro 11®<sup>81</sup>.

Os gráficos de círculo, também constituem em estratégias para síntese de informações que posicionam as variáveis nas extremidades de uma circunferência e permite explicitar a relação entre as informações por meio de linhas de ligação que exprimem a força de vinculação entre duas variáveis analisadas.

A opção por apresentar os resultados em *clusters* visou favorecer a interpretação dos nós por meio de estratégia visual. Tais informações foram acompanhadas pela análise do coeficiente de correlação de Pearson, o qual possibilita captar matematicamente se houve ou não adensamento teórico<sup>80; 82</sup>.

O adensamento teórico consiste na identificação da força de correlação entre os nós. Isso equivale a dizer que é identificado pela repetição de conteúdos e sua reafirmação por

participantes<sup>80</sup>, e os valores recomendados são superiores a 0,6, intensificando seu poder de coesão na medida em que se aumenta o valor de Pearson<sup>83</sup>. Na presente investigação, foram adotados valores de Pearson  $\geq 0,7$ .

Os valores obtidos de correlação de Pearson para os dados referentes às pessoas em hemodiálise ficaram assim definidos: 1) para as dimensões representacionais e a origem dos conteúdos simbólicos para **hemodiálise**, eles variaram de 0,964432 a 0,934659 e 0,93038 a 0,738312 respectivamente; e 2) para as dimensões representacionais e a origem dos conteúdos simbólicos para o **cuidado de enfermagem**, eles variaram de 0,913758 a 0,789904 e 0,972762 a 0,799444 respectivamente.

Aliando essas informações aos conteúdos advindos dos registros realizados no diário de campo, busca-se a interpretação e extração dos sentidos implícitos e explícitos advindos do contato com os participantes.

Cabe acrescentar que os resultados estão apresentados por processo de triangulação de informações e análise dos resultados. Isso foi possível por meio da abordagem estrutural que permitiu que os conteúdos representacionais evocados fossem analisados na perspectiva da composição do sistema hierárquico pela Teoria do Núcleo Central proposta por Jean Claude Abric e das dimensões representacionais (comportamentais/atitudinais, cognitivas e /informativas, valorativas e objetivais) presentes, triangulando-as tais informações com às dimensões representacionais e a origem dos conteúdos representacionais obtidos com o uso da abordagem processual<sup>70</sup> ao abordar as temáticas hemodiálise e o cuidado de enfermagem.

#### 4.4.3 ESTUDO SECCIONAL

O **estudo seccional**, contemplou o perfil das pessoas em HD e os registros de enfermagem. No perfil das pessoas em HD, o instrumento de coleta de dados foi composto por seis itens com vistas a identificar as variáveis de interesse, a saber: 1) variáveis sociodemográficas; 2) perfil de adoecimento e de tratamento hemodialítico; 3) rede de apoio; 4) estilo de vida; 5) enfrentamento; e 6) avaliação do serviço (**Apêndice B**).

Para avaliação dos **registros de enfermagem** na primeira e segunda etapas, o instrumento de coleta de dados foi composto por quatro eixos com vistas a identificar as variáveis de interesse segundo critérios temáticos, a saber: 1) dados gerais acerca dos registros - destinados a caracterizar as informações referentes ao momento da coleta de dados; 2) dados específicos - destinados a descrever as informações referentes à identificação do prontuário, da categoria profissional de quem o realizou, da ocasião em que foi realizado, motivo que o gerou e

dimensão do cuidado em que estava inserido; 3) aspectos éticos e legais - espaço direcionado à avaliação da presença ou ausência de informações recomendadas pela categoria de classe sobre como os registros deverão ser documentados e 4) espaço destinado à captação de informações relacionadas aos conteúdos registrados (procedimento técnico, intercorrências, aspecto emocional, relacional, inabilidade, enfrentamento, crenças, hobbies/rotinas, gastos e condutas) e segundo as respostas humanas em diagnósticos (categorizados em sete domínio segundo proposta de Von Krogh, a saber: fisiológico, mental, existencial, funcional, de segurança, familiar e ambiental)<sup>84:79-88</sup>, resultados)<sup>51</sup> e intervenções de enfermagem<sup>52</sup> (**Apêndice D**).

O critério adotado para a escolha dos sete domínios se justifica por ele traduzir de forma sintética as dimensões de respostas humanas que constituem a base para a estruturação do cuidado de enfermagem. O processo de coleta de dados foi realizado após conhecimento da rotina e dos espaços formais destinados à realização dos registros pela equipe de enfermagem. Os dados foram coletados em diferentes turnos de hemodiálise com vistas a captar o processo laboral de diferentes profissionais e equipes de enfermagem, rotina e relações interpessoais. Para isso, na primeira etapa, a pesquisadora permaneceu na sala dos enfermeiros, a qual, por ser de vidro, proporcionava ampla visão das salas de hemodiálise e favorecia o acesso aos registros guardados nas mesmas. Já na segunda etapa de coleta dos dados referente aos registros de enfermagem, a pesquisadora permaneceu na sala de arquivo, anexo à instituição, onde ficavam guardados os registros das pessoas atendidas em meses anteriores e que já tinham sido faturados.

O preenchimento dos dados referentes aos registros de enfermagem utilizou para sua operacionalização o aplicativo ODK e possibilitou o armazenamento dos dados em nuvem, sendo os mesmos recuperados via organização das informações no Programa *Excel for Windows* que foi compatibilizada com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22.0).

Cabe mencionar que a opção por adoção de valores de registros oscilando de 40% a 50% nas hipóteses se deveu ao registro ser considerado em uma investigação que abordou as atividades assistenciais e administrativas desenvolvidas por enfermeiros de cinco serviços de hemodiálise no estado do Paraná (81,5%)<sup>85</sup>, haver evidências na literatura de inconsistência em sua realização<sup>86</sup> e oscilando entre 90,3% a 85,9% em serviços como urgência e emergência<sup>87: 88</sup> e o cenário da investigação ter sido foco de investigação e intervenção educativa para correção das inconsistências identificadas em período anterior ao processo de coleta de dados dessa investigação<sup>89</sup>.

O processo de análise dos dados quantitativos referentes aos registros de enfermagem foi tratado por estatística descritiva com análise percentual, de tendência central e dispersão.

## 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com Resolução n. 466/2012 e suas complementares. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A autonomia garante ao indivíduo o respeito e aceitação em relação as suas preferências, a beneficência zela pelos benefícios e redução de perdas, a não maleficência sustenta a não ocorrência de prejuízos, a justiça reflete os princípios de moralidade dos indivíduos e a equidade proporciona o tratamento com igualdade aos participantes <sup>90</sup>.

Considera-se que a presente investigação apresenta riscos mínimos, ou seja, semelhantes a situações cotidianas da vida, já que não serão realizadas intervenções e estes serão minimizados pela utilização de técnicas de anonimato, comunicacionais, de interação interpessoal e respeito humano. Os resultados serão tratados com técnicas de anonimato pela utilização de estratégias de identificação dos participantes com o uso de códigos conforme mencionado na descrição da composição dos participantes.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil após aquiescência das instituições envolvidas e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo parecer nº 1.876.363 , em 20 de dezembro de 2016 (**Anexo 2**).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando a participação de dois segmentos (pessoas em hemodiálise e registros de enfermagem) na presente investigação, os resultados estão apresentados na seguinte sequência: 1) ambiência; 2) pessoas em hemodiálise; 3) registros de enfermagem e 4) implicações dos resultados das pessoas em hemodiálise e dos registros realizados pelos profissionais para o cuidado de enfermagem à luz do referencial de Betty Neuman.

### 5.1 AMBIÊNCIA

A apresentação dos resultados iniciando-se pela ambiência, em coerência com a estrutura utilizada na trajetória metodológica buscou evidenciar as características dos participantes envolvidos e do contexto social em que a presente investigação se inscreve.

A ambiência no Serviço de TRS possibilitou perceber na relação entre os profissionais de saúde e as pessoas em HD envolvimento e vínculo. Foi possível identificar que as pessoas em TRS recebem um cuidado de qualidade, havendo demonstrações da equipe de preocupação com seu bem-estar, os profissionais se mostraram atenciosos e envolvidos na prestação de cuidado de forma a atender às demandas individuais.

Percebe-se que, principalmente entre os técnicos de enfermagem, há intimidade e proximidade com as pessoas durante as sessões de HD, cujos marcadores foram: trato pelo nome das pessoas, conhecimento da história de adoecimento das mesmas e capacidade para descrever como cada uma delas lida com sua doença e tratamento e como a família se insere nesse contexto. Cabe acrescentar que alguns profissionais são chamados por apelidos, as pessoas em HD têm oportunidade de conversar assuntos pessoais com eles e, em ocasiões em que há alteração na escala, elas, além de detectarem essa mudança, sentem falta do profissional, a ponto de indagar o motivo da mesma.

O relacionamento entre as pessoas em HD também se destaca pelas amizades e pelos vínculos formados que retratam o zelo estabelecido mutuamente. O vínculo construído pela frequência com que se encontram, pela proximidade das cadeiras durante as sessões e por vivenciarem o contexto de um mesmo tratamento, parece fortalecer o elo entre elas.

Há ocasiões em que o teor da conversa entre as pessoas em HD deixa transparecer a existência de um relacionamento que se estende para além do convívio institucional, havendo relatos que se referem ao vínculo entre elas na vida social. Também foi detectada a presença de relatos de preocupação com o outro, os olhares atentos e curiosos durante a realização das

sessões a fim de identificar qualquer intercorrência, a busca por entender o motivo da ausência do outro no tratamento, a afinidade e o carinho que são construídos entre o grupo a ponto de se reconhecerem como membros de uma mesma “família” e a aproximação da parentela e/ou acompanhantes que passam a mostrar solidariedade.

O mesmo ocorre na relação que se estabelece com os profissionais. A união e as amizades são detectadas pelas brincadeiras e suporte que dão uns aos outros a ponto de criar um clima de companheirismo, mesmo num contexto em que o tratamento se constitui na única alternativa em vigor capaz de assegurar condições de homeostasia e equilíbrio hemodinâmico.

A equipe de enfermagem demonstra conhecer a hierarquia profissional, valorizar e identificar situações de gravidade ou que requerem intervenções terapêuticas e sabe a quem tal competência se refere, dependendo do problema identificado.

O processo comunicacional entre a equipe multiprofissional é predominantemente estabelecido pela via verbal, exceção feita às orientações contidas no livro de demandas multiprofissionais. Neste são documentadas situações tais como: acompanhamento das pessoas em HD pelos profissionais psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, os quais as avaliam periodicamente e não compõem a equipe que possui contato diário durante as sessões. Essa é uma estratégia exitosa de conexão dessas categorias com os profissionais que atuam em todas as sessões.

Em relação aos familiares, a ambiência não proporcionou uma percepção real dos aspectos relacionais entre eles devido ao distanciamento destes durante as sessões de HD. Os familiares são orientados a acompanhar as pessoas em HD em todas as sessões, principalmente no retorno para o domicílio a fim de identificar precocemente possíveis efeitos adversos decorrentes do tratamento, como, por exemplo, a hipotensão.

Entretanto, solicita-se aos familiares/acompanhantes que aguardem na recepção da instituição onde há uma televisão disponível, com programação de canal aberto, uma vez que a estrutura física não comporta a presença deles no interior das salas de sessão. Não foi identificada uma atividade rotineira, com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, que fosse capaz de inserir os familiares/acompanhantes. Os contatos da equipe de saúde com os familiares/acompanhantes que foram identificados ocorreram por ocasião de admissão de pessoas novas, mediante intercorrências ou alteração na proposta terapêutica.

Embora não integre o escopo da presente investigação, foi identificado que nas ocasiões em que há atendimento de pessoas menores de idade e com idade  $\geq 60$  anos a presença do acompanhante na sala de HD é avaliada caso a caso e eventualidades com pessoas adultas são tratadas segundo avaliação individual.

No caso de pessoas provenientes de municípios contratualizados, o transporte delas para o tratamento fica a cargo da prefeitura dessas cidades, e essas pessoas são acompanhadas pelo motorista do veículo que as traz.

O cenário destaca-se por estar situado em região central e de fácil acesso. Entretanto, a estrutura é antiga e adaptada. A instituição possui salas compartimentadas, o que dificulta a visualização de todas as cadeiras simultaneamente a partir de ponto central. Tal fato requerer a utilização de estratégias administrativas a exemplo da elaboração de uma escala setorial para a cobertura do atendimento das pessoas nas quatro salas.

Os recursos materiais são disponíveis e aparentemente atendem às demandas. Há 72 máquinas destinadas à realização da HD, havendo previsão de manutenções de caráter preventivo e corretivo.

O funcionamento dos procedimentos de hemodiálise ocorre em três turnos (matutino, vespertino e noturno), com duração média de quatro horas/sessão e são realizados, na rotina, por três vezes semanais/por pessoa atendida na instituição.

A prática laboral da equipe de enfermagem ocorre durante o período de hemodiálise. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem são diaristas e cumprem carga horária semanal de 36 horas laborais, sendo distribuídas de segunda a sexta, em turnos fixos (manhã, tarde ou noite). Aos sábados, é estabelecida uma escala mensal de seis horas/atividades ou na modalidade de plantões de 12h quinzenalmente.

Os turnos envolvem horários de 6 às 12 horas (manhã) nos seguintes esquemas: 11h às 17h ou 16h às 22h, e os profissionais da equipe de enfermagem são fixos, com possibilidade de trocas de turno de atividade entre eles desde que previamente solicitadas e autorizadas pelas respectivas chefias imediatas (enfermeiros assistenciais ou enfermeiro responsável técnico). A escala dos técnicos de enfermagem é elaborada mensalmente e destina-se ao rodízio na assistência às pessoas em HD. Ela é elaborada pelo enfermeiro de sala.

Em geral, quatro pessoas ficam sob os cuidados de cada técnico de enfermagem, e, nos casos em que há cinco ou seis pacientes para um técnico, é designado um estagiário técnico de enfermagem para atuar na condição de suporte. As salas dois e três, que são menores, comportam três e duas pessoas, respectivamente, sendo os técnicos de enfermagem designados para seu atendimento exclusivo.

Em relação aos enfermeiros, eles se dividem nos turnos matutino, vespertino e noturno, sendo um enfermeiro assistencial para cada turno. Eles contam com o auxílio de estagiárias acadêmicas de enfermagem, que fornecem suporte às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, segundo perfil de funções institucionais. Há um enfermeiro designado para atuar nas

diálises externas e outro para a diálise peritoneal. Destarte: o quantitativo de enfermeiros é: um responsável técnico na instituição, um enfermeiro assistencial por turno, perfazendo três, um enfermeiro a cargo da HD externa e um que se responsabiliza pela diálise peritoneal.

Em relação aos registros de enfermagem feitos pela equipe, foram identificadas as seguintes fontes na rotina da instituição: folha de sala, livro de ocorrência, livro de transfusão, livro de medicamentos controlados, livro da equipe multiprofissional e livro dos enfermeiros.

A folha de sala é o local mais utilizado para documentar os registros assistenciais. Ela se destina às anotações referentes a todas as sessões de HD e o teor versa sobre aspectos considerados relevantes no perfil desse atendimento. O instrumento é próprio e encontra-se junto às pessoas em HD durante a sessão, tornando seu acesso facilitado para o manuseio da equipe de saúde e oferecendo acréscimo de registros a qualquer momento considerado oportuno. Quando não está em uso, a folha de sala fica guardada em pastas segundo o turno e os dias da semana (segunda, quarta e sexta ou terça, quinta e sábado respectivamente) de atendimento das pessoas que realizam HD.

As anotações feitas pelos técnicos de enfermagem ocorrem, na rotina institucional, após a conexão de todas as pessoas à máquina de HD. Em situações eventuais, como intercorrências, uso de medicamentos controlados e transfusões, esses registros são realizados posteriormente em espaços próprios, ou no mesmo momento, na folha de sala e, no caso de medicamentos e transfusões, além desse local, são feitos registros em livro destinado a esse fim que fica disponível na sala dos enfermeiros ou no posto de enfermagem. Em caso de intercorrências graves, adicionalmente à folha de sala, o registro será documentado no livro de ocorrências localizado no posto de enfermagem de cada sala.

Os enfermeiros utilizam com maior frequência o livro deles, o qual tem função de “agenda”. Os registros são realizados nesse espaço diariamente com o objetivo de manter a comunicação entre os enfermeiros dos diferentes turnos, sendo que os conteúdos versam sobre a identificação de demandas, solicitação de condutas, lembretes, permutas entre pessoas em HD ou da equipe de enfermagem.

A folha de sala possui local próprio para a evolução do enfermeiro. Na rotina, é prevista a realização de pelo menos um registro mensal referente a cada pessoa em HD, podendo essa atividade ser desenvolvida pelos estagiários de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro do turno. As anotações realizadas pelos técnicos de enfermagem são checadas mensalmente pelos enfermeiros. Antes de os impressos serem deslocados para o setor de faturamento, eles terão todas as suas folhas rubricadas e carimbadas pelo enfermeiro e médico assistente. Cabe a uma profissional da área administrativa responsável pelas atividades relacionadas à enfermagem

checar se todos os registros estão em conformidade com as recomendações, a exemplo da presença da data, do registro à tinta, da ausência de rasura, entre outros. Em caso contrário, os registros retornarão ao profissional da equipe responsável para os devidos ajustes.

Recentemente, foram criados protocolos de modelos de anotações de enfermagem para nortear os registros realizados por técnicos de enfermagem para as seguintes situações: admissão, infecção de CDL ou FAV, entre outros. Esse processo ocorreu em julho de 2017, em reunião de equipe e durante atividades de educação continuada, a fim de melhorar o conteúdo das anotações realizadas e implementar novos instrumentos, como o de eventos adversos e o de infecção de CDL e FAV. Destaca-se que, nesse período, estavam sendo coletados os dados da presente investigação com análise dos registros.

Já em relação aos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem, com base em uma pesquisa realizada anteriormente, também houve uma capacitação da equipe com apresentação dos resultados identificados e sugestões para melhoria dos registros.

## 5.2 PESSOAS EM HEMODIÁLISE: PERFIL, AVALIAÇÃO DO SERVIÇO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Participaram 143 pessoas em hemodiálise e os resultados estão apresentados segundo:

- 1) Caracterização das pessoas em hemodiálise (variável sociodemográfica; perfil de adoecimento e de tratamento hemodialítico; rede de apoio, estilo de vida e enfrentamento);
- 2) Avaliação do serviço pelas pessoas em hemodiálise; e
- 3) Abordagem estrutural das RSs para “hemodiálise, “tratamento hemodialítico” e “cuidado de enfermagem”, e processual com as seguintes questões norteadoras: 1) Conte-me algum fato vivenciado com o(a) Senhor(a) ou com alguém na hemodiálise que lhe chamou a atenção ou o(a) marcou; 2) Como é o cuidado recebido aqui no setor de hemodiálise? 3) O que o(a) incomoda atualmente em relação à doença renal e ao tratamento? e 4) Como é o cuidado de enfermagem recebido aqui no setor de hemodiálise?

A caracterização das pessoas em hemodiálise consta da **Tabela 1**.

**Tabela 1:** Caracterização dos 143 participantes segundo gênero, idade, estado civil, cor da pele, religião, escolaridade, renda pessoal e quantidade de filhos. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
<b>Gênero</b>			<b>Idade</b>			
Feminino	87	60,8	25  --- 45	23	16,1	
Masculino	56	39,2	45  --- 65	56	39,2	$\mu$ 59,78 $\pm$ 14,626 (25 - 92)
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	65  --- 80	61	42,7	
			$\geq$ 80	3	2	
<b>Estado Civil</b>			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
Casado/ união estável/ com companheiro	82	57,4				
Solteiro	27	18,8	<b>Escolaridade</b>			
Viúvo	19	13,3	0 ---5 anos	85	59,4	$\mu$ 6,49 $\pm$ 4,428 (0 - 18)
Separado	15	10,5	5  ---11 anos	36	25,2	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	12  ---18 anos	19	13,3	
			>18 anos	3	2,1	
<b>Cor de pele</b>			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
Branca	78	54,5				
Negra	53	37,1	<b>Renda pessoal em salários mínimos (R\$ 957,00)</b>			
Parda	12	8,4	0  --- 5	129	90,2	$\mu$ 1,85 $\pm$ 2,271 (0 - 17)
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	5  --- 10	7	4,9	
			10  -----17	3	2,1	
			Não respondeu	4	2,8	
<b>Religião</b>			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
Católica	82	57,3				
Evangélica ou protestante	49	34,3	<b>Número de Filhos</b>			
Agnóstico	6	4,2	0  --- 4	106	74,4	$\mu$ 2,43 $\pm$ 2,236 (0 - 10)
Espírita	3	2,1	4  --- 7	27	18,6	
Ateu	2	1,4	7  --- 10	9	6,3	
Não respondeu	1	0,7	$\geq$ 10	1	0,7	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
<b>Possui filhos</b>						
Sim	108	75,5				
Não	35	24,9				
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>				

Fonte: Elaborada pelas autoras

A predominância das mulheres entre os participantes foi destaque na presente investigação, representando 60,8% das pessoas em hemodiálise. Ao analisar tal perfil à luz do número de pessoas entre 65 e 85 anos (42,7%), é possível corroborar o panorama geral do processo de envelhecimento por que passa a população no Brasil<sup>91</sup>. A pirâmide etária evidencia o maior número de mulheres idosas quando comparadas ao sexo masculino<sup>92</sup>.

Entretanto, estudo que analisou os dados nacionais de diálise, com 50.807 pessoas em tratamento, mostrou que 57% eram homens, o que diverge da presente investigação. Entre as razões que podem justificar o perfil de pessoas em hemodiálise nacional está o fato de os homens adiarem a procura pelo atendimento de saúde e possuírem maior resistência quanto à adesão terapêutica<sup>93</sup>.

O quantitativo de 39,2% das pessoas em hemodiálise com idade compreendida entre 45 e 65 anos sugere sua vinculação desencadeada por doenças crônicas não tratadas ou diagnosticadas tardiamente<sup>11</sup>.

Em relação à escolaridade, 59,4% dos participantes tinham de zero a cinco anos de estudo e 90,2% possuíam renda inferior a cinco salários mínimos. Tal **perfil** retrata fator de vulnerabilidade social que impacta diretamente o estilo de vida e histórico de doenças, bem como o nível de informações acerca da doença e tratamento<sup>94</sup>.

Quanto ao número de filhos, observou-se que 74,6% possuem menos de quatro filhos, sendo esses dados coerentes com a composição das famílias contemporâneas. Ao refletir sobre o número de filhos identificados entre os participantes da presente investigação, evidencia-se a transição da taxa de natalidade das famílias contemporâneas e a influência que tal fator tem sobre a rede de apoio social disponível<sup>91; 92</sup>.

Ao analisar o estado civil, foi possível identificar que 57,4% dos participantes são, casados, possuem união estável ou companheiro(a). Estudo seccional que avaliou o perfil sociodemográfico de 81 pessoas em hemodiálise no Nordeste do Brasil corroborou esse achado<sup>95</sup>.

Cabe mencionar que 54,5% se autodeclararam com cor de pele branca e 57,3% relataram pertencer à religião católica.

A caracterização das 143 pessoas em HD segundo a ocupação, tempo de aposentadoria e cidade em que moram consta na **Tabela 2**.

**Tabela 2:** Distribuição das 143 pessoas segundo ocupação, tempo de aposentadoria e cidade em que moram. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
<b>Cidade em que moram</b>			<b>Ocupação</b>			
Cidade do cenário da investigação	107	74,8	Aposentados	108	75,5	
Até 40km	10	7	Recebem benefício/auxílio	15	10,5	
40 a 80km	20	14	Pensionistas	9	6,3	
Mais que 80	6	4,2	Serviços gerais	1	0,7	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	Do lar	1	0,7	
			Não responderam	9	6,3	
			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
			<b>Tempo de aposentadoria</b>			
			0 l--- 18 anos	77	53,9	$\mu$ 13,11
			18 l--- 36 anos	27	18,9	$\pm 11,173$
			36 l--- 54 anos	4	2,7	(0 - 54)
			Não aposentou	35	24,5	
			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

A identificação das cidades em que as pessoas que fazem HD moram permite caracterizar a maioria como residente no município do cenário da investigação (74,8%) e a existência de

consórcios intermunicipais (25,2%) contratualizados para atendimento de pessoas da macrorregião onde o tratamento hemodialítico é realizado.

Os consórcios intermunicipais de saúde se justificam pela dificuldade dos municípios menores em arcar com os custos da oferta de atendimentos de saúde à população em situações de tratamento cuja inserção de tecnologias envolve equipamentos e pessoas com qualificação de ponta, o que poderia comprometer o orçamento municipal ao antederem o princípio da universalidade de cobertura em que se alicerça o SUS<sup>96</sup>.

Tal fato evidencia o uso dos consórcios intermunicipais no cenário da investigação e remete à necessidade de as pessoas em tratamento hemodialítico disporem de tempo para se deslocarem até o local onde o tratamento é realizado, em média, três vezes por semana, com duração de aproximadamente quatro horas diárias.

Ao analisar a ocupação dos participantes, foi possível identificar que 75,5% eram aposentados, o que reflete a especificidade da doença e justifica o afastamento da prática laboral por incompatibilidade de tempo hábil para conciliar tais atividades com o tratamento e o direito a que fazem jus de se aposentarem por invalidez.

Para ter direito a aposentadoria por invalidez, uma pessoa deve ser considerada incapaz para o trabalho e sem possibilidade de reabilitação para exercer atividades de subsistência. Já o auxílio doença é um benefício garantido em virtude de uma incapacidade temporária para o trabalho e periodicamente a pessoa será avaliada para manutenção ou não do benefício<sup>97</sup>.

Cabe considerar que o fato de a aposentadoria ou o auxílio-doença surgir como algo inesperado na percepção de alguns participantes e advir de sua incapacidade em conciliar as atividades laborais com o tempo requerido ao tratamento e a sua recuperação após cada sessão de hemodiálise pode retratar uma situação ou circunstância para a qual o participante não se preparou no contexto de sua vida cotidiana para lidar com ela. Isso pode justificar sua dificuldade no enfrentamento da doença e do tratamento.

Em relação ao valor da renda dos participantes, ele pode ser justificado e variar de um a quatro salários mínimos pelo fato de os mesmos estarem aposentados ou afastados por auxílio-doença, o que está em consonância com o rendimento médio de R\$ 2.154,00 em 2017 da população brasileira<sup>98</sup>.

O perfil de adoecimento e de tratamento das pessoas em hemodiálise consta da **Tabela 3**.



**Tabela 3:** Caracterização do perfil de adoecimento e tempo de tratamento hemodialítico dos 143 participantes. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Doença de base	N	%	Tempo de hemodiálise	N	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
HAS	70	49	0  --- 5	98	68,5	$\mu$ 3,99 $\pm$ 4,467 (0 - 18)
Diabetes	24	16,7	5  --- 10	25	17,5	
HAS e Diabetes	16	11,2	10  --- 15	12	8,4	
Outras	13	9,1	15  --- 18	7	4,9	
Glomerulopatias	7	4,9	$\geq 18$	1	0,7	
Não sabem	5	3,5	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
Rim policístico	3	2,1				
Doença autoimune	2	1,4				
Nefrolitíase	3	2,1				
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>				

Fonte: Elaborada pelas autoras.

**Nota das autoras:** Na categoria outras, foram doenças que desencadearam a falência renal que obtiveram frequência igual a 0,7%: Atrofia renal, bexiga neurogênica, eclampsia, hereditária, IRC por pneumonia, neuropatia de refluxo, pielonefrite crônica, único rim e síndrome Help.

O perfil de adoecimento identificou que as maiores comorbidades são: HAS (49%), Diabetes (16,7%) e a associação de ambas (11,2%), o que confirma que a prevalência de IRC é decorrente do aumento significativo de doenças crônicas como o diabetes e as doenças cardiovasculares<sup>23;27</sup>.

Em relação ao tempo de HD, o achado com a maioria até 18 anos de TRS na modalidade HD condiz com o tempo de aposentadoria de 49,7% das pessoas, seguido das 28,7% que ainda não se aposentaram, provavelmente por estarem aguardando a conclusão do processo.

O perfil de tratamento hemodialítico das pessoas em hemodiálise em relação ao acesso venoso consta da **Tabela 4**.

**Tabela 4:** Perfil de tratamento hemodialítico dos 143 participantes segundo acesso venoso periférico. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
<b>Tipo de acesso</b>			<b>Usou cateter</b>			
FAV	100	69,9	Sim	128	89,5	$\mu$ 2,27 $\pm$ 2,364 (0 - 18)
CDL	40	28,0	Não	15	10,5	
Prótese	3	2,1	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>Quantos cateter</b>			
<b>Local do acesso</b>			0  --- 5	129	90,2	
FAV MSE	63	44,1	5  --- 10	11	7,7	
FAV MSD	38	26,6	10  --- 18	3	2,1	
VSCD	18	12,6	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
VSCE	8	5,6	<b>Trocou o cateter</b>			
VJD	9	6,2	Sim	77	53,8	
VJE	3	2,1	Não	58	40,6	
VFE	4	2,8	Não tiveram ou não trocaram	8	5,6	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	

Continua

Continuação

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
<b>Já teve fístula</b>			<b>Quantas FAV</b>			
Sim	86	60,1	0  --- 3	119	83,2	$\mu$ 1,65 $\pm$ 1,269 (0 - 6)
Não	57	39,9	3  --- 6	24	16,8	
			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
<b>Razão de perda FAV</b>			<b>Tentativas em puncionar FAV</b>			
Não tiveram FAV	73	51	1  --- 3	100	69,9	$\mu$ 3,99 $\pm$ 4,467 (0 - 18)
Não responderam	21	14	3  --- 7	2	1,4	
Baixo fluxo	18	12	Não tem FAV	41	28,7	
Queda de pressão	18	12	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
Não sabem	7	4,4	<b>Localização da FAV</b>			
Rompimento	4	2,4	Braço dominante	43	30,1	
Aneurisma	3	2,1	Braço não dominante	91	63,6	
Transplante	2	1,4	Sem FAV	9	6,3	
Trombose	1	0,7	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	
<b>Total</b>	<b>147*</b>	<b>100</b>				

**Fonte:** Elaborada pelas autoras. **Notas das autoras:** (\*) Houve a possibilidade de mais de uma opção na resposta.

**Legenda:** FAV: Fístula arteriovenosa, CDL: Cateter Duplo Lúmen, MSE: Membro Superior Esquerdo, MSD: Membro Superior Direito, VSCD: Veia Subclávia Direita, VSCE: Veia Subclávia Esquerda, VJD: Veia Jugular Direita, VJE: Veia Jugular Esquerda, VFE: Veia Femoral Direita.

O perfil de tratamento hemodialítico utilizando acesso vascular ficou assim caracterizado: o uso de FAV (69,9%) foi corroborado com achados na literatura, bem como o uso de CDL em algum momento do tratamento (89,5%), destacando-se principalmente seu uso como opção inicial para a realização da HD no caso de a pessoa ainda não dispor de uma FAV construída e com processo de epitelização a ponto de ser compatível com sua utilização de imediato<sup>99</sup>.

Quanto à localização do acesso venoso, destaca-se seu uso em: membros superiores esquerdo (44,1%) e direito (26,6%) devido ao uso mais frequente da FAV e a preferência pelo membro não dominante em 63,6% dos casos. Estudo realizado com 120 pessoas no interior do Brasil<sup>99</sup> revelou que a opção de acesso vascular foi aspecto evidenciado como interveniente sobre a qualidade de vida das pessoas em HD, fato que tem seu impacto minimizado no decorrer do tratamento quando de longa duração.

A situação familiar e a rede de apoio das pessoas em hemodiálise constam da **Tabela 5**.

**Tabela 5:** Perfil dos 143 participantes segundo situação familiar e rede de apoio. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
<b>Situação familiar</b>			<b>Quem procura</b>		
Casados vivendo como tal	78	54,5	Companheiro(a)	65	45,5
Solteiros vivendo em família	26	18,2	Filho(a)	37	25,8
Viúvos vivendo em família	14	9,8	Pai ou mãe	16	11,2
Divorciados vivendo em família	11	7,7	Irmã(o)	14	9,8
Solteiros vivendo sós	10	7	Ninguém	3	2,1
Viúvos vivendo sós	3	2,1	Amigo(a)	2	1,4
Divorciado vivendo só	1	0,7	Sobrinho(a)	2	1,4
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	Outros	4	2,8
			<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

**Nota das autoras:** Na categoria outros constam: vizinho(a), profissional, cuidador e tio(a) com a mesma frequência.

No que se refere à situação familiar e ao apoio social que recebem, 45,5% dos participantes referem procurar o companheiro(a) e 25,9%, os(as) filhos(as) em caso de necessidade, evidenciando a rede de apoio acessada diante de possíveis intercorrências. Ao analisar a composição do núcleo familiar, é possível perceber um perfil numérico de transição entre as grandes famílias e as famílias com até um filho, retratando a tendência para a redução da taxa de natalidade e refletindo na concentração do apoio social sobre um número menor de membros familiares<sup>91</sup>.

Estudo que avaliou o suporte social de pessoas com DRC evidenciou que os familiares foram a principal forma de apoio e acredita-se que o suporte social pode fornecer subsídios para o direcionamento do tratamento pela equipe de saúde e refletir em aspectos como a adesão terapêutica e resultados clínicos<sup>100</sup>.

O perfil de estilo de vida e enfrentamento das pessoas em hemodiálise frente à doença e ao tratamento consta da **Tabela 6**.

**Tabela 6:** Perfil de estilo de vida e enfrentamento com o tratamento hemodialítico dos 143 participantes. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
<b>Estilo de vida</b>			<b>Esforço para adaptação à HD</b>		
01--- 2	1	0,7	0 1--- 4	30	21
2 1--- 4	14	9,8	4 1--- 7	28	19,6
4 1--- 6	19	13,3	≥7	85	59,4
6 1--- 8	36	25,2	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
≥8	73	51			
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>Esforço para conviver com a HD</b>		
			0 1--- 4	75	52,4
<b>Estilo de vida comparando a contemporâneos</b>			4 1--- 7	25	17,5
01----4	10	7	≥7	43	30,1
4 1---- 7	42	28,4	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
≥7	91	64,6			
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>			
<b>Estilo de vida antes da HD</b>					
01----4	9	6,3			
4 1---- 7	45	31,5			
≥7	89	62,2			
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>			

Fonte: Elaborada pelas autoras

A percepção sobre o estilo de vida das pessoas em hemodiálise revela que 51% consideram a vida “boa” frente à doença e ao tratamento. Quando comparados ao estilo de vida de contemporâneos que não fazem HD, não se consideram prejudicados, visto que 63,3% atribuíram nota compreendida entre sete e dez. Entretanto, avaliaram sua vida antes da HD como melhor (89%) quando comparada à atual situação e 59,9% referiram que fizeram muito esforço

para adaptar-se ao cotidiano do tratamento. Já em relação à manutenção do tratamento, percebe-se que houve adaptação à rotina terapêutica, uma vez que 52,4% das pessoas relatam pouco esforço para o convívio com a doença e com o tratamento.

Estudo que avaliou o conhecimento do diagnóstico da DRC na perspectiva do cotidiano do tratamento numa abordagem fenomenológica demonstrou que as pessoas percebem a descoberta da doença como abrupta e inesperada, o que revela a falta de preparo e acompanhamento das doenças de base e reflete a dificuldade em aceitação e a limitação no conhecimento necessário para lidar com o tratamento hemodialítico. Tal fato justifica a dificuldade e o esforço que referem as pessoas em hemodiálise quando se encontram na etapa inicial do tratamento, além da presença de sentimentos como tristeza, preocupação, incômodo, revolta e pensamentos de que podem não conseguir melhorar sua condição de saúde<sup>101</sup>.

O perfil de atividades das pessoas em hemodiálise que lhes trazem satisfação e das quais deixam de participar consta da **Tabela 7**.

**Tabela 7:** Perfil de atividades das 143 pessoas em hemodiálise que lhes trazem satisfação e das quais deixam de participar. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Variáveis			Variáveis		
	N	%		N	%
<b>Atividade que o satisfaz</b>			<b>Atividade que deixam de participar</b>		
Religiosa	86	38	Religiosa	5	3,2
Física	34	15	Física	25	16,1
Educativa	4	1,8	Educativa	-	-
Comunitária	7	3,1	Comunitária	2	1,3
Musical	12	5,3	Esportiva	9	5,8
Esportiva	4	1,8	Familiar	5	3,2
Familiar	58	25,7	Recreativa	33	21,3
Outras	21	9,3	Musical	2	1,3
<b>Total</b>	<b>226*</b>	<b>100</b>	Viagem	33	21,3
			Outras: trabalho	41	26,5
			<b>Total</b>	<b>155*</b>	<b>100</b>

Frequência de engajamento	Atividades que geram satisfação													
	Religiosa		Física		Educativa		Comunitária		Musical		Esportiva		Familiar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esporadicamente	12	8,4	8	5,6	2	1,4	2	1,4	2	1,4	2	1,4	28	19,6
Mensalmente	12	8,4	-	-	-	-	1	0,7	2	1,4	-	-	6	4,2
Semanalmente	59	41,3	15	10,5	-	-	3	2,1	4	2,8	1	0,7	22	15,4
Diariamente	3	2,1	12	8,4	2	1,4	1	0,7	4	2,8	1	0,7	2	1,4
Não fazem	57	39,8	108	75,5	139	97,2	136	95,1	131	91,6	139	97,2	85	59,4
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Fonte:Elaborada pelas autoras

**Nota das autoras:**

(\*) Os 143 participantes tiveram a oportunidade de escolha de mais de uma resposta, o que fez 226 e 155 respostas, respectivamente.

(\*\*) o resultado apresentado retrata a porcentagem de cada atividade desenvolvida pelos 143 participantes.

As atividades apontadas pelos participantes como geradoras de satisfação foram: religiosas (60,2%), familiares (25,7%) e físicas (15%). Tal fato corrobora os achados de estudo que analisou aspectos relacionados à religiosidade de 208 pessoas em HD e evidenciou a associação desta com a resiliência e a adesão terapêutica<sup>102</sup>. A necessidade de busca de um suporte para lidar com a doença e o tratamento hemodialítico também pode ser explicada pelo uso de mecanismos de defesa do tipo barganha, peculiares ao início de enfrentamento de situações impactantes e que remetem à terminalidade segundo a proposta de Kübler-Ross<sup>103</sup>.

Outra justificava capaz de explicar a forma de lidar com o conflito é a concepção freudiana que analisa uma ameaça ao ego como motivadora para o uso de mecanismos de defesa e justificadora da busca por pessoas ou situações que possam fornecer o aporte para o enfrentamento de uma situação<sup>104</sup>.

Em relação às atividades das quais deixam de participar, foram citadas a prática laboral (41%), a atividade recreativa (33%), as viagens (33%) e a atividade física (25%) como as mais significativas. Esses dados são corroborados por estudo seccional realizado no Estado de São Paulo que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde de 101 pessoas em HD e demonstrou que o trabalho e a função física são percebidas por eles como os mais prejudicados<sup>105</sup>.

A avaliação realizada pelos 143 participantes a respeito do serviço de hemodiálise consta da **Tabela 8**.

**Tabela 8:** Perfil de avaliação do serviço pelos 143 participantes. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Avaliação do serviço</b>			<b>Avaliação do outro serviço</b>		
Excelente	75	52,4	Não usou	92	64,3
Bom	64	44,8	Excelente	27	18,9
Razoável	4	2,8	Bom	19	13,3
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	Ruim	4	2,8
<b>Já usou outro serviço</b>			Razoável	1	0,7
Só usei esse serviço	93	65	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
Já usei outros serviços esporadicamente	38	26,6			
Já usei outros serviços regularmente	12	8,4			
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>			

Fonte: Elaborada pelas autoras

Conhecer a avaliação do serviço pelas pessoas que utilizam a instituição para realização e acompanhamento do tratamento hemodialítico favorece a reflexão da práxis e direciona mudanças para melhoria da qualidade da assistência. Na presente investigação, as pessoas demonstraram-se satisfeitas (52,4%) com o serviço, apesar de 65% delas terem destacado que só utilizam esse serviço, o que pode constituir um viés na análise.

Um estudo que avaliou a satisfação de cem pessoas em HD encontrou resultados semelhantes com destaque para as dimensões: confiança, educacional e técnico-profissional referente à equipe de enfermagem e revelou que, embora satisfeitos, os participantes referiram desejar maior atenção e presença do enfermeiro<sup>106</sup>. Outro estudo realizado em um serviço de hemodiálise também evidenciou a percepção dos usuários para a necessidade de melhorar a comunicação destes com a equipe de saúde, o que reflete na satisfação, no processo terapêutico e na adesão ao tratamento<sup>107</sup>.

Para a compreensão do leitor e triangulação dos dados a partir das abordagens estrutural e processual estão apresentadas as dimensões representacionais e sua origem segundo as temáticas “hemodiálise” e “cuidado de enfermagem” e a abordagem estrutural a respeito do “tratamento hemodialítico”.

### 5.2.1 Abordagem estrutural e processual das representações sociais sobre “hemodiálise” pelas pessoas em hemodiálise

As palavras/expressões evocadas por livre associação foram analisadas por meio do quadro de quatro casas elaborado a partir do *rang* (média das ordens médias de evocação) e frequências definidos para o termo indutor “hemodiálise” cujos resultados constam no **Quadro 1**.

**Quadro 1:** Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “hemodiálise” alocados no quadro de quatro casas (n=143). Juiz de Fora (MG). Junho/2018.

	Rang < 2,5			Rang ≥ 2,5		
	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
Freq Média ≥ 24	Difícil-Transtorno	48	1,708	Compromisso-disciplina-fazer-prisão	44	2,636
	Chance-Esperança	43	2,488	Máquina-tratamento-substitutivo	36	2,528
	Dando-Certo	33	2,394	Acostumar-adaptar	32	2,969
				Tempo-espera	30	3,067
				Complicação	29	3,586
				Furar-fístula-cateter	28	3,214
				Terminalidade-morte-fim	28	2,500
				Triste	24	3,000
Freq Média 10 a 23	Dor-Desconforto-Incômodo	15	2,400	Deus	18	2,611
	Boa	14	1,929	Saúde	14	3,000
	Transplante	14	2,357	Profissional-Saúde	13	2,692
				Não-Queria	11	3,182

Fonte: Programa EVOC 2000.

No QSE, local de alocação dos possíveis conteúdos representacionais, constam os seguintes cognemas: “difícil-transtorno”, “chance-esperança” e “dando-certo”, que retratam as

seguintes dimensões representacionais respectivamente: simbólica de caráter valorativo negativo; simbólica/objetival com vínculo comportamental; e valorativa.

Ao triangular tais cognemas com os conteúdos apreendidos a partir da abordagem processual, foi possível corroborar com os seguintes fragmentos:

**“difícil-transtorno”**: *Eu vinha a semana inteira na clínica. Tinha dia, que eu vinha de manhã e de noite. Isso, sabe, estava muito difícil, me estressando. (S112)*

*Ah, difícil é o tratamento, né? Com certeza! Porque vir, tem que vir de qualquer jeito, né? Chegando aqui que é complicado. (S113)*

**“chance-esperança”**: *Ah, igual... foi comigo. Quando eu perdi a minha fistula. Eu não tinha chance nenhuma mais de poder estar na máquina e corria o risco de fazer hemodiálise em casa. Isso pra mim acabou comigo porque eu acho que diálise peritoneal é muito perigo, muito risco. E eu fiquei muito chateada mesmo por que eu não queria. (S112)*

*Mas falei, não eu vou mexer com isso agora não (transplante). Mas meu medo mesmo é esse. Você dorme e não acorda. Em casa, a chance de acordar é maior. (S115)*

*Infelizmente você tem que conviver com ela (doença), não adianta! Só se houver um milagre de Deus pro rim voltar à função dele, aí você tá livre disso. (S135)*

*Me fortalece! É! Mais eu, eu, não é que eu acostumei, sabe? Mas eu aprendi que, se eu preciso disso pra sobreviver, eu vou até o fim, né? Buscar ter uma forma melhor de vida assim. (S140)*

O cognema “dando-certo” não foi identificado nessa concepção no discurso dos participantes, fato que remete à possibilidade de ele ter sido utilizado como um elemento de zona muda, ou seja, assuntos que, embora façam parte do convívio de um determinado grupo, não são revelados facilmente nos discursos de investigações, pois são considerados inadequados socialmente<sup>108</sup>.

No QIE, área de contraste, foram identificados os cognemas “dor-desconforto-incômodo”, “boa” e “transplante”, retratando comportamento/atitude/sensação, valor e objeto respectivamente.

A menção ao cognema “dor-desconforto-incômodo” remete tanto à dor física exemplificada pela punção da FAV, das câimbras, do desconforto no período pós hemodiálise quanto a outras dimensões da dor. Isso por que, na atual concepção da dor, são incluídos aspectos somáticos (relacionados à patologia de base, ao tratamento e aos procedimentos invasivos), aspectos psicológicos (retratados pela ansiedade e depressão reativas, medo da doença, do tratamento, do prognóstico e da morte e decorrente de possíveis sentimentos de culpa); aspectos sociais (exemplificados pelo medo da dependência, da modificação ou impacto sobre os relacionamentos familiares ou com amigos, pelas modificações nas práticas sexuais e dos problemas financeiros direta ou indiretamente que surgem com a doença e o tratamento) e aspectos espirituais (originados da preocupação com a morte, a alteração na liberdade e na preocupação expressada pela manutenção das condições de vida para pessoas com as quais possui vínculos afetivos)<sup>109</sup>.

Estudo de abordagem quantitativa realizado no Estado de São Paulo com cem participantes, que avaliou o nível e a descrição da dor de pessoas adultas e idosas com DRC utilizando a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor, identificou que 35% deles caracterizaram a dor como: dolorosa, insuportável e desconfortável<sup>110</sup>. Tal fato pode ser atribuído por se tratar de um procedimento invasivo realizado com frequência, o que requer resiliência para o convívio com o mesmo e a dimensão social da dor que requer tempo destinado ao tratamento e convivência com o problema alheio que é percebida pelos participantes como parte do desconforto e que caracterizam as dimensões da dor.

As dimensões de dor foram mencionadas pelos participantes e constam dos fragmentos dos discursos exemplificados a seguir:

*É quando eu fiz a fistula aqui do lado esquerdo [...] pra cortar, senti muita dor. (S010)*  
*Sofri pra colocar isso aqui (cateter), mas hoje, hoje eu tô mais feliz. Entre aspas, né? Com o cateter pelo menos eu não sinto (referiu à dor). (S030)*  
*Incomoda (referiu a FAV ou ao cateter), né? Além de mim ter que ficar junto com o povo sofrendo todo dia, né? É triste ver todo mundo na mesma coisa [...] (S071)*  
*O desconforto é você ficar perdendo, entre aspas, 4 horas do seu tempo na hemodiálise. (S123)*

O cognema “boa” foi utilizado para exprimir um julgamento valorativo para várias situações, tais como avaliação da equipe, gratidão pelo apoio familiar e necessidade de ser considerada boa para ter êxito no tratamento e a vinculação com a ideia de causa e efeito atribuída a ele. Tais conteúdos estão exemplificados a seguir:

*Eu tenho um família muito boa, graças a Deus! Então eu convivo muito bem com eles [...] (S049)*  
*Se acontecer alguma coisa ruim com você, é porque você vacilou. Se você for boa, é porque você tá correndo atrás. (S084)*  
*As pessoas são gente boa; honestas [...] (S018)*

O cognema “transplante” foi mencionado como uma alternativa, salvação, ameaça, gerador de novas demandas ou como uma opção controvertida. Outra concepção vinculada ao transplante foi a necessidade de um profissional na área estar disponível para os cuidados pós-transplante. Essas concepções foram corroboradas por fragmentos de discursos dos participantes.

*Eu quero um transplante! Só isso que eu acho dificuldade na doença renal. (S001)*  
*[...] tô doido pra entrar na fila do transplante, mas não consigo. (S013)*  
*Eu não vou fazer transplante. Não adianta! Eu já tô velha [...] (S080)*  
*Eu peço a Deus, na minha oração, na igreja: "Deus, prepara uma pessoa, um transplante pra mim. Que seja pra eu parar de fazer isso". (097)*  
*Tenho medo (transplante), sem contar com o risco de morrer também, né? (S115)*



*Incomoda a impaciência, né? De sair dessa situação. Tô na fila (transplante) vai fazer um ano. (S123)*  
*Se eu conseguisse fazer o transplante, ia sair muito caro pra mim. Porque ia ter que contratar uma enfermeira pra ficar a minha disposição. (S135)*

O transplante renal aparece em uma concepção dicotômica, ou seja, como uma alternativa terapêutica para as pessoas que se encontram em hemodiálise ou como uma situação passível de gerar insucesso, fato constatado a partir do que os participantes observam em companheiros que conheceram. Nesses casos, o transplante é percebido por eles como uma ameaça ou um risco eminente o qual não vale a pena assumir.

Outra dimensão vinculada ao transplante foi sua origem (de pessoa viva ou de pessoa falecida) que esteve aliada a algo (in)satisfatório ou (in)desejável. Foi possível identificar a apropriação das pessoas em tratamento renal com terminologias peculiares ao processo terapêutico, exemplificado pela rejeição ao órgão transplantado no seguinte fragmento de discurso: “Se você fizer o transplante, você tem que correr o risco de adaptar dentro de você ou não, aí chama-se a rejeição. Entendeu?!” (S135)

Estudo realizado em Alagoas, com abordagem qualitativa, baseado na fenomenologia de Heidegger, que buscou conhecer a vivência de transplantados renais que voltaram à hemodiálise, retratou essa situação e demonstrou o reflexo desse evento para a avaliação que o grupo passou a ter para essa modalidade de tratamento a ponto de impactar a percepção do grupo<sup>111</sup>. Esse fato foi evidenciado nos seguintes fragmentos:

*A gente tinha um colega que vinha toda semana com a gente. Ele era muito alegre [...] aí eles falaram que ele ia ganhar um transplante. A gente ficou alegre, né? Pensando que ele ia ficar bom, quando foi daí cinco dias ele faleceu. (S080)*  
*[...] o transplante que ele botou foi de uma pessoa já falecida, aí ferrou. Eu falei que não quero fazer isso não; quero implantar não. (S081)*  
*[...] já me chamaram seis vezes, mais eu não fui não. Falei: É ruim, hein! Uma porção de gente morreu aí. Falei: “ah não vou arriscar não” [...] porque se não fosse o risco de... como que fala? De infecção, de ter que fazer hemodiálise ou morrer... (S115)*

No QSD, área da primeira periferia, constam oito cognemas, a saber: “compromisso-disciplina-fazer-prisão”, “máquina-tratamento-substitutivo”; “acostumar-adaptar”; “tempo-espera”, “complicação”, “furar-fístula-cateter”, “terminalidade-morte-fim”, e “triste” que retratam as seguintes dimensões representacionais respectivamente: comportamental/atitudinal, objetival, comportamental/atitudinal, objetival, informativa/cognitiva, comportamental/atitudinal, comportamental/atitudinal e valorativa.

Para exemplificar como esses cognemas trouxeram componentes coletivos, buscaram-se, na abordagem processual, informações que pudessem respaldar tais impressões, conforme consta nos fragmentos de discursos dos participantes a seguir:

**“compromisso-disciplina-fazer-prisão”**: *Tem que vir (fazer HD). É obrigado você vir! Não tem outra opção!* (S025)

*[...] a pessoa fica carcereiro daquilo (hemodiálise), infelizmente.* (S035)

*Não tem liberdade, a gente fica prisioneiro.* (S083)

*Eu nunca faltei! Nunca! Venho direitinho em dez anos! Chego; fico ali fora esperando ali abrir o portão... É um compromisso.* (S128)

**“máquina-tratamento-substitutivo”**: *[...] tô sempre preocupado com a máquina e também com o problema do peso.* (S104)

*Igual você fala, a máquina te suga.* (S106)

*Tô vivendo agradeço a máquina.* (S137)

**“acostumar-adaptar”**: *É a vida! Graças a Deus! Eu acostumo.* (S045)

*Eu simplesmente me adapto a qualquer tipo de coisa.* (S079)

*Já incomodou muito (a doença). Agora já tô acostumada.* (S014)

*É o tal negócio: o tratamento a gente tem que fazer mesmo, né? Então a gente tem que fazer por onde, né?* (S117)

*Eu achei que era diferente, mas aí, depois que eu fui fazendo (hemodiálise), fui acostumando... Surpreendeu!* (S130)

**“tempo-espera”**: *O que incomoda é só isso! É esse negócio de ficar quatro horas. Esse compromisso de vir, né?* (S107)

*Só o horário que incomoda, assim quatro horas que tô querendo ir embora.* (S108)

*Agora é isso aí, três vezes por semana, não é fácil não, né?! Tem sua cruz pra carregar!* (S136)

**“complicação”**: *No finalzinho, se a pressão abaixar aí para (a hemodiálise).* (S103)

*Se eu sinto que minha pressão tá caindo, eu já grito: Pelo amor de Deus! Mesmo se eu dormir, mesmo olhando a pressão pode me chamar. Me acorda, porque eu não sei se minha pressão caiu. Então me acorda que eu durmo de novo.* (S106)

*[...] tem um tempão que eu não saio na rua. Eu tenho medo de cair e complicar mais ainda.* (S075)

*Incomoda aquela preocupação de cuidar pra não complicar, né?* (S122)

**“furar-fistula-cateter”**: *Como eu tinha cateter do lado esquerdo e a minha perna era muito ruim por que qualquer movimento que fazia tirava o cateter do lugar.* (S112)

*[...] Vir tem que vir de qualquer jeito, né? Chegando aqui que é complicado, por causa dessas agulhas.* (S113)

*Ah! Eu acho que ficar andando com essa faixa no pescoço (cateter)... não gosto de jeito nenhum! A fistula é bom porque você vem e vai embora. Chega em casa tira a atadura e pronto.* (S125)

**“terminalidade-fim”**: *“Ó Deus! Eu não quero morrer assim igualzinho ele faleceu”. Ele fez hemodiálise bem, chegou até ali e começou a passar mal. “Aí, eu tô passando mal”. Aí de repente caiu [...] Então pra mim eu penso: Será que eu vou ser a próxima vítima?* (S048)

*A gente fica sabendo quem morreu. Pessoas assim que tava bem. Aí fez hemodiálise e? ...* (S100)

*Ele morreu! Aí eu fiquei muito chateada. Poxa vida! Eu não quero me apegar a ninguém aqui. (comportamento da participante é de dormir e cobrir a cabeça durante a sessão e não conversar com ninguém - nota do diário de campo)* (S109)

**“triste”**: *O que tem me marcado é a perda de muitos colegas que a gente tá costumado. Aí, a gente fica bem triste, né?* (S012)

*Eu fico até triste! Falo assim: Gente! Eu pulava corda. Eu pulava elástico. Eu fazia de tudo! Brincava de subir em árvore. Eu era uma moleca! Até mesmo na minha adolescência com o lúpus eu fazia muita coisa, agora? Já era!* (S043)

Na análise dos cognemas, foi possível identificar uma aproximação temática entre eles no que tange aos aspectos do tratamento. Assim, no cognema “compromisso-disciplina-fazer-prisão”,

foram mencionadas as exigências requeridas para o seguimento do tratamento. No cognema “máquina-tratamento-substitutivo”, houve menção ao equipamento e ao tipo de tratamento que possibilita, mesmo que parcialmente, a substituição de algumas das funções do rim não funcionante. O cognema “acostumar-adaptar” está retratando o esforço requerido para que os participantes ajustassem seu estilo de vida e hábitos de vida às condições terapêuticas que promovem a hemodinâmica corporal por meio dos mecanismos de ultrafiltração, osmose e difusão<sup>2</sup>.

A máquina, enquanto elemento simbólico evocado, remeteu a uma variedade de situações conflitantes, contraditórias e complementares que retratam o nível de conflito vivenciado pelos participantes. Ela é vista como salvadora na medida em que faz substituição de parte das funções renais; como impecílio ao acesso a uma vida social na medida em que sua condição de um equipamento fixo impede a realização de outra atividade simultânea que seja a preferência da pessoa em hemodiálise; como desgastadora do tempo, uma vez que requer dedicação para a efetivação do tratamento hemodialítico; como comprometedora da qualidade de vida na medida em que gera uma disponibilidade de tempo não vista como favorável e como capaz de retirar “parte da vida” desejada, idealizada ou pretendida pelos participantes.

Por isso o cognema “tempo-espera” remete à dedicação cronológica necessária à realização do tratamento hemodialítico e no cognema “complicação” ficam implícitas as possíveis intercorrências que podem surgir antes das, durante e após as sessões de hemodiálise. Essas complicações podem ser decorrentes da drasticidade imprimida pelo tratamento quando as metas de ingesta hídrica não são atendidas e quando as restrições alimentares são negligenciadas ou menosprezadas e pela necessidade de retomar a estabilidade hidroeletrólítica do organismo.

Estudo de abordagem qualitativa realizado no sul do Estado de São Paulo com atividades lúdicas e momentos de relaxamento durante as sessões de HD indicou melhora relativa do humor e enfrentamento da situação de imobilidade e ociosidade durante as sessões de hemodiálise<sup>112</sup>.

No cognema “furar-fístula-cateter”, está descrita a forma de acessibilidade requerida pela terapêutica para atingir o fluxo sanguíneo que viabiliza a circulação extracorpórea. No cognema “terminalidade-morte-fim”, estão expressos os sentimentos que a doença renal remete em virtude do controle semanal requerido para a operacionalização das sessões de hemodiálise a ponto de justificar a presença do cognema “triste” que traduz o sentimento desencadeado por ter a doença e/ou necessitar do tratamento hemodialítico quando essa se traduz na única condição capaz de garantir sua compatibilidade com a vida.

O fato de esses cognemas estarem alocados na primeira periferia, quando analisados na perspectiva do sistema hierárquico dos cognemas evocados, marca um posicionamento de

subgrupos de participantes para os quais as experiências com o tratamento hemodialítico se mostram difíceis e impactantes a ponto de poderem exemplificar a fase de adaptação ao tratamento em que se encontram. A necessidade de intervenção terapêutica nessas situações de ameaça ao ego e conflito por parte das pessoas em hemodiálise justifica a busca de instrumentos capazes de aferir a adesão dos mesmos ao tratamento<sup>113</sup> e a busca por compartilhamento de informações sobre o perfil dessas pessoas e os cuidados de enfermagem requeridos por grupos que se encontram em hemodiálise<sup>114</sup>.

No QID, área da segunda periferia, foram alocados quatro cognemas: “Deus”, “saúde”, “profissionais-saúde” e “não-queria”, que traduzem respectivamente a objetivação para os três primeiros cognemas e um desejo/comportamento para o último. Esses cognemas puderam ser exemplificados com fragmentos de discursos dos participantes que os corroboram.

**“Deus”:** Não poder fazer nada, né? Só pedir a Deus mesmo, pra Deus olhar e sei lá? (S001)

A amizade aqui dos colegas que fazem (referiu-se às sessões de hemodiálise), eu falo que, pra mim, eu os considero assim como se fosse outra família que Deus me deu. (S026)

É agradecer a Deus que a gente ainda tá viva, né? (S100)

Então a gente tem que entregar na mão de Deus. (S136)

**“Saúde”:** Eu achava que eu tinha saúde, né? Eu fico pensando: Se eu tivesse feito o tratamento logo que eu soube, às vezes, não chegava a isso. (S100)

Na minha família, infelizmente não tem ninguém que pode doar (referiu-se à doação de um rim entre familiares). Não encontro! Sempre tem um problema técnico ou problema de saúde que impede. (S123)

**“Profissionais-saúde”:** A tendência do serviço é profissionalizar você. (S113)

Eu fico vendo aqui paciente desmaiando toda hora. Eu não vou falar porque isso não é problema meu e eu não sou profissional. (S120)

[...] essa profissional ela tava me puncionando e eu vi. “Olha, nossa! Tem alguma coisa errada”. (S120)

**“Não-queria”:** Ah! Eu não queria fazer hemodiálise. Não queria de jeito nenhum. (S038)

Tiveram muitas pessoas que passaram do meu lado aqui, no meu horário, que vieram a falecer, que eu conversei e tal, mas você via que eram pessoas que realmente não tavam felizes com aquela vida. Não queria continuar aquela vida. (S043)

É, vim pra máquina que eu não queria. Agora eu tenho que aceitar. (S082)

Os conteúdos anteriormente mencionados também retratam posicionamento individuais de alguns participantes, tendo em vista se tratar de cognemas evocados nas últimas posições e com frequências menores. O cognema “Deus” é apresentado numa concepção de passividade da pessoa em hemodiálise diante do tratamento; a “saúde” é apresentada por meio de uma reflexão sobre as condições pregressas à doença renal e que a motivaram ou vislumbrada com uma possibilidade que surgirá somente com o transplante para alguns dos participantes. Esse fato remete ao âmbito familiar e no bojo das discussões de uma busca por um potencial doador compatível.

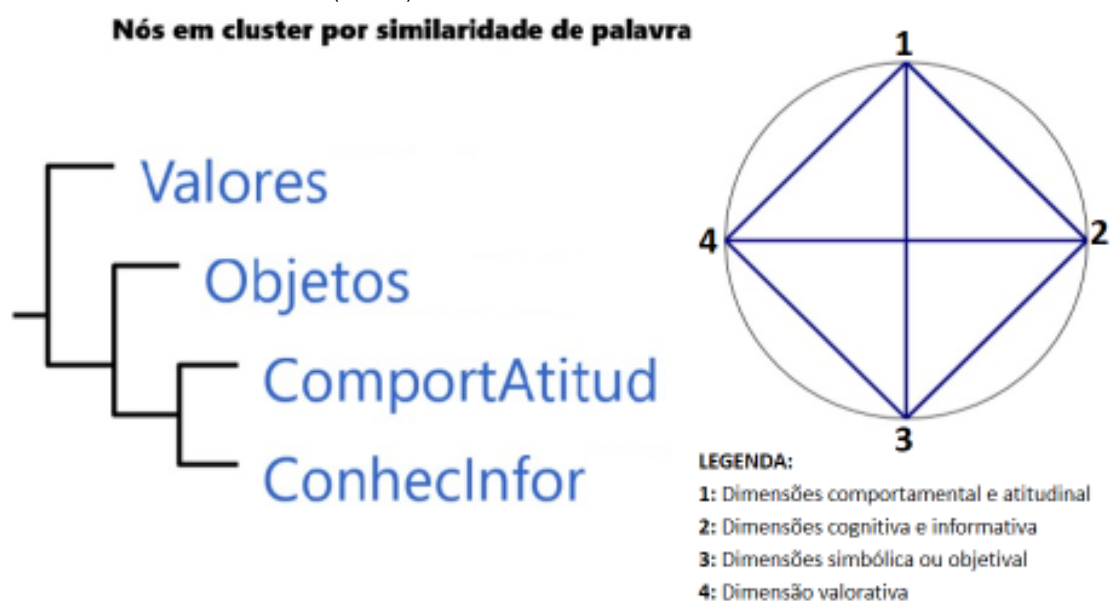
O cognema “profissionais-saúde” retrata reflexões sobre o tratamento e o cuidado e como eles são percebidos pela pessoa em HD a ponto de interpretar sob sua ótica como se desenvolve o

processo terapêutico e o que ocorre durante as sessões. Embora haja uma percepção íntima decorrente da interpretação que atribuem ao tratamento terapêutico, as impressões dos participantes ficam veladas. Esse fato pode ser atribuído à dependência que possuem do atendimento profissional e/ou decorrente de um posicionamento de passividade diante uma situação considerada por eles como inevitável. O cognema “não-queria” corrobora com essa concepção sobre a doença e a busca pela aceitação ou a percepção da morte como uma alternativa para a salvação.

A análise do quadro de quatro casas, na perspectiva da Teoria do Núcleo Central, acessada a partir do termo indutor “hemodiálise”, evidenciou o tratamento como um evento frequente realizado com regularidade semanal a ponto de resgatar a dimensão simbólica vinculada a condições comportamentais e valorativas. Esse fato justifica sentimentos e comportamentos conflitantes na medida em que remete à complexidade das mudanças nos hábitos e nas rotinas que foram imprimidas na vida das pessoas em hemodiálise e que podem ser corroboradas pela presença de cognemas que traduzem julgamento depreciativos velados por comentários da hemodiálise enquanto a alternativa disponível.

Para aprofundar tal análise estão apresentadas, a seguir, as dimensões dos conteúdos evocados pelos participantes representados graficamente por dendograma e gráfico de círculo, conforme consta na **Figura 15**.

**Figura 15:** Dendograma e gráfico de círculo para retratar as dimensões representacionais das pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise (n= 143). Juiz de Fora, Junho/2018.



**Fonte:** Programa NVivo Pro11.

Para exemplificar a dimensão cognitiva e informativa, constam a seguir fragmentos de discursos dos participantes. Nesse dimensão, foi possível identificar os seguintes conteúdos: consequências da doença e da HD, necessidades, sinais e sintomas da doença e do tratamento, procedimento e direitos. Esses conteúdos estão exemplificados com fragmentos de discursos dos participantes:

*[...] aqui você pode esperar de tudo. Você nem sabe se amanhã você tá vivo. (S053)*  
*Não posso abusar das coisas! Não posso sair! Não posso passear muito. (S061)*  
*É o que eu sinto mais dificuldade! É o controle do peso magro. Também, chega sábado, você volta só na terça. (S089)*  
*[...] minha pressão abaixa, quando eu chego a sentir, eu já tô no limite. (S093)*  
*Sente que tá com o líquido acumulado, né? Peço pra tirar um pouquinho a mais se tiver aguentando. (S103)*  
*O doente renal ele sente mais sede do que a pessoa comum, porque o rim tá parado. (S104)*  
*[...] controlar essa quantidade de líquido a ser ingerido, [...] quando eu começo a sentir (referiu-se ao mal-estar que sente), eu peço pra tirar a pressão, né? Ai tá baixa. Aumenta um pouco o sódio, aí melhora um pouquinho. A gente sente se começar de novo. (S107)*  
*Eu vou ver com a assistente social... que eu tô esperando esse negócio do INPS, pra ver se eu consigo. Ajuda, né?(S109)*

Para exemplificar a dimensão comportamental e atitudinal, foram identificados como conteúdos: resiliência/fé, preocupação com a própria saúde e a dos colegas, adaptações, fuga e não/adesão ao tratamento. Esses conteúdos estão exemplificados com fragmentos de discursos dos participantes:

*A gente vai adaptando. Alimentação, algumas coisas que a gente gostava de comer... Dá pra gente ir vivendo [...] (027)*  
*[...] quando a gente aceita uma coisa, a gente se sente bem. Então? Eu sinto bem! (S064)*  
*O que mantém a gente tentando também é a fé, né? (S138)*  
*Eu ficava assim, nervosa, preocupada se a pessoa passasse mal. Tem que ficar vigiando. (S138)*  
*[...] eu procuro também não ficar sem nada também não. Quando eu tô em casa, eu bebo água normal. (S140)*

Para exemplificar a dimensão simbólica ou objetival, foram identificadas pessoas (Deus e colegas) e objetos (urina, máquina, pressão, peso, braço, sangue, água) e circunstâncias (tempo, morte e solidariedade). Os objetos versam sobre o acesso venoso, equipamentos presentes no tratamento e suas consequências. Esses conteúdos foram exemplificados com fragmentos de discursos dos participantes, conforme consta a seguir:

*Ter que andar com esse cateter incomoda muito. É que as pessoas olham demais, sabe? Pra gente. Eles não veem a gente! Eles vê esse negócio aqui (mostrou para o cateter- nota de campo), entendeu? (S038)*  
*O que Deus mandou ninguém tira, né? É uma missão! (S095)*  
*Incomoda a falta de urinar, né? Não urino mesmo, só um pouquinho. Só uma mixaria. (S103)*

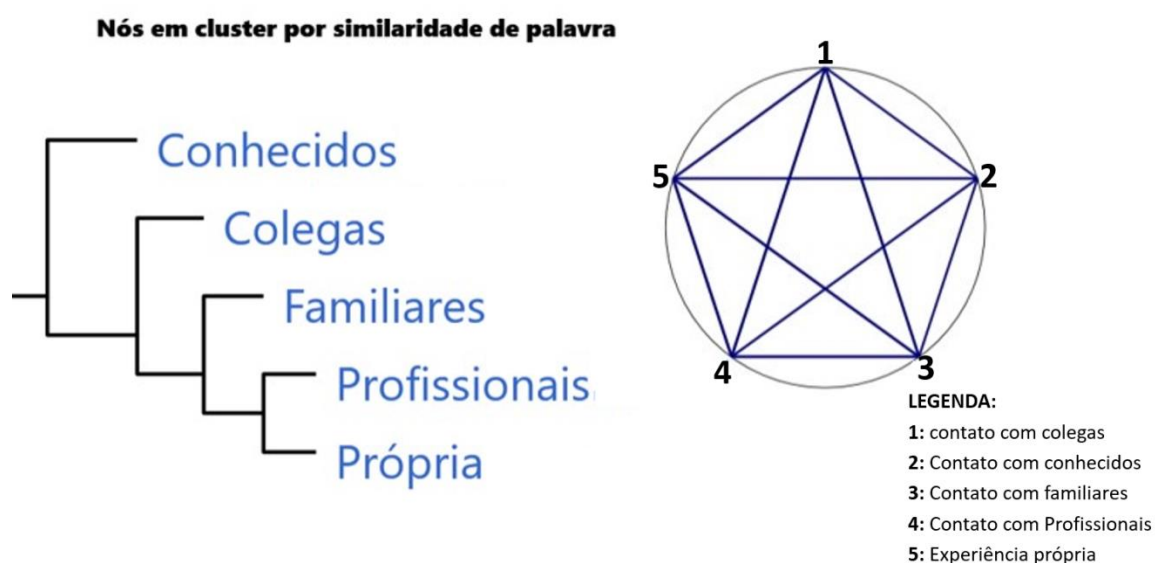
*Pessoal passar mal, me impressionou. Levou pro repouso ali e depois morreu lá. Agora o próximo sou eu. (S107)*  
*Sair 3 vezes por semana. Levantando 3h da manhã pra vir aqui e voltar. Isso incomoda muito! É da rotina. (S116)*  
*O que me impressiona muito é geralmente os braços, né? Onde punciona com a agulha fica aquelas pelotas (S125)*

A dimensão valorativa foi identificada e pode ser retratada por impressões negativas, neutras e positivas. Foram identificados conteúdos referentes a reflexões, comparações com a vida antes da HD, relações de companheirismo e elo familiar, hábitos de vida e funções fisiológicas e restrições do tratamento. A concepção da máquina aparece como geradora de restrição e o cotidiano é redimensionado a partir de condutas simples a ponto de gerar satisfação. Os conteúdos foram exemplificados com fragmentos de discursos dos participantes, conforme consta a seguir:

*[...] o importante é que se eu passo bem. Meus colegas também passam bem! A gente passa a ser que nem uma família. (S011)*  
*É chato, porque, de vez em quando, dá aquela vontade de urinar, mas não urina. (S011)*  
*[...] não posso beber água. Sorvete, coisas corriqueiras que todo mundo pode fazer, que eu não posso mais. (S012)*  
*Cantaram parabéns, fizeram uma festa pra ele lá e eu achei interessante eles comendo na máquina. Eu achei interessante aquilo (risos). (S021)*  
*Eu vejo que tem coisas que é muito mais pior que isso e são pessoas felizes com isso. (S102)*  
*Tudo era mais fácil. (S126)*

Considerando que, na abordagem processual, é possível apreender a origem das representações simbólicas, consta na **Figura 16** a representação gráfica por dendograma de gráfico de círculo das origens representacionais.

**Figura 16:** Dendograma e gráfico de círculo para retratar a origem dos elementos simbólicos das pessoas em hemodiálise sobre a hemodiálise (n= 143). Juiz de Fora, Junho/2018.



Fonte: Programa NVivo Pro11.

As construções simbólicas (origem da doença, comportamentos em relação à vida, ao tratamento, às restrições, à HD, a aprendizados, inconformações e reflexões, entre outros) elaboradas a partir de experiências próprias, apresentam-se nos fragmentos de discursos a seguir:

*“Eu faltava muito.” (S001)*

*Eu tenho medo de perder o coração! Tenho medo de ficar cardíaca, né? Esse é meu medo. (S001)*

*Não posso fazer muita coisa. Eu bebia, agora não bebo mais, não posso, né? (S100)*

*A gente não pode pensar que a gente não tem, sabe? (S100)*

*A gente quer trabalhar, mas não pode fazer aquilo que fazia antigamente, né? (S101)*

*[...] eu vim nessa madrugada, aí tiraram dois e oitocentos, dois e seiscentos (referiu-se à redução do peso por ultrafiltração - nota de campo). Aí eu pedi para ela (técnica de enfermagem - nota de campo) pra tirar 3. (S103)*

*Você tá sempre preocupado com a máquina e também o problema do peso. (S104)*

*Eu levo a vida conforme Deus quer. Sou de boa, da paz! (S105)*

*Se eu pudesse, eu bebia (Coca-cola) o tempo todinho, mas aí eu dou uma segurada. Ainda mais porque, quando eu vou pra praia, eu fico três dias sem diálise. (S106)*

*[...] passou o dia da hemodiálise, se você encontrar comigo... Não sinto nada. Não tem quem fale. Eu chego nos lugares ninguém acredita! (S106)*

*Se eu mexer e minha fístula parar, tem que colocar o cateter. (S106)*

*É um compromisso. Já aconteceu de não vir, sabe? (S107)*

*[...] prefiro ficar na hemodiálise (S107)*

*Você não tem liberdade pra sair, né? Acabo deixando de ir (referiu-se a ter atividades de socialização - nota de campo). (S109)*

*Eu chego aqui bem: andando, cantando, dançando, mas só na vinda (referiu-se ao mal-estar após a sessão de HD - nota de campo). (S111)*

*Eu não posso ficar muito agitada, né? Aí eu começo a ficar nervosa. Aí começa a dar um repuxão, uns trimilique (referiu-se aos sintomas de câimbra- nota de campo). Aí é desse jeito. (S111)*

*Eu vinha a semana inteira na clínica. (S112)*

*Sinto cansada só, às vezes, quando eu bebo muito líquido, mas eu não sou de beber. (S112)*

*Foi o dia mesmo que perdi a fístula. Eu perdi no caso, deve ter sido em casa. Minha pressão caiu aqui, foi num sábado [...] Aí no domingo, comecei a achar que ela tava muito lenta. Aí chegou na segunda-feira aqui e ela não tava bem posicionada. (S115)*

*O tratamento a gente tem que fazer mesmo, né? Então a gente tem que fazer por onde, né? (S117)*

*Eu gosto muito de comer e a gente tem que seguir a dieta. Não pode comer muita coisa. (S012)*

*Eu consegui fazer mais quase três anos de hemodiálise sem nunca mais ter câimbra, sem nunca mais desmaiar, sem nunca mais vomitar. (S120)*

*Incomoda aquela preocupação de cuidar pra não complicar, né? (S122)*

*Passei no início por uns cinco a seis meses bem difíceis, com uns olhares bem crítico a respeito disso (referiu-se à HD- nota de campo). Ah! Tinha acabado (referiu-se à vida - nota de campo), não vou poder fazer nada. Mas, depois, percebi que a situação é totalmente adversa. Você pode fazer totalmente o oposto daquilo. (S123)*

*Quando eu vi que tava doente, eu tava inchando já. Na época, eu inchava demais. Tava todo inchado! Não sabia o que eu tinha. Não sabia que era os rins que não tavam funcionando. (S124)*

*Fico preocupado com o meu braço ficar daquele jeito. (S125)*

*[...] ficar andando com essa faixa no pescoço (cateter), não gosto de jeito nenhum! Não dá pra você tomar um banho direito, lavar o cabelo direito. (S125)*

*Parei de trabalhar mesmo quando comecei a fazer hemodiálise. (S125)*

*[...] tem que vir pra cá e ficar quatro horas em uma posição só. (S126)*

*Venho pra cá com tanto prazer, que não tenho nada que me incomoda. (S127)*

*A gente sempre tem que estar aqui, né? Obrigação! (S128)*

*Fui subir o morrão lá, aí comecei a sentir falta de ar e mal-estar. Eu já tava tratando pressão, rins, mas ainda não tinha começado a fazer hemodiálise. (S130)*



*O que mais me incomoda é a minha desobediência de não ter seguido, né? Feito direitinho lá no início do tratamento, né?! (S132)*  
*Tem situação que você não espera e, quando vê, acontece. Parece que você não merece passar por aquilo, mas já aconteceu. (S133)*  
*Nem todo lugar que você deseja ir, tem hemodiálise. Eu só posso fazer viagens curtas, vou lá e volto, entendeu? (S133)*

Para exemplificar a origem dos elementos simbólicos caracterizada pelos profissionais de saúde, são mencionadas condutas profissionais, atuação da equipe de enfermagem e multidisciplinar, avaliação do cuidado, vinculação entre resultados de exames e redefinição de condutas terapêuticas, as impressões geradas pelo contato dos participantes com a equipe de saúde e a forma como ouvem, analisam e interpretam as recomendações terapêuticas, são apresentados os fragmentos de discursos a seguir:

*Dá a anestesia e não espera não! Dá a anestesia e já senta a mão na agulha e vai cortando. Quando eu perdi essa fístula, que ela parou, eu tive que cortar o outro braço. (S010)*  
*As meninas sentam ali (mostrou o espaço de registro utilizada pela equipe de enfermagem - nota de campo). Elas tão te monitorando o tempo todo dali. Qualquer coisa que você sente, ela já tá em cima de você (referiu-se à agilidade no atendimento - nota de campo). (S106)*  
*Meu sangue não bate com nutricionistas! Não bate! Eu sei o que eu devo comer e eu sei o que eu não devo. Eu sei até que ponto eu posso comer. Eu não gosto que ninguém fica me forçando. (S106)*  
*O médico que tava lá no dia da reunião, a psicóloga... disseram que ia ter vida normal. (S107)*  
*Eu vou ver com a assistente social, que eu tô esperando esse negócio do INPS. (S109)*  
*Disse que iam me internar e tentar achar outro lugar pra colocar o cateter, mas, graças a Deus, não foi preciso e conseguiram fazer a prótese. (S112)*  
*Aí o enfermeiro fez massagem, mas ela não voltou não (fístula), aí tive que colocar cateter. (S115)*  
*[...] nego quer me matar de um jeito ou de outro (transplante). Eu sei que ele (o médico) tá querendo ver o meu lado. Ele é gente boa pra caramba. (S115)*  
*Fiz os exames e disseram que eu precisava disso (hemodiálise). (S119)*  
*[...] a partir do momento que entra dentro da clínica, você é responsabilidade da clínica. (S119)*  
*Eles põem a máquina pra secar, entendeu? (S120)*  
*Essas meninas aí me salvaram um montão de vez. Eu cheguei aqui revoltado, passava mal pra caramba. Muito mal! Aí elas olhavam pra mim e viam que estava passando mal e avisavam. (S120)*  
*Eu conversei, né? Com alguns enfermeiros aqui. Aí eles disseram que, se eu algum dia precisasse fazer hemodiálise, faria na clínica porque em casa e por conta e risco da família. Na clínica seria por conta e risco da clínica. (S120)*  
*Eu tive com alguns (referiu-se a enfermeiros), mas nunca teve tempo de marcar um dia comigo, pra poder falar mais pessoalmente comigo, a minha família. Aí eu desisti! Ah, agora eu acostumei, né? (S120)*  
*O médico falou que os exames tão certinho! (S131)*  
*[...] ia ter que contratar uma enfermeira pra ficar a minha disposição. (S135)*  
*O que me impressionou é que, desde que cheguei até agora, eles fazem tudo pra mim. Não tem nada de reclamar não, médico, enfermeiro, enfermeira, os outros também que estão por aí, pessoal da limpeza e tudo. (S137)*  
*Por eles não falam com a gente, né? Acho que é pra gente não ficar impressionado. (S027)*  
*O corpo médico que tem que analisar (referiu-se ao tratamento). Eu agradeço a Deus pelo hospital, pela vida dos enfermeiros e dos médicos. Isso é muito importante! (S027)*  
*O médico examinou ele lá e falou que ele não tem nada, quando ele veio fazer hemodiálise, ele morreu. (S049)*  
*As enfermeiras eu acho que não falam pra não preocupar a gente, né? Aí eu sinto falta de alguns aqui. (S050)*

*Eles cuidam aqui. Cuidam dali. Aparelho daqui. Aparelho dali. (S064)*  
*Aí imediatamente a doutora falou que eu tinha que fazer limpeza no sangue, né? Ela explicou e aqui eu estou. (S064)*  
*O pessoal aqui (referiu-se à equipe de saúde) é muito alegre com os aniversariantes. (S070)*  
*Tem coisa que acontece que eles não falam pra gente, quando você vai descobrir, já foi. (S081)*  
*Tava em casa, quando cheguei aqui na clínica eu já tive problema de ar. Ai eles me levaram lá pra cima. Ai me puseram no oxigênio, deram a atenção que eu precisava! Tranquilo depois. (S094)*  
*Aqui aniversário da gente eles cantam parabéns, fazem festinha pra gente, é tudo bom. Graças a Deus! (S098)*  
*Eu vi que era normal a pessoa passar mal. Elas cuidaram direitinho (referiu-se à equipe de enfermagem) Ai acalmou a minha impressão. (S099)*  
*A médica pediu pra não fazer as coisas com o braço, aí eu tô assim. (S099)*

Como elementos simbólicos a partir da família são mencionados os dilemas referentes a se ter uma pessoa disponível ou compatível para a realização do transplante entre vivos, bem como nível de dependência dos familiares a quem os participantes podem ou não recorrer no cotidiano diante de uma necessidade real, imaginária ou potencial. Para exemplificar esses conteúdos constam fragmentos de discursos:

*Por isso não saiu o transplante. A minha irmã até foi, mas não aceitaram, uma tem pressão alta e a outra foi até o quinto, mas tem depressão, aí não aceitaram. (S001)*  
*Igual eu achava que eu tinha saúde, né? E tudo! Porque, na minha família, ninguém nunca fez hemodiálise não. (S100)*  
*O que fiquei mais impressionada também foi quando eu perdi meu irmão [...] Se ele morreu, eu vou fazer a mesma coisa (HD), eu vou morrer também, sabe? (S109)*  
*Fiquei esperando até agora (referiu-se ao transplante - nota de campo). Agora que minha irmã começou a fazer os exames, vamos ver no que dá. (S115)*  
*Na minha família, infelizmente não tem ninguém compatível! Não encontro. Sempre tem um problema técnico ou problema de saúde que impede. (S123)*  
*Minha mãe fazia aqui também, né (referiu-se ao tratamento hemodialítico- nota de campo)? (S127)*  
*Eu vou confiar nos meus dois irmãos?! Parente tá nem aí pro você não. (S135)*  
*Ela vai (esposa), freio de mão vai junto comigo. (S143)*  
*Acho que nem lá em casa ninguém acostudou com isso, porque tudo era eu [...] então hoje eu não tenho como resolver e, às vezes, tenho que depender. Às vezes, você pede e ninguém pode resolver. Eles ajudam assim, financeiramente. (S024)*  
*Agora minha esposa que tá aposentada que trabalha, mas ela tira dois salários [...] E as coisas ficam difícil, mas ela continua trabalhando. (S052)*  
*Teve um dia que eu falei com minha mulher que eu acho que não vou vim naquilo (referiu-se à HD) mais não. Ai ela passou um aperto danado. (S096)*

E, para exemplificar a influência de amigos, colegas, as pessoas que fazem HD mencionam os vínculos construídos a ponto de criarem uma irmandade, a proximidade de situação e a solidariedade com que se relacionam, a projeção realizada para o que veem em outros, as identificações que se estabelecem progressivamente entre eles, as experiências de complicações, a percepção de modificação no estado físico e/ou emocional delas, além da finitude da vida.

*Todo mundo marca a gente um pouco [...] São pessoas com a idade bem avançada, sem andar, sem nada! (S001)*

*Tem uma senhorinha também que eu fico com pena, entendeu? Chateada por aquilo (referiu-se à HD - nota de campo) e não poder fazer nada, né? (S001)*

*[...] veio fazer hemodiálise e morreu aqui dentro, ele começou a passar mal e aí infartou. (S100)*

*Tinha um senhorzinho aqui, que ele era muito velhinho. Ele vinha todos os dias na hemodiálise. Aí ele deu derrame e faleceu, mas tava velhinho, né? Mas outros mais novos eu fiquei impressionada, né? (S100)*

*Tem gente que faz há 25 anos (referiu-se ao tratamento hemodialítico). (S123)*

*Ver as pessoas passar mal a gente fica chocado. (S104)*

*Me marcou ver um senhor morrer do meu lado. Porque, tipo assim, ele não sentia nada. Ele fazia hemodiálise normal. Aí só levantou e pronto: Ele morreu! (S106)*

*Pessoaal passa mal, aconteceu aqui esses dias. A pressão cai, né? (S107)*

*Tem gente que chega assim e pega quase 6kg. (S107)*

*Ele (colega) morreu, só eu e ele que ficava conversando. Aí eu fiquei muito chateada. (S009)*

*Quando as pessoas passam mal, aí você sente, né? O importante é que, se eu passo bem, meus colegas também passem bem. (S011)*

*[...] os meus colegas todos já foram. Sinto falta deles, mas ainda não chegou a minha hora. (chorou - nota de campo). (S111)*

*Eu por mim ficava aqui (na HD). O senhor fulano faz vinte e poucos anos que ele faz hemodiálise, entendeu? Por medo de operar. (S115)*

*O que tem me marcado é a perda de muitos colegas que a gente tá acostumado. (S012)*

*Um moço passou mal, pensei que ele tava morrendo, fiquei apavorada. (S121)*

*Daqui foram três. A gente sente falta, mas não tem jeito, né? (S122)*

*O que me impressiona muito é ver como as pessoas definham. (S123)*

*Quando tem colega passando mal, a gente fica preocupado. Entende? Isso acontece sempre! (S128)*

*A gente perde alguns colegas, nem todos os colegas vão bem e isso faz a gente sofrer. (S138)*

*Ah! A morte de algumas pessoas, que tipo, às vezes, você criou vínculo e tal e a pessoa vai, aí você fica, assim, com coração meio doendo. (S140)*

*Toda vez que eu olho para a cadeira dele ali. Eu lembro dele! (S141)*

*Eu fico meio assustada assim, saber que pessoas que a gente conhece e faziam, faleceram. (S117)*

*É um companheiro que vinha comigo. Parceiro de porta a porta, passava na porta da minha casa aí a gente vinha junto, almoçava junto, ia medir pressão, ia pesar. Num é que ele adoece na segunda e morre na quarta? (S022)*

*Um amigo meu que fazia hemodiálise, era muito amigo, mas amigo de coração mesmo [...] ele saiu daqui e foi trocar o cateter dele na segunda-feira e, quando voltei na quarta-feira, eu cheguei aqui ele já tinha falecido. (S023)*

*A amizade aqui dos colegas que fazem, eu falo que pra mim eu considero assim como se fosse outra família que Deus me deu. (S026)*

*Os companheiros que a gente acostuma e vai embora, né? A tristeza é essa! (S026)*

*Eu vi que ele desapareceu da sala. Aí eu procurei saber. Olhei no obituário o nome dele tava lá. Eu conversava muito com ele. A gente saía junto. (027)*

*Ver as pessoas (colegas) terem problema também me sinto mal. (S035)*

*Foi isso que me marcou, ter perdido minha amiga aqui, agora eu fico aqui sozinha. (S036)*

*A gente pega amizade com todo mundo, passa a considerar como membro da família, e infelizmente tem alguns companheiros que partiram, entendeu? (S040)*

*Eu respeito todos! Teve muitas pessoas que passaram do meu lado aqui, no meu horário, que vieram a falecer, que eu conversei e tal [...] (S043)*

*Eu sei que nós fizemos hemodiálise junto, ela ali e eu aqui [...] (S045)*

*Eu vim na terça, ela não veio, eu vim na quinta, ela não veio, aí eu perguntei a enfermeira porque a fulana não tava vindo. (S045)*

*Arrumei essa amizade aqui mesmo. Então é mais amigo, amigo mesmo! Na hora que eu saísse aqui, se eu fosse no bar, ele ia junto comigo. Então a gente tinha muita amizade, e ele morreu, sabe? (S049)*

*Ah! A gente fica preocupado, né? Eu já vi diversos, até lá onde eu moro. Diversos colegas fazem hemodiálise falecer assim de repente. (S050)*

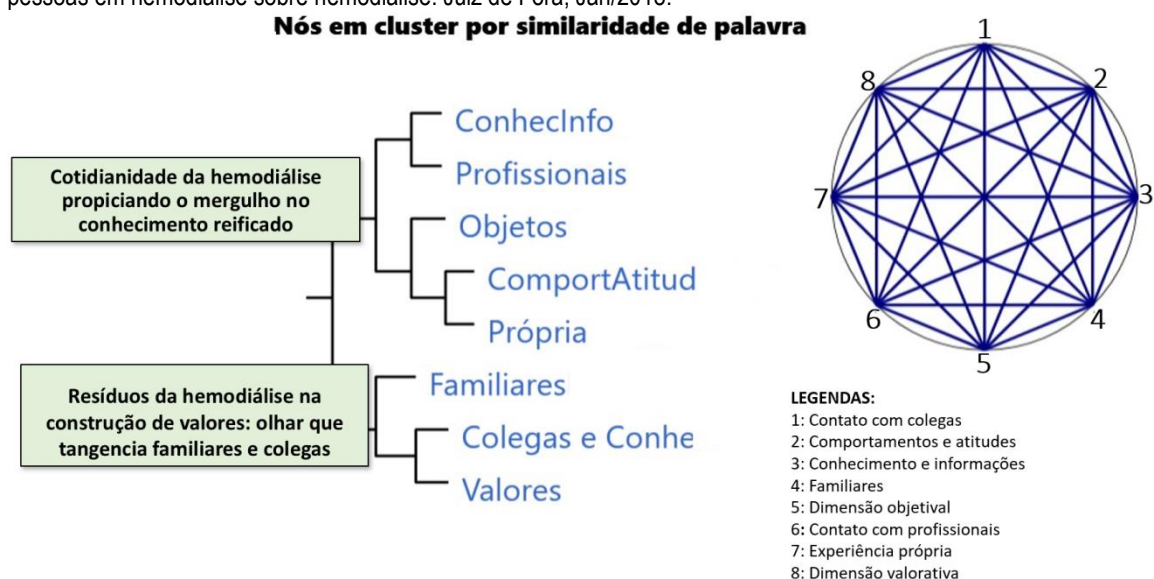
*[...] Se eu tô aqui na mesma situação que ele, então eu não sou mais bonito que ele, apesar dele ser doutor, advogado, essas coisas. (S052)*

*Eu conheci um rapaz que também fazia diálise e nós fizemos uma amizade. (S058)*

*Aqui a gente fica mais coisa assim, quando já tá acostumando com os pacientes, aí, quando morre um, aí você fica com medo. (S059)*  
*[...] um paciente que fazia hemodiálise aqui, já faleceu. Ele fazia hemodiálise na mesma hora que eu e ele foi um dos primeiros a me dar força. (S060)*  
*A minha vizinha morreu fazendo hemodiálise. (S061)*  
*[...] É triste ver todo mundo na mesma coisa (HD). (S071)*  
*Um amigo que fez hemodiálise, parecia que tava cheio de vida e tudo, então isso tem hora que me preocupa um pouquinho. (S080)*  
*A gente tinha um colega que vinha toda semana com a gente. Ele era muito alegre! Aí eles falaram que ele ia ganhar um transplante, a gente ficou alegre, né? Pensando que ele ia ficar bom, quando foi daí cinco dias, ele faleceu. (S080)*  
*A gente já viu muita coisa boa, mas já viu muita perda de pessoas, né? (S083)*

A análise dos conteúdos advindos das dimensões representacionais e da origem de tais representações possibilitou identificar duas categorias: 1) cotidianidade da hemodiálise propiciando o mergulho no conhecimento reificado e 2) resíduos da hemodiálise na construção de valores: olhar que tangencia familiares e colegas (**Figura 17**).

**Figura 17:** Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre hemodiálise. Juiz de Fora, Jan/2018.



Fonte: N Vivo Pro 11®

Na categoria “cotidianidade da hemodiálise propiciando o mergulho no conhecimento reificado”, foi possível abordar as intercorrências no transcurso das sessões, a preocupação dos participantes em ajustamento das condições hemostáticas, a interlocução com os profissionais de saúde para compreenderem quais condutas terapêuticas podem ser recomendadas a ponto de favorecer que os participantes tenham um cotidiano ajustado e com menos desconforto. Essas situações estão exemplificadas a seguir:

*[...] tenho que continuar com a hemodiálise porque os exames tão mostrando, a creatinina sérica, ureia alta, essas coisas todas. (S030)*

*Eu conversei com a médica pra ver se ela me dava uma bolsa de sangue. Aí ela falou que vai ver, porque diz que deu um pouco abaixo o exame lá [...] porque, às vezes, eu acho que fica com pouco sangue e força. (S078)*

*[...] quando eu começo a sentir, eu peço pra tirar a pressão, né? Aí tá baixa. Aumenta um pouco o sódio, aí melhora um pouquinho. A gente sente se começar de novo. (S107)*

*Fazia 2 horas de hemodiálise, tomava mais soro do que tirava o líquido. Aí eu ficava naquilo, ia pra casa, dava um "mucadinho" e tinha que voltar de novo. (S112)*

*Teve que levantar os pés dela pro alto pra pressão voltar ao normal. (S128)*

Diante de suas particularidades, a DRC implica o enfrentamento sobre a descoberta da doença e o manejo do tratamento como uma necessidade contínua. Esse convívio é uma experiência formadora de saberes a partir de vivências práticas pessoais articuladas entre o informal e o técnico-científico<sup>115</sup>.

Estudo que objetivou compreender o cotidiano do cuidado vivenciado por familiares de pessoas com DRC destacou que o conhecimento apreendido pela experiência abarca conteúdos adaptados e reformulados pelo indivíduo e o contexto a partir da apropriação de conhecimentos profissionais<sup>116</sup>. Achados similares foram identificados em estudo realizado em Portugal que avaliou o envolvimento de pessoas com asma em encontros clínicos e retratou a apropriação do conhecimento como aspecto positivo para o enfrentamento da doença e envolvimento com sua saúde e tratamento<sup>115</sup>.

Na categoria "resíduos da hemodiálise na construção de valores: olhar que tangencia familiares e colegas", foi possível identificar: 1) relatos de pesar com a modificação na rotina pessoal, familiar e o tempo despreendido e dedicado ao tratamento em oposição à inserção dos participantes no cotidiano do núcleo familiar; 2) o ambiente da terapia renal visto como o único recurso capaz de lhe assegurar a continuidade da vida e 3) a identidade de situações e circunstâncias que compartilham durante o tratamento a ponto de criar um clima de solidariedade e irmandade tecida entre eles, conforme apontam os seguintes fragmentos de discurso:

*A amizade aqui dos colegas que fazem, eu falo que pra mim eu considero assim como se fosse outra família que Deus me deu. (S026)*

*Saudade de ver meus netos. Tudo cresceram e eu aqui. (S109)*

*[...] os meus colegas todos já foram. Sinto falta deles, mas ainda não chegou a minha hora. (choro) (S111)*

*O que mais me incomoda é me impedir de sair com a família, passear, a minha esposa gosta de viajar, mas agora tá restrito. (S133)*

*Aqui dentro dessa sala, nós somos uma família! Você tá me entendendo?! Não importa, aqui dentro, você é uma família. É outra família que você constitui. (S135)*

O suporte social realizado por familiares, cônjuges e amigos à pessoa em HD retrata valores pessoais e o apoio recebido por estes durante o processo saúde-doença. As relações

interpessoais construídas ou fortalecidas durante esse período demonstram conforto e auxílio no enfrentamento da enfermidade e do tratamento. Por outro lado, os fragmentos evidenciam situações de restrições e afastamento da vida social e familiar.

Estudo que avaliou a percepção do suporte familiar com 60 pessoas em tratamento hemodialítico evidenciou níveis baixos de sintomatologia depressiva e elevada percepção de suporte familiar, além de destacar que houve relação entre ambos e que quanto maior a percepção de suporte familiar, menor foi a sintomatologia depressiva<sup>117</sup>.

Com vistas à possibilidade de uma análise complementar dos conteúdos representacionais, a seguir, consta a abordagem estrutural obtida a partir do processo de evocação desencadeado pelo termo indutor “**tratamento hemodialítico**” pelas pessoas que realizam hemodiálise.

## 5.2.2 Abordagem estrutural das representações sociais sobre “tratamento hemodialítico” na perspectiva das pessoas em hemodiálise

As evocações realizadas por 143 pessoas em hemodiálise para o termo indutor “tratamento hemodialítico” se encontram alocadas no quadro de quatro casas e constam do **Quadro 2**.

**Quadro 2:** Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “tratamento hemodialítico” alocados no quadro de quatro casas (n=143). Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

Freq Média $\geq 4$	Rang < 2,5			Rang $\geq 2,5$		
	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
	Remédios-Receita	39	2,462	Restrição-Líquido-Peso	64	2,875
	Complicações	39	2,462	Comer-Dieta-Suplemento	55	3,000
	Agulha-Acesso-Venoso	26	2,346	Rim-Filtra-Transplante-Acompanhamento	29	2,586
Freq Média 10 a 23	Máquina	23	2,217	Dificuldade-Preocupação	20	2,700
	Dor-Desconforto-Incômodo	17	2,294	Exame-Sangue	20	3,000
	Deus	16	2,438	Tempo-Cansativo	19	2,737
				Profissionais-Saúde	16	2,500
				Natural-Nada	10	2,700

Fonte: Programa EVOC 2000.

No QSE, local em que se alocam os possíveis elementos representacionais, foi possível identificar três cognemas: “remédios-receita”, “complicações” e “agulha-acesso-venoso”, que retratam as seguintes dimensões: simbólico/objetival, conhecimento/informação e simbólico/objetival respectivamente. O fato de apresentar dois dos cognemas evocados que foram

objetivados traduz que o conteúdo abordado, ou seja, o tratamento hemodialítico, é algo consensualizado pelo grupo e que foi retratado por elementos simbólicos expressos por “remédio-receita” e “agulha-aceso-venoso”.

A expressão “remédio-receita”, do ponto de vista das representações remete à medicalização de uma doença crônica e a “agulha- acesso-venoso” refere-se à via pela qual o tratamento hemodialítico é realizado quer seja pela punção da FAV ou pelo uso do CDL.

Estudou que identificou os medicamentos mais utilizados por pessoas em hemodiálise em uma instituição localizada no sul do Brasil revelou a média de uso de seis medicamentos por pessoa, retratando a ocorrência de polifarmácia em 87,7% dos casos e destacando a eritropoetina e o carbonato de cálcio como os fármacos mais frequentemente utilizados<sup>118</sup>.

A falta de adesão ao tratamento pode motivar experiências de intercorrências que foram retratadas e consensualizadas pelos participantes pelo cognema “complicações”. Essas complicações podem ter sido vivenciadas ou vistas nas ocasiões em que uma pessoa conhecida da hemodiálise passou por essa situação, ou ser fruto de ações educativas que visam minimizá-las por meio da adesão ao tratamento, ao regime alimentar e ao estilo de vida saudável.

Estudo documental que avaliou 240 prontuários em uma clínica nefrológica no interior de São Paulo identificou que hipoglicemia, hipotensão arterial, câibras, cefaleia, episódios de náusea/vômito (83 - 34,6%) e a hipertensão arterial foram as principais complicações durante a hemodiálise. Destacou que todas as pessoas apresentaram complicações durante um ano de tratamento<sup>119</sup>.

Outro estudo que realizou uma revisão integrativa da literatura sobre as complicações da DRC durante o tratamento hemodialítico encontrou a hipotensão arterial como principal complicação e observou que o ganho de peso interdialítico excessivo foi um dos causadores de tais complicações devido à instabilidade hemodinâmica justificada pela retirada de excesso de líquidos em curto espaço de tempo<sup>120</sup>.

No QIE, área de contraste, foram alocados os seguintes cognemas: “máquina”, “dor-desconforto-incômodo” e “Deus”. Eles remetem às dimensões: objetivo, comportamental e objetivo, respectivamente. Nesse local, encontram-se os cognemas que obtiveram consenso para subgrupos, e os termos objetivados “máquina” e “Deus” retratam elementos simbólicos consensualizados por eles.

O cognema “máquina” faz referência ao objeto do tratamento hemodialítico e o termo “Deus” remete à religiosidade/espiritualidade. Estudo realizado em três instituições de uma cidade do Nordeste e delineado nas RSs revelou que a máquina foi simbolizada como o prolongamento

da vida e a espiritualidade evidenciou o sentimento de gratidão a Deus pela possibilidade do tratamento e garantia de longevidade<sup>121</sup>.

Em relação ao cognema “dor-desconforto-incômodo”, estudo de revisão da literatura que avaliou a presença de dor identificou em 52 investigações com 6.917 participantes que a prevalência de dor crônica foi de 92%. Esse número retrata que a dor acarreta limitações no tratamento e na qualidade de vida dessas pessoas<sup>122</sup>.

Os cognemas que compuseram a primeira periferia, QSD, foram: “restrição-líquido-peso”, “comer-dieta-suplemento” e “rim-filtra-transplante-acompanhamento”, os quais retratam as dimensões comportamental/atitudinal para o primeiro e segundo cognemas, e simbólico/objetival para a expressão “rim-filtra-transplante-acompanhamento”.

Os termos “restrição-líquido-peso” e “comer-dieta-suplemento” referem-se às recomendações e restrições nutricionais e hídricas como particularidades da DRC e que requerem engajamento por parte das pessoas em tratamento para sua adesão. Estudo realizado na Palestina que avaliou o comportamento das pessoas em relação à adesão terapêutica identificou que a adesão ao regime terapêutico foi baixo a moderado, fato que impacta os resultados clínicos e destaca a importância de práticas educativas e aconselhamentos durante o tratamento<sup>123</sup>.

O cognema “rim-filtra-transplante-acompanhamento” fez menção ao rim e ao transplante como objetos da DRC, justificando o rim e sua função fisiológica como causadores da doença e o transplante como possibilidade de cura e libertação do tratamento. Estudo que avaliou a descoberta da doença identificou que os participantes referiram a necessidade de ter mais informações sobre a doença, o diagnóstico e o tratamento<sup>101</sup>.

No QID, segunda periferia, foram alocados os cognemas: “dificuldade-preocupação”, “exame-sangue”, “tempo-cansativo”, “profissionais-saúde” e “natural-nada”, com as respectivas dimensões: comportamental/atitudinal, objetival, comportamental/atitudinal, objetival e comportamental/atitudinal.

O cognema “dificuldade-preocupação” revela o manejo da doença e do tratamento e foi evidenciado em estudo randomizado norte-americano como aspectos que levaram a depressão<sup>124</sup>. Por outro lado, o termo “natural-nada” sugere o mecanismo de negação e, posteriormente, aceitação em relação ao processo de enfrentamento<sup>103</sup> ou retrata a presença de zona muda<sup>108</sup>.

A expressão “exame-sangue” demonstra a estratégia utilizada para o acompanhamento e monitoramento da doença, seus sinais/sintomas e os resultados clínicos decorrentes do tratamento e regime terapêutico. O cognema “profissionais-saúde” surge como objeto de tal acompanhamento e facilitador do tratamento hemodialítico.



Estudo que avaliou prospectivamente 2.151 usuários do sistema público de saúde do Estado de São Paulo, utilizando indicadores clínicos e eventos adversos em pessoas com DRC sob acompanhamento multidisciplinar, indicou a efetividade da intervenção em parâmetros clínicos e laboratoriais, promovendo redução da progressão da doença, taxa de hospitalização, mortalidade e, conseqüentemente, dos custos no acompanhamento de pessoas com DRC<sup>125</sup>.

Em relação ao cognema “tempo-cansativo”, este termo remete ao compromisso com a HD, visto que é um tratamento realizado em geral três vezes na semana, com duração de quatro horas e que exige adaptação brusca da rotina<sup>2</sup>.

Estudo de abordagem qualitativa realizado no sul do Brasil compreendeu que, entre os diversos aspectos de modificação na vida de pessoas com DRC, o afastamento da prática laboral foi apontado como fator que gera conseqüências para a preservação da identidade, manutenção da dignidade e da independência para a pessoa em HD<sup>126</sup>.

### 5.2.3 Abordagem estrutural e processual das representações sociais sobre “cuidado de enfermagem” segundo pessoas em hemodiálise

A percepção das 143 pessoas em hemodiálise sobre o cuidado de enfermagem foi apreendida por meio da abordagem estrutural das RSs, conforme consta do quadro de quatro casas (**Quadro 3**).

**Quadro 3:** Cognemas evocados por pessoas em hemodiálise para o termo indutor “cuidado de enfermagem”. alocados no quadro de quatro casas (n=143). Juiz de Fora, MG. Junho/2018.

	Rang < 2,7			Rang ≥ 2,7		
	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
Freq Média ≥ 24	Bom-excelente	99	1,444	Atenciosos-prestativos	52	2,769
	Tratam-bem	31	2,645	Enfermagem-meninas-anjos	39	2,769
				Nada-reclamar	39	2,769
				Atendimento-orientação	30	2,967
				Carinho-amor-dedicação	28	2,857
Freq Média 10 a 23	Pessoas-boas-ótimas	23	2,087	Complicações	20	3,500
	Deus	22	2,409	Ajuda-chamar-socorrer	17	3,176
	Legais-gentis	16	2,000	Alegria-conversa	17	3,412
	Gosto	13	2,308	Companheiras-apoio	15	3,000
				Comida-dieta	11	3,182

Fonte: Programa EVOC 2000.

No QSE, local em que se encontram conteúdos referentes ao possível núcleo central, foram identificados dois cognemas consensualizados pelo grupo de pessoas em hemodiálise. O primeiro cognema foi a expressão “bom-excelente”, que refere-se à dimensão valorativa, sendo

mencionado em maior frequência e menor *rang* entre todos os cognemas evocados. Por meio desse cognema, o cuidado de enfermagem foi avaliado como sendo “bom-excelente”, o que retrata a apreciação dos participantes para a forma como são atendidos no cenário da investigação. Para exemplificar essa percepção, constam a seguir fragmentos de discurso dos participantes na técnica da entrevista individual realizada para fins de operacionalização da abordagem processual das RSs que retratam e corroboram o cognema anteriormente mencionado:

*O cuidado aqui é muito bom! Muito bom mesmo. Aqui eles cuidam da gente o máximo que podem. [...] O atendimento de enfermagem é muito bom, muito bom mesmo! (S013).  
Muito cuidado. Muito bom mesmo! Primeiro lugar. (S120)  
Nossa senhora, aqui é suficiente demais. Todos eles são muito bons. (S134)  
Aqui não tem jeito de melhorar nada não. Não esperava que seria tão bom assim. (S134)*

O segundo cognema foi a expressão “tratam-bem”. Ele refere-se à dimensão comportamental e está vinculado ao caráter valorativo positivo, sendo o quinto cognema de maior frequência evocado.

Pelos fatos de os dois cognemas anteriormente mencionados estarem alocados no QSE, é possível dizer que eles traduzem conteúdos consensualizados pelos participantes a ponto de retratarem a percepção coletiva e constituírem uma impressão duradora, uma vez que estão alocados na área nuclear do sistema hierárquico da representação.

Foi possível identificar que essa percepção foi reafirmada pelos participantes na ocasião em que foi aplicada outra estratégia metodológica para a técnica de coleta de dados (abordagem processual) exemplificada com fragmentos de discurso a respeito da temática.

*O tratamento deles aqui, isso marca a gente. Ah! É muito bom! Eles tratam bem, enfermeiros, enfermeiras. (S075)  
Todos eles tratam todo mundo igual e todo mundo bem. Não tem aquele se é preto, se é branco, se é amarelo, se é azul, se é velho, se é novo, se é gagá, se não é. [...] (S135)*

Um estudo qualitativo delineado na fenomenologia que avaliou a permanência da equipe de enfermagem no contexto da enfermagem primária identificou que a interação e o vínculo construídos entre a equipe e as pessoas em tratamento, familiares e cuidadores, quando aliados a um aumento na sobrevivência, foram fatores considerados positivos<sup>127</sup>.

Além disso, estudo de abordagem qualitativa realizado no Irã identificou que o ambiente acolhedor favorece a corresponsabilização no processo terapêutico e a manutenção da saúde<sup>128</sup>. No QIE, área de contraste, foram identificados quatro cognemas, a saber: “pessoas-boas-ótimas”, “Deus”, “legais-gentis” e “gosto”. Eles retratam as respectivas dimensões: objetival com caráter valorativo; objetival; valorativa; e valorativa que foram atribuídas aos profissionais da equipe de

enfermagem com avaliação positiva. A condição de ser pessoas “legais-gentis” esteve vinculada à capacidade de tais profissionais protegerem, ampararem e agirem sobre um respaldo divino, sendo essa avaliação do “gosto” dos participantes. Essa percepção foi corroborada com fragmentos de discurso dos participante conforme consta a seguir:

*[...] são pessoas, seres humanos, são pessoas escolhidas de Deus, né? Pra esse trabalho, tem que gostar muito. (S001)*

*É aquilo que te falei: o pessoal aqui não existe. Se for pra colocar uma nota pra eles, não tem uma nota, não existe! Graças a Deus não existe. (S040)*

*Das enfermeiras, sabe? E eu só tenho mesmo a agradecer a Deus. Eu tenho encontrado só pessoas boas. (S063)*

*Muito legal aqui; desde a limpeza até as enfermeiras chefe. (S103)*

*[...] eles fazem tudo pra gente. [...] o que eles fazem pra nós aqui, não tem outro que faça. Só Deus mesmo. (S137)*

*[...] você cria vínculos com as pessoas aqui dentro mesmo. Então você tem a liberdade de brincar. Pessoa fala uma besteira com você, e isso é muito, muito legal! Ajuda, o tempo a passar mais rápido! (S141)*

Estudo seccional norte-americano que avaliou fatores psicológicos interpessoais retratou que a aliança entre os profissionais e a pessoa em HD, evidenciada pela comunicação, gosto e confiança, é aspecto valioso e fator significativo para o estabelecimento de relações interpessoais significativas, cujos reflexos podem expressar a satisfação e as expectativas que as pessoas possuem frente ao tratamento, o que também influencia, indiretamente, a adesão terapêutica<sup>129</sup>.

Outra questão evidenciada na presente investigação faz referência à busca por proteção e apoio divino. O diagnóstico da DRC e a inserção na TRS, na modalidade hemodiálise, refletem a vulnerabilidade do indivíduo perante a necessidade de se adaptar a uma nova proposta de tratamento que requer mudanças no estilo de vida e rotina. Estudo descritivo e exploratório realizado na Paraíba avaliou a religiosidade e revelou que pessoas com DRC apresentaram esperança perante à situação e destacou a religiosidade como uma das ferramentas positivas no processo de enfrentamento do *continuum* saúde-doença<sup>130</sup>.

A aproximação da atuação da enfermagem de um ato de caráter divino, se, por um lado, remete à sublimidade e delicadeza do cuidado, por outro distancia a atuação do enfermeiro e sua equipe do profissionalismo que deve caracterizar as ações profissionais<sup>131</sup>.

Ao serem aproximados os cognemas alocados no QSE com aqueles localizados no QIE, é possível identificar que, em ambos os locais, os profissionais da equipe de enfermagem foram avaliados de forma positiva, porém em perspectivas distintas, uma vez que, no QSE, a avaliação utilizou como critério o parâmetro profissional e, no QIE, o parâmetro utilizado foi alicerçado em critérios pessoais. Tais considerações demonstram a importância de relacionamento interpessoal, do uso de estratégias comunicacionais na construção dos vínculos a ponto de repercutir na

sensação que as pessoas atendidas no cenário da investigação possuem sobre o cuidado de enfermagem e sua adequação diante das necessidades pessoais/emocionais.

*Todo mundo são pessoas, seres humanos, são pessoas escolhidas de Deus, né? [...] pessoas que realmente sentem prazer em te atender. (S011)*

*São muito cuidadosos, tratam a gente igual irmão, muito bom! (S013).*

*[...] As enfermeiras aqui não posso reclamar de nada, são uma família. (S015)*

*[...] É gente boa! Eles são preparados. Atendem a gente direitinho. (S96)*

Estudo revelou que a carência de profissionais envolvidos e qualificados foi uma das barreiras ao tratamento de hemodiálise. Enfermeiros capazes de estabelecer relacionamentos, com conhecimentos básicos, habilidades e experiência suficiente favorecem o cuidado em hemodiálise<sup>132</sup>.

No QSD, área da primeira periferia, foram alocados cinco cognemas, a saber: “atenciosos-prestativos”, enfermagem-meninas-anjo”, “nada-reclamar”, “atendimento-orientação” e “carinho-amor-dedicação”. Esses cognemas retratam respectivamente as seguintes dimensões representacionais: valorativo; objetival; valorativo; comportamental/atitudinal e valorativo, cuja triangulação de fontes de informações puderam reafirmar tais conteúdos, conforme exemplificado por fragmentos de discursos dos participantes:

*Esse povo aqui é todo dedicado! Atencioso, não tem como reclamar! Treze anos de alegria, satisfação! De tá num lugar onde Deus colocou e com pessoas que realmente sentem prazer em te atender. (S011)*

*Eu acho muito bom, na clínica em geral. [...] Eles têm paciência, têm as orientações. Eu não posso querer nada além do que é. (S016)*

*O cuidado deles é maravilhoso, né? Eles têm carinho pela gente, entendeu? Eles preocupam. Tem nada de reclamar deles não. (018)*

*É muito bom aqui. O pessoal é muito bom, muito atencioso! (S101)*

*[...] as meninas sentam ali (apontou para o local onde ficam - nota de campo). Elas tão te monitorando o tempo todo dali [...] (S106)*

*Tenho nada que reclamar. Porque realmente são muito atenciosas mesmo. Até demais. [...] E tem esse amor que eles têm pela gente que torna mais fácil. (S112)*

*[...] um dia saiu assim, muito sangue, sabe? Fiquei impressionada. Mas logo as meninas fizeram um curativo e aí parou. (S114)*

*Cheguei aqui, um abraço. Sabe? Então assim, são atenciosos e eu gosto disso. É um princípio fundamental. Que você já tem um problema de saúde, né? (S120)*

O cognema “atendimento-orientação” fez referência a uma das dimensões do cuidado de enfermagem que são as ações educativas e cuja utilização pode ser exercida em quatro circunstâncias/situações, a saber: 1) quando uma pessoa inicia sua inserção numa atividade terapêutica nova e as orientações educacionais visam adaptá-la ao tratamento; 2) quando se pretende reverter a falta de adesão à proposta terapêutica ou melhorá-la; 3) quando se pretende dar *feedback* a um comportamento de saúde e 4) quando são detectadas inconsistência no

seguimento de orientações terapêuticas e o processo educacional pode suprir lacunas de conhecimento.

Estudo quase-experimental realizado no sul do Brasil que avaliou a efetividade de uma intervenção de enfermagem para redução da hiperfosfatemia em pessoas com DRC demonstrou redução significativa dos valores séricos do fósforo e da intensidade do prurido após a intervenção<sup>133</sup>. Estudo semelhante de metanálise destacou que diferentes estratégias de intervenção, incluindo abordagens educacionais, cognitivas e comportamentais, tiveram efeitos sobre a adesão de pessoas com DRC diante da diálise<sup>134</sup>.

Considerando que os cognemas “atenciosos-prestativos”, enfermagem-meninas-anjo” e “nada-reclamar” tiveram frequência compatível com sua alocação no QSE e que eles somente não foram alocados nesse quadrante em decorrência da ordem em que foram mencionados, é pertinente que a análise do que retratam possa ser aproximada dos cognemas alocados nos QSE (“bom-excelente”, “tratam-bem”) e QIE (“pessoas-boas-ótimas”, “Deus” e “legais-gentis”). Quando essa aproximação é realizada, é possível identificar uma ancoragem com a divindade e uma coerência na concepção de receberem um bom atendimento.

O fato de o QSD ser uma área destinada à alocação dos cognemas da primeira periferia diz respeito à capacidade dos conteúdos aí encontrados retratarem a percepção de parte do grupo e funcionarem como amortecedores cuja função é impedir a mudança aleatória dos conteúdos que se encontram no núcleo central. No caso do sistema hierárquico identificado, é possível vislumbrar uma coerência deles com os conteúdos que se encontram no núcleo central, o que atribui mais estabilidade ao sistema de crenças<sup>70</sup>.

Um elemento compartilhado pelas pessoas em HD no grupo diz respeito à feminilização da profissão de enfermagem e sua vinculação a atividades caritativas e oriundas de uma ação divina. Esse fato pode ser exemplificado pelas seguintes falas:

*Nosso Deus! São anjos que tão aqui dentro. (S026)*

*Me sinto muito tranquila com o tratamento das meninas, sabe?(S63)*

*Teve um dia que eu perguntei se as meninas faziam curso pra trabalhar na enfermagem, porque elas são muito carinhosa com a gente. (S85)*

Estudo reflexivo realizado em Portugal abordou as questões de gênero relacionadas à profissão e destacou a feminização da enfermagem como um fator historicamente construído a partir da apreensão do cuidar enquanto um objeto que retrata uma característica inata atribuída às mulheres. Essa relação modulou a enfermagem baseada em valores femininos visto que o exercício da profissão era tido como uma extensão das atividades realizadas no lar pela relação de afeto e de domesticidade<sup>135</sup>.

Já a relação da profissão com a divindade é evidenciada em estudo que avaliou a imagem e a identidade percebida sobre o profissional enfermeiro a partir das RSs e observou que os discursos tangenciam a religiosidade. A imagem de “anjos” surgiu como projeção e uma forma de descrever a proximidade de Deus nas ocasiões em que a fragilidade e a doença estão presentes, o que reitera a influência vinculada aos aspectos históricos e culturais da profissão na enfermagem contemporânea<sup>131</sup>.

No QID, denominado de segunda periferia, constam cinco cognemas: “complicações”; “ajuda-chamar-socorrer”; “alegria-conversa”; “companheiras-apoio” e “comida-dieta”, que retratam as dimensões representacionais comportamental/atitude (“complicações”; “ajuda-chamar-socorrer”; “alegria-conversa” e “comida-dieta”) e objetival (“companheiras-apoio”). Esses cognemas podem ser exemplificados na abordagem processual nas seguintes situações:

*[...] Com o passar do tempo, começamos a conversar. (S44)*  
*Eu tenho amizade com todo mundo, graças a Deus! Faço amizade com todos [...] (S051)*  
*[...] quando a pressão abaixa, a pessoa apaga, né? Aí é uma correria pra poder socorrer, pra poder voltar a pessoa. (S057)*  
*O cuidado é bom, se a gente precisar das meninas, a gente chama e elas vêm, sabe? As médicas são boas. (S083)*  
*[...] quando a pessoa tem uma queda de pressão, ela não dá tempo de gritar. Não tem como ela gritar, ela tá desmaiando [...] (S106)*  
*Pela forma que a pessoa conversa com você, ela acaba convencendo (a fazer HD), né? (S106)*  
*Eles preocupam com a gente, sabe? Se não fosse isso, eu acho de mim mesma, que nem tava aqui. (S109)*  
*[...] Qualquer plantão que eu vier, eu não tenho nada do que reclamar, eles me tratam muito bem. A alegria deles que contagia a gente, né? [...] (S112)*  
*Só quando eu chego, assim, pesadinha, né? Que é só na segunda-feira, tá? Não é sempre! [...] (S127)*  
*[...] minha pressão vai a 8. Quase sempre. [...] aí tem que botar negócio de sódio, né? Não entendo muito disso, não sabe? Eu até quero ver se entro na internet pra eu entender melhor esses negócio aí [...] (S129)*  
*O relacionamento é muito bom! Ajuda a gente a aceitar, né? Não é fácil não! [...] (S136)*  
*[...] as meninas estão sempre dispostas a ajudar a gente, em qualquer ocasião. Tipo, tanto passar mal, tanto psicologicamente assim. (S140)*  
*[...] pessoal da portaria sempre muito atencioso, os enfermeiros mesmo, chefes, eles procuram te dar um apoio. (S140)*  
*[...] primeiro sintoma que eu sinto é câimbra. Então começou a dar câimbra, a gente, já tô chamando. (S141)*  
*[...] Não pode pesar muito porque o coração não aguenta. Aí tem que controlar o peso. (S006)*

Cabe mencionar que o QID remete a situações/circunstâncias de um subgrupo, o que não permite considerar que seu teor revele a impressão/percepção individual. O conteúdo dos cognemas alocados nesse quadrante (“complicações”; “ajuda-chamar-socorrer” e “companheiras-apoio”) referem-se a intercorrências; com quem contam para atendê-los e as qualidades requeridas pela equipe de enfermagem para intervir sobre o contexto da doença, do tratamento e

do atendimento a ponto de torná-lo seguro na medida do possível e para isso se instrumentaliza com o diálogo e o bom humor.

Estudo de revisão da literatura sobre as complicações mais frequentes e as intervenções de enfermagem revelou que a hipotensão foi a intercorrência mais presente (20% a 30% dos casos). O papel do enfermeiro destaca-se por monitorar, detectar e intervir quando essas complicações ocorrem e prevenir sua instalação, garantindo segurança e qualidade no tratamento hemodialítico<sup>136</sup>.

Estudo realizado em uma instituição de saúde brasileira, que objetivou descrever quais são as condutas seguras adotadas com pessoas em hemodiálise atendidas em instituição hospitalar segundo metas internacionais de segurança do paciente, incluiu a atenção por parte da equipe e da instituição como metas que se encontram em conformidade com as recomendações da Comissão Internacional de Segurança do paciente<sup>55</sup>.

Na abordagem processual, foi possível identificar as seguintes dimensões representacionais: comportamental/atitude, informativa/cognitiva, valorativa e objetiva, exemplificadas com fragmentos de discurso dos participantes.

#### **Comportamental/atitude**

*[...] eu não gosto de olhar pro relógio, se você fica olhando pro relógio, não passa [...]* (S143)

*[...] Eu tenho muito medo de agulha, sou muito medroso, entendeu? [...] quando ela veio me ligar, eu até viro o rosto [...]* (S136)

*[...] A gente fica tranquilo, você pode dormir [...]* (S129)

#### **Informativa/cognitiva**

*[...] eu não faço o que eles fazem, mas eu vejo o que eles fazem. Eu sei o que eles estão fazendo [...]* (S113)

*Aqui é muito! Você piscou o olho, eles vão lá e lavam a mão. Virou as costas eles vão e lavam a mão.* (S123)

*[...] Você vê que eles (enfermeiros) entendem realmente. São pessoas que estão sempre em busca de conhecimento [...]* (S143)

#### **Valorativa**

*[...] o tratamento aqui é tudo com dignidade, tem dignidade mesmo, respeito pela gente.* (S001)

*Aqui eu posso dizer que são muito compreensivos. Igual, você fala e eles te ouvem, você dá opinião e ele te ouvem [...]* (S106)

*O que a gente precisa eles fazem na hora, entendeu? Precisou, na hora. Isso é muito positivo [...]* (S126)

#### **Objetiva**

*A gente passa a ser que nem uma família.* (S011)

*[...] Ai abaixava a pressão, cai e eu não via. Ai pegava, me botava soro e eu voltava ao normal. Eu não faço nada.* (S134)

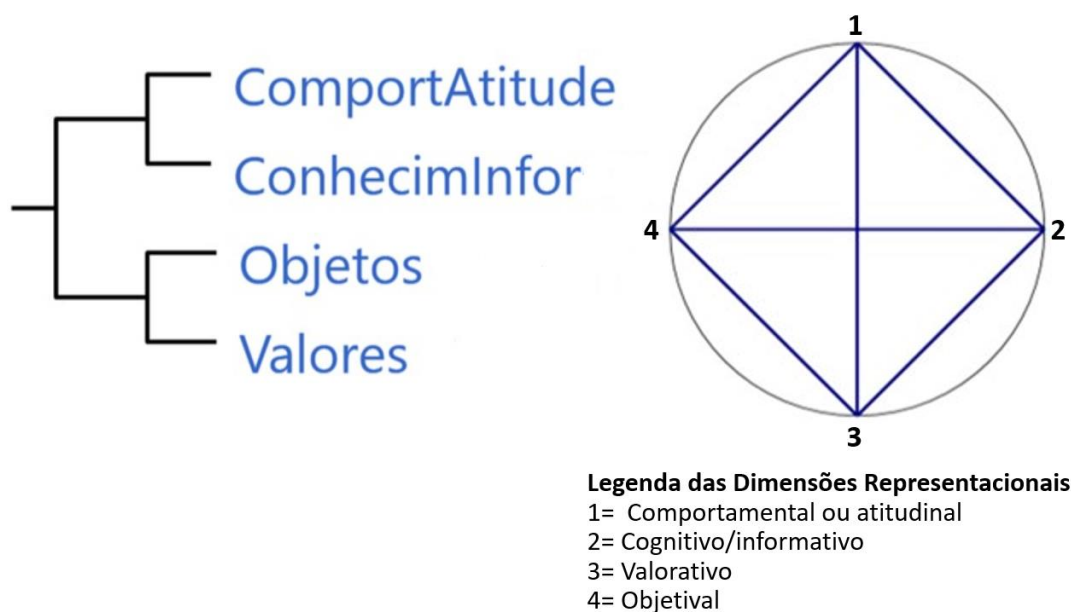
*[...] Vim aqui pra mim não é tão ruim. O problema é as agulhadas.* (S113)

*[...] eu tomo dez remédios por dia; dia sim, dia não. Se eu fizer o transplante, vou tomar o dobro de remédio...* (S135)

Essas dimensões representacionais estão apresentadas na **Figura 18** por meio de dendograma e gráfico de círculo.

**Figura 18:** Dendograma e gráfico de círculo para retratar as dimensões representacionais das pessoas em hemodiálise para o cuidado de enfermagem (n= 143). Juiz de Fora, Junho/2018.

**Nós em cluster por similaridade de palavra**



Fonte: Programa NVivo Pro11.

No que tange às dimensões representacionais obtidas a partir dos discursos dos participantes nas entrevistas individuais realizadas pela abordagem processual da Teoria das RSs, inicialmente se abordará a **dimensão comportamental/atitudinal**. Seu conteúdo versou sobre o cuidado de uma pessoa que lida com a doença renal e seu tratamento; a relação interpessoal com equipe e colegas; relações de ajuda; as dificuldades identificadas; e o empoderamento da doença e esses conteúdos podem ser exemplificados com os seguintes fragmentos de discursos:

*Eu fiquei falando do braço que eu tinha. Gastei antibiótico, gastei pomada, paguei quinhentos reais (S66)*

*Eu não entendo porcaria nenhuma, então quem mexe com o trem (cateter) pra mim é bom. (S84)*

*Eu acho que aqui é um ambiente de tranquilizar não de ficar de uma algazarra danada. (S97)*

*Aqui não tem a pessoa que não posso nem olhar na cara dela, não tem isso, entendeu? (S97)*

*Graças a Deus, dá pra levar numa boa! (S101)*

*[...] se seguir direitinho, dá pra empurrar muito tempo. (S103)*

*Pela forma que a pessoa conversa com você, ela acaba convencendo (a fazer HD), né?(S106)*

*[...] Muita coisa, é experiência que você pega. (S106)*

*A gente percebe, só que eu não reclamo, porque eu não quero. Se for alguma coisa que vai me prejudicar naquele momento, eu falo. Com certeza. (S113)*

*Eu tenho amizade com todo mundo, graças a Deus! Faço amizade com todos (S116)*

*Desde que eu descobri isso, eu regulo as máquinas (S120)*

*Eu gostava até de uma dona que ficava do meu lado aqui tadinha, passava mal. Avisava as enfermeiras, elas vinham, ela tá aí até hoje (S124)*

*A gente só aprende com os amigos, né? Pergunto, pergunto muito! (S129)*

*A gente fica tranquilo, você pode dormir (S129)*

*Assim, é uma responsabilidade nossa (ter atenção), mas é importante que vocês se envolvam, tenham essa atenção também, né? (S129)*



*Eu tenho muito medo de agulha, sou muito medroso, entendeu? [...] quando ela veio me ligar, eu até viro o rosto (S136)*

*Eu não gosto de olhar pro relógio, se você fica olhando pro relógio, não passa [...] (S143)*

*Lá em Belo Horizonte, não tinha biombo. Falei: "então vou ter que improvisar pra não me desligar". Cortei uma garrafa dessa PET [...] (S143)*

O enfrentamento das ações terapêuticas e da doença renal pelas pessoas em HD remete ao tempo dedicado ao tratamento, aos comportamentos que adotam ao lidarem com a doença e às mudanças necessárias a serem feitas no estilo de vida para atendimento das recomendações terapêuticas.

Com base nas reações psíquicas frente à experiência de lidar com um diagnóstico de doença terminal, ao trazerem à tona a proximidade com a morte, Kübler-Ross descreveram os cinco estágios por que passa uma pessoa quando se reconhece nessa situação, a saber: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Esses são os mecanismos de defesa que exprimem dimensões de respostas humanas diante de doenças capazes de ameaçar e impactar o ego a ponto de despertarem nas pessoas o protesto ou a inconformação de se reconhecerem nessa situação<sup>103</sup>.

Para exemplificar sua expressão, foi possível identificar as reivindicações de um participante, quando ele menciona que: *“Vocês podem ser muito boas como enfermeiras, como profissional, mas eu sou muito bom como paciente” (S120)*. Nesse relato, o participante traz para a centralidade de sua perspectiva seu tratamento, retratando um mecanismo de empoderamento diante da doença, o que o faz reivindicar, ser escutado em suas necessidades. Ele acrescentou: *“Vocês sabem o que estão fazendo, mas eu sei o que eu estou sentindo [...] O profissional tem que ouvir o paciente. O profissional acha que você é o paciente e não tem direito a falar, a entender, a argumentar, a perguntar [...]” (S120)*. Outro exemplo de mecanismo de defesa foi citado pelo próprio participante: *“A gente pode até pensar que alguém tem culpa de nós estarmos enfermos” (S90)*.

Estudo quantitativo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais identificou que as principais dificuldades referidas para a adaptação ao tratamento hemodialítico foram: a limitação ao lazer (100%), aceitação da doença (90%), influência interpessoal com os profissionais (80%) e a restrição hídrica (76,6%). Destaca-se que as pessoas em tratamento revelam buscar meios de adaptação do estilo de vida anteriormente adotado para uma nova proposta que seja capaz de lhe garantir a sobrevivência<sup>137</sup>.

O processo de lidar com a doença renal e a modalidade de tratamento fazem com que as pessoas em hemodiálise modifiquem a forma como lidam com as ações terapêuticas. Isso é

destacado na avaliação que fazem de como agiam e como agem na ocasião em que foram entrevistados.

*Com o passar do tempo, começamos a conversar. (S44)*

*Eu sou muito calado, eu sento aqui e faço minha hemodiálise. (S94)*

Na **dimensão informativa/cognitiva**, foi possível identificar os seguintes conteúdos mencionados pelas pessoas em hemodiálise: equipe de enfermagem; suas funções e condutas; atenção à saúde e a equipe multiprofissional; autocuidado e autoconhecimento; doença e tratamento e intercorrência e suas manifestações.

A respeito da equipe de enfermagem, suas funções e condutas, os conteúdos da dimensão informativa/cognitiva estão exemplificados nos seguintes fragmentos de discursos:

*O que eles podem fazer eles fazem, que é dar o remédio. (S48)*

*[...] Se eu não tivesse lá, eu não ia aguentar não, porque a falta de ar é muito. É tipo assim: é como se alguém tivesse me cortando! Ai eles enfiaram uma borracha aqui e colocaram o oxigênio, então, através disso daí, que me ajudou. (S52)*

*Os cuidados, igual duas vezes me deu uma bactéria, eles correram e cortou na hora! Muito bom. (S66)*

*Se a gente tiver meio sonolento assim, elas vêm perguntar se a gente tá sentindo alguma coisa [...]. (S100)*

*O mês passado, em casa, liguei pra aqui, o médico mandou eu vim. Cheguei aqui e já me internaram. Eles dão toda assistência! (S136)*

*Atenção quanto maior, melhor, né? É aquilo que te falei: porque o paciente tá ligado aqui. Pra dar um piti, acabou (S113)*

*Mas todos eles são, nem todos eles são iguais, mas pelo menos o atendimento é [...]. (S122)*

*Foi orientação daqui. A gente teve, teve outras reuniões e os enfermeiros aí orientavam a gente como que era, né (a HD)? [...]. (S136)*

*Os estagiários aqui tudo tem um limite, já entra, já começa a olhar, depois de não sei quanto tempo que eles começam medir pressão, eles não ficam de cara, mesmo os que sabendo não ficando mexendo com a gente, porque pode acontecer um erro, um fica nervoso alguma coisa assim, né? [...] Os enfermeiros, eles têm um conhecimento geral, então eles tão sempre atualizando a gente de tudo, conversando, explicando, tirando nossas dúvidas. Fora o médico, que aqui, o médico passa todo dia [...]. (S143)*

A respeito do conteúdo “atenção à saúde e a equipe multiprofissional”, os seguintes fragmentos de discursos o exemplificam:

*As médicas são boas. Eu acho que aqui o pessoal cumpre com o que vai fazer. (S83)*

*A partir do momento que entra dentro da clínica, você é responsabilidade da clínica. (S119)*

*Independente de ter o plano ou o quesito assim, ou não, o tratamento é o mesmo. [...] Você Você vê aqui. A gente tem atendimento com o nutricionista. Eu acho que aqui, o que faltou aqui é o que a gente tinha lá na outra clínica. Era a fisioterapia. (S143)*

Foi possível identificar que, ao falar sobre o cuidado de enfermagem, as pessoas em hemodiálise também falam de outras condutas terapêuticas e se referem às categorias profissionais que as executam dentro da equipe de saúde.

Ao mencionarem o autocuidado e o autoconhecimento, são descritas a forma como os participantes se apropriaram das informações que os protegem, as lacunas de conhecimentos que possuem, as consequências de seus equívocos ou da não adesão às recomendações terapêuticas, as consequências de mudanças abruptas na conduta terapêutica. Eles as detalham numa linguagem peculiar ao modo como compreenderam um procedimento ou prescrição profissional. Tais conteúdos podem ser exemplificados pelos fragmentos de discursos a seguir:

*Já era, infeccionou!. Assim que eu fiz ela (fistula), tava dando assim uns 15 dias e a culpa foi minha porque eu usei uma gaze suja [...] (S113)*  
*Incomoda pra dormir, né? Não posso deitar no braço. Não posso deitar por cima dele [...] (S118)*  
*[...] aí eu falei: “Oh moça! Eu não aguento 350 de fluxo. Costumo fazer com fluxo de 250”. Ah!, mas não tem jeito. Eu tenho que fazer o que tá prescrito. Moral da história, eu fiz a hemodiálise e eu quase morri, quase morri, quase morri de tanto passar mal [...] (S120)*  
*Só quando eu chego, assim, pesadinha, né? Que é só na segunda-feira, tá? Não é sempre! [...] (S127)*  
*A gente tem que ficar mais tempo, né? (referiu-se à compressão da FAV após uso) pondo uma gaze assim (mostra como faz); dessa grossura assim e um tanto assim, pra colocar por cima pra segurar. Aí vai indo passa (referiu-se ao processo de estancamento do sangramento e coagulação). Aí para de vaziar. Tô acostumado! Ela é forte demais (fistula). (S128)*

Para o conteúdo referente à doença e ao tratamento, as pessoas em hemodiálise exemplificaram as informações e conhecimentos que possuem justificando seus comportamentos e impressões e retratando as impressões que possuem e/ou a que têm acesso no processo de tratamento. Tais esclarecimentos constam nos relatos a seguir:

*Não pode pesar muito porque o coração não aguenta, aí tem que controlar o peso. (S006)*  
*Cada um de nós, a partir do momento que ficamos enfermos, nós ficamos bem chatinhos, bem exigentes. A gente pode até pensar que alguém tem culpa de nós estarmos enfermos. (S90)*  
*Por onde o sangue passa, como que funciona a máquina e tal, mas esses detalhes não é informado a nenhum de nós, sabe? (S129)*  
*Ouvi dizer que: quem faz transplante não pode comer qualquer coisa não. (S135)*

As intercorrências e suas manifestações foram conteúdos mencionados e estão exemplificados pelos relatos a seguir:

*[...] primeiro sintoma que eu sinto é câimbra, então começou a dar câimbra, a gente, já tô chamando. (S41)*  
*[...] quando a pressão abaixa, a pessoa apaga, né? Aí é uma correria pra poder socorrer, pra poder voltar a pessoa. (S57)*  
*[...] a minha pressão é mais emocional, se eu tiver emocionada ela vai mesmo, sobe que é uma beleza [...] (S112)*

Estudo delineado na abordagem etnográfica retratou as percepções e as experiências de 117 pessoas em HD e evidenciou os conhecimentos detalhados sobre o tratamento, o convívio com a doença e as estratégias adotadas para lidar com o enfrentamento da situação<sup>138</sup>. Outra

investigação, realizada no Estado do Rio de Janeiro, com abordagem convergente-assistencial corroborou os achados e identificou que a construção e reconstrução de saberes e práticas relacionados aos cuidados específicos da doença e do tratamento se articulam entre experiências pessoais e conhecimentos científicos, captados por ações educativas, proporcionando que a pessoa seja protagonista do cuidado<sup>139</sup>.

Na **dimensão valorativa**, emergiram os seguintes conteúdos: valoração da equipe de enfermagem por critérios pessoais; avaliação do cuidado recebido; e a enfermagem no contexto da equipe multiprofissional. A respeito do conteúdo “valoração da equipe de enfermagem por critérios pessoais”, foram identificados os seguintes fragmentos de discursos que o exemplificam:

*[...] o tratamento aqui é tudo com dignidade, tem dignidade mesmo, respeito pela gente. (S001)*  
*Aqui eu posso dizer que são muito compreensivos. Igual, você fala e eles te ouvem, você dá opinião e eles te ouvem [...] (S106)*  
*Eles preocupam com a gente, sabe? Se não fosse isso, eu acho de mim mesma, que nem tava aqui. (S109)*  
*Coisa boa é a festa. Tinha um tanto de coisa, dança boa, tirar retrato. É muito bom. (S110)*  
*Nossa, (o cuidado aqui é) muito bom! Minha família, irmã, tia. (S14)*  
*Podiam dar um pouco de otimismo pra gente nessa situação. (S119)*  
*O que a gente precisa eles fazem na hora, entendeu? Precisou, na hora. Isso é muito positivo [...] (S126)*  
*[...] minha mãe fazia aqui também, né? (S127)*  
*Eu tenho noção é que eu sou bem atendido e me é útil. Isso que me importa [...] (S133)*  
*[...] Melhor que eles fazem não tem jeito. Só se eles carregarem a gente no colo! [...] (S135)*  
*O relacionamento é muito bom! Ajuda a gente aceitar, né? Não é fácil não [...] (S136)*  
*[...] quando muda, a gente sente um pouquinho de saudade, mas eles vêm sempre aqui visitar a gente. (S138)*  
*[...] Tem meninas aqui que eu saio com elas pra, pra encontro na rua... Fora daqui! Viraram amiga! (S141)*  
*Eu acho que ela dedica mais um pouquinho porque ela não é católica. (S143)*  
*Cria uma relação. Existe um lado de lá e outro de cá [...] (S143)*

Estudo de abordagem quantitativa realizado na Paraíba que objetivou identificar os papéis desenvolvidos pela enfermagem em um centro de hemodiálise observou que os profissionais da equipe de enfermagem compreendem o cuidar de forma tecnicista, mas enxergam o usuário de forma integral. Destaca-se que a construção de vínculos afetivos qualificou a assistência prestada<sup>140</sup>.

Quanto ao conteúdo “avaliação do cuidado recebido”, foram identificados os seguintes fragmentos de discursos que o exemplificam:

*O cuidado é dez. Esse não têm como. Se tiver nota maior, é essa mesmo [...] (S001)*  
*O pessoal cuida bem. Dão muita atenção, eu não tenho nada a reclamar! (S012)*  
*Eu falo que nem é nota dez, é nota mil! (S012)*  
*Não tenho nada a reclamar. Muito bom. (S034)*  
*Nossa! Falta pouco pra carregar a gente no colo. Tudo aqui pra mim é show! Tem nada ruim, é cem por cento de um cuidado que eu nem sabia que ia ter nesse planeta Terra. (S102)*

*O cuidado é bom e são nota dez, nota cem, não reclamo deles, entendeu? É bem atendido [...] (S110)*  
*O cuidado é ótimo. Satisfaz todo mundo. (S118)*  
*Todo mundo atende muito bem, não deixa a desejar. (S122)*  
*O cuidado é de excelência. Não tenho nada a reclamar, de nada. Vendo as possibilidades do Sistema Único de Saúde, esse quesito é de excelência. (S123)*  
*O cuidado aqui é muito bom, o pessoal cuida muito bem da gente. [...] Não posso reclamar de ninguém. (S125)*  
*[...] Todos me tratam bem! (S128)*  
*Tem gente que nasce pra isso, né? [...] Tem gente que nasce pra enfermagem [...] (S129)*  
*[...] Cada um tem o seu caráter profissional, e pra mim é bom! Eu não posso me queixar [...] (S133)*  
*[...] tratam com educação, é nota 10! [...] (S137)*  
*[...] aqui tá sendo maravilhoso, não tem que melhorar nada não. (S139)*

A avaliação do cuidado é evidenciada na literatura como aspecto subjetivo relacionado com a sensação de bem-estar. A interação e a sociabilidade são fatores que favorecem a estabilização do indivíduo no contexto e acarretam a avaliação positiva do ambiente, cenário e pessoas<sup>141</sup>.

No que concerne ao conteúdo “enfermagem no contexto da equipe multiprofissional”, foram identificados os seguintes fragmentos de discursos que o exemplificam:

*Ninguém é melhor do que ninguém, é a vida, né? (S104)*  
*Até os meninos, os faxineiros ali são gente boa. Muito bons! (S109)*  
*Qualquer plantão que eu vier eu não tenho nada do que reclamar, eles me tratam muito bem. A alegria deles que contagia a gente, né? [...] (S112)*  
*Muito bom o cuidado daqui. De toda a equipe. Acho que é o jeito que elas tratam. É muito carinhosa, não é uma nem outra, são todas elas. (S114)*  
*São todos bons, trata a gente muito bem. (S114)*  
*Tanto eles (enfermeiros), até o pessoal da faxina, são tudo gente boa. (S021)*

A Enfermagem, no contexto da equipe multiprofissional, destaca-se pelo acompanhamento contínuo e pela proximidade com as pessoas durante as sessões de HD. Estudo de abordagem qualitativa realizado em um município do Rio de Janeiro identificou e avaliou a influência do comportamento na interação e no cuidado prestado pela equipe de enfermagem e revelou que a relação entre o profissional e o cliente vai além da comunicação verbal. A percepção e os sentidos são fatores desenvolvidos pela proximidade e interação e são utilizados pela equipe de enfermagem, mesmo que de forma inconsciente, durante o processo de trabalho. Esse fato é evidenciado pela habilidade em reconhecer expressões de dor, manejo do tratamento, identificação precoce de complicações e percepção de como os problemas sociais ou familiares podem repercutir no enfrentamento da doença e do tratamento e serem percebidos pela equipe a tempo de favorecer a individualização da assistência<sup>142</sup>.

Na dimensão objetival, o conteúdo das representações foi retratado por pessoas e objetos. Entre as pessoas, foram mencionados membros da equipe de saúde e entre os objetos foram identificados: fístula, agulha, máquina, medicamentos/remédios, pressão, cateter, hóstia, cadeiras, café e ambulância.

Para exemplificar as pessoas que foram objetivadas, constam, a seguir, fragmentos de discursos:

*A gente passa a ser que nem uma família. (S011)*  
*As enfermeiras aqui não posso reclamar de nada, são uma família. (S015)*  
*São muito, muito boas. Educados, trata a gente muito bem. Não tem uma nem a outra, são todas iguais. Elas cuidam direitinho. (S015)*  
*Como eu sou mais velho, eu falo que são meus filhos, meus sobrinhos. É assim que eu trato [...] (S026)*  
*[...] Medem a pressão da gente, se passar mal, eles vêm... pedem remédio a enfermeira [...] O pessoal sente câimbra, eles vem, jogam álcool, levantam as pernas [...] (S027)*  
*Qualquer coisa que você passa mal eles vêm correndo na hora, dão assistência na hora. Então, eu gosto. (S030)*  
*Me tratam bem (técnicas de enfermagem), procuram saber como que eu tô, se eu tô me sentindo bem ou se eu não tô. (S33)*  
*Os enfermeiros são dez. Eles também são muito atenciosos com a gente, né? Você tá com um problema, eles te perguntam o que tá acontecendo, né? Quem sabe, aí tenta ajudar, né? (S036)*  
*É a família da gente... Nossa mãe! (044)*  
*Cuidado? Essas meninas são demais, menina! Essas meninas são sem comentários [...] (S081)*  
*O cuidado é bom, se a gente precisar das meninas, a gente chama e elas vêm, sabe? (S083)*  
*[...] eles são igual os lá de casa (família). É melhor do que família, porque família enche o saco. (risos). Graças a Deus! (S098)*  
*[...] todos os médicos pra mim são iguais [...] (S106)*  
*Cuidado aqui dos enfermeiros, os técnicos é excelente, dos médicos também. Dos funcionários, todos os funcionários. São ótimos, qualquer coisa que qualquer um puder te ajudar, te ajuda. (S115)*  
*[...] Os médicos atendem com muita atenção. (S117)*  
*As meninas da enfermagem, o pessoal... meu marido também trabalha aqui, tá? [...] (S127)*  
*As enfermeiras chefe, os médicos. Todo mundo! (S127)*  
*A gente já conhece eles, não tem muita diferença não, eles pegam o braço da gente tranquilo. (S128)*  
*Aqui toda hora eles olham a pressão pra ver como que tá, as moças tão aí pra resolver os casos. (S128)*  
*Bom é que sempre que a gente faz aniversário, eles cantam parabéns, isso é bom! (S132)*  
*[...] Aí abaixava a pressão cai e eu não via. Aí pegava, me botava soro e eu voltava ao normal. Eu não faço nada. (S134)*  
*Não tem nada de reclamar não, médico, enfermeiro, enfermeira, os outros também que estão por aí, pessoal da limpeza e tudo. (S138)*  
*[...] pessoal da portaria sempre muito atencioso, os enfermeiros mesmos, chefes, eles procuram te dar um apoio. (S140)*  
*Isso aí minha filha é, como dizem as meninas, é da nefro pra vida! Porque a gente, realmente, cria uma amizade muito bacana com elas. (S141)*  
*Tratam bem! É a convivência com eles aí tudo! Ah, pra melhorar só se não fazer mais (hemodiálise), né? Ficar bem, e não fazer mais, né?! É o transplante, né? (S142)*

Estudo reflexivo que buscou compreender a transição entre o processo saúde-doença de pessoas em tratamento hemodialítico evidenciou que, durante o período inicial da doença, as

peessoas expressam o sentimento de solidão. Essa etapa retrata o aprendizado e adaptação para lidar com a doença e o apoio divino revela a utilização de mecanismos de suporte para o enfrentamento da situação e conflitos vivenciados<sup>143</sup>.

Os objetos representados puderam ser exemplificados pelos seguintes fragmentos de discursos:

*Os remédios que você toma que num tá adiantando e não é culpa deles. Eles põe o nome do remédio pra você tomar e coisa, mas você não vê, boba, você não vê remédio amargo, não vê, né? É farinha de trigo com água. (S008)*

*Quando vai colocar a fistula, a agulha na gente, toma maior cuidado, né? (S041)*

*[...] eles abrem direitinho, fecham direitinho (cateter). (S048)*

*[...] Quando vem uma pessoa toda sexta-feira dar a hóstia pra gente, isso é bonito! (S051)*

*Eu tô aqui fazendo, aí, daqui a pouco, vão me levar. A ambulância me leva. Essa ambulância eu pago ela! (S055)*

*[...] Se eu for fazer pelo particular (hemodiálise), lá pelo lado onde eu moro, cada sessão de hemodiálise é quinhentos reais, aí três vezes na semana ia dar mil e quinhentos. (S066)*

*Eles cuidam muito bem da gente. Assim em todo o tratamento, né? Se precisar de remédio, eles dão remédio. (S074)*

*O que me incomoda é a comodidade, porque a idade da gente nessas cadeiras dá muita dor nas costas pra mim. (S079)*

*A gente vai chegando aqui senta e depois eles pesa a gente, mede, entendeu? (S088)*

*Tem uma que, de vez em quando, ela chega aqui não é nem dessa área, tava na pesagem, verifica a pressão. (S090)*

*[...] eles cuidam bem da gente, toda hora tá com aparelho na gente. Mede a pressão, eles são cuidadosos. (S96)*

*[...] porque tem que olhar ela e tem umas moças que não olha ela. A mulher ranca o treco (cateter). (S097)*

*[...] Vim aqui pra mim não é tão ruim. O problema são as agulhadas. Hoje é ela, amanhã é outra, depois é outra. Ninguém é igual a ninguém. É aquilo que eu tava te falando. Acaba com qualquer cidadão. (S113)*

*[...] Teve o negócio da pressão e eu já tratava com ele há muito tempo. Ah! Eu acho que sim. Eu ia sempre na consulta. Aí depois eu só tomava remédio. (S117)*

*Medicamento é o mesmo, e, dependendo, o SUS paga até melhor a medicação do que o plano. (S123)*

*Eu já vi situação, em um lugar só que eu fui, no norte do país, não, nordeste do país. Lá é horrível. Eu fiquei até com medo de colocar a agulha no braço. Imagina! Pra você ver! (S123)*

*Aqui é bom, serve um cafezinho muito bom com pãozinho. Muita gente sai de casa não toma um café, não come um pão. Aqui eles servem um café, um pão, tem bebedor pra todo lado, gelado [...] (S125)*

*É tão boa (a fistula) que ela... chegar ali na rampa tem que voltar porque suja de sangue, o sangue começa a pingar... Tem que voltar! (S128)*

*Vai colocar agulha aí, as enfermeiras são muito carinhosa, mas eu sinto uma dor terrível. (S136)*

*Prefiro a fistula, prefiro a fistula! O Cateter pra tomar banho, pra todo mundo ficar vendo que você tem cateter, isso é ruim... E os cuidados são difíceis! (S140)*

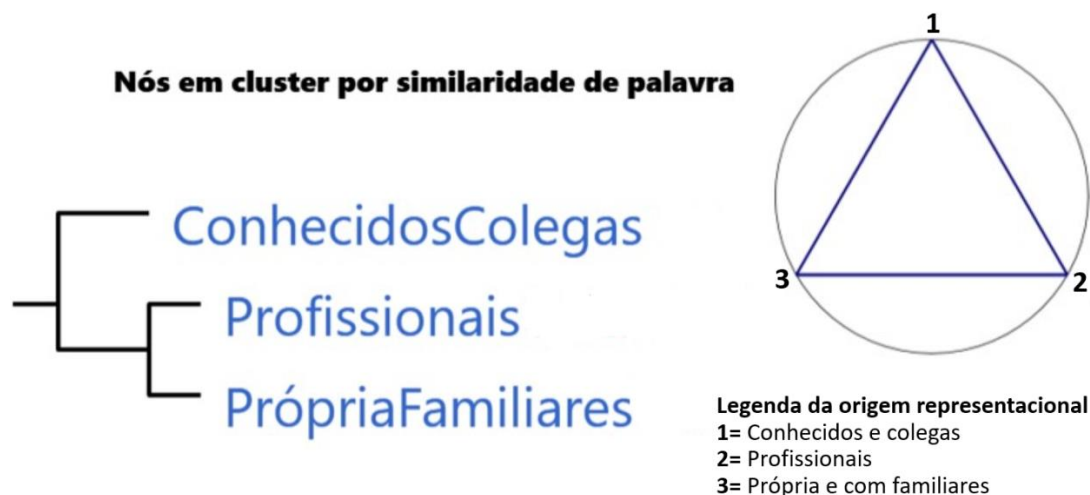
*[...] porque aí o remédio é mais coisa, né?! Mais... É, não assim, tem que tomar ele mesmo todo dia, né? Senão fica ruim, falam. (S142)*

Os cognemas identificados como objetos no contexto da HD corroboram os achados de estudo realizado no município de Curitiba com abordagem estrutural das RSs que utilizou o termo indutor “cuidado com a saúde” e identificou os cognemas “medicamentos”, “controle-pressão”,

entre outros. Fato que reflete aspectos do cuidado como submissão, regras e limitações decorrentes do contexto da doença e do tratamento<sup>144</sup>.

Para abordar a origem das construções simbólicas, foram identificadas as experiências próprias e oriundas do contato com familiares, as advindas do contato com profissionais e pelo contato com conhecidos e colegas (**Figura 19**).

**Figura 19:** Dendograma e gráfico de círculo sobre a origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre cuidado de enfermagem. Juiz de Fora, Junho/2018.



Fonte: Programa NVivo Pro11

**A origem das construções simbólicas advindas de experiências próprias e oriundas do contato com familiares** pode ser exemplificada pelos seguintes fragmentos de discurso das pessoas em HD:

*[...] tem que controlar o peso! Aí eu tento me controlar. (S006)*

*O cuidado da minha filha é o melhor, muito bom. (S007)*

*Ah! O que mais me incomoda é privar o líquido, de comer certas coisas, entendeu? De ir no churrasco, por exemplo, tomar bastante cerveja, comer bastante carne. (S048)*

*[...] se eu adoecer, meu filho, há pouco tempo, eu tive bem doente, na mesma hora, eles juntam todo mundo. Meu filho me trouxe pro hospital. (S049)*

*Lá em casa, eles fazem churrasco, de vez em quando. Eu não como sempre não, domingo. Eu participo com eles, mas é tomando uma água mineral, gosto muito de tomar água com gás, pouquinho. Fiscalizado pela minha mulher. Ela controla! (S103)*

*[...] eu tomo no almoço meio copinho (Coca-cola) e ali automaticamente seu organismo vai acostumando, tanto que eu termino meu almoço e meu esposo pergunta se eu quero mais, e eu não quero. (S106)*

*Eu não gosto de dialisar dois dias seguidos, eu sou muito fraca nesse ponto de máquina. Eu sou muito fraca! (S106)*

*Tava com minha esposa. Tinha saído, tava esperando o ônibus. Aí ela foi e conseguiu (um banco), mastinha que ser um banco mais baixo, aí eu acabei caindo. Ela me segurou, claro. Fez uma força danada mais segurou 90 quilos. (S118)*

*Não posso deitar no braço, não posso deitar por cima dele. Eu não posso virar, tem que ter cuidado, não posso sair dessa posição aqui. Não pode, né? Se não pode sangrar. (S118)*

*[...] eu seguro assim (a fistula) com uma mão e vou embora. Chego lá em casa, eu dou uns tempo lá, aí ela vai e para. (S128)*

*Quando vou tomar insulina, eu mesmo aplico a insulina na barriga. (S136)*



*A alimentação eu controlo sim! Assim, tem uma parte do dia que ela fica bem alta (glicose) aí outras nem tanto, depende muito do horário, depende muito do que eu como. (S140)  
Só feijoada que eu não como mais, né? Porque eu comia muito também. De vez em quando, que eu como uma feijoada. Consigo evitar. (S142)*

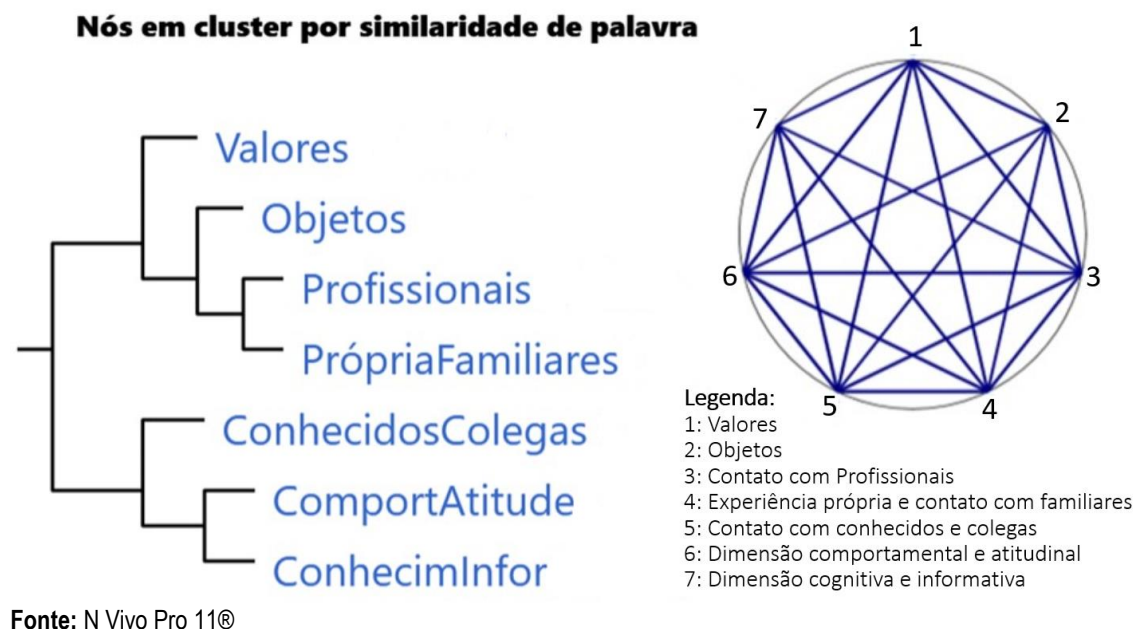
**A origem das construções simbólicas advindas do contato com os profissionais**  
pode ser exemplificada pelos seguintes fragmentos de discurso das pessoas em HD:

*As meninas são muito boas. Doutora Fulana é uma pessoa formidável. (S001)  
Não tenho que reclamar de ninguém aqui. Satisfazem. Se eu precisar, toda hora elas vêm. (S100)  
Muito legal aí desde a limpeza até as enfermeira chefe. (S103)  
Os tratamentos são iguais. Não tem como falar fulano é melhor que esse não, pra mim todos eles me tratam da mesma maneira, não só tratam a mim como todos os pacientes. (S106)  
Qualquer plantão que eu vier, eu não tenho nada do que reclamar, eles me tratam muito bem. (S112)  
Eu tive um período que minha pressão só ficava 20, 20, 20... e a equipe toda sempre muito preocupada com isso. (S112)  
O cuidado é bom, muito bom o cuidado daqui. De toda a equipe. (S114)  
Cuidado aqui dos enfermeiros, dos técnicos é excelente, dos médicos também. Dos funcionários, todos os funcionários são ótimos. (S115)  
Todo dia vem aqui olhando, perguntando se tá sentindo alguma, se precisa de alguma coisa. (S116)  
[...] Os médicos atendem com muita atenção. (S117)  
Eles vêm, vêm rápido, entendeu? [...] (S118)  
[...] são todos atenciosos e cuidadosos [...] (S119)  
[...] tão sempre atentas. Aqui é só a gente fazer um sinal assim com o dedo, eles já vêm. É bom. (S121)  
[...] nem todos eles são iguais, mas pelo menos o atendimento é. Não dá pra chatear não. (S121)  
O cuidado é de excelência. Não tenho nada a reclamar, de nada [...] (S123)  
Aqui é muito! Você piscou o olho, eles vão lá e lavam a mão. Virou as costas eles vão e lavam a mão. (S123)  
O cuidado aqui é muito bom, o pessoal cuida muito bem da gente. Todos [...] (S125)  
O que a gente precisa eles fazem na hora, entendeu? Precisou, na hora. Isso é muito positivo [...] (S126)  
[...] eles pegam o braço da gente tranquilo [...] (S128)  
A gente fica tranquilo, você pode dormir [...] (S129)  
Aqui eles cuidam da gente o máximo que podem. (S013)  
Aqui toda hora eles olham a pressão pra ver como que tá, as moças tão aí pra resolver os casos. (S131)  
Ah, bom é que sempre que a gente faz aniversário, eles cantam parabéns, isso é bom! (S132)  
O interessante é que eu sou bem atendido. O atendimento é ótimo. (S133)  
Não sinto falta de outras necessidades que eles deixam a desejar não. (S133)  
Melhor que eles faz não tem jeito. Só se eles carregarem a gente no colo! [...] (S135)  
Tudo que a gente precisa as meninas trazem, é... às vezes, se sentir mal... o mês passado em casa, liguei pra aqui, o médico mandou eu vim, cheguei aqui já me internaram, eles dão toda assistência. (S136)  
A equipe é muito boa. Sai bom, entra bom [...] eles fazem tudo pra gente. Eu acho, a minha parte o que eles fazem pra nós aqui, não tem outro que faça. Só Deus mesmo. (S137)*

**A origem das construções simbólicas decorrentes do contato com conhecidos e colegas**  
pode ser exemplificada pelos seguintes fragmentos de discurso das pessoas em HD:

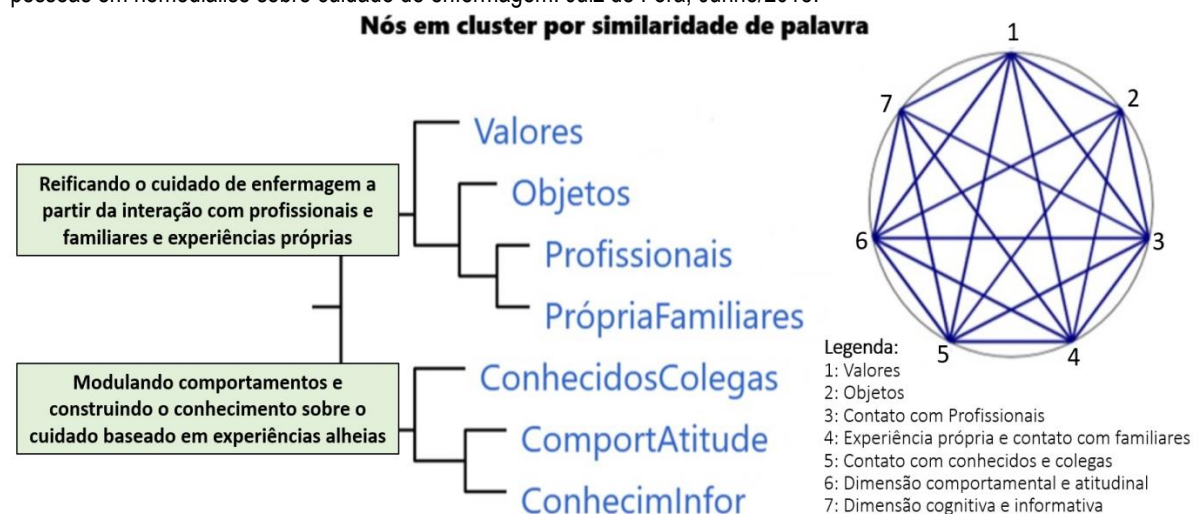
*Eu gostava até de uma dona que ficava do meu lado aqui tadinha, passava mal. Avisava as enfermeiras, elas vinham, ela tá aí até hoje. (S124)*  
*É, a gente só aprende com os amigos, né? Pergunto, pergunto muito! (S129)*  
*O parente mais próximo é o vizinho, porque seu parente tá lá em São Paulo. Seu vizinho tá colado na sua casa, liga pro resgate, liga pra alguém. (S052)*

**Figura 20:** Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre cuidado de enfermagem. Juiz de Fora, Junho/2018.



Na análise das dimensões representacionais e das origens das construções simbólicas, foi possível identificar duas categorias, a saber: 1) Reificando o cuidado de enfermagem a partir da interação com profissionais e familiares e experiências próprias e 2) Modulando comportamentos e construindo o conhecimento sobre o cuidado baseado em experiências alheias (Figura 21).

**Figura 21:** Dendograma e gráfico de círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas em hemodiálise sobre cuidado de enfermagem. Juiz de Fora, Junho/2018.



Na categoria “Reificando o cuidado de enfermagem a partir da interação com profissionais e familiares e experiências próprias”, constam como os participantes se aproximam e se apropriam do conhecimento científico, a ponto de repetirem, interpretarem o que lhes é informado, deduzirem consequências e implicações a partir da aproximação com o mundo reificado ou se considerarem no comando da situação terapêutica.

*Eu conversei com a médica pra ver se ela me dava uma bolsa de sangue, aí ela falou que vai ver, porque diz que deu um pouco abaixo o exame lá [...] porque, às vezes, eu acho que fica com pouco sangue e força. (S078)*

*[...] Muita coisa, é experiência que você pega. (S106)*

*Eu não faço o que eles fazem, mas eu vejo o que eles fazem. Eu sei o que eles estão fazendo [...] (S113)*

*Minha filha mesmo falou. Minha filha tá fazendo medicina, né? Ela tá acompanhando o transplante pra mim em casa. Tava me explicando que eu ainda sou novo, a vó tá boa pra fazer. (S118)*

*[...] eu regulo as máquinas. Eles perguntam “Fulano: Quanto vai colocar?” Eu que regulo. Eu que estabeleço! (S120)*

*A gente tem que ficar mais tempo, né? Pondo uma gaze assim, dessa grossura assim, um tanto assim, pra por cima pra segurar, aí vai indo passa, aí para de vazar. Tô acostumado! Ela é forte demais (fistula). (S128)*

*Aí a primeira coisa que eu faço quando eu tô na rua, é sentar, tentar colocar as pernas pra cima e comer um doce! Ai você tenta resolver tudo de uma vez. (S141)*

Estudo randomizado-controlado com 119 pessoas norte-americanas em tratamento hemodialítico que avaliou a percepção da adesão terapêutica identificou que pessoas que se percebem no controle da situação e que acreditam que os resultados do tratamento e repercussões da doença são decorrentes de seus próprios comportamentos possuem adesão eficaz ao regime terapêutico, exercem a autonomia e a coparticipação do seu tratamento<sup>145</sup>.

Na categoria “Modulando comportamentos e construindo o conhecimento sobre o cuidado baseado em experiências alheias”, estão expressas condutas adotadas pelos participantes que os auxiliam a lidar com o tratamento técnico e que, por processo de repetição, vão progressivamente sendo incorporadas ao cotidiano do tratamento terapêutico. Essas concepções estão presentes nos seguintes fragmentos de discurso:

*[...] a gente só aprende com os amigos, né? Pergunto. Pergunto muito! (S129)*

*O pessoal sente câimbra, eles vêm, jogam álcool, levantam as pernas, eu nunca tive câimbra mas eu vejo com os outros pacientes. Se fosse eu, seria a mesma coisa. (S027)*

Estudo realizado em município do Mato Grosso com abordagem de campo que realizou uma Terapia Comunitária Integrativa com pessoas em HD e objetivou compreender a vivência delas em relação à doença e ao tratamento no cenário em que são inseridas refletiu sobre o cuidado e o elo desenvolvido entre as pessoas que compartilham os horários de hemodiálise. Esse

fato evidenciou que a interação entre o grupo influencia os conhecimentos e comportamentos individuais, sendo que o compartilhamento de espaços e conversas podem favorecer a construção de vínculo, a expressão de sentimentos, a permuta de experiências, o enfrentamento de dificuldades, reflexões sobre a doença e o tratamento, além de favorecer a adesão para ações terapêuticas<sup>146</sup>.

Por isso essa é uma ocasião que pode ser utilizada pela equipe de saúde para inserir processos educativos, aproveitando momentos informais para a introdução de conteúdos que possam favorecer a reflexão do grupo para comportamentos de resiliência. Estudo destacou que pessoas com DRC encontram dificuldades no tratamento hemodialítico devido a falta de conhecimento sobre a doença, seus sintomas e sobre o tratamento, e que o profissional enfermeiro, por estar presente em todas os momentos durante a HD, deve realizar ações educativas o mais precoce possível com vistas a promoção do bem-estar e a redução de complicações<sup>147</sup>.

A possibilidade de realização de intervenções em grupo pode promover o envolvimento da pessoa com o grupo, estimular o autocuidado e a corresponsabilização no tratamento, o que remete a relevância da inserção do profissional enfermeiro atuando na dimensões educativa do cuidado em saúde.

### 5.3 REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PELA EQUIPE

Foram identificados seis locais que continham registros de enfermagem, a saber: livros de ocorrência, livro de transfusões, livro de medicamentos controlados, livro da equipe multiprofissional, livro dos enfermeiros e folha de sala.

Nos **livros de ocorrência**, foram analisados os registros realizados no período e foram identificados: um registro no livro da sala um, nenhum nos das salas dois e três, e um no da sala quatro. Ambos eram referentes à avaliação de FAV e condutas realizadas. No **livro de transfusões**, havia dez registros realizados durante o período referentes às transfusões sanguíneas realizadas, checagens e intercorrências. No **livro de anotações de medicamentos controlados**, foram analisados 31 registros realizados sobre a administração e checagem de medicamentos.

Já no **livro destinado à equipe multiprofissional**, foram identificados 30 registros de comunicação e solicitações entre a equipe. No **livro de comunicação entre os enfermeiros**, o qual funciona como uma agenda, havia 166 registros. Destaca-se que essas anotações são

realizadas como “lembretes” para o dia, fato que justifica a não existência de horário em que foram realizados tais registros, nem assinatura e carimbo do profissional.

No que tange aos **registros em folhas de sala**, na primeira e segunda etapas metodológicas, foram analisados 871 e 184 registros de enfermagem que se referiam à assistência prestada a 221 e 45 pessoas em hemodiálise, respectivamente, durante uma semana de tratamento. Eles constituem foco de análise a seguir.

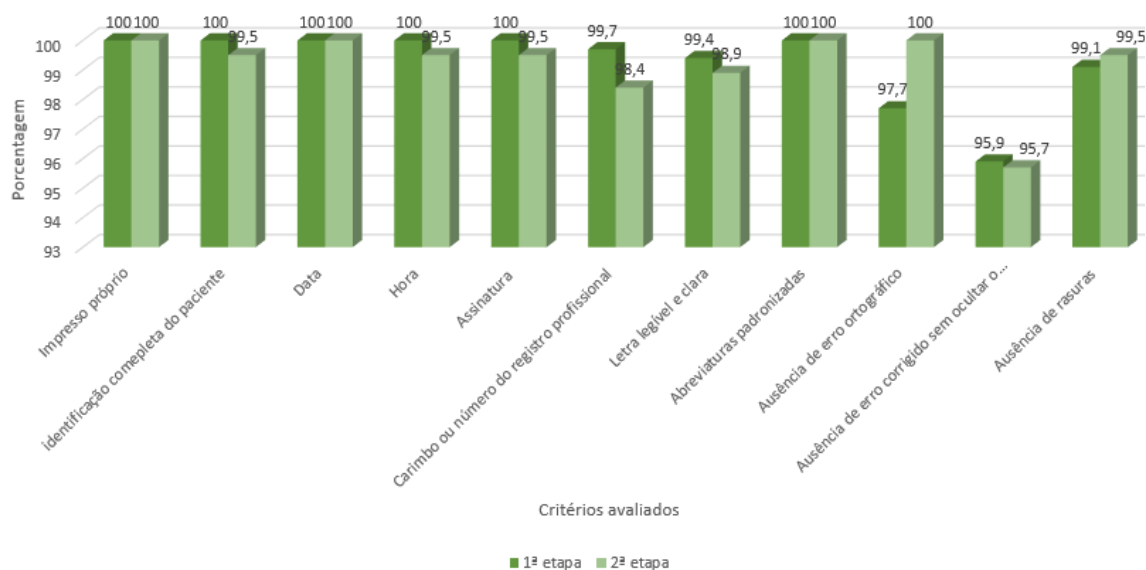
Em relação à categoria profissional, os técnicos de enfermagem foram os que mais registraram em ambas as etapas, com um total de 658 registros (75,5%) na primeira etapa e 131 registros na segunda etapa (71,2%), enquanto os enfermeiros tiveram 213 e 53 registros analisados (24,5% e 28,8%), respectivamente, em relação ao total.

Considerando que a equipe de enfermagem possui formação que varia do nível técnico ao superior, os registros realizados por ela possuem abrangências e profundidades diferenciadas de acordo com o perfil profissional. Nesse sentido, a evolução de enfermagem, enquanto atribuição a cargo privativo do enfermeiro, retrata registros mais complexos e baseados em uso de raciocínio clínico ao passo que as anotações de enfermagem ficam a cargo de técnicos e auxiliares de enfermagem<sup>17</sup>.

A equipe de enfermagem que atua no turno da manhã realizou na primeira e segunda etapas, 301 (34,6%) e 57 (31%) registros, a do turno vespertino 293 (33,6%) e 68 (37%) e a do noturno 277 (31,8%) e 59 (32,1%) registros, respectivamente.

Quanto aos aspectos éticos e legais dos registros (impresso próprio, identificação completa do usuário, data, hora, assinatura, carimbo ou número do registro profissional, letra legível e clara, abreviaturas padronizadas, erro ortográfico, erro corrigido sem ocultar o original e rasuras), os resultados estão apresentados no **Gráfico 1**.

**Gráfico 1:** Caracterização dos registros de enfermagem da 1ª e 2ª etapa, respectivamente segundo aspectos éticos e legais. Juiz de Fora, Junho/2018.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras

Os resultados obtidos evidenciam a adesão da equipe de enfermagem em relação à capacitação que foi realizada anteriormente à presente investigação e cujos dados corroboram a adesão da equipe para a incorporação de recomendações realizadas como resultados da referida investigação no que tange aos aspectos éticos e legais segundo a categoria de classe.

Estudos demonstram que a equipe de enfermagem refere a importância da realização correta dos registros, embora, na prática clínica, tenham sido identificadas incorreções. Entre as incorreções estão: presença de rasuras, ilegibilidade, siglas e abreviaturas não padronizadas e a ausência de assinatura e carimbo profissional, além de fatos que evidenciam conteúdos deficientes que não retratam o estado de saúde da pessoa e nem a assistência de enfermagem prestada<sup>86; 148; 149; 150; 151</sup>.

A caracterização da ocasião em que o registro foi realizado e o motivo que o gerou estão apresentados na **Tabela 9**.

**Tabela 9:** Caracterização da ocasião em que o registro foi realizado e motivo que o gerou na 1ª e 2ª etapa, de acordo com os 184 registros de enfermagem avaliados. Juiz de Fora, Junho/2018.

Variáveis (1ª etapa)			Variáveis (2ª etapa)		
	n	%		n	%
<b>Ocasião em que o registro foi realizado</b>			<b>Ocasião em que o registro foi realizado</b>		
Em hemodiálise	839	96,3	Em hemodiálise	178	96,7
Admissão	9	1	Outros	6	3,3
Outros	16	1,7	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
Consulta de enfermagem	3	0,4	<b>Motivo que gerou o registro</b>		
Administração de medicamento eventual	2	0,3	Rotina	167	90,8
Implante de cateter	2	0,3	Próprio	2	1,1
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	Rotina e próprio	13	7,1
<b>Motivo que gerou o registro</b>			Outros	2	1
Rotina	797	91,6	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
Próprio e demanda do enfermeiro	57	6,6			
Próprio	9	1			
Demanda do enfermeiro e/ou técnico	2	0,2			
Outros	6	0,6			
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>			

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

**Nota das autoras:** Na categoria outros, na ocasião em que o registro foi realizado, estão contemplados: correção de data, avaliação de FAV, realização de curativo em CDL e realização de primeira punção de FAV e prótese. Na categoria outros, no motivo que gerou o registro, estão contemplados: administração de antibiótico e retirada de CDL.

Os resultados demonstram que mais de 90% dos registros foram realizados durante as sessões de HD, sendo que menos de 5% deles retratam intercorrências ou demandas adicionais não previstas no escopo do instrumento. Isso equivale a dizer que há uma rotatividade baixa de novos casos que puderam ser aferidos a partir da existência do registro de admissão (1% e 0%, na primeira e segunda etapas respectivamente). A presença da consulta de enfermagem foi detectada pelos registros somente na primeira etapa (0,4%) e realizada com pessoas matriculadas no serviço que compareceram no período interdialítico. Houve também a realização de procedimentos durante as sessões de hemodiálise nos quais foram ministrados medicamentos adicionais à rotina institucional (0,3%) e a implantação de cateter pela equipe médica (0,3%), sendo que mais de 90% desses registros realizados na primeira e segunda etapa foram motivados pela rotina da instituição.

O perfil de ocasião e motivos que geraram os registros podem ser atribuídos à familiaridade e conhecimento da equipe com os usuários do serviço, à rotina de atendimento que envolve em média três contatos semanais e à organização institucional, que dispõe de um instrumento contendo espaço para acomodar os parâmetros clínicos peculiares ao tratamento e captar informações que permitem o acompanhamento da pessoa em tratamento de HD.

Os conteúdos retratados nos registros foram foco das informações que constam na **Tabela 10**.

**Tabela 10:** Caracterização dos registros na 1ª e 2ª etapa, segundo dimensões do cuidado, procedimentos técnicos e intercorrências. Juiz de Fora, Junho/2018.

<b>Variáveis (1ª etapa)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variáveis (2ª etapa)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dimensões do cuidado</b>			<b>Dimensões do cuidado</b>		
Assistencial	870	99,9	Assistencial	183	99,5
Gerencial	1	0,1	Gerencial	1	0,5
Educativa	-	-	Educativa	-	-
Investigativa	-	-	Investigativa	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Procedimento técnico</b>			<b>Procedimento técnico</b>		
Sim	860	98,7	Sim	182	98,9
Não	11	1,3	Não	2	1,1
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Tipos procedimentos técnicos</b>			<b>Tipos procedimento técnico</b>		
Rotina de HD	840	96,8	Rotina de HD	176	95,8
Rotina e intercorrência	19	2	Rotina e intercorrência	3	1,6
Rotina e retirada CDL	5	0,5	Outros	5	2,6
Outros	7	0,7	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Intercorrências</b>		
<b>Intercorrências</b>			Não	168	91,3
Não	742	85,2	Sim	16	8,7
Sim	129	14,8	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>			

Fonte: Elaborada pelas autoras

Nota das autores: Na categoria outros, constam: curativo e implante de CDL e confecção e curativo de FAV.

Na análise do conteúdo dos registros, constata-se que 99% deles abordam a dimensão assistencial do cuidado, descrevem a realização de procedimentos e retratam a rotina da HD, enquanto procedimento técnico.

Para orientar a documentação da situação de saúde de uma pessoa, seu tratamento e as respostas ao mesmo, o PE pode ser utilizado como instrumento, guia prático sistematizado em que é preservado o contexto processual e organizacional a partir do qual o cuidado se expressa<sup>17</sup>.

Considerando que o PE é um processo social intencional mediado pela linguagem, para que o PE possa ocorrer, torna-se necessário que a pessoa comunique (verbal e/ou não verbal) disponibilidade para interação, expressando-se ativamente e cooperando na identificação de suas necessidades de cuidado, além de direcionar as intervenções de enfermagem e coparticipar no regime terapêutico com vistas aos resultados esperados<sup>48</sup>.

Ao analisar o conteúdo dos registros, foi possível detectar que eles contêm variáveis predominantemente mensuráveis que retratam em parte e na totalidade as condições de (ins)estabilidade hemodinâmica e que permitem acompanhar e prever intercorrências clínicas, fato que está em acordo com as recomendações de vigilância e acompanhamento estrito de todo o processo que envolve a circulação extracorpórea, as situações e circunstâncias afins e de repercussão sobre a garantia da vida e do bem-estar.



Isso porque o PE tem como objetivo a resolução de problemas pela aplicação de uma abordagem lógica, padronizada e utilizando meios cientificamente comprovados e direcionados para as demandas (in)diretas de cuidados de enfermagem<sup>152</sup>.

As estratégias utilizadas pelo enfermeiro no exercício profissional pode se expressar por meio do PE<sup>41</sup> e devem se pautar numa concepção de: 1) atendimento das necessidades humanas autorreferidas pelos usuários e/ou seus familiares e/ou cuidadores; 2) detecção pelo enfermeiro das necessidades não percebidas pelos usuários, mas que os colocam em situação de vulnerabilidade ou de necessidade de intervenções terapêuticas (de caráter assistencial, paliativas, de recuperação, educacional ou de gerenciamento do autocuidado) baseadas em conhecimentos profissionais ou experiências práticas; 3) criação de bancos de informações capazes de subsidiar tomada de decisão administrativa direcionada para o atendimento de demandas da comunidade e/ou de grupos específicos; 4) participação na criação, desenvolvimento e consolidação de políticas públicas e programas que deem resposta às demandas da comunidade e de grupos específicos em situações de vulnerabilidade; 5) inserção na criação e avaliação de tecnologias e inovações com vistas a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento, da profissão e do cuidado de enfermagem e 6) representação social da categoria profissional por meio do exercício digno e humanitário do cuidado.

Ao considerar que a enfermagem cuida de pessoas e o faz a partir das dimensões de respostas humanas que apresentam diante de situações reais, imaginárias, potenciais e de promoção de saúde, aliada ao fato de o tratamento hemodialítico possuir impacto e repercussões multifatoriais (envolvendo aspectos: social, emocional, familiar, cultural, lazer, econômico, religioso, entre outros), há necessidade de que esses componentes sejam documentados no prontuário da pessoa em HD, mesmo quando a equipe conhece e acompanha sua forma de lidar com a doença, o tratamento e suas repercussões. Isso se faz importante porque o registro das principais condições que norteiam as ações terapêuticas evidenciam o cuidado prestado e garantem a continuidade da assistência.

Estudo norte-americano que utilizou o modelo de organização da Enfermagem primária demonstrou que a estratégia evidenciou cuidados não fragmentados na assistência realizada somente por enfermeiros<sup>127</sup>.

O perfil dos registros segundo aspectos emocional, relacional, inabilidade, enfrentamento, crenças, *hobbies*/rotinas, gastos e condutas está apresentado na **Tabela 11**.

**Tabela 11:** Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapa, segundo os aspectos emocional, relacional, inabilidade, enfrentamento, crenças, *hobbies/rotinas*, gastos e condutas. Juiz de Fora, Junho/2018.

Variáveis (1ª etapa)			Variáveis (2ª etapa)		
	n	%		n	%
<b>Emocional</b>			<b>Emocional</b>		
Não	861	98,9	Não	181	98,4
Sim	10	1,1	Sim	3	1,6
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Relacional</b>			<b>Relacional</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Inabilidade</b>			<b>Inabilidade</b>		
Não	870	99,9	Não	184	100
Sim	1	0,1	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Enfrentamento</b>			<b>Enfrentamento</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Crenças</b>			<b>Crenças</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Hobbies e rotinas</b>			<b>Hobbies e rotinas</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Gastos</b>			<b>Gastos</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Condutas</b>			<b>Condutas</b>		
Não	767	88,1	Não	165	89,1
Sim	104	11,9	Sim	20	10,9
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Os registros de enfermagem constituem meios comunicacionais que adotam a linguagem escrita para veicular informações relevantes ao indivíduo e ao cuidado de saúde que está sendo realizado<sup>148</sup>.

Os achados apresentados na Tabela 11, quando triangulados com as técnicas de evocação e entrevistas individuais e analisados à luz dos registros de diário de campo, mostram-se inconsistentes, uma vez que, embora os registros não contenham informações sobre a pessoa cuidada de forma integral (aspectos emocionais, relacionais, inabilidade, enfrentamento, crenças,

hobbies/rotinas e gastos), esses aspectos foram identificados como estando presentes durante a ambiência e foram relatados pelos participantes.

Apresenta-se uma reflexão sobre como o cuidado que está sendo prestado e documentado no cenário da investigação possibilita identificar essa inconsistência, uma vez que ele foi retratado pelos participantes como alicerçado em vínculos. O conhecimento que a equipe de enfermagem possui sobre cada uma das pessoas em tratamento hemodialítico revela que os registros realizados pela equipe de enfermagem não estão retratando a realidade do cenário, do tratamento, da HD e das pessoas cuidadas, embora as condutas realizadas pela equipe e a prática assistencial estejam sendo percebidas pelos usuários como advindas de um cuidado integral e individualizado.

As condições de saúde da pessoa cuidada, evidenciadas por aferições, acompanhamentos periódicos, estressores e percepções, devem transparecer nos registros de enfermagem a ponto de explicitar as necessidades humanas e subsidiar a estruturação dos diagnósticos de enfermagem em um dado momento referente ao indivíduo, família ou coletividade<sup>18; 49</sup>.

O perfil dos registros segundo a presença ou não de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem consta da **Tabela 12**.

**Tabela 12:** Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapa, segundo presença ou não de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Juiz de Fora, Junho/2018.

Variáveis (1ª etapa)	n	%	Variáveis (2ª etapa)	n	%
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>			<b>Diagnósticos de enfermagem</b>		
Não	871	100	Não	184	100
Sim	-	-	Sim	-	-
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>			<b>Intervenções de enfermagem</b>		
Sim	867	99,5	Não	182	99,5
Não	4	0,5	Sim	2	0,5
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Resultados de enfermagem</b>			<b>Resultados de enfermagem</b>		
Não	871	100	Não	183	99,4
Sim	-	-	Sim	1	0,5
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Na presente investigação, optou-se pelo uso das taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I)<sup>84</sup>, *Nursing Intervention Classification* (NIC)<sup>52</sup> e *Nursing Outcome Classification* (NOC)<sup>51</sup> como referenciais científicos capazes de explicitar respectivamente os diagnósticos, intervenções e resultados e nortear a avaliação dos registros de

enfermagem realizados no cenário da investigação pelos enfermeiros<sup>10</sup>, visto que são atividades privativas dos enfermeiros, e dos conteúdos comunicacionais captados/realizados/emitidos pelas pessoas com DRC em hemodiálise.

A utilização das taxonomias em enfermagem se alicerça no desejo de que os enfermeiros sejam capazes de se comprometer no exercício profissional com a utilização do pensamento crítico<sup>49</sup>. Esse pensamento mostra-se útil para a interpretação das situações clínicas e para retratar o comportamento humano em relação à saúde. Nesse sentido, é que uma taxonomia do diagnóstico de enfermagem permitirá selecionar um título que retrate cada diagnóstico. O mesmo raciocínio se aplica para os resultados e as intervenções de enfermagem e é utilizado na busca por exprimir o que ocorre na singularidade das pessoas cuidadas<sup>49</sup>.

As limitações encontradas pelos enfermeiros brasileiros no uso das taxonomias NNN para fins de operacionalização da SAE, do ponto de vista de benefícios/malefícios, podem ser superadas quando se pretende reduzir as interpretações subjetivas que são utilizadas quando não aplicado o sistema classificatório<sup>153</sup>.

Uma das formas legais de o enfermeiro comunicar sua intenção terapêutica é pelos registros de enfermagem. Essa modalidade lhe possibilita obter indicadores para avaliar o impacto de sua conduta sobre as metas traçadas e instrumentaliza a equipe de saúde e o próprio usuário sobre o acompanhamento das respostas humanas identificadas, tratadas e resolvidas<sup>18</sup>.

Ao analisar o uso de uma linguagem padronizada para exprimir os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (Tabela 12), verificou-se que não foram identificadas evidências de seu uso de forma explícita a partir dos registros. Em relação às intervenções de enfermagem, 99,5% dos registros continham prescrições de enfermagem mesmo que em desacordo com a taxonomia da NIC<sup>52</sup>. Esse fato sugere que, do ponto de vista dos registros, a realização do PE ocorreu de forma desarticulada por neles não haver a possibilidade de documentação do uso do raciocínio clínico que assegure a continuidade do processo.

Há evidências na literatura sobre alguns fatores intervenientes que podem dificultar o uso de sistemas classificatórios, a saber: preocupação em se atender os diagnósticos médicos enquanto roteiro transposto para subsidiar a prática de enfermagem; falta de infraestrutura institucional para viabilizar sua estruturação por meio de um modelo que retrate a intencionalidade do cuidado de enfermagem, limitação de registros pelo fato de a versão cursiva ser demorada quando aliada à inexistência da modalidade eletrônica; desproporção entre o número de profissionais e usuários a ponto de comprometer a individualização do cuidado; sobrecarga das atividades laborativas; desconhecimento dos conceitos e valores que estruturam as práticas laborais e a negligência legal na forma de operacionalizar o cuidado de enfermagem<sup>49; 154</sup>.

Os domínios do NANDA-I foram utilizados para analisar o conteúdo dos registros e constam da **Tabela 13**.

**Tabela 13:** Perfil dos registros de enfermagem na 1ª e 2ª etapas, segundo os domínios do NANDA-I (2017-2019). Juiz de Fora, Junho/2018.

<b>Variáveis (1ª etapa)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variáveis (2ª etapa)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Domínio fisiológico</b>			<b>Domínio fisiológico</b>		
Sim	865	99,3	Sim	164	89,1
Não	6	0,7	Não	20	10,9
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio mental</b>			<b>Domínio mental</b>		
Sim	520	59,7	Sim	116	63
Não	351	40,3	Não	68	37
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio existencial</b>			<b>Domínio existencial</b>		
Sim	5	0,6	Sim	-	-
Não	866	99,4	Não	184	100
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio funcional</b>			<b>Domínio funcional</b>		
Sim	449	51,5	Sim	105	57,1
Não	422	48,5	Não	78	42,9
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio segurança</b>			<b>Domínio segurança</b>		
Sim	110	12,6	Sim	30	16,3
Não	761	87,4	Não	154	83,7
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio familiar</b>			<b>Domínio familiar</b>		
Sim	3	0,3	Sim	1	0,5
Não	868	99,7	Não	183	99,5
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
<b>Domínio ambiental</b>			<b>Domínio ambiental</b>		
Sim	869	0,2	Sim	1	0,5
Não	869	99,8	Não	183	99,5
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Domínios são “esferas de conhecimento” sobre dados referentes ao indivíduo. Os domínios propostos para o NANDA-I versão 2017-2019 refletem a integralidade da pessoa e do contexto em que se insere<sup>84</sup>.

Os achados evidenciam que apenas os domínios fisiológico, mental e funcional foram significativamente retratados nos registros de enfermagem analisados. Esse fato representa o modelo de cuidado transparente nos registros, os quais remetem ao modelo biomédico como aspectos centrais para expressão e documentação da prática de enfermagem.

O uso de uma taxonomia cuja base se alicerça na padronização da linguagem deve ser capaz de traduzir o que de único ocorre com um ser humano que está sendo cuidado. Para isso,

é fundamental que o cuidado de enfermagem permeie e contemple as peculiaridades de cada pessoa atendida e que o alicerce do processo de coleta de dados realizado pelo enfermeiro se baseie nas respostas humanas, ou seja, ele deve retratar o que ocorre de único num dado momento com a pessoa que está sendo cuidada<sup>84,49</sup>.

#### 5.4 IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS DAS PESSOAS EM HEMODIÁLISE E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PELA EQUIPE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DO REFERENCIAL DE BETTY NEUMAN

Ao analisar os resultados obtidos na presente investigação, à luz da teoria de Betty Neuman e do cuidado ofertado a pessoas em tratamento hemodialítico, foi possível fazer algumas reflexões sobre a concepção do grupo a respeito da hemodiálise, do tratamento e do cuidado de enfermagem na perspectiva de quem o vivencia e de como eles são retratados nos registros de enfermagem.

As informações e os conteúdos obtidos a partir da triangulação dos dados advindos de diferentes abordagens metodológicas que compuseram o delineamento dessa investigação viabilizaram a identificação de respostas humanas e permitiu traçar uma avaliação sobre a existência ou não de fatores estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

Os estressores intrapessoais retratam os fatores ou motivos internos exemplificados pela dificuldade em aceitar a doença, pelas modificações que ocorrem em sua aparência ao se verem com os vasos dos MMSS dilatados, pela mudança na fisiologia miccional e pela perspectiva de se deparar com a proximidade da morte. Essas situações podem ser corroboradas pelos seguintes fragmentos de discurso:

*Incomoda a falta de urinar, né? Não urino mesmo, só um pouquinho. Só uma mixaria. (S103)*

*Já incomodou muito (a doença). Agora já to acostumada. (S014)*

*Incomoda pra dormir, né? Não posso deitar no braço. Não posso deitar por cima dele [...] (S118)*

*Quando eu vi que tava doente, eu tava inchando já. Na época, eu inchava demais. Tava todo inchado! Não sabia o que eu tinha. Não sabia que era os rins que não tavam funcionando. (S124)*

*O que me impressiona muito é geralmente os braços, né? [...] fica aquelas pelotas (S125)*

O descobrimento da DRC é acompanhada por modificações e surpresas que são identificadas paulatinamente pela pessoa doente. O estranhamento dos participantes a respeito da modificação no funcionamento corporal, as descobertas sobre o processo de adoecimento, as mudanças na forma de dormir e as modificações em sua aparência e o aprofundamento do

conhecimento da doença e de como lidar com ela constituíram em preocupações expressas pelos participantes e que decorrem da DRC.

Devido as modificações que surgem advindas da doença há necessidade do planejamento do cuidado de enfermagem prever o acolhimento e haver a expressão de disponibilidade do enfermeiro em esclarecer as dúvidas e explicar as razões das modificações corporais que surgem com a cronificação da doença de forma a minimizar as surpresas ao identificar tais manifestações em si sem que saiba da razão delas ocorrerem.

Para lidar com as modificações requeridas para a proteção da FAV é possível aos enfermeiros utilizar o tempo das sessões de hemodiálise para favorecer a permuta de experiências entre as pessoas que se encontram em tratamento direcionando a conversa para o esclarecimento das alternativas encontradas por eles para lidarem e se adaptarem às novas posições ou cuidados com o braço durante o sono, sem inviabilizar o período de descanso.

O enfrentamento da exposição do antebraço pode ser minimizado pela recomendação do uso de vestimenta de mangas longas ou com o uso de acessórios que favoreçam o ocultamento das dilatações dos vasos do braço e/ou do antebraço ou do CDL no pescoço.

Estudo descritivo realizado em Fortaleza com 28 pessoas em HD, identificou as dúvidas relacionadas às mudanças de hábitos e aos cuidados com a FAV e destacou a necessidade de se utilizar estratégias educativas para a aquisição de novas habilidades com vistas a preservação do acesso venoso<sup>155</sup>.

Os estressores interpessoais são aqueles que emergem dos relacionamentos. Eles podem ser decorrentes da convivência entre as pessoas em HD e delas com a equipe de enfermagem ou de saúde, e podem ocorrer nas clínicas, durante as sessões de hemodiálise, nos ambientes sociais, por ocasião de internações ou no próprio lar.

No caso do relacionamento entre as pessoas em HD, foi evidenciado o suporte e o elo que estabelecem entre eles podendo constituir aspecto de fortalecimento e enfrentamento das limitações durante o processo de saúde-doença. A solidariedade e a irmandade constam nos seguintes fragmentos:

*Um olha por mim. Eu olho por eles. É assim que a gente faz. (S128)*

*Aqui dentro dessa sala nós somos uma família! Você tá me entendendo?! Não importa, aqui dentro você é uma família. É outra família que você constitui. (S135)*

Tendo em vista que a perspectiva apresentada foi positiva e favorecedora da construção de vínculos elas podem contribuir para o enfrentamento da DRC e a adaptação da pessoa a essa situação. O papel do enfermeiro nesses casos irá retratar um diagnóstico de promoção de saúde, devendo inserir a(s) pessoa(s) que são consideradas relevantes para o doente renal no processo

do cuidado e fornecer à elas o *feedback* de como a sua inserção e/ou presença tem contribuído para a adaptação à hemodiálise e ao seu autocuidado.

Estudo que criou e validou impressos para subsidiar a SAE com pessoas em hemodiálise em uma cidade de Minas Gerais, identificou diagnósticos de promoção de saúde em pessoas em tratamento hemodialítico que retratam as interações sociais e o relacionamento familiar<sup>156</sup>.

Em relação ao binômio pessoas em HD e profissionais da equipe de enfermagem, a qualidade dessa interação e a construção de vínculos possuem repercussões na satisfação do cuidado que recebem e na adesão ao regime terapêutico<sup>129</sup>. Entretanto, questões relacionadas ao vínculo também puderam ser percebidas em situações de reivindicações relacionadas à rotatividade na escala de técnicos de enfermagem, conforme exemplificado no seguinte fragmento:

*Eu só queria que não mudasse tanto assim, sabe? O ano todo é esse enfermeiro, pronto. Ficar trocando fica ruim [...] Podia ser sempre a mesma pessoa. Entendeu? [...] ela sabe o que eu tenho, aí ela já sabe o remédio, as coisas. (S111)*

A dificuldade de afinidade da pessoa em hemodiálise com aquela que o cuida pode motivar insegurança, estado de alerta e desconforto por parte da pessoa que se encontra em tratamento, e justificar a presença do comentário sobre o quão desfavorável poderá ser um rodízio de escala. Por isso o uso da empatia podem constituir numa ferramenta comunicacional e interacional utilizada nos processo terapêuticos<sup>129</sup>.

Nesse sentido, a possibilidade de organização do modelo de cuidado no contexto da enfermagem primária proporciona um atendimento não fragmentado, favorece o processo de corresponsabilização e gerenciamento do tratamento, promove a comunicação direta entre a pessoa atendida e o enfermeiro, e permite a esse profissional avaliar as necessidades da pessoa e acompanhar os resultados das intervenções realizadas<sup>127</sup>.

Surgiu também a diferenciação mencionada por um participante a respeito de sua visão sobre a atuação do enfermeiro utilizando como parâmetro sua inserção em atividades gerenciais e/ou assistenciais. Essa percepção consta no fragmento, a seguir:

*Enfermeiro aqui não vê muito não. Eles ficam mais pra lá [...] Quando precisa eles vem. Sempre vem. (S121)*

Os enfermeiros são concebidos como alguém que lida com as questões burocráticas mas que são solicitados pelos técnicos de enfermagem para estarem presentes e definirem a conduta a ser tomada quando há uma situação de maior complexidade.



Essa concepção é corroborada pela lei do exercício profissional da Enfermagem, a qual define que cabe privativamente ao enfermeiro cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e capacidade para o processo de decisão<sup>157</sup>.

A outra percepção captada foi o nível de comprometimento ou a dedicação da equipe de enfermagem às pessoas em sessão hemodialítica e suas impressões pessoais sobre as atividades técnicas desenvolvidas por aquela.

*[...] Tem gente que nasce pra enfermagem, outros tem como meio... meio financeiro, né? Então não é tanto assim, que dedicam, né? [...] (S129)*  
*Tinha uma senhora aqui que era cega também. Ai tinha vez que eu via eles jogando o remédio dela fora, como quem disse, ela não enxerga. (048)*

Os estressores extrapessoais descrevem a influência dos fatores ambientais sobre o indivíduo e foram retratados pelos participantes ao descreverem a dependência em que se veem do tratamento e da máquina de hemodiálise como uma forma de estabilidade hemodinâmica e garantia de sua sobrevivência.

A circunstância do tratamento foi citada no que tange à ociosidade durante as sessões, ao ambiente restritivo, ao afastamento da vida laboral, à exigência terapêutica de modificações e restrições na rotina, e pela possibilidade, impressões e expectativa diante do transplante. Os fragmentos a seguir exemplificam essas situações:

*[...] a menina veio pra mexer na máquina porque a máquina começou a alarmar. [...] Se tirar a máquina de mim, eu saio daqui correndo. (S106)*  
*Da segunda vez que ligaram (transplante) eu tava fazendo hemodiálise, foi na quarta-feira. Ai falei: "Não vou não! Não to nem com cabeça pra isso" [...]. (S115)*  
*Essa rotina de dependência da máquina, algumas restrições que a gente tem... A principal é você não pode ter um trabalho convencional. (S116)*  
*Percebo que tem muita gente que vem pra cá e podia fazer uma ginástica laboral, mexer com os braços, pernas, dar um livro pra pessoa ler [...] (S123)*

A identificação desses estressores remetem as modificações requeridas sobre o estilo de vida ou imposta pela rotina do tratamento e podem justificar a presença de sentimento de incapacidade quando percebem a impossibilidade de retornar à rotina habitual ou desejada a ponto de comprometer sua interação social.

Para abordar terapêuticamente essa situação, o enfermeiro pode prevenir a ocorrência do isolamento social. São recomendações identificadas na taxonomia das intervenções de enfermagem (NIC): "promoção da integridade familiar, melhora do sistema de apoio, promoção do envolvimento familiar, melhora na auto percepção, melhora do enfrentamento, aumento da socialização, controle do humor, construção de relação complexa, modificação do comportamento: habilidades sociais e terapia recreacional<sup>52:318-222p</sup>.

Outra conduta terapêutica seria estimular a pessoa que se mostrar interessada em participar de um evento social ou familiar a integrá-lo, atuando de forma a dar resolutividade operacional e reduzindo os empasses burocráticos para a realização da hemodiálise em trânsito.

A associação entre a hemodiálise e a depressão foi percebida em estudo que avaliou a percepção, complexidade e ambiguidades referidas por pessoas em tratamento hemodialítico e identificou o sentimento de dependência e a perda da autonomia descritas em relação ao trabalho e a impossibilidade de viajar<sup>138</sup>.

Quanto às ações profissionais referentes ao **registros de enfermagem**, foi possível perceber a ocorrência de divergências entre a assistência prestada e o cuidado que foi traduzido pela documentação analisada.

Nos conteúdos dos registros de enfermagem analisados foi possível retratar uma atuação profissional da equipe de enfermagem engajada com o desenvolvimento das atividades técnicas e operacionais da hemodiálise e dos cuidados clínicos, sem haver detalhamento sobre o atendimento de demandas específicas de origem não biológicas. Esse fato diverge dos conteúdos captados pela observação não participante.

No cotidiano do setor foi possível captar que a equipe conhece individualmente cada pessoa atendida sabendo descrever suas formas de enfrentamento, facilidades e dificuldades para a adesão ao tratamento, embora esse conteúdo não conste nos registros.

Foi possível identificar que a equipe de enfermagem utiliza a história oral para compartilhar informações entre plantões e subsidiar a estruturação do cuidado embora esse conteúdo não seja documentado. O horário em que a permuta de informações ocorre é após todas as pessoas terem sido ligadas à máquina; quando a equipe se reúne; ou quando há alteração no turno ou dia de atendimento de uma pessoa e ocorre para fins de compartilhamento de informações que subsidiem a continuidade do cuidado de enfermagem.

Para abordar a lacuna de conteúdos detectadas nos registros analisados faz-se necessário alertar enfermeiros e sua equipe para a relevância dessas informações quando se deseja retratar todas as ações desenvolvidas na prática clínica pelos enfermeiros que atuam no cenário da investigação. Uma das estratégias é a realização da educação permanente ou em serviço, visando refletir sobre o conteúdo dos registros de enfermagem e a forma de operacionalizá-los.

Para isso é possível construir um modelo teórico, conceitual e filosófico que contemple as outras dimensões de respostas humanas não captadas nos registros da equipe. Como as pessoas em HD são atendidas em média 12 vezes por mês é possível que esse conteúdo seja documentado pelo menos mensalmente e realizado de maneira a compatibilizá-lo com a relação

tempo/número de pessoas atendidas diariamente, e por uma forma de documentação segundo a carga horária de trabalho dos profissionais.

Do ponto de vista dos registros dos conteúdos que retram o cuidado de enfermagem além da perspectiva biológica faz-se necessário que esses conteúdos sejam sumarizados, pelo menos mensalmente, no prontuário das pessoas em HD. Para isso é necessário que ele seja alimentado no registro diário dos atendimentos por parte de toda a equipe de enfermagem.

No processo de sumarização é recomendado que estejam documentados os diagnósticos de enfermagem para serem visualizados como metas diárias atendidas no processo de cuidado executado pela equipe de enfermagem.

Visando facilitar operacionalmente essa consulta por outros enfermeiros e favorecer o compartilhamento das informações do cuidado com a equipe de saúde é possível pensar em uma folha de diagnósticos para registros interdisciplinares.

Nessa folha, o enfermeiro registraria sua perspectiva profissional por meio dos diagnósticos de enfermagem, visando que a documentação de vários profissionais seja integrada no processo terapêutico. Tal recurso possibilita centralizar e unificar fontes de informações sobre os problemas que motivaram as metas terapêuticas traçadas pelos membros da equipe de saúde e que atendam as pessoas em HD de forma articulada.

Dentre as vantagens da unificação de registros constam: o compartilhamento de informações, a constituição de indicadores de atendimento; a centralização das informações de distintos profissionais a respeito da pessoa atendida, o respaldo legal para as ações profissionais, a transparência para a hora-atividade trabalhada e o cálculo de custo do cuidado de enfermagem.

Para favorecer a compreensão do leitor para a proposta mencionada anteriormente consta, a seguir, um protótipo (**Quadro 4**).

<b>Quadro 4:</b> Folha interdisciplinar de registro dos problemas de saúde multiprofissionais. Juiz de Fora, MG. Junho/2018.						
Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem- Mestrado em Enfermagem						
Nome:				Prontuário:		
Nº	Problemas de saúde (registros interdisciplinares)	Início (Data)	Acompanhamento			Resolução (Data)
1						
2						
3						
4						
Informações adicionais:						
Fonte:Elaborado pelas autoras						

A existência dos DE se registrados segundo a taxonomia da NANDA Internacional conterà informações capazes de explicitar indicadores de avaliação para os resultados de enfermagem e

poderão ser acompanhados com a periodicidade analisada como possível e pertinente para o cenário investigado a ponto de compatibilizar número de profissionais-demandas de registros-forma de registro.

A existência de registros de enfermagem possibilita a condução de ações terapêuticas e seu compartilhamento com a equipe de saúde a ponto de contribuir para o aperfeiçoamento da prática laboral em prol da garantia da assistência contínua, segura e de qualidade, do respaldo profissional e da visibilidade e valorização da profissão<sup>54</sup>.

Diante do exposto, uma alternativa para viabilizar a realização dos registros de enfermagem tendo em vista o melhor aproveitamento do tempo disponível, seria por meio de registros eletrônicos.

Ao analisar as vantagens de uma instituição adotar um sistema eletrônico de informação no contexto da hemodiálise como alternativa capaz de minimizar lacunas de conteúdos nos registros realizados e a desarticulação do PE inclui a possibilidade de monitoramento das ações de enfermagem; garantia da segurança na documentação do que ocorre com a pessoa atendida no serviço, redução do tempo gasto para a elaboração dos registros quando a equipe é digitalmente incluída, disponibilidade de informações e acesso às mesmas para subsidiar a realização do raciocínio clínico, diagnóstico e tomada de decisão; a otimização dos processos gerenciais<sup>49; 62</sup>.

Por outro lado, dentre as dificuldades referentes ao uso de um sistema eletrônico estão a manutenção, o desconhecimento dos recursos humanos para o uso de manuseio da mídia eletrônica e a limitação em alimentação dos sistemas em detrimento do gerenciamento do cuidado<sup>158</sup>.

Outra alternativa é a realização de uma reunião semanal da equipe de enfermagem para discussão de casos atendidos. Essa estratégia poderá favorecer o compartilhamento de informações e impressões a partir da perspectiva dos técnicos de enfermagem a ponto de subsidiar o enfermeiro na busca por alternativas terapêuticas baseadas no conhecimento do grupo de trabalho. Inserir o usuário nesse contexto poderá empoderá-lo de sua responsabilidade e favorecer seu engajamento no tratamento.

O aprimoramento dos registros de enfermagem pode favorecer a percepção de quão transversal e contínua é a ação profissional nos contextos das instituições de saúde e dar visibilidade a sua carga de trabalho no cotidiano da prática de enfermagem.

## 5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação identificou os conteúdos e a estrutura hierárquica das RSs sobre a hemodiálise, tratamento hemodialítico e cuidado de enfermagem por pessoas em hemodiálise, o que revela que a proposta metodológica adotada mostrou-se apropriada para o alcance dos resultados esperados.

Dentre as percepções, significados atribuídos, sentimentos e comportamentos emergidos, foram retratados comportamentos/attitudes, conhecimentos/informações, valores e objetos.

A hemodiálise foi retratada pelos participantes como uma situação “difícil” de ser vivenciada e a adaptação da rotina do tratamento emergiu como um “transtorno”. Entretanto o cognema “chance-esperança” surgiu como uma possibilidade de manutenção da vida e cura.

A partir do termo indutor tratamento hemodialítico as pessoas em HD evocaram o “remédio-receita” e a “agulha-acesso-venoso” como objetos simbólicos consolidados pelo grupo.

Em relação ao cuidado de enfermagem, os cognemas mencionados evidenciaram aspectos valorativos. A avaliação do cuidado que receberam foi positiva e as relações interpessoais evidenciadas como significativas a ponto do convívio no cotidiano ser a fonte de origem da representação da equipe de enfermagem como aquela que executa o cuidado.

Os achados sinalizaram para o diagnóstico de demandas das pessoas em HD e as respostas humanas captadas refletem o perfil de um grupo socialmente constituído perante a vivência do processo de adoecimento e sua percepção sobre o cuidado de enfermagem.

A partir dos registros de enfermagem foi possível identificar que o foco da documentação está no procedimento e nos aspectos fisiológicos do indivíduo, revelando traços do modelo biomédico e hospitalocêntrico como norteador dos registros realizados pela equipe.

Nesse sentido as abordagens estrutural e processual da Teoria das RSs permitiram identificar respostas humanas nas quais há (im)explícitos estressores de origem intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Ao analisar esses estressores à luz da concepção teórica, conceitual e filosófica de Neuman é possível redirecionar o foco da atuação da equipe de enfermagem e o cuidado de enfermagem na perspectiva da centralidade da pessoa com DRC em tratamento hemodialítico.

O conhecimento aliado às tecnologias remetem à necessidade de estratégias capazes de articular o cuidado prestado com o cuidado registrado a fim de transparecer as ações realizadas pela equipe e um cuidado centrado na integralidade da pessoa atendida.

A utilização de taxonomias surge como uma proposta capaz de alicerçar a adoção de uma linguagem padronizada que visa favorecer o exercício profissional qualificado baseado na utilização do pensamento crítico e na articulação do PE.

Nesse perspectiva, destaca-se que os registros constituem em ferramenta capaz de contribuir para a continuidade do cuidado, melhoria da qualidade da assistência prestada e visibilidade profissional.

Quanto às hipóteses que nortearam a abordagem quantitativa desta investigação foi possível

aceitar a hipótese de nulidade de H1, visto que os registros de enfermagem apresentaram menos de 40% de incorreções em sua forma de documentação do cuidado de enfermagem quando analisados na perspectiva das recomendações da categoria, e aceitar a hipótese de nulidade de H2 na qual os conteúdos dos registros de enfermagem apresentam valores <50% de evidências de manifestações e eventos causais que suportem a elaboração de diagnósticos, intervenção e indicadores de resultados do cuidado de enfermagem.

A escolha pelo método misto possibilitou aliar as RSs elaboradas por um grupo socialmente constituído ao contexto institucional permitindo a elaboração de um diagnóstico situacional sobre o perfil de pessoas atendidas, o tratamento hemodialítico, o cuidado de enfermagem e os registros realizados pela equipe. Esses resultados são capazes de subsidiar a releitura do cuidado realizado e documentado a fim de favorecer a atuação da equipe de enfermagem para o aprimoramento de estratégias que viabilizem o fortalecimento da categoria profissional, a prestação da assistência individualizada e de qualidade a esse grupo de pessoas.

## 7 REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

- 1 SESSO, R. C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016. ISSN 0101-2800.
- 2 EKNOYAN, G. E. A. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney Int**, v. 3, p. 5-14, 2013.
- 3 OLIVEIRA, A. P. B. E. A. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. **J. Bras. Nefrol.**, v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016. ISSN 0101-2800.
- 4 SANTOS, T. M. B. D.; FRAZÃO, I. D. S. Qualidade de vida dos trabalhadores que realizam hemodiálise. **Rev. ciênc. méd.,(Campinas)**, v. 21, n. 1/6, p. 5-14, 2012. ISSN 1415-5796.
- 5 COUTINHO, M. P. C., F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 449-459, 2015. ISSN 1807-0310.
- 6 SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil Survival analysis of dialysis patients in the Brazilian Unified National Health System. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 3, p. 415-424, 2012.
- 7 DAVISON, I.; COOKE, S. How nurses' attitudes and actions can influence shared care. **Journal of renal care**, v. 41, n. 2, p. 96-103, 2015. ISSN 1755-6686.
- 8 DE OLIVEIRA, A. M.; SOARES, E. A Comunicação como Importante Ferramenta nas Orientações em uma Unidade de Hemodiálise: um estudo reflexivo. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 5, n. 3, p. 118-123, 2015. ISSN 2178-7085.
- 9 BARBOSA, G. D. S.; GUIMARÃES, R. M.; STIPP, M. A. C. Série histórica de custos com terapia de substituição renal no município do Rio de Janeiro (1995-2009). **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 322-7, 2013.
- 10 COFEN. **Resolução COFEN nº 358 de 2009**. Aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília 2009.
- 11 BRASIL. **Portaria nº 389 de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal

---

<sup>2</sup>Citações elaboradas segundo modelo ABNT sistema numérico pelo ENDnote.

- Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico: Ministério da Saúde 2014.
- 12 SANTOS, C. M. D. et al. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. **Acta paul. enferm**, v. 28, n. 4, p. 337-343, 2015. ISSN 0103-2100.
- 13 MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: 2002.
- 14 SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev bras enferm**, v. v. 60, n. nº 2, p. 221-224, 2007.
- 15 HERDMAN, H. T. K., SHIGEMI. **Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020**. Thieme, 2017. ISBN 1626239304.
- 16 RIBEIRO, L. C. et al. Significados atribuídos à fístula arteriovenosa pela pessoa em hemodiálise. **HU Revista**, v. 39, n. 1 e 2, 2013. ISSN 0103-3123.
- 17 COFEN. **Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem 2016**.
- 18 \_\_\_\_\_. **Resolução COFEN n 429 de 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília 2012.
- 19 MIRANDA, L. N. E. A. Decision-making system for nursing: integrative review. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 11, n. 10, p. 4263-4272, 2017. ISSN 1981-8963.
- 20 MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.
- 21 BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 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. Brasília: Diário Oficial da União 1990.
- 22 \_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília Ministério da Saúde 2010.
- 23 \_\_\_\_\_. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 127 p. 2015.
- 24 \_\_\_\_\_. **Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do



- Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário oficial da união.: Ministério da Saúde 2014.
- 25 CECILIO, L. C. D. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.
- 26 ANDRADE, M. V. E. A. Allocation of initial modality for renal replacement therapy in Brazil. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 5:, p. 637– 644, 2010. ISSN 1555-9041.
- 27 KIRSZTAJN, G. M. et al. Fast reading of the KDIGO 2012: guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in clinical practice. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014. ISSN 0101-2800.
- 28 BRASIL. **Portaria n.º 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. Brasília (DF) Diário oficial da união 2004.
- 29 \_\_\_\_\_. **Resolução n 11 de 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 2014.
- 30 SALVIANO, M. E. M. E. A. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, 2016.
- 31 GEORGE, J. B. E. C. **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4 ed. . Porto Alegre: Artmed, 2000.
- 32 WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Editora Vozes Limitada, 2011. ISBN 8532642349.
- 33 MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. Artmed Editora, 2015. ISBN 858271288X.
- 34 WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. ISSN 0104-7809.
- 35 STETLER, C. B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **Journal of Nursing Administration**, v. 28, n. 7/8, p. 45-53, 1998. ISSN 0002-0443.

- 36 LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity & universality: A worldwide nursing theory.** Jones & Bartlett Learning, 2006. ISBN 0763734373.
- 37 BRAGA, C., SILVA, JV. **Teorias de Enfermagem.** São Paulo: Iátria, 2011.
- 38 PARKER, M. E. **Nursing theories and nursing practice.** . Philadelphia: F.A. Davis: 2001. ISBN ISBN 0803606044 9780803606043. .
- 39 MCEWEN, M. W., E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem.** . Porto Alegre: : Artmed, 2009. 576 ISBN ISBN 978-85-363-1788-5.
- 40 FAWCETT, J.; NEUMAN, B. **The Neuman systems model.** Pearson Higher Ed, 2011. ISBN 0133004414.
- 41 AZEVEDO, S. M. S., A.; MANHÃES, L. S. P. Insuficiência renal crônica: Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. **Biológicas & Saúde**, v. 5, n. 19, 2015.
- 42 TEJADA-TAYABAS, L. M.; PARTIDA-PONCE, K. L.; HERNÁNDEZ-IBARRA, L. E. Cuidado coordenado hospital-domicílio para pacientes renais em hemodiálise sob a perspectiva do profissional de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 225-233, 2015. ISSN 1518-8345.
- 43 BRYKCZINSKI, K.; BENNER, P. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. **Allgood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería**, 2015.
- 44 BENNER, P. E.; TANNER, C. A.; CHESLA, C. A. **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics.** Springer Publishing Company, 2009. ISBN 0826125441.
- 45 MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** Artmed Editora, 2015. ISBN 8582712324.
- 46 DOS SANTOS COSTA, J. Métodos de prestação de cuidados. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 30, p. 234-251, 2016. ISSN 1647-662X.
- 47 PHILLIPS, J. M., P.; BARTOL, C.; HODGSON, B. . When medical devices fail: Lessons learned in a hemodialysis unit. **Journal ACITN**, v. 25, n. 2, p. 36-39, 2014. ISSN 1498-5136.
- 48 GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. D. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo.** Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2000. 231-43 p.

- 49 LUNNEY, M. Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde. In: ARTMED (Ed.). **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análise e estudos de caso em enfermagem**. Porto Alegre, 2011. p.25-55.
- 50 GARCIA, T. R.; COENEN, A. M.; BARTZ, C. C. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2017**. Artmed Editora, 2016. ISBN 8582714459.
- 51 MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes**. Elsevier Health Sciences, 2014. ISBN 0323293808.
- 52 BUTCHER, H. K. et al. **Nursing interventions classification (NIC)**. Elsevier Health Sciences, 2013. ISBN 0323292984.
- 53 STEFANELLI, M., CARVALHO, ECD. (org) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Manole e ABEn: 2012. 228p.
- 54 COFEN. **Resolução Cofen n 514, de 5 de maio de 2016**. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília 2016.
- 55 AGUIAR, L. L. et al. Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017. ISSN 2176-9133.
- 56 POTTER, P.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2013. ISBN 8535268499.
- 57 COFEN. **Resolução COFEN nº 564 de 06 de novembro de 2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro 2007.
- 58 BARBOSA, D. A. et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise. **Revista de Administração do Sul do Pará (REASP)-FESAR**, v. 2, n. 3, 2015. ISSN 2359-117X.
- 59 CROSSETTI, M.; LIMA, A. Aplicação do modelo teórico de pensamento crítico no ensino do processo diagnóstico em enfermagem: uma experiência na prática clínica. **Investigação qualitativa em Saúde**, v. 2, 2016.
- 60 GORDON, M. et al. Clinical judgment: An integrated model. **Advances in Nursing Science**, v. 16, n. 4, p. 55-70, 1994. ISSN 0161-9268.

- 61 BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. D. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013. ISSN 1980-220X.
- 62 AMORIM, D. S. M., R. M. B. Raciocínio clínico aplicado ao Processo de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 12, n. 1, p. 43-7, 2011.
- 63 AZEVEDO, I. C. et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 131-140, 2015. ISSN 2176-9206.
- 64 CERULLO, J.; CRUZ, D. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-9, 2010.
- 65 COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad Saude Publica**, v. 19, p. 232-239, 2011.
- 66 SHARDLOW, A. et al. Chronic kidney disease in primary care: Outcomes after five years in a prospective cohort study. **PLoS Med**, v. 13, n. 9, p. e1002128, 2016. ISSN 1549-1676.
- 67 JANSSEN, I. M. et al. Preferences of patients undergoing hemodialysis—results from a questionnaire-based study with 4,518 patients. **Patient preference and adherence**, v. 9, p. 847, 2015.
- 68 MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 404
- 69 FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.
- 70 ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. (Ed.). Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2000.
- 71 JODELET, D. **Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira**. Temas em Psicologia 2011.
- 72 BANCHS, M. A. Alternativas de apropriação teórica: abordagem processual e estrutural das representações sociais. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 1, n. 2, p. 39-60, 2016. ISSN 2238-1279.
- 73 WACHELKE, J. W., R. . **Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2011.

- 74 LEWIS, S. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. **Health promotion practice**, v. 16, p. 473-475, 2015.
- 75 GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. ISSN 0034-7590.
- 76 BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017. ISBN 8532656196.
- 77 BRUNETTE, W. et al. **Open data kit 2.0: expanding and refining information services for developing regions**. Proceedings of the 14th Workshop on Mobile Computing Systems and Applications: ACM, 2013. 10 p.
- 78 VÈRGES, P.; SCANO, S.; JUNIQUE, C. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations. **Aix en Provence: Université Aix en Provence (Manual)**, v. 38, 2002.
- 79 SANTOS, M. F. S. A., L. M. **Diálogos com a teoria da representação social**. Editora Universitária UFPE, 2005. ISBN 857315277X.
- 80 BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. Lisboa: Edições: 2016.
- 81 VALE, M. N. **Agrupamentos de dados: Avaliação de Métodos e Desenvolvimento de Aplicativo para Análise de Grupos**. 2005. PUC-Rio
- 82 FONTANELLA, B. J. B. E. A. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev, 2011**, 2011. ISSN 0102-311X.
- 83 DANCEY, C. P. R., J. **Estatística sem matemática para psicologia**. Penso Editora, 2013. ISBN 8565848116.
- 84 HERDMAN, H. T. K., SHIGEMI. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468p. ISBN 978-85-8271-253-5.
- 85 SILVA, J. S. D., M. O.; COSTA, M. A. R. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro nas clínicas de diálise. **Revista uningá review**, v. 28, n. 1, 2018. ISSN 2178-2571.
- 86 DUTRA, H. S. E. A. Registros de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase-experimental. . **Online Brazilian Journal of Nursing** v. 15, n.3,p. 351-360, 2016.

- 87 ASSUNÇÃO, R. C. D., M. C. B. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 676-681, 2010. ISSN 1984-7513.
- 88 MELO, E. M. E. A. Avaliação dos registros de enfermagem no balanço hídrico de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPI**, v. 3, n. 4, p. 35-41, 2014. ISSN 2238-7234.
- 89 CAMPAGNACCI, L. R. **Registros de enfermagem em uma unidade de terapia renal substitutiva**. [Trabalho de conclusão de Curso]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. 2015
- 90 FELIX, Z. C. et al. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 97-102, 2014. ISSN 1983-1447.
- 91 PINHEIRO, A.; SOUZA, A. C. D. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. 2017. série: Estudos Estratégicos n.8. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara 2017. ISSN 8540205777.
- 92 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Expectativa de vida ao nascer 2000-2030.**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- 93 DA ROCHA, E. M. et al. A política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 15, 2016. ISSN 1984-431X.
- 94 BEZERRA, T. A.; DE BRITO, M. A. A.; COSTA, K. N. D. F. M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.1-11, 2016. ISSN 2176-9133.
- 95 OLIVEIRA , A. E. M. E. A. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos submetidos à hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 60-6, 2015. ISSN 1414-8536.
- 96 VIEIRA, R. F., MONT-MORENCY, R. As responsabilidades dos entes federados contratualizadas no âmbito de uma região de saúde. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, v. 6, n. 3, p. 48-64, 2017. ISSN 2358-1824.
- 97 SALGADO, C. L. E. A. **Direitos e benefícios do paciente com doença renal**. São Luís: UNA- SUS/ /UFMA, 2014.
- 98 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Renda domiciliar per capita 2017**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_A](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_A)

mostra\_de\_Domicilios\_continua/Renda\_domiciliar\_per\_capita/Renda\_domiciliar\_per\_capita\_2017.pdf

- 99 LIMA, J. K. T. et al. Haemodialysis access: clinical and epidemiological profile of patients and their vascular access in interior of Brazil. **International Archives of Medicine**, v. 8, 2015. ISSN 1755-7682.
- 100 DA SILVA, S. M. et al. Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2752, 2016. ISSN 1518-8345.
- 101 CRUZ, M. R. F. et al. Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 36-43, 2016. ISSN 1984-7513.
- 102 FREIRE, C. M. M. M. E. A. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. **Psychology, health & medicine**, v. 22, n. 5, p. 570-577, 2017. ISSN 1354-8506.
- 103 KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** WWF Martins Fontes, 2017. ISBN 854690121X.
- 104 FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa.** Porto Alegre, RS: Artmed., 2006.
- 105 LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2014. ISSN 0103-2100.
- 106 DOS SANTOS, F. et al. A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise/The patients' satisfaction with nursing care in hemodialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 432-440, 2018. ISSN 2175-5361.
- 107 GOFF, S. L. et al. Advance care planning: a qualitative study of dialysis patients and families. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, p. CJN. 07490714, 2015. ISSN 1555-9041.
- 108 MENIN, M. S. D. S. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, p. 43-51, 2006. ISSN 0102-3772.
- 109 TWYLCROSS, R. **Cuidados paliativos.** Lisboa: Editora Climepsi. p.208. 2003. ISBN: 97897279609-34.
- 110 ORLANDI, F. S. et al. Evaluation of the pain of patients with chronic renal disease in Hemodialysis. **World Academy of Science, Engineering and**

- Technology, International Journal of Nursing and Health Sciences**, v. 4, n. 5, 2017.
- 111 SANTOS, K. M. C. D. et al. A vivência do transplantado renal malsucedido que retornou para a hemodiálise. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 2, p. 1111-1114, 2017. ISSN 1981-8963.
- 112 PAULA, T. B. et al. Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 146-158, 2017. ISSN 1414-9893.
- 113 SÁ, S. M. B. L. E. A. Adaptação cultural do questionário de adesão do paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1234-41, 2017.
- 114 CAMARGO, J. S. E. A. Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica durante a sessão de hemodiálise: Revisão integrativa. **Revista Ampliar**, v. 3, n. 3, p.1-12-e, 2017. ISSN 2358-9094.
- 115 NUNES, J. A.; FERREIRA, P.; QUEIRÓS, F. Taking part: Engaging knowledge on health in clinical encounters. **Social Science & Medicine**, v. 123, p. 194-201, 2014. ISSN 0277-9536.
- 116 GARCIA, R. P. et al. Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos. **Ciênc cuid saúde**, v. 10, n. 4, p. 690-6, 2011.
- 117 SCORTEGAGNA, S. A. et al. Sintomas depressivos e suporte familiar em idosos e adultos em hemodiálise. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 18, n. 2, p.103-116, 2016.
- 118 SGNAOLIN, V. et al. Avaliação dos medicamentos utilizados e possíveis interações medicamentosas em doentes renais crônicos. **Scientia Medica**, v. 24, n. 4, p. 329-335, 2014. ISSN 1806-5562.
- 119 CORDEIRO, A. P. E. A. Complicações durante a hemodiálise e a assistência de enfermagem. **Enferm. Rev.**, v. 19, n. 2, p. 247-254, 2016. ISSN 2238-7218.
- 120 DA SILVA, F. R. C. et al. Enfermagem e as complicações frequentes durante o tratamento hemodialítico: revisão da literatura. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 2, n. 2, p. 207-211, 2016. ISSN 2447-2301.
- 121 PENHA, M. L. C. G., F. C. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, 2015. ISSN 0102-7182.
- 122 BRKOVIC, T.; BURILOVIC, E.; PULJAK, L. Prevalence and severity of pain in adult end-stage renal disease patients on chronic intermittent hemodialysis: a systematic review. **Patient preference and adherence**, v. 10, p. 1131, 2016.



- 123 NAALWEH, K. S. et al. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. **BMC nephrology**, v. 18, n. 1, p. 178, 2017. ISSN 1471-2369.
- 124 PENA-POLANCO, J. E. E. A. Acceptance of antidepressant treatment by patients on hemodialysis and their renal providers. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. Feb 7;12(2), p. 298-303, 2017. ISSN 1555-9041.
- 125 LUCIANO, E. D. P. E. A. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. **J. bras. nefrol**, v. 34, n. 3, p. 226-234, 2012. ISSN 0101-2800.
- 126 CRUZ, V. F. E. S. T., G.; WANDERBROOKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 1050-1063, 2016. ISSN 0104-1290.
- 127 JOHANSSON, P., LUNDSTRÖM, K., HEIWE, S. The primary nursing care delivery system within a haemodialysis context—experiences of haemodialysis primary nurses in Sweden. **Clinical Nursing Studies**, v. 3, n. 4, p. 7, 2015. ISSN 2324-7959.
- 128 NOBAHAR, M. Exploring experiences of the quality of nursing care among patients, nurses, caregivers and physicians in a haemodialysis department. **Journal of Renal Care**, v 43, n.1, p 50-59, 2016. ISSN 1755-6686.
- 129 FUERTES, J. N. et al. The Physician–Patient Working Alliance in Hemodialysis Treatment. **Behavioral Medicine**, v. 43, n. 4, p. 242-250, 2017. ISSN 0896-4289.
- 130 MELO, G. A. A. et al. Religiosity and Hope in Patients with Chronic Renal Failure: Coping Strategies. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 133, p1-9, 2016. ISSN 1755-7682.
- 131 RODRIGUES, C. C. M., E. M. Enfermagem, imagens e sentidos. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 6, n. 2, p. 13-25, 2017. ISSN 2317-3793.
- 132 NOBAHAR, M.; TAMADON, M. R. Barriers to and facilitators of care for hemodialysis patients; a qualitative study. **Journal of renal injury prevention**, v. 5, n. 1, p. 39, 2016.
- 133 FERNANDES STUMM, E. M. et al. Intervenção educacional de enfermagem para redução da hiperfosfatemia em pacientes em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 26-33, 2017.

- 134 WANG, J. et al. Nursing Intervention on the Compliance of Hemodialysis Patients with End-Stage Renal Disease: A Meta-Analysis. **Blood purification**, v. 45, n. 1-3, p. 102-109, 2018. ISSN 0253-5068.
- 135 VAQUINHAS, I. Abnegação, espírito de sacrifício e compaixão: as questões de gênero na enfermagem em Portugal (2ª metade do século XIX e inícios do século XX). **Livro de Atas do III Encontro Internacional de História da Enfermagem, A enfermagem na oficina de Clio: Perspetivas históricas em torno dos cuidados de saúde**, p. 67-77, 2017. ISSN 9892075684.
- 136 SILVA, M. S.; DE OLIVEIRA MARINI, T. S.; DA SILVA, C. F. B. Enfermagem e suas intervenções nas principais complicações ocorridas durante a sessão de hemodiálise. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva (REVESC)**, v. 1, n. 2, p. 45-60, 2017. ISSN 2448-394X.
- 137 MARTINS, M. V. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para doença renal crônica. **Revista científica da faminas**, v. 12, n. 1, p. 5-15, 2017. ISSN 1807-6912.
- 138 SANTOS, V. F. C. E. A. Perceptions, meanings and adaptations to hemodialysis as a liminal space: the patient perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. AHEAD, p. 1-11e, 2018. ISSN 1414-3283.
- 139 GONZALEZ, C. M. O., M. L. T. Cuidado educativo compartilhado: estratégia de ação da enfermagem junto a usuários com insuficiência renal crônica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p.e-17536, 2017. ISSN 0102-5430.
- 140 SILVA, M. R. P. Papéis da enfermagem na hemodiálise. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 25-36, 2013. ISSN 2358-2391.
- 141 PASSARELI, P. M. S., J. A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. **Estud. psicol. Campinas.**, v. 24, n. 4, p. 513-517, 2007. ISSN 0103-166X.
- 142 MOREIRA, A. G. M. et al. Proxemic behavior of nursing in the hemodialysis setting. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 343-349, 2017. ISSN 0103-2100.
- 143 FERREIRA, L. P. A dialética da vida quotidiana em hemodiálise: da descoberta ao inevitável. **Desenvolvimento e Sociedade**, v. 2, n. 3, p. 110-142, 2017. ISSN 2183-9220.
- 144 NASCIMENTO, M. E. B. M., M. F.; OLIVEIRA, D. C. Cuidado, doença e saúde: Representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. e-3290016, 2018. ISSN 0104-0707.

- 145 HOWREN, M. B.; COZAD, A. J.; CHRISTENSEN, A. J. The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: results from a randomized controlled trial. **Journal of health psychology**, v. 22, n. 13, p. 1642-1651, 2017. ISSN 1359-1053.
- 146 MELO, P. S. E. A. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p.2200-2214, 2015.
- 147 HORTA, H. H. L.; LOPES, M. L. Complicações decorrentes do tratamento dialítico: contribuição do enfermeiro no cuidado e educação ao paciente. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 221-227, 2017. ISSN 2317-3378.
- 148 SANTANA, L. D. C.; ARAÚJO, T. C. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Revista Acreditação**, v. 6, n. 11, p. 59-71, 2016. ISSN 2237-5643.
- 149 SILVA, T. G. E. A. conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p.24-27, 2016. ISSN 2357-707X.
- 150 GOMES, D. C. et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. e-53927, 2016. ISSN 1983-1447.
- 151 CARNEIRO, S. M. et al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. v. 17, n.2, p.208-216, 2016. ISSN 2175-6783.
- 152 POKORNY, M. Teorías en enfermería de importancia histórica. In: ELSEVIER (Ed.). **Hildegard E Peplau. Teoría de las relaciones interpersonales**. Barcelona: España, 2011. p.54-55.
- 153 SILVA, R. S. B., W. C. O.; LIMA, M. O. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: do que estamos falando? . In: (Ed.). **Silva RS, Bittencourt IS, Paixão GPN. Enfermagem avançada: um guia para a prática**. Salvador, 2016. cap. 65-88,
- 154 SILVA, R. S. E. A. Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 655-659, 2016. ISSN 2357-707X.
- 155 NOGUEIRA, F. L. L. E. A. Percepção do paciente renal crônico acerca dos cuidados com acessos para hemodiálise. **Cogitare enferm**, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016.

- 156 AL, C. A.-S. E. Construção e validação de impressos: sistematização do cuidado de pessoas em hemodiálise **Rev Bras Enferm [Internet]**. , v. 71, n. 2, p. 405-17, 2017.
- 157 COFEN. **Lei 7498 de 1996**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: DOU de 26.06.1986, seção 1 fls 9.273-9.275, 1986.
- 158 RIBEIRO, J. C. R., A. B.; BAPTISTA, C. L. B. M. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. **Journal of health informatics**, v. 6, n. 3, p. 75-80, 2014. ISSN 2175-4411.

## **APÊNDICES e ANEXOS**

**Apêndice A: Instrumento de coleta de dados para a **ambiência****

DADOS GERAIS	
<b>Código de identificação do registro na pesquisa:</b>	<b>Data da coleta:</b>
Turno: <input type="checkbox"/> matutino <input type="checkbox"/> vespertino <input type="checkbox"/> noturno	Horário de funcionamento:
DADOS ESPECÍFICOS	
<b>Nº de pessoas atendidas:</b>	<b>Abrangência:</b>
<b>Nº de salas para atendimento:</b>	
Frequência média semanal dos usuários: <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 2x/ semana <input type="checkbox"/> 3x/ semana <input type="checkbox"/> 4 ou mais x/semana	
Tempo médio de duração das sessões: <input type="checkbox"/> 3horas <input type="checkbox"/> 4horas	
Intercorrências mais frequentes: <input type="checkbox"/> hipotensão <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> câimbras <input type="checkbox"/> sudorese <input type="checkbox"/> hipotermia <input type="checkbox"/> sangramento <input type="checkbox"/> outros, especificar:	
<b>Frequência de consultas médicas:</b>	
<b>Nº de profissionais atuantes:</b> enfermeiros      técnicos de enfermagem      médicos      psicólogos	
nutricionistas      outros, especificar:	
Jornada de trabalho: <input type="checkbox"/> 4horas <input type="checkbox"/> 6horas <input type="checkbox"/> 8horas	
ESTRUTURA FÍSICA	
<b>Nº de máquinas para hemodiálise:</b>	<b>Manutenção:</b> <input type="checkbox"/> preventiva <input type="checkbox"/> corretiva
<b>Responsável pela manutenção:</b>	<b>Periodicidade:</b>
Aparatos de suporte: <input type="checkbox"/> carrinho de emergência <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Raio X	
REGISTROS DE ENFERMAGEM	
<b>Possui impresso próprio:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>Registros</b> <input type="checkbox"/> informatizados <input type="checkbox"/> manuais
<b>Locais distintos enfermeiros/ técnicos de enfermagem:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
<b>Enfermeiros: frequência de registros:</b> <input type="checkbox"/> 1x/sessão <input type="checkbox"/> 2x/sessão <input type="checkbox"/> 3 ou mais x/sessão	
<b>O que registram:</b> <input type="checkbox"/> procedimento técnico <input type="checkbox"/> estado físico <input type="checkbox"/> estado emocional/psicológico <input type="checkbox"/> relação interpessoal <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> intercorrências <input type="checkbox"/> família <input type="checkbox"/> econômica/renda <input type="checkbox"/> transporte/deslocamento <input type="checkbox"/> aparência Avaliação valorativa <input type="checkbox"/> conflitos <input type="checkbox"/> resiliência <input type="checkbox"/> resolução <input type="checkbox"/> dificuldades <input type="checkbox"/> limitações/restrições <input type="checkbox"/> esperança <input type="checkbox"/> convicções <input type="checkbox"/> outros especificar	
Causas: <input type="checkbox"/> situação/circunstância de vulnerabilidade <input type="checkbox"/> preservação do bem-estar e da promoção de saúde <input type="checkbox"/> fisiopatologia	
<b>Técnicos de enfermagem: frequência de registros:</b> <input type="checkbox"/> 1x/sessão <input type="checkbox"/> 2x/sessão <input type="checkbox"/> 3 ou mais x/sessão	
<b>O que registram:</b> <input type="checkbox"/> procedimento técnico <input type="checkbox"/> estado físico <input type="checkbox"/> estado emocional/psicológico <input type="checkbox"/> relação interpessoal <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> intercorrências <input type="checkbox"/> família <input type="checkbox"/> econômica/renda <input type="checkbox"/> transporte/deslocamento <input type="checkbox"/> aparência Avaliação valorativa <input type="checkbox"/> conflitos <input type="checkbox"/> resiliência <input type="checkbox"/> resolução <input type="checkbox"/> dificuldades <input type="checkbox"/> limitações/restrições <input type="checkbox"/> esperança <input type="checkbox"/> convicções <input type="checkbox"/> outros especificar	
Causas: <input type="checkbox"/> situação/circunstância de vulnerabilidade <input type="checkbox"/> preservação do bem-estar e da promoção de saúde <input type="checkbox"/> fisiopatologia	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	

**Apêndice B:** Instrumento de coleta de dados para **peças em tratamento hemodialítico** (caracterização e abordagem estrutural das RS).

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
Código do participante		
Ano do nascimento:	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos:
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar		
Anos que estudou: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> outros especificar <input type="checkbox"/>		
Profissão:	Ano aposentadoria:	Ocupação:
ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS UTILIZANDO TESTE DE EVOCÇÃO		
Tendo as expressões a seguir diga as cinco primeiras palavras que lhe vem à mente quando elas são mencionadas		
Hemodiálise	Tratamento de hemodiálise	Cuidado ou tratamento de enfermagem
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
Cite duas características para as situações apresentadas		
Tratamento de hemodiálise		Tratamento de enfermagem
1.		
2.		
HISTÓRIA DO TRATAMENTO		
Ano do diagnóstico de Doença Renal Crônica:		
Diagnóstico de Base <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Glomerulopatias <input type="checkbox"/> Rins Policísticos <input type="checkbox"/> indefinido <input type="checkbox"/> Não sabe		
Quanto tempo faz hemodiálise? (em anos) <input type="checkbox"/> menos que 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Tipo e localização de acesso vascular: <input type="checkbox"/> Cateter: <input type="checkbox"/> VJD <input type="checkbox"/> VJE <input type="checkbox"/> VSCD <input type="checkbox"/> VSCE <input type="checkbox"/> VFD <input type="checkbox"/> VFE <input type="checkbox"/> Fístula Arteriovenosa: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE		
Já teve outra(s) fistulas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Qual o motivo da perda da fístula? <input type="checkbox"/> rompimento <input type="checkbox"/> aneurisma <input type="checkbox"/> trombose <input type="checkbox"/> baixo fluxo <input type="checkbox"/> compressão <input type="checkbox"/> queda de pressão <input type="checkbox"/> outros especificar		
O local onde a fístula foi colocada é o mesmo do braço que você come ou escreve? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Já usou cateter? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Houve troca de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Qual é a avaliação que o Sr(a) faz sobre o(s) serviço(s) que usa? <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		
PERFIL DO NÚCLEO FAMILIAR OU DE PESSOAS DE APOIO		
Qual é a sua situação familiar atual? <input type="checkbox"/> solteiro a viver só <input type="checkbox"/> solteiro a viver em família <input type="checkbox"/> casado a viver como tal <input type="checkbox"/> viúvo a viver só <input type="checkbox"/> viúvo a viver em família <input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver só <input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver em família <input type="checkbox"/> solteiro/viúvo/divorciado a viver em instituição <input type="checkbox"/> outros especificar		
Com quem o(a) Sr(a) procura ou conta em caso de necessidade? <input type="checkbox"/> parentes <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> contemporâneos <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> cuidadores <input type="checkbox"/> vizinhos <input type="checkbox"/> pessoal do comércio <input type="checkbox"/> outros especificar:		
IMPACTO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO SOBRE O ESTILO DE VIDA		
O(A) Sr(a) participa de alguma atividades mesmo fazendo hemodiálise que lhe traz satisfação/realização? Natureza da Atividade <input type="checkbox"/> religiosa <input type="checkbox"/> física; <input type="checkbox"/> educativa; <input type="checkbox"/> comunitária; <input type="checkbox"/> musical; <input type="checkbox"/> esportiva; <input type="checkbox"/> familiar		
O(A) Sr(a) deixa de participar de alguma atividade que lhe traz satisfação/realização por causa da hemodiálise? <input type="checkbox"/> religiosa; <input type="checkbox"/> física; <input type="checkbox"/> educativas; <input type="checkbox"/> comunitária; <input type="checkbox"/> musical; <input type="checkbox"/> esportiva; <input type="checkbox"/> familiar		
Como o(a) Sr(a) avalia seu estilo de vida com hemodiálise: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Como o(a) Sr(a) avalia seu estilo de vida comparado aos seus contemporâneos: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Como o(a) Sr(a) avalia seu estilo de vida antes da hemodiálise: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Como o(a) Sr(a) avalia entre 0 a 10 o esforço para adaptação à hemodiálise: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Como o(a) Sr(a) avalia entre 0 a 10 o esforço para conviver com a hemodiálise: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

**Apêndice C:** Instrumento de coleta de dados para **peças em tratamento hemodialítico** (abordagem processual das RS).

ABORDAGEM PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONCEPÇÃO DO PROCESSO DE SAE E CONTEÚDO DOS REGISTROS	
Código dos participantes	
Questões norteadoras:	
1. Contem-me algum fato vivenciado com o(a) Senhor(a) ou com alguém na hemodiálise que lhe chamou a atenção ou lhe marcou;	
2. Como é o cuidado recebido aqui no setor de hemodiálise;	
3. O que lhe incomoda atualmente em relação à doença renal e o tratamento;	
4. Como é o cuidado de enfermagem recebido aqui no setor de hemodiálise.	

**Apêndice D:** Instrumento de coleta de dados para os **registros de enfermagem**

DADOS GERAIS DOS REGISTROS											
Código de identificação do registro na pesquisa:	Data da coleta:										
Número do prontuário:	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino										
Idade:											
DADOS ESPECÍFICOS DOS REGISTROS											
Iniciais do paciente:	Data em que o registro foi realizado:										
Categoria profissional do responsável pelo registro: <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> téc. Enfermagem <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem											
Turno: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite											
Dimensão do cuidado de que trata o registro: <input type="checkbox"/> assistencial <input type="checkbox"/> educativa <input type="checkbox"/> gerencial <input type="checkbox"/>											
Ocasão em que foi realizado: <input type="checkbox"/> Em hemodiálise <input type="checkbox"/> admissão <input type="checkbox"/> consulta de enfermagem <input type="checkbox"/> administração de medicamento eventual <input type="checkbox"/> implante de cateter <input type="checkbox"/> outros, especificar											
Motivo que o gerou: <input type="checkbox"/> rotina <input type="checkbox"/> próprio <input type="checkbox"/> demanda do enfermeiro <input type="checkbox"/> demanda do enfermeiro e/ou técnico <input type="checkbox"/> outros, especificar											
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS											
	Impresso próprio	Impresso com identificação completa do	Data	Hora	Assinatura	Carimbo/Número do Registro e categoria	Letra legível e clara	Abreviaturas padronizadas	Erro ortográfico	Erros corrigidos sem ocultar o original	Rasuras
Sim:											
Não:											
CONTEÚDO DOS REGISTROS											
<b>Evidências identificadas sobre:</b>											
Conteúdo: <input type="checkbox"/> procedimento técnico, especificar: <input type="checkbox"/> estado físico <input type="checkbox"/> estado emocional/psicológico <input type="checkbox"/> relação interpessoal <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> intercorrências <input type="checkbox"/> família <input type="checkbox"/> econômica/renda <input type="checkbox"/> transporte/deslocamento <input type="checkbox"/> aparência											
Avaliação valorativa <input type="checkbox"/> conflitos <input type="checkbox"/> resiliência <input type="checkbox"/> resolução <input type="checkbox"/> dificuldades <input type="checkbox"/> limitações/restrições <input type="checkbox"/> esperança <input type="checkbox"/> convicções <input type="checkbox"/> outros especificar											
Aspecto: <input type="checkbox"/> emocional <input type="checkbox"/> relacional <input type="checkbox"/> inabilidade <input type="checkbox"/> enfrentamento <input type="checkbox"/> crenças <input type="checkbox"/> hobbies e rotinas <input type="checkbox"/> gastos <input type="checkbox"/> condutas											
Causas: <input type="checkbox"/> situação/circunstância de vulnerabilidade <input type="checkbox"/> preservação do bem-estar e da promoção de saúde <input type="checkbox"/> fisiopatologia											
<b>Diagnósticos de enfermagem com linguagem padronizada:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											
<b>Conteúdo:</b>											
Domínio fisiológico:	<input type="checkbox"/> circulação <input type="checkbox"/> respiração <input type="checkbox"/> regulação física <input type="checkbox"/> nutrição <input type="checkbox"/> eliminação <input type="checkbox"/> pele/tecido <input type="checkbox"/> resposta neurológica <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio mental:	<input type="checkbox"/> cognição <input type="checkbox"/> autoconceito <input type="checkbox"/> regulação comportamental <input type="checkbox"/> regulação de humor <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio existencial:	<input type="checkbox"/> conforto <input type="checkbox"/> bem-estar <input type="checkbox"/> princípios de vida <input type="checkbox"/> enfrentamento <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio funcional:	<input type="checkbox"/> processo do ciclo de vida <input type="checkbox"/> capacidade física <input type="checkbox"/> equilíbrio de energia <input type="checkbox"/> comunicação <input type="checkbox"/> função social <input type="checkbox"/> autocuidado <input type="checkbox"/> promoção da saúde <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio de segurança:	<input type="checkbox"/> dano a si mesmo <input type="checkbox"/> violência <input type="checkbox"/> riscos à saúde <input type="checkbox"/> riscos contextuais <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio familiar:	<input type="checkbox"/> reprodução <input type="checkbox"/> papéis de cuidador <input type="checkbox"/> unidade familiar <input type="checkbox"/> outros especificar										
Domínio ambiental:	<input type="checkbox"/> saúde da comunidade <input type="checkbox"/> sistema de atendimento de saúde <input type="checkbox"/> outros especificar										
<b>Intervenções de enfermagem com linguagem padronizada:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											
<b>Resultados de enfermagem com linguagem padronizada:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											





(\*) O processo de coleta de dados foi iniciado somente após aprovação deste projeto no Comitê de Ética.

#### Apêndice F:Orçamento

<b>MATERIAL</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO (R\$)</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
Papel A4 500 folhas	4 pacotes	16,50	66,00
Canetas esferográficas azuis	10	1,00	10,00
Pen Drive	1	30,00	30,00
Fotocópia	1000	0,20	200,00
Cartuchos de Tinta para impressora	4	50,00	200,00
Caderno de Anotações	1	5,00	5,00
Gravador de voz digital	2	60,00	120,00
Tablet Android	1	600,00	600,00
Taxa de submissão de artigo em periódico	3	1.000,00	3.000,00
<b>Subtotal</b>	-	-	<b>R\$ 4.231,00</b>
<b>Recursos Humanos</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1-Revisão ortográfica	6 artigos	R\$ 100,0	R\$ 600,00
2- Traduções (artigo/dissertação) português para inglês e espanhol	6 resumos	R\$ 300,0	R\$ 1.800,00
<b>Subtotal</b>			<b>R\$ 2.400,00</b>
<b>Total</b>			<b>R\$ 6.631,00</b>

**Nota:** Cabe mencionar que a presente investigação contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com início em Setembro de 2017 .



ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para **PESSOAS EM HEMODIÁLISE OU ACOMPANHANTE**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Percepção do cuidado, sistematização, processos laborais e registros de enfermagem segundo binômio pessoas em hemodiálise-profissionais de enfermagem: estudo de método misto**”. Nesta pesquisa pretendemos analisar e compreender o cuidado e o processo de trabalho da equipe de enfermagem com pessoas em tratamento hemodialítico. O motivo que nos leva a estudar esse tema é a crescente demanda de pessoas em condições crônicas em tratamento hemodialítico, a não adesão às recomendações terapêuticas e a necessidade de modificação no estilo de vida que justificam cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr.(a) responderá algumas perguntas relacionadas à hemodiálise e o atendimento de enfermagem, sendo algumas registradas pela entrevistadora e outras com áudio gravado. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos para sua realização, ou seja, riscos semelhantes àqueles que ocorrem no dia-a-dia. A pesquisa contribuirá para a identificação de cuidados de enfermagem direcionados a pessoas em hemodiálise e contribuirá para a melhoria da assistência de enfermagem.

Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na clínica de nefrologia e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Percepção do cuidado, sistematização, processos laborais e registros de enfermagem segundo binômio pessoas em hemodiálise-profissionais de enfermagem: estudo de método misto**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

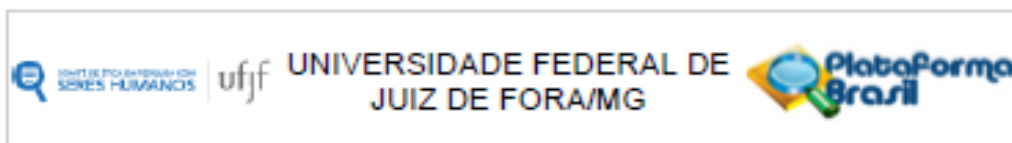
\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Participante Assinatura do(a) Pesquisador(a)**

**Nome do(a) pesquisador(a) responsável:** Sylvia Miranda Carneiro. Faculdade de Enfermagem (UFJF). Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário da UFJF. Juiz de Fora. Fone 32162532 E-mail: sylvinhamc@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## ANEXO 2:Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DO CUIDADO, SISTEMATIZAÇÃO, PROCESSOS LABORAIS E REGISTROS DE ENFERMAGEM SEGUNDO BINÔMIO PESSOAS EM HEMODIÁLISE -PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

**Pesquisador:** Cristina Arreguy Sena

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61916516.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

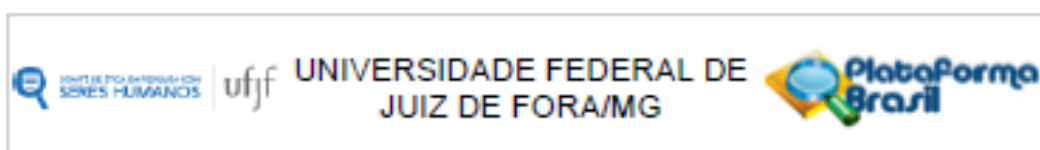
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.876.363

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa delineada no método misto que objetiva analisar e compreender o cuidado, a sistematização, os processos laborais e os registros documentais de enfermagem sobre pessoas em tratamento hemodialítico na perspectiva do binômio usuário-equipe de enfermagem num serviço ambulatorial. Encontra-se apoiada na abordagem psicossociológica dos referenciais da Teoria das Representações Sociais do tipo convergente sequencial e no método descritivo e prospectivo de abordagem quantitativa, que será operacionalizada a partir de três etapas, a saber: 1) Representação Social na abordagem estrutural (segundo Abric) e processual (segundo Moscovici) sobre o tratamento hemodialítico e o cuidado de enfermagem por pessoas em hemodiálise e pela equipe de enfermagem; 2) análise documental dos impressos e registros institucionais utilizados pela equipe de enfermagem; 3) survey sobre as características do tratamento hemodialítico, satisfação do binômio. O cenário da investigação será uma clínica nefrológica do setor privado, situada no município da zona da mata mineira que integra à rede Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios que oferece atendimento ambulatorial multidisciplinar à pessoas com Doença Renal Crônica em tratamento com terapia renal substitutiva do tipo hemodiálise. Está estimada a participação de 200 pessoas em hemodiálise atendidas a nível ambulatorial em uma clínica especializada em terapia renal substitutiva do tipo hemodiálise e

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.076.363

50 membros da equipe de enfermagem da mesma unidade. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Item III.

**Objetivo da Pesquisa:**

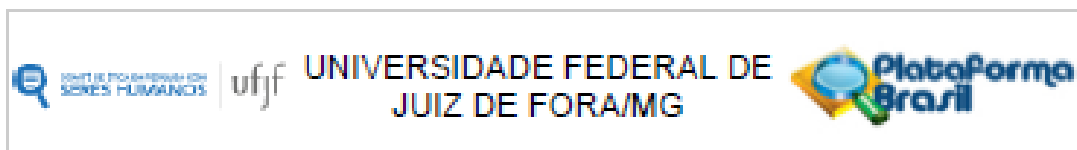
Analisar e compreender o cuidado, a sistematização, os processos laborais e os registros documentais de enfermagem sobre pessoas em tratamento hemodialítico na perspectiva do binômio usuários-equipe de enfermagem num serviço ambulatorial. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considera-se que a presente investigação apresenta riscos mínimos, ou seja, semelhantes a situações cotidianas da vida, já que não serão realizadas intervenções e estes serão minimizados pela utilização de técnicas de anonimato, comunicacionais, interação interpessoal e respeito humano. A realização da presente investigação poderá contribuir ao explicitar as peculiaridades do processo laboral de enfermeiros junto a pessoas em

hemodiálise à luz das recomendações da categoria profissional, das legislações e das taxonomias dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Tais resultados subsidiarão o processo de sistematização da assistência de enfermagem, a busca por expertise e excelência na prestação de cuidados direcionados para a individualidade e as especificidades que envolvem o atendimento de pessoas em hemodiálise. Do ponto de vista dos usuários esses benefícios se expressam pela qualificação do cuidado de enfermagem, por uma prática segura e alicerçada em evidências científicas. Do ponto de vista profissional permitirá retratar as lacunas de formação que poderão ser supridas pelo processo de educação continuada dando as ações institucionais direcionamento com vistas à obtenção de resultados exitosos e para os profissionais permitirá direcionar ações de auto aprimoramento laboral, relacional e comunicacional. Do ponto de vista da categoria profissional essa investigação trará como benefício o aprofundamento das questões que envolvem a prática laboral de pessoas com doenças crônicas e seus familiares/acompanhantes com vistas ao diagnóstico de suas demandas de cuidados e a busca, alicerçada em evidências científicas, das boas práticas. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.076.303

e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

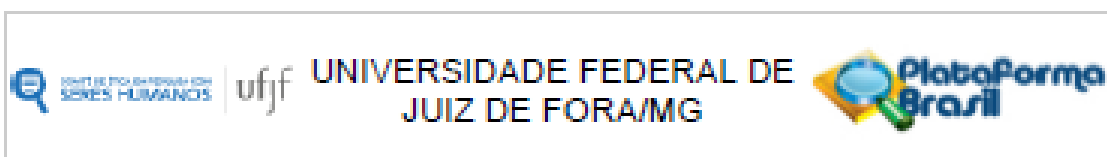
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Setembro de 2020.

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-000  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.876.363

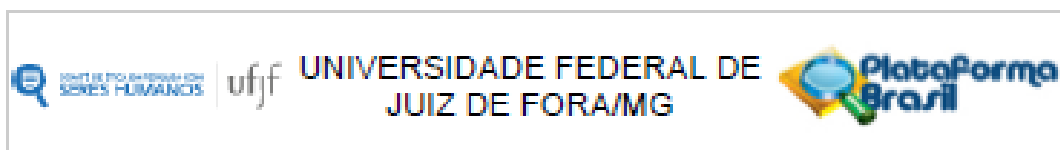
#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_818899.pdf	19/12/2016 07:57:03		Acelto
Outros	Enderec0LATTESpesquisadoras.docx	08/11/2016 18:21:39	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Outros	TermoSigilloABERTO03nov2016.docx	08/11/2016 18:13:34	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Outros	Ofic0sFACENFeNEFROCLINEINFRAes trutura01Nov2016.doc	08/11/2016 18:06:36	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Outros	TermoContabilidadeSigillo03nov2016.pdf	08/11/2016 18:04:06	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ofic0sNEFROCLIN03nov2016.pdf	08/11/2016 18:03:13	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ofic0sFACENFut03nov2016.pdf	08/11/2016 18:02:56	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestruturaNEFROCLIN03nov2016.pdf	08/11/2016 18:02:02	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Folha de Rosto	FOLHARostopesqFACENFeNEFROCLIN 01nov2016.pdf	08/11/2016 18:01:34	Cristina Arreguy Sena	Acelto
Outros	Instrumentos_coleta_de_dados.pdf	08/11/2016 15:45:27	Sylvia Miranda Camelo	Acelto
Outros	Instrumentos_coleta_de_dados.doc	08/11/2016 15:44:07	Sylvia Miranda Camelo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Sylvia_08nov2016.pdf	08/11/2016 15:38:47	Sylvia Miranda Camelo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Sylvia_08nov2016.docx	08/11/2016 15:38:26	Sylvia Miranda Camelo	Acelto

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 38.058-000  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.070.303

Investigador	Projeto_Sylvia_08nov2016.docx	08/11/2016 15:38:26	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/11/2016 15:36:31	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/11/2016 15:36:15	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	08/11/2016 15:35:40	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	08/11/2016 15:35:25	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/11/2016 15:31:59	Sylvia Miranda Camelo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/11/2016 15:31:43	Sylvia Miranda Camelo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 20 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Vânia Lúcia Silva  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-000  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br