



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROSÂNGELA ALVES ALMEIDA BASTOS

**PROCESSO ADAPTATIVO DE IDOSOS EM TRATAMENTO
HEMODIALÍTICO: uma análise à luz do modelo de Roy**

JOÃO PESSOA-PB

2013

ROSÂNGELA ALVES ALMEIDA BASTOS

**PROCESSO ADAPTATIVO DE IDOSOS EM TRATAMENTO
HEMODIALÍTICO: uma análise à luz do modelo de Roy**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Mestranda: Rosângela Alves Almeida Bastos

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA-PB

2013

ROSÂNGELA ALVES ALMEIDA BASTOS

**PROCESSO ADAPTATIVO DE IDOSOS EM TRATAMENTO
HEMODIALÍTICO: uma análise à luz do modelo de Roy**

Aprovada em: _____ / _____ / **2013**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes – Orientadora – UFPB

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa – Membro Efetivo Externo – UEPB

Profa. Dra. Maria Júlia Guimarães O. Soares – Membro Efetivo – UFPB

Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa – Membro Suplente – UFPB

Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França – Membro Suplente – UEPB

Aos meus pais, Francisca e Benedito, uma homenagem de gratidão pelo incentivo a minha formação profissional.

*Ao meu filho Renan, razão da minha vida,
verdadeiro amor.*

*A todos os idosos que contribuíram de forma
significativa para construção dessa pesquisa.*

Este estudo dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita misericórdia, permitindo que eu seguisse este caminho: o de construir conhecimento em benefício do outro, fortalecendo-me nos momentos mais difíceis e tornando possível a realização deste sonho;

A minha grande orientadora, Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes, pessoa simples, dedicada e amiga, que com sabedoria, paciência e dedicação me proporcionou segurança e incentivo durante a realização desse trabalho;

Aos meus irmãos que estiveram me apoiando nos momentos mais difíceis da minha vida;

Aos meus amados sobrinhos, Vinícius, Arthur, Vitor, Maria Júlia, Enzo, Pedrinho e Rayssa pelo carinho;

Ao meu esposo, Antônio, pela paciência, companheirismo e amor;

As minhas grandes amigas Georgiana, Suse Desirré e Sinthya pela amizade compartilhada em todos os momentos;

Aos professores, Maria Júlia Guimarães, Francisco Stélio, Marta Miriam Lopes e Inácia Sátiro Xavier, por terem aceitado participarem da banca examinadora, cooperando na construção desse estudo;

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pelo apoio e ensinamentos;

*As amigas do curso de mestrado, especialmente Kamyla, pela amizade compartilhada;
Aos profissionais de saúde do Hospital São Vicente de Paulo, especialmente os enfermeiros da Unidade de Hemodiálise, que contribuíram para a realização dessa pesquisa;*

A todos meus colegas do curso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pela convivência e amizade;

Aos colegas, amigos e coordenadores da Unidade de Pronto Atendimento- UPA- Oceania pela solidariedade e apoio recebido;

Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização dessa pesquisa.

Muito Obrigada!

*“Tinha sempre presente que a pele se enrugava, o cabelo embranquece,
os dias convertem-se em anos...*

*Mas o que é importante não muda... a tua força e convicção não
têm idade.*

O teu espírito é como qualquer teia de aranha.

Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.

Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.

Enquanto estiver viva, sintá-se viva.

Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.

Não viva de fotografias amareladas...

Continue, quando todos esperam que desista.

Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.

Faça com que, em vez de pena, tenham respeito por você.

Quando não conseguir correr através dos anos, trote.

Quando não conseguir trotar, caminhe.

Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.

Mas nunca se detenha”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

BASTOS, Rosângela Alves Almeida. **Processo adaptativo de idosos em tratamento hemodialítico**: uma análise à luz do modelo de Roy. 2013. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem crescendo significativamente, o que torna o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas não transmissíveis, como a doença renal crônica, que predispõe os idosos à necessidade de tratamento hemodialítico para sobreviver, o que demanda um processo adaptativo constante ante as modificações geradas por essa enfermidade e sua terapêutica. Apesar disso, há poucos estudos que abordam o fenômeno. **Objetivo:** Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo analisar, à luz do Modelo de Roy, o processo adaptativo de idosos frente ao tratamento hemodialítico. **Metodologia:** Estudo exploratório, que envolveu quinze idosos com doença renal crônica, atendidos numa Clínica especializada do município de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2012, por meio de entrevista gravada, utilizando-se como instrumento um roteiro semiestruturado. A análise do material empírico foi feita mediante uma abordagem qualitativa, por meio da técnica de análise de conteúdo, e o eixo norteador foram quatro categorias temáticas pré-estabelecidas, correspondentes aos modos adaptativos propostos por Roy: fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência. **Resultados:** Em relação à categoria modo fisiológico, foram identificadas respostas ineficazes relacionadas aos componentes oxigenação, nutrição, eliminação, fluidos, eletrólitos, função endócrina, atividade e repouso/descanso, proteção e sentidos. No que tange à categoria relativa ao modo autoconceito, os idosos evidenciaram comportamentos ineficazes relacionados ao *self físico*, como sensação de desespero, tristeza, morte, vergonha e estigma relacionados às modificações na imagem corporal advindas da doença e do tratamento. Quanto ao *self pessoal*, alguns idosos evidenciaram um enfrentamento eficaz da doença e a terapêutica, o que favoreceu um processo adaptativo positivo, expresso por sentimentos de esperança, cura, sonhos, desejos e fé em Deus. No concernente à categoria representativa do modo função na vida real/interdependência, os idosos demonstraram comportamentos ineficazes, como sentimentos de impotência, devido à perda de seu papel social, insatisfação, desvalorização, dependência, mudanças no convívio social, familiar e nos laços de amizades. Nessa categoria, também foram observados comportamentos afetivos positivos para enfrentar tal situação, como: apoio de familiares, de amigos e de profissionais de saúde, que promoveram melhora no processo adaptativo dos idosos. **Considerações finais:** Os resultados do estudo permitiram inferir que os idosos em tratamento hemodialítico apresentam dificuldades para se adaptar à doença e ao tratamento. Tendo em vista esse achado, esta pesquisa pode servir de suporte para a equipe de saúde, em especial, para a de Enfermagem, para o planejamento de intervenções que possam contribuir para que o idoso enfrente as dificuldades relativas ao tratamento do fenômeno analisado, o que implica melhora em sua vida.

Palavras-chave: Idoso. Diálise Renal. Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

BASTOS, Rosângela Alves Almeida. **Adaptive process in elderly undergoing hemodialysis: an analysis in the light of Roy's model.** 2013 105f. Dissertation (Masters in Nursing in Attention to Health) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introduction: Population aging is a meaningful growing phenomenon, what makes the individual more vulnerable to acute non transmitted diseases such as chronic renal disease that predispose elderly to the need of hemodialysis to survive, demanding a constant adaptive process due to the modifications provoked by such illness and its therapeutics. Despite this, there are few studies that approach the phenomenon. **Objective:** Considering what has been exposed, the present study aims analyzing, in the light of Roy's model, the elderly adaptive process when submitting to hemodialysis. **Methodology:** This is an exploratory study involving fifteen elderly people suffering chronic renal disease treated at a specialized Clinic in the city of João Pessoa, Paraíba. The data was collected in the period of January to April of 2012, by recorded interviews having a semi-structured script. The analysis of the corpus was carried by a qualitative approach using the content analysis technique and the guiding principle were four pre-established thematic categories corresponding to the adaptive modes proposed by Roy: physiologic, self-concept, function in the real life and interdependence. **Results:** In relation to the physiological mode were identified inefficient responses related to oxygen components, nutrition, elimination, fluids, electrolytes, endocrine function, activity and repose/rest, protection and senses. Regarding the relative category to the self-concept mode, the elderly showed inefficient behavior related to the physiological self such as the feeling of despair, sadness and death, embarrassment and stigma related to the modification in their body image provoked by the both the illness and the treatment. As to the personal self, some elderly presented an efficient coping of the illness and therapeutics, what favored a positive adaptive process manifested by feelings of hope, cure, dreams, desire and faith in God. Concerning the representative category of the function mode of real life/interdependence, the elderly showed inefficient behavior such as feeling of impotence due to the loss of their social role, dissatisfaction, changes in the social and family living, and bonds of friendships. In this category were also observed positive affective behavior to face the illness situation, such as the support from their family, friends and the Health professionals that promoted improvement in the adaptive process of the elderly. **Final remarks:** The results of the present study allowed us to infer that the elderly undergoing hemodialysis present difficulties to adapt to the illness and the treatment. In view of this finding, the present research can give support to the health staff, in especial to the Nursing, to the planning of interventions that can contribute to the help the elderly to cope with the difficulties provoked by the treatment of the analyzed phenomenon, what implies in improvement in their lives.

Key words: Aged. Renal Dialysis. Nursing Theory.

RESUMEN

BASTOS, Rosângela Almeida Alves. **Proceso de adaptación de los ancianos en hemodiálisis**: un análisis a la luz del modelo de Roy. 2013. 105f. Disertación (Maestría en Enfermería en el Cuidado de la Salud) - Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introducción: El envejecimiento de la población es un fenómeno que ha crecido de manera significativa, lo que hace al individuo más vulnerable a las enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad renal crónica, que predispone a las personas mayores la necesidad de hemodiálisis para sobrevivir, lo que requiere un proceso de adaptación constante frente a las modificaciones generadas por esta enfermedad y su tratamiento. A pesar de ello, existen pocos estudios que aborden el fenómeno. **Objetivo:** Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo examinar, a la luz del modelo de Roy, el proceso de adaptación de las personas mayores frente a la hemodiálisis. **Metodología:** Se realizó un estudio exploratorio que se centra en quince personas mayores con enfermedad renal crónica, atendidos en una clínica especializada en el municipio de João Pessoa, Paraíba. Los datos fueron colectados entre enero y abril de 2012, a través de entrevistas grabadas utilizando como instrumento un guión semi estructurado. El análisis empírico se realiza por medio de un enfoque cualitativo, utilizando la técnica de análisis de contenido, y se guía por cuatro categorías temáticas predeterminadas, que corresponde a los modos adaptativos propuestos por Roy: fisiológico, auto concepto, función en la vida real y la interdependencia. **Resultados:** Respecto a la categoría del modo fisiológico, se identificaron reacciones ineficaces relacionadas con la oxigenación, nutrición, eliminación, fluidos, electrolitos, función endocrina, actividad y descanso / relajación, la protección y los sentidos. En cuanto a la categoría del modo de auto-concepto, los ancianos mostraron comportamientos ineficaces relacionados con *self* físico y el sentido de la desesperanza, la tristeza, la muerte, la vergüenza y el estigma relacionado con los cambios en la imagen corporal derivadas de la enfermedad y el tratamiento. En cuanto al *self* personal, algunos adultos mayores mostraron un enfrentamiento de la enfermedad efectiva y la terapia, lo que favoreció un proceso de adaptación positiva, expresado por sentimientos de esperanza, curación, los sueños, las esperanzas y la fe en Dios. Con respecto a la categoría que representa el modo función en la vida real / interdependencia, los ancianos demostraron comportamientos ineficaces, como los sentimientos de impotencia, debido a la pérdida de su función social, la insatisfacción, la devaluación, la dependencia, los cambios en las relaciones sociales, familiares y amistades. En esta categoría, también se observaron conductas afectivas positivas para hacer frente a esta situación, así como: el apoyo de familiares, amigos y profesionales de la salud, que promueve una mejora en el proceso de adaptación de las personas mayores. **Consideraciones finales:** Los resultados de este estudio implican que los ancianos en hemodiálisis tienen dificultades para adaptarse a la enfermedad y al tratamiento. En vista de esta conclusión, esta investigación puede servir para apoyar al equipo de atención de salud, especialmente para los ancianos, para la planificación de intervenciones que pueden ayudar a los ancianos a enfrentar las dificultades relacionadas con el tratamiento del fenómeno analizado, lo que implica una mejora en su vida.

Palabras clave: Anciano. Diálisis Renal. Teoría de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - População, por sexo, de idosos, adultos e jovens do Brasil nos anos de 1980, 2000 e 2020.....	21
Figura 2 - População total jovem e idosa do Brasil, 1940 a 2050.....	22
Figura 3 - Principais causas de cargas de doenças, em ambos os sexo, 1998, em países de baixa e média renda, por idade.....	24
Figura 4 - Representação diagramática dos sistemas adaptativos humanos.....	34

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos idosos em tratamento hemodialítico, conforme variáveis sociodemográficas e clínicas, João Pessoa – PB, 2012.....	47
Quadro 1 -	Modo fisiológico de adaptação de idosos em tratamento hemodialítico, João Pessoa – PB, 2012.....	49
Quadro 2 -	Modo de adaptação psicossocial relativo ao autoconceito de idosos em tratamento hemodialítico, João Pessoa – PB, 2012.....	58
Quadro 3 -	Adaptação psicossocial relativa aos modos função na vida real e interdependência de idosos em tratamento hemodialítico, João Pessoa – PB, 2012.....	67

SUMÁRIO

PREÂMBULO	
CAPÍTULO I.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Envelhecimento Populacional: Aspectos Conceituais.....	18
1.2 Envelhecimento Populacional: Transição Demográfica e Epidemiológica.....	19
1.3. Relevância do Estudo.....	27
CAPÍTULO II.....	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ROY.....	30
2.1 Os Macroconceitos Principais do Modelo de Adaptação de Roy.....	32
2.1.1 A Pessoa.....	32
2.1.2 O Ambiente.....	35
2.1.3 A Saúde.....	35
2.1.4 O objetivo da Enfermagem.....	36
2.2 O Processo de Enfermagem Proposto por Roy.....	36
2.2.1 A Avaliação do Comportamento.....	36
2.2.2 A Avaliação dos Estímulos.....	36
2.2.3 Diagnóstico de Enfermagem.....	37
2.2.4 Estabelecimento do Objetivo.....	37
2.2.5 As Intervenções de Enfermagem.....	37
2.2.6 A Avaliação.....	37
CAPÍTULO III.....	38
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39

3.1 A Escolha do Método.....	39
3.2 O Ambiente da Pesquisa.....	39
3.3 Os Participantes do Estudo.....	39
3.4 O Instrumento e a Técnica de Coleta de Dados.....	40
3.5 O Procedimento Analítico.....	40
3.6 Considerações Éticas.....	44
CAPÍTULO IV.....	45
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	46
4.1 Características Sociodemográficas e Clínicas dos Idosos em Tratamento Hemodialítico.....	46
4.2 O Processo Fisiológico de Adaptação.....	49
4.3 O Modo de Adaptação Psicossocial – Autoconceito.....	58
4.4 Os Modos de Adaptação Psicossocial – Função na Vida Real e Interdependência.....	66
CAPÍTULO V.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados - roteiro de entrevista

APÊNDICE C – O corpus

ANEXO

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa

PREÂMBULO

PREÂMBULO

A Enfermagem, ao longo de sua história, como ciência, profissão e arte, tem desenvolvido estudos importantes nessa área e levado seus profissionais a refletirem sobre sua prática e a aprofundá-la. Atualmente, na arena do cuidado com a saúde, deparamo-nos com situações cada vez mais difíceis, que nos levam a idealizar estratégias para serem confrontadas com a maior prevalência de doenças complexas que ocorrem no âmbito da população, principalmente no que diz respeito à pessoa idosa, especialmente, à insuficiência renal crônica.

Tomando com base esse pensamento e considerando minha experiência profissional de cinco anos, no cenário hospitalar, como enfermeira assistencial de uma clínica especializada em tratamento de pacientes renais crônicos, tive a oportunidade de observar o impacto causado nos idosos em tratamento hemodialítico. Tal fato me deixava totalmente angustiada, devido às diversas complicações de ordem fisiológica e psicossocial geradas pela doença e pelo tratamento que, associadas ao envelhecimento, apresentam-se de forma mais acentuada e causam ruptura em seu estilo de vida.

Outro fator que observei e que motivou o desenvolvimento do estudo são os números alarmantes que a doença renal crônica vem alcançando na população idosa. Assim, a aproximação com a temática me permitiu compreender bem mais esse ser e seu mundo. Tal compreensão foi fundamentada, de modo especial, na Teoria de Adaptação de Roy, que me deu subsídios para desvelar a vivência do paciente idoso em tratamento hemodialítico, em sua dimensão biopsicossocial. Pensar em questões que perpassam a vivência de idosos em tratamento hemodialítico é sobremaneira relevante, pois suscita o enfermeiro para que tenha a sensibilidade de lidar com o ser humano, num momento considerado tão importante, buscando possibilidades de enfrentamento terapêutico para facilitar o processo adaptativo.

Nessa perspectiva, para compreender bem mais a realidade dos idosos em tratamento hemodialítico, optei por realizar este estudo utilizando a abordagem qualitativa, por ser considerada fundamental para o alcance dos objetivos.

Quanto à estrutura, este estudo é composto por cinco capítulos. No primeiro, contextualiza-se a temática e os objetivos do estudo; o segundo apresenta os pressupostos teóricos de Roy, que norteou a obra; no capítulo terceiro, são feitas considerações acerca dos caminhos metodológicos percorridos para se atingirem os objetivos propostos; o capítulo quarto apresenta a análise e a discussão dos dados empíricos, por meio da análise temática proposta por Laurence Bardin. Por fim, vêm as considerações finais suscitadas.

Espera-se que este trabalho seja um instrumento útil para o planejamento e o direcionamento da assistência de enfermagem, principalmente no que diz respeito ao idoso com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, e possa contribuir com o desenvolvimento de futuras investigações na área de Enfermagem e proporcionar a esses sujeitos uma adaptação menos sofrida e, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida.

CAPITULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento Populacional: aspectos conceituais

O envelhecimento é definido como um processo dinâmico, contínuo e progressivo, próprio a todos os membros de uma espécie, que envolve um conjunto de fatores, como condições sociais, culturais, econômicas e físicas. Nessa fase da vida, há alterações funcionais, morfológicas, bioquímicas e psicológicas que promovem a perda da adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ocasiona mais susceptibilidade ao aparecimento de processos patológicos (RIBEIRO; SCHUTZ, 2007).

Envelhecer é uma conseqüente fase de nossas vidas. É um processo natural que, ao longo do tempo, impõe-nos alterações diversas e produz efeitos estruturais e comportamentais que repercutem em nosso contexto biopsicossocial e na qualidade de nossa vida. Apesar das inúmeras definições acerca do indivíduo idoso, neste estudo, levou-se em consideração a dimensão cronológica que, segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se idoso o indivíduo com sessenta anos ou mais nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Em sua dimensão biológica, o envelhecimento caracteriza-se por apresentar mais vulnerabilidade às agressões do meio interno e do externo, o que resulta na involução morfológica e funcional da maioria dos órgãos, que leva a um declínio gradual da performance dos indivíduos. Assim, as alterações produzidas pelo envelhecimento ocorrem em nível celular, tecidual, orgânico e nos sistemas, e isso diminui a reserva fisiológica e os sistemas de defesa e de adaptação ao meio e deixa a pessoa mais susceptível a enfermidades (MOURA 2010; PILGER et. al. 2010; FERNANDES et. al., 2009).

Partindo desse pressuposto, o fenômeno do envelhecimento causa declínio das funções orgânicas de modo que não seja permitido conhecer um momento exato dessa transição como nas demais fases de desenvolvimento. Considera-se que as funções orgânicas tendem a declinar com o tempo e se diferenciar em cada ser humano. A partir dos trinta anos, estima-se uma perda de 1,00% das funções orgânicas, a cada ano (PAPALÉO NETTO, 2007).

Convém destacar que as alterações que advêm do envelhecimento estrutural e orgânico têm interferências multifatoriais que envolvem os fatores genéticos, o estilo de vida, os hábitos de saúde e alimentares, os níveis de estresse e de controle, ocupação e atividades diárias, além de interferências ambientais, que afetam, positiva ou negativamente, na vida das pessoas e para o envelhecimento (ELIOPOULOS, 2005). As diferenças funcionais e estruturais que decorrem desse processo distinguem-se, particularmente, em cada pessoa, porque o envelhecimento é vivenciado de forma heterogênea pela população.

Nessa visão, o envelhecimento depende de características individuais, de como os homens produzem e reproduzem sua vida material e espiritual, e se modifica conforme a cultura e os valores de cada sociedade concreta. No processo de curso de vida para o envelhecimento ativo, reconhece-se que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo, e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade (BRASIL, 2010).

1.2 Envelhecimento Populacional: Transição Demográfica e Epidemiológica

A transição demográfica refere-se aos efeitos que as mudanças dos níveis de fecundidade e mortalidade provocam no ritmo e nas características do crescimento populacional, em relação à idade e ao sexo. Atualmente é denominada de envelhecimento da população.

Originado na Europa, o processo de transição demográfica é um fenômeno mundial que acontece em diferentes contextos, cenários e fases e emerge nos países da América Latina. No modelo europeu, esteve atrelado ao significativo desenvolvimento social e ao aumento de renda, no entanto, na América Latina, em especial, no Brasil, ocorreu um processo de urbanização que não alterou a distribuição de renda, que resultou em implicações diferentes (NASRI, 2008).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade está crescendo mais rapidamente em relação a de qualquer outra faixa etária. Esse crescimento vem acontecendo de forma rápida e em termos proporcionais. No grupo dos idosos, os ora chamados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” – acima de 80 anos – também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, portanto, é o

segmento populacional que mais cresce, nos últimos tempos, e perfila mais de 12,00% da população idosa (BRASIL, 2010).

Projeções estatísticas indicam que a estimativa mundial do aumento de pessoas mais velhas tenha um crescimento, entre 1970 e 2025, de 223,00%, ou em torno de 694 milhões. Com essas expectativas, espera-se que, em 2025, exista um total de, aproximadamente, 1,20 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, passando para dois bilhões até 2050, dos quais 80,00% estarão nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento aconteceu de forma lenta e associado à melhoria nas condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o processo aconteceu de forma rápida, sem um tempo hábil para uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às demandas emergentes, tendo em vista a debilidade econômica e o despreparo desses países (BRASIL, 2010).

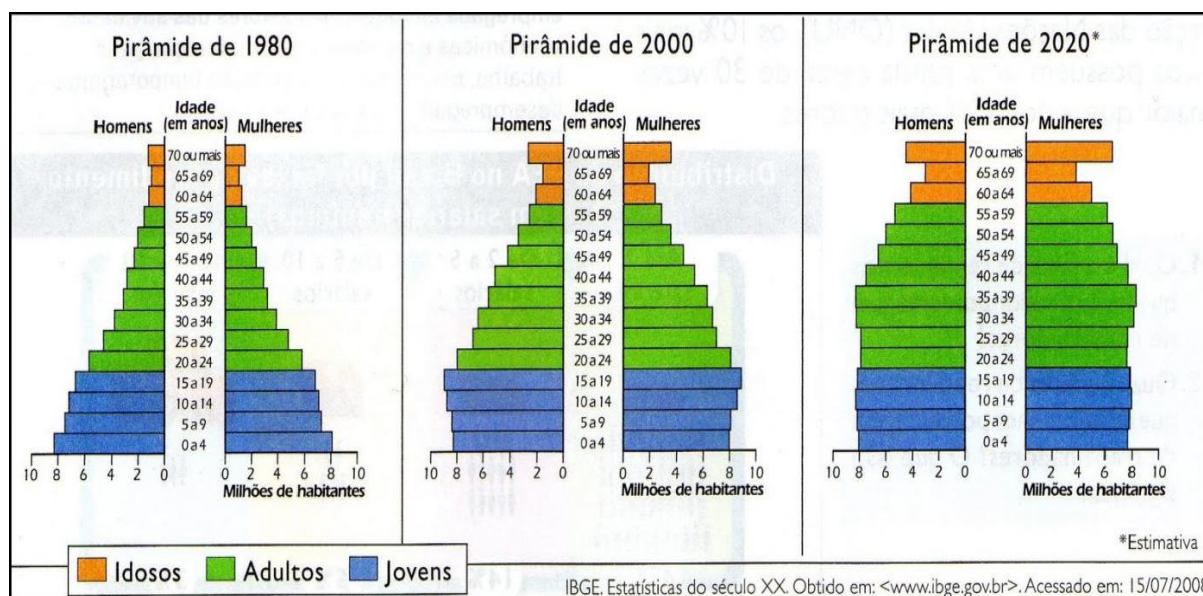
Convém enfatizar que, como o processo de transição demográfica ocorre de maneira desigual, segundo regiões e grupos socioeconômicos, obedecendo às desigualdades geradas pelo próprio desenvolvimento brasileiro, convive-se, dentro da mesma sociedade, com problemas decorrentes de estágios atrasados e avançados da transição demográfica. Dessa forma, cresce rapidamente o peso relativo aos idosos e as famílias estão ficando cada vez menores e com arranjos sociais extremamente diversificados. Assim, as bases demográficas da economia e da sociedade têm se transformado rapidamente e exigem um ajuste adequado a ser realizado pela intermediação do Estado, através de políticas públicas fundamentais direcionadas aos idosos (BRITO, 2007; BRITO et al., 2007).

Nesse contexto, à medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional, ora triangular, é substituída por uma estrutura mais cilíndrica. De tal modo, o formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, aos poucos, cede lugar a uma pirâmide populacional cuja base é mais estreita, e vértice é mais largo, o que caracteriza uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

No tocante à realidade brasileira, a pirâmide etária (Figura 1) tende a perder seu formato característico de pirâmide, tendo em vista que a população mais jovem diminui, em

detrimento do crescimento acelerado da população idosa, que se confirma na contemporaneidade e que tende a se manifestar nos anos posteriores.

Figura 1 – População, por sexo, de idosos, adultos e jovens do Brasil nos anos de 1980, 2000 e 2020.



Fonte: IBGE. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Projeção da população do Brasil, por sexo e idade, 1980-2020.

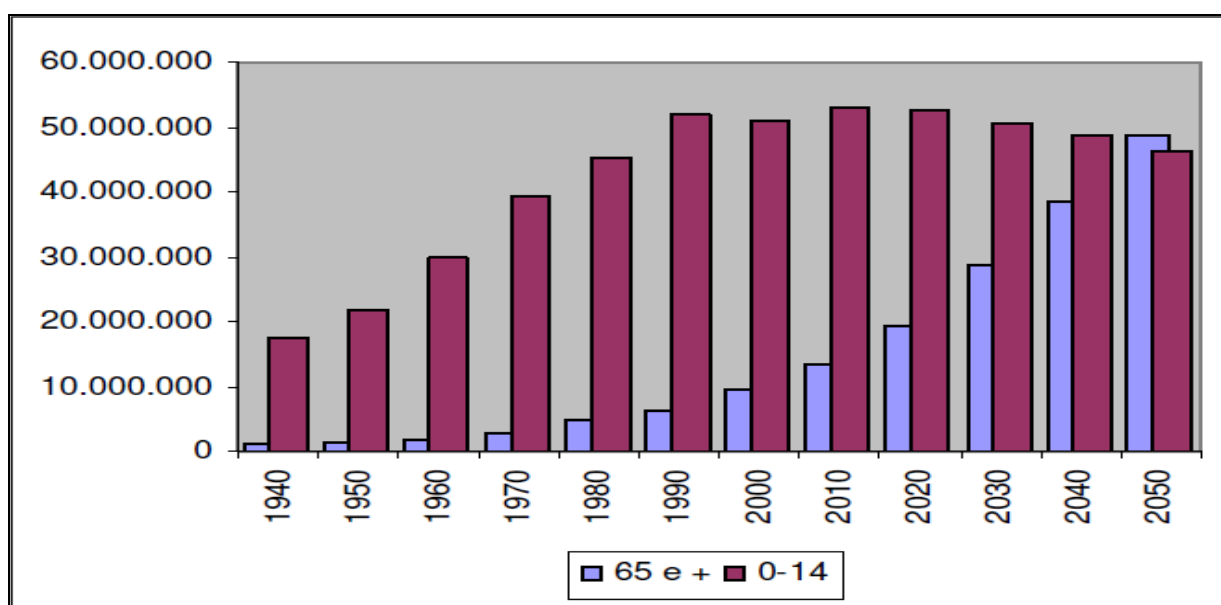
Considerando a fecundidade e a mortalidade, a trajetória do processo de transição demográfica é dividida em: Estágio I, marcado pelos elevados níveis de mortalidade e fecundidade – número de nascidos vivos versus população de mulheres em idade fértil, crescimento populacional lento e razoavelmente estável e predominância de jovens; Estágio II, caracterizado por um declínio na mortalidade com aumento da fecundidade e, conseqüentemente, crescimento populacional acelerado; e Estágio III, em que a fecundidade e a mortalidade começam a cair, e o crescimento populacional desacelera (CHAIMOWICZ, 2002). De acordo com Paiva e Wajnman (2005), atualmente, os países em desenvolvimento, em particular, os da América Latina, estão na segunda fase das mudanças na estrutura etária em razão da transição demográfica.

No Brasil, com o acentuado aumento da expectativa média de vida ocorrida nos últimos anos, o país tem experimentado uma transição significativa em seu perfil populacional. Tal mudança se manifesta pelo acréscimo do número de anos de vida e repercute, concomitantemente, ao aumento da população idosa. Isso é um desafio para as políticas públicas, para o enfrentamento dos problemas de saúde e para outras demandas.

Nesse contexto, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população geral. Considerando as causas do fenômeno, Nasri (2008) explica que o processo resulta do declínio da fecundidade, e não, do declínio da mortalidade. Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) ressalta que o evento é uma combinação da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade. Isso foi verificado no Brasil, quando, a partir da segunda metade da década de 1960, evidenciou-se a rápida e sustentada redução da fecundidade, que desencadeou uma série de mudanças profundas na distribuição etária, tal como na maioria dos países em desenvolvimento e da América Latina (WONG; CARVALHO, 2006).

Os dados mais recentes afirmam as estimativas futuras. Em 2002, o número de idosos no país era de 14,10 milhões; já em 2005, esse número chegou a 33,40 milhões de idosos (WHO, 2005). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, de 2008, a população brasileira manteve sua tendência de envelhecimento, com percentual cada vez maior de idosos e índice menor de jovens (Figura 2). As pessoas com sessenta anos ou mais representaram 11,10% dos brasileiros, enquanto que as crianças de zero a quatro anos, 7,20% da população. Em 2008, as crianças na faixa etária de zero a quatro corresponderam a 26,40% da população brasileira, sendo que, para cada grupo de 100 crianças dessa faixa etária, coexistiam 24,70 idosos de 65 anos ou mais (IBGE, 2008).

Figura 2 – População total jovem e idosa do Brasil, 1940 a 2050.



Fonte: IBGE - Censo demográfico de 1940, 1950, 1960 e 1970; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

Conforme verificado, o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2050, as projeções estatísticas indicam que as crianças representarão 13,10% da população, enquanto o número de idosos ultrapassará os 22,70% da população total. Portanto, para cada 100 crianças de zero a quatro anos, haverá 172,70 idosos (BRASIL, 2010; IBGE, 2008).

Segundo projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos deverá aumentar em quinze vezes e a população total em apenas de cinco vezes. Caso essas projeções sejam alcançadas, o Brasil será o sexto país em contingente de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, em 2025 (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional também é uma realidade no estado da Paraíba. Esse cenário geográfico vem se destacando com o maior índice de envelhecimento entre os estados nordestinos. Segundo estudo realizado pelo Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual (IDEME), em 2010, a população jovem, que se encontrava em queda, apresentou, no período de 2000 a 2010, características marcantes: sucessivas reduções nas faixas etárias mais jovens – de zero a 24 anos – e diminuição da incidência de crianças com idade de zero a nove anos que, em 2000, representava 20,10% da população total do estado e, em 2010, ficou reduzida a 16,00%. Esse fato provocou o encolhimento na base da pirâmide populacional do estado da Paraíba, ao longo das duas últimas décadas – de 1991 a 2010.

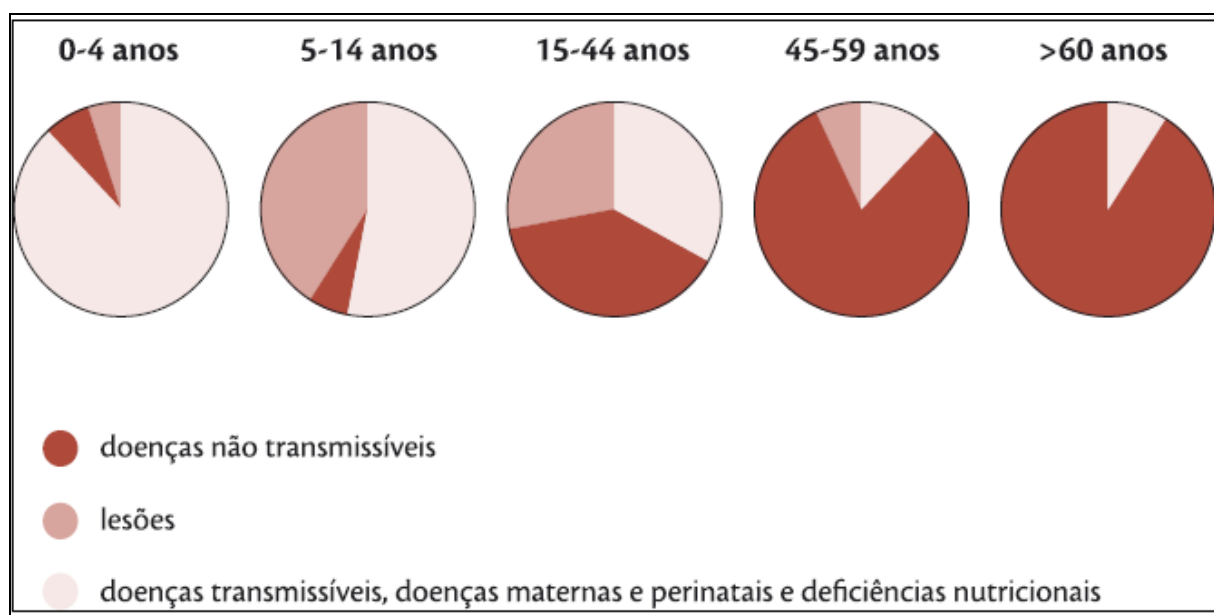
Vale destacar que o processo de transição demográfica decorrente do envelhecimento populacional é acompanhado pelas mudanças epidemiológicas, que culminam com o surgimento de um novo perfil epidemiológico da população, em que se experimenta um aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial (BRASIL, 2010).

A transição epidemiológica, segundo Lourenço (2010), é focada nas alterações complexas de padrões de saúde-doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes geográficos, econômicos e sociais. No entendimento de Nasri (2008), a transição epidemiológica acarreta um conjunto de modificações em longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações.

Lourenço (2010) refere que, no Brasil, a transição epidemiológica gerou alterações relevantes no quadro de morbimortalidade e fez com que as doenças infectocontagiosas, que representavam 40,00% das mortes registradas, alcançassem, atualmente, menos de 10,00%. As doenças cardiovasculares que, em 1950, eram responsáveis por 12,00% das mortes, hoje representam mais de 40,00%. Dessa forma, o país passou de um perfil de mortalidade típica de uma população jovem para um desenho próprio de faixa etária mais avançada. Conforme os indivíduos envelhecem, as DCNT transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo.

No cenário brasileiro, as DCNT tornaram-se a principal prioridade na área da saúde. Elas são consideradas um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (Figura 3), apesar de melhorias nas políticas públicas voltadas para sua prevenção e controle (BRASIL, 2010).

Figura 3 – Principais causas de cargas de doenças, em ambos os sexos, 1998, em países de baixa e média renda, por idade.



Fonte: OMS (1999) Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as principais doenças crônicas que afetam os idosos, em todo o mundo, são: as cardiovasculares (especialmente a doença coronariana), hipertensão, derrame, diabete, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão. Muitas doenças desse grupo têm

fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Vitoreli, Pessini e Silva (2005) discorrem que a queda das funções orgânicas e das reservas fisiológicas e alterações funcionais próprias do processo natural do envelhecimento acarretam no indivíduo mais predisposição às doenças crônicas. Os fatores de risco para qualquer DCNT, no grupo geriátrico, são os mesmos encontrados em grupos de qualquer idade, no entanto, em razão de uma maior longevidade, o idoso fica exposto, mais prolongadamente, a esses fatores, o que contribui para aumentar a prevalência, a incidência e a mortalidade de DCNT nessa fase da vida.

Frente a essa realidade, as alterações no perfil de morbimortalidade da população mundial, ocorridas nas últimas décadas, evidenciaram um aumento das doenças crônicas e projetaram a Insuficiência Renal Crônica (IRC) no cenário mundial como um dos maiores desafios à saúde pública deste século, com todas as suas implicações econômicas e sociais (BASTOS et al., 2009).

A IRC é considerada uma doença de elevada morbimortalidade. Sua incidência e prevalência, quando em estágio terminal, têm aumentado progressivamente em todo o mundo e se tornou uma epidemia. É uma condição patológica em que os rins não podem remover os resíduos metabólicos do organismo ou realizar funções reguladoras. As substâncias que seriam eliminadas pela urina acumulam-se nos líquidos orgânicos, o que leva a uma ruptura nas funções endócrinas e metabólicas e a distúrbios hidroeletrolíticos (SESSO; GORDAN, 2005, SMELTZER; BARE, 2009).

Atualmente, milhares de pacientes fazem Terapia Renal Substitutiva (TRS). Na América Latina, a quantidade dos que estão em programa de diálise crônica chega a, aproximadamente, 150.000, 60.000 somente no Brasil, cujo gasto com programa de diálise chega a cerca de 10,00% do orçamento da saúde (FERMI, 2010).

O comprometimento da função renal reduz o aporte sanguíneo que irá provocar uma isquemia crônica, acometer os glomérulos e os túbulos renais, reduzir a filtração glomerular, com a permanência da isquemia por muito tempo. Por isso, surgem manifestações clínicas como uremia, incapacidade cardíaca e retenção de líquidos, que fazem com que o indivíduo

necessite de alguma modalidade de TRS para sobreviver: diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. A escolha da melhor modalidade de tratamento deve contemplar a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente (FERMI, 2010).

Vários fatores estão relacionados ao desenvolvimento da IRC, como o diabetes mellitus, a glomerulonefrite crônica, a pielonefrite, a hipertensão arterial, a obstrução do trato urinário, os distúrbios vasculares, as infecções, entre outros. Entretanto, o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são apontados como os de maior relevância. Associada a esses fatores está a busca tardia pelos serviços de saúde, conseqüentemente, o tratamento retarda, e as complicações da doença se antecipam (BASTOS, 2009).

Fermi (2010) assevera que, nos idosos, o número de néfrons funcionais reduz-se em um terço. A taxa de filtração glomerular decresce linearmente, com a idade, em razão da diminuição da massa renal, que predispõe os idosos à insuficiência renal e aumenta a necessidade de TRS, especialmente da hemodiálise.

A IRC terminal é resultado final do comprometimento da função renal, que ocasiona múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade de os rins manterem a homeostasia interna do organismo. Entre as modalidades terapêuticas, a hemodiálise (processo de filtragem e depuração do sangue) é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade.

Esse processo terapêutico traz conseqüências físicas e psicológicas para o indivíduo que o vivencia e altera o seu cotidiano, por interferir nos papéis sociais que ele desempenha, visto que demanda um longo processo de adaptação a essa nova condição e altera drasticamente o seu estilo de vida, devido às várias incumbências impostas pelo tratamento (REIS; GUIRARDELLO; CAMPOS, 2008).

Por essa razão, o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças crônicas que apresentam potencial para desencadear insuficiência renal e a identificação de fatores que a predispõem são um grande desafio para o Sistema Único de Saúde, em razão das grandes dificuldades advindas desse tratamento, que afetam, principalmente, a qualidade de vida da população idosa e gera demandas assistenciais diferenciadas (FERNANDES, et al., 2009).

1.3 Relevância do Estudo

Santos (2006) destaca que o tratamento hemodialítico causa grande impacto na vida do idoso, decorrente de vários fatores, como: convívio com doença irreversível; esquema terapêutico rigoroso, que provoca modificações alimentares, de hábitos, das atividades sociais e de trabalho; além da utilização de vários medicamentos, dependência de uma máquina, alterações da imagem corporal e sentimento ambíguo referente ao medo de viver e de morrer. A pessoa toma consciência da perda da autonomia para viver no mundo e perde a esperança de continuar a viver, porque as doenças crônicas caracterizam-se por não terem cura, serem de longa duração e, em muitos casos, até levam à morte.

Segundo Pilger et. al., (2010), o tratamento por hemodiálise, associado à progressão da IRC, limita e prejudica a saúde mental, física e a capacidade funcional daquele que vivencia tais condições. Essas limitações, principalmente de ordem física, aumentam com o avançar da idade, pois os idosos, em geral, apresentam estados de fragilidade decorrentes do processo de envelhecimento e estão mais sujeitos às ocorrências adversas do tratamento, conseqüentemente, têm mais dificuldades de se adaptar ao novo estilo de vida imposto pelo adoecimento (CENTENARO, 2010).

Nessa complexidade de implicações, surgem os desafios e a preocupação da Enfermagem em se aprofundar mais na temática, com vistas a responder às seguintes questões: Como os idosos se adaptam ao tratamento hemodialítico? Quais são os problemas de adaptação fisiológica que eles expressam? Quais são os problemas psicossociais relacionados ao autoconceito, à função na vida real e à interdependência, observados em idosos frente à hemodiálise?

Para dar conta dessas inquietações, buscou-se na Teoria de Adaptação de Roy subsídios para compreender o processo adaptativo de idosos em tratamento hemodialítico, considerando-se os modos fisiológicos autoconceito, função na vida real e interdependência. A importância de envolver nessa análise esses modos adaptativos partiu do pressuposto de que os idosos que passam por esse processo terapêutico têm sido afetados em sua integridade fisiológica e psicossocial.

Ante o problema descrito e por acreditar que o Modelo de Adaptação de Roy pode subsidiar respostas para as questões ora mencionadas, delimitou-se para este estudo o seguinte objetivo:

Analisar, à luz do Modelo de Roy, o processo adaptativo de idosos em tratamento hemodialítico, considerando-se os modos fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência.

A resposta para esse objetivo favorece a construção de diretrizes para os enfermeiros que atuam em unidades de hemodiálise e pode auxiliá-los a avaliar as condições físicas e psicossociais dos idosos, nesse ambiente de cuidado, para que sejam implementadas intervenções individualizadas para essas pessoas.

CAPITULO II

2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ROY

As Teorias de Enfermagem representam os esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Elas mostram diferentes modos de pensar a prática de enfermagem. A maioria dos estudiosos de Enfermagem credits à Florence Nightingale o papel de primeira teórica moderna da Enfermagem, que delineou o que considerava a meta da Enfermagem e o domínio da prática. Ela postulava que ser enfermeiro significava ter o encargo da saúde pessoal de alguém e que o papel da Enfermagem era visto como o de colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele (McEWEN; WILLS, 2009).

Na Enfermagem, o valor de qualquer teoria é a sua capacidade de expandir a disciplina e a ciência da Enfermagem e compreender a natureza dos seres humanos, sua interação com o ambiente e o impacto dessa interação na saúde, que ajuda a direcionar as intervenções de enfermagem com vistas ao alcance da saúde e do bem-estar, focalizando o aprimoramento do cuidado de enfermagem, razão para a formulação da teoria (McEWEN; WILLS, 2009).

Em sua prática profissional, os enfermeiros devem fundamentar-se em princípios científicos e empregar as teorias de Enfermagem e o respectivo método que permite a operacionalização dessas teorias. Nessa perspectiva, o referencial teórico de Roy evoca muito interesse e respeito desde seu início, em 1964, dispõe de elementos adequados ao cuidado de enfermagem e busca fornecer subsídios para a implementação de um cuidado clínico qualificado, quando auxilia o paciente em sua trajetória de adoecimento. Dessa forma, contribui para promover sua adaptação às novas condições de saúde e doença.

Calista Roy, doutora em Enfermagem, nasceu em 14 de Outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Obteve seu grau de Bacharel em Enfermagem em 1963, no *Mount Saint Mary's College, em Los Angeles*; o de Mestre em Enfermagem, em 1966, e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia (GEORGE, 2000). Foi membro do Pós-doutorado do *Robert Wood Johnson Clinical Nurse Scholar*, na Universidade da Califórnia, *San Francisco*; atuou em várias posições, incluindo a de presidente do Departamento de Enfermagem do *Mount Saint Mary's College em Los Angeles*; professora adjunta do Programa de Pós-bacharelado, da Escola de Enfermagem de *Portland*, e diretora interina e consultora em Enfermagem no *Saint Mary's Hospital em Tucson Arizona*. É

membro da *American Academy of Nursing* e participa de muitas organizações de Enfermagem, inclusive da *Sigma Theta Tau e da International* (NANDA-I). Roy é autora de inúmeros trabalhos, incluindo *Introduction in nursing: an adaptation Model e The Roy Adaptation Model: the definitive statement* (GEORGE, 2000).

Durante os anos de 1990, como professora e teórica da Escola de Enfermagem da Faculdade de Boston, Roy focalizou sua atenção nos movimentos contemporâneos sobre conhecimento de enfermagem e aprofundou-se na tentativa de compreender o papel da Enfermagem na promoção da adaptação (BRAGA; SILVA, 2011).

Conforme os mesmos autores, o Modelo de Adaptação de Roy está embasado nos seguintes pressupostos:

- A pessoa é um ser psicossocial.
- Está em constante interação com o meio em mudanças.
- Para enfrentar a mudança do ambiente, usa mecanismos inatos e adquiridos – biológicos e psicológicos e sociais - em sua origem.
- Saúde e doença são uma dimensão inevitável da vida da pessoa.
- Para responder positivamente às mudanças ao meio, a pessoa precisa adaptar-se.
- A adaptação é uma função do estímulo ao qual está exposta e do seu nível de adaptação.
- Seu nível de adaptação é tal que compreende uma zona que indica a série de estímulos que levará a uma resposta positiva.
- O ser humano tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional e interdependência.
- A Enfermagem aceita a abordagem humanista de valorizar as opiniões e os pontos de vista da pessoa.
- As relações interpessoais são uma parte integrante da Enfermagem.
- Há um objetivo dinâmico para a existência humana, cujo objetivo último é o de dignidade e integridade.

As raízes desse modelo são baseadas em antecedentes profissionais e pessoais de Roy, que se empenhou nas suposições científicas e filosóficas (ROY; ANDREWS, 2001). A formação da base dos pressupostos científicos do Modelo de Roy é atribuída aos trabalhos de *Harry Helson* (1964), sobre a teoria da adaptação, e de *Von Bertalanffy* (1968), sobre a teoria

geral dos sistemas, enquanto que os pressupostos filosóficos provêm do humanismo e da veracidade (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006).

O humanismo é definido por Roy como um amplo movimento da Filosofia e da Psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essenciais para o conhecimento e a valorização. No humanismo, crê-se que o indivíduo partilha o poder criativo, age com um objetivo, e não, numa causa e efeito, tem um holismo intrínseco e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de realizações. A veracidade faz parte do princípio da natureza humana, que certifica um objetivo comum da existência do homem.

2.1 Os Macroconceitos Principais do Modelo de Adaptação de Roy incluem: a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e o Objetivo da Enfermagem

2.1.1 A Pessoa

Para Roy, a pessoa é aquela receptora dos cuidados de Enfermagem, no entanto também pode incluir uma família, uma comunidade ou uma sociedade, em que cada um deles é considerado como um sistema adaptativo holístico. Como um sistema, a pessoa tem capacidade de se adaptar ao meio ambiente e fazer mudanças nele. A capacidade de resposta positiva a essas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa, um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o que faz a pessoa movimentar-se em direção ao domínio.

Roy e Andrews (2001) definem sistema como um conjunto de partes interligadas para funcionar como um todo. Para além de ser um todo e ter partes relacionadas, o sistema tem, igualmente, entradas, saídas e processo de resposta e controle. As entradas são os estímulos e podem originar-se externamente, do meio ambiente (estímulos externos), e internamente, do eu (estímulos internos). A resposta da pessoa (saída) é, assim, uma função dos estímulos de entrada e do nível individual de adaptação. Ao receber um estímulo, a pessoa desenvolve mecanismos de resistência (regulador e cognitivo) e é gerada uma resposta (adaptativa ou não

adaptativa), que age como *feedback*, ou seja, como posterior entrada no sistema, e permite que a pessoa decida aumentar ou diminuir esforços para lidar com os estímulos.

O Modelo de Adaptação de Roy descreve três classes de estímulos: o **estímulo focal** diz respeito às mudanças ou situações que afetam imediatamente a pessoa (estímulos externos ou internos), tais como o processo da doença, a imposição do procedimento ou eventos externos; o **estímulo contextual** inclui todos os outros estímulos presentes na situação que influenciam a resposta ao estímulo focal, por exemplo, sentimentos, ambiente de cuidado, entre outros, e o **estímulo residual**, que constitui fatores internos e externos, cujos efeitos atuais não são claros, e a pessoa pode não ter consciência desses fatores. Como o meio ambiente está em constantes mudanças, o significado de qualquer um desses estímulos também poderá ser modificado. Assim, o que é focal, num dado momento, tornar-se-á contextual, e o que é contextual poderá se tornar residual (GEORGE, 2000).

Os mecanismos de resistência constituem **formas inatas** ou **adquiridas** de responder ao ambiente em mudança, em que as experiências contribuem para as respostas habituais a um determinado estímulo. Nessas respostas, os mecanismos são desenvolvidos por meio de processos, tais como a aprendizagem. Roy categoriza os mecanismos de resistência inatos e adquiridos em dois subsistemas: o regulador e o cognitivo (ROY; ANDREWS, 2001).

O **subsistema regulador** tem mecanismos para enfrentar os estressores que se constituem em estímulos, aos quais o indivíduo reage positivamente, mantém saúde ou responde inefetivamente, o que favorece a instalação de processo de enfermidade e quebra o equilíbrio e a integridade pessoal. Esse subsistema responde automaticamente por meio de processos de resistência endócrina, química e nervosa. Os estímulos do ambiente interno e externo (por meio dos sentidos) agem como entradas para o sistema nervoso, afetam o fluido e os sistemas eletrolítico e endócrino e preparam o indivíduo para responder ao meio e se adaptar a ele (BRAGA; SILVA, 2011).

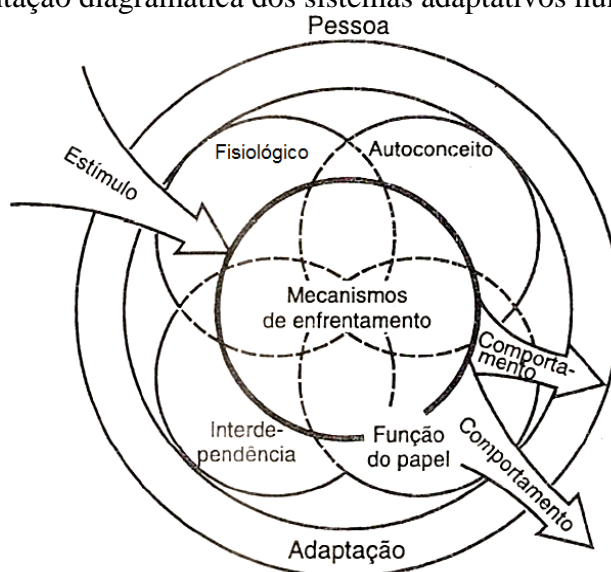
O **subsistema cognitivo** responde também aos estímulos internos e externos e é construído ao longo da vida, nas inter-relações que os indivíduos estabelecem com o meio e com as pessoas, desenvolvendo habilidades para lidar com estímulos em sua vida, através de quatro canais cognitivo-emotivos: o *processo de informação perceptiva*, que inclui as atividades de atenção seletiva, codificação e memória; a *aprendizagem*, que envolve a imitação, o reforço e a visão; a *avaliação*, que compreende as atividades como a resolução de

problemas e a tomada de decisão; e a *emoção*, utilizada para aliviar a ansiedade (ROY; ANDREWS, 2001).

Conforme Braga e Silva (2011), para manter a integridade da pessoa, os subsistemas regulador e cognitivo agem em conjunto, são essenciais para a resposta adaptativa da pessoa e não diretamente observados, apenas as respostas podem ser observadas, mensuradas ou subjetivamente comunicadas. O não funcionamento dos mecanismos resulta em respostas mal adaptativas ou não efetivas, que demonstram inabilidade do indivíduo ou grupo para lidar com os estímulos. Já as respostas adaptáveis são aquelas que demonstram efetividades diante dos estímulos, o indivíduo apresenta habilidades e capacidades aprendidas ou inatas, tanto do seu sistema cognitivo quanto do regulador e mantém sua saúde.

Em termos gerais, conforme demonstrado na Figura 4, as respostas aos estímulos são produzidas e manifestadas através de quatro modos de adaptação: o modo fisiológico, o modo de autoconceito, o modo função na vida real e o modo de interdependência.

Figura 4 – Representação diagramática dos sistemas adaptativos humanos.



Fonte: (ROY; ANDREWS, 2001, p. 31).

O **modo fisiológico** dessa teoria explica as respostas fisiológicas e a forma como a pessoa responde aos estímulos do ambiente. As necessidades básicas de integridade fisiológica descritas por Roy abrangem: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção, além de quatro processos complexos também envolvidos na avaliação fisiológica:

os sentidos, a função neurológica, os fluidos e os eletrólitos e a função endócrina (ROY; ANDREWS, 2001).

O **modo autoconceito** focaliza os aspectos espirituais e psicológicos dos indivíduos. Sua necessidade subjacente é a integridade psíquica e espiritual, envolve aspectos relativos ao *eu-físico* e inclui a sensação corporal e a imagem corporal. A primeira contempla a capacidade para se sentir e experimentar a si próprio como ser físico; já a imagem corporal aplica-se à forma como a pessoa se vê fisicamente. Em relação ao *eu-pessoal*, avalia as características da pessoa, suas expectativas, seus valores e emoções e reconhece os aspectos sociais, psicológicos, morais e espirituais das pessoas, que abrange três componentes: a autoconsistência, o autoideal e o eu moral-ético-espiritual; já o **modo de função na vida real** (papel de transição, distância e conflito) incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade, e o **modo interdependência** está associado às interações sociais relacionadas ao dar e receber amor, afeto e valor. Nesse modo adaptativo, a adequação afetiva incorpora a necessidade de ser cuidado e de cuidar (ROY; ANDREWS, 2001).

2.1.2 O Ambiente

O ambiente é o segundo conceito principal do modelo de Enfermagem. É definido por Roy como todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas. Seus elementos são os estímulos do interior dos indivíduos e os estímulos em torno deles. O ambiente em mudanças estimula-os para que criem respostas adaptáveis e, à medida que ele muda, as pessoas têm a oportunidade continuada de crescer, de se desenvolver e de intensificar o significado de sua vida (ROY; ANDREWS, 2001).

2.1.3 A Saúde

A saúde é definida por Roy como um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa total e integrada. Essa integridade é expressa como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio, e cuja falta representa a falta de saúde (ROY; ANDREWS, 2001).

2.1.4 O Objetivo da Enfermagem

O alvo do enfermeiro, segundo Roy, é a promoção da saúde, que promove as respostas adaptativas. Em termos gerais, a meta da Enfermagem é de contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos e à sociedade, que englobam a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação. As intervenções são planejadas para lidar com esses estímulos. Assim, Roy define a Enfermagem como um espaço de adaptação aos quatro modos, que contribui para a saúde da pessoa, para que tenha uma boa qualidade de vida e para a morte digna. Cabe aos enfermeiros promoverem a adaptação das pessoas em situações de saúde ou de doença, para intensificar sua interação com o ambiente e, por meio disso, promover a saúde (ROY; ANDREWS, 2001).

2.2 O Processo de Enfermagem Proposto por Roy

O Modelo de Adaptação de Roy oferece diretrizes para que os enfermeiros promovam a adaptação positiva e reduzam as respostas ineficientes. Para isso, devem desenvolver ações de intervenção e de avaliação, por meio da aplicação do processo de enfermagem, proposto por Roy, que compreende seis fases: a avaliação do comportamento, a avaliação dos estímulos, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento dos objetivos, a intervenção e a avaliação (ROY; ANDREWS, 2001).

2.2.1 Avaliação do Comportamento – é considerada a coleta de respostas ou de comportamentos de saída da pessoa como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. Essa investigação esclarece o enfoque que a equipe de Enfermagem toma no atendimento ao cliente.

2.2.2 Avaliação dos Estímulos – fase em que se analisam os assuntos emergentes e os padrões de comportamento do cliente para identificar as respostas ineficientes ou adaptativas que exigem seu apoio. Assim, o profissional avalia os estímulos externos e internos que podem estar afetando esses comportamentos. Nessa fase, deverão ser coletados dados sobre estímulos focais, contextuais e residuais que causam impacto no cliente.

2.2.3 Diagnóstico de Enfermagem – inclui os dados e as afirmações sobre os estímulos focais, contextuais, residuais e sua influência no comportamento. Roy descreve três métodos para realizar um diagnóstico de enfermagem: o primeiro é o uso de uma tipologia de diagnóstico desenvolvida por ela e relacionada com os quatro modos adaptativos; o segundo faz um diagnóstico relatando a resposta observada, em conjunto com os estímulos mais influentes; já o terceiro resume as respostas em um ou mais modos adaptativos relacionados ao mesmo estímulo. Através do diagnóstico, o profissional pode listar os comportamentos que necessitam de apoio empregando qualquer um dos métodos.

2.2.4 Estabelecimento do Objetivo – trata-se dos comportamentos finais que a pessoa deve atingir e que são registrados como comportamentos do cliente indicativos de resolução do problema de adaptação, visando manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar comportamentos ineficazes.

2.2.5 As Intervenções de Enfermagem – são planejadas com a finalidade de alterar ou controlar os estímulos focais ou contextuais. Nessa fase, o enfermeiro deverá determinar mecanismos capazes de promover a adaptação e alcançar os objetivos. A intervenção pode enfocar a ampliação da capacidade de enfrentamento do paciente, ou seu nível de adaptação, de forma que os estímulos totais permaneçam na capacidade de adaptação.

2.2.6 A Avaliação – envolve a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem e o alcance dos objetivos, comparando-os com o comportamento inicial do paciente. Se os objetivos não forem alcançados, o enfermeiro volta ao primeiro passo do processo de enfermagem para observar os comportamentos nos quatro modos adaptáveis, a fim de compreender a situação e alcançar respostas adaptativas.

CAPITULO III

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A Escolha do Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, tendo em vista sua grande utilidade nas análises de pesquisas sociais, em particular, da área da saúde, permitindo compreender e interpretar fenômenos, seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, em um espaço profundo das relações e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis (MINAYO, 2000, GONSALVES, 2005).

Para Turato (2003), a abordagem qualitativa busca significados, representações psíquicas e sociais, simbolizações, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências e experiências de vida, sem se preocupar com generalizações populacionais. Assim, a escolha por essa abordagem para esta pesquisa se justifica pelo fato de que ela se adequa ao objeto de estudo que envolve questões abertas relativas aos modos de adaptação, especialmente os de autoconceito, função na vida real e interdependência, de idosos submetidos à hemodiálise.

3.2 O Ambiente da Pesquisa

O presente estudo foi realizado na clínica especializada de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico do Hospital São Vicente de Paulo (Instituto Walfredo Guedes Pereira), entidade beneficente sem fins lucrativos (filantropia), de esfera privada e gestão municipal (convênio com o SUS), referência no tratamento dialítico e em transplante renal, localizado na Rua João Machado, 1234, no Bairro Jaguaribe, em João Pessoa/PB. Durante o processo de pesquisa, na unidade de diálise do referido hospital, havia 203 pacientes em tratamento dialítico, dos quais 160 realizavam terapia hemodialítica.

3.3 Os Participantes do Estudo

Fizeram parte do universo do estudo quinze idosos, de ambos os sexos, que foram selecionados de forma aleatória e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) idade

igual ou superior a 60 anos; b) que pertenciam ao Programa de hemodiálise do referido hospital; c) que consentiram participar do estudo de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e; d) que estavam aptos a entender e a responder às questões formuladas no roteiro de entrevista. Vale salientar que a delimitação de uma amostra de quinze idosos no estudo se deu a partir do momento que os dados empíricos gerados pelas entrevistas começaram a se repetir com frequência ou demonstraram saturação.

3.4 O Instrumento e a Técnica de Coleta de Dados

Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, com questões objetivas e subjetivas, e que foi dividido em duas partes: a primeira teve a finalidade de registrar os dados de caracterização dos idosos entrevistados, e a segunda compreendeu questões abertas referentes aos modos de adaptação fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência (Apêndice B).

Inicialmente, foi estabelecido um contato prévio com os sujeitos envolvidos na investigação, mediante um diálogo informal sobre assuntos aleatórios, com o intuito de criar um clima de empatia necessário para que as entrevistas fluíssem e combinar horários considerados convenientes para os participantes. Os sujeitos da amostra foram entrevistados no período de janeiro a abril de 2012, por meio de entrevistas gravadas em fita cassete e transcrita na íntegra pela pesquisadora, para que as falas fossem registradas com exatidão e fidelidade. Durante a coleta dos dados, também foi utilizado um diário de campo, em que a pesquisadora registrou observações/impressões verificadas no cenário da investigação consideradas importantes para a elucidação do objeto de estudo. O tempo de entrevista não foi previamente estabelecido, portanto durou, em média, 1h e 30 minutos.

3.5 O Procedimento Analítico

Para o tratamento dos dados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, especificamente a análise temática proposta por Laurence Bardin, que a define como um

conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2009). Por meio da análise de conteúdo, o pesquisador procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre os quais se debruça. Considerando a perspectiva de Bardin (2009), para a operacionalização dessa técnica de análise de dados, é necessário cumprir as seguintes fases:

a) Seleção do Material

O material ou *corpus* a ser analisado foi composto das quinze entrevistas, que foram transcritas e digitadas na íntegra, e as falas dos participantes foram identificadas mediante a vogal E, acrescida do número correspondente à ordem das entrevistas, com o intuito de preservar o sigilo e o anonimato assegurado aos participantes envolvidos na pesquisa (Apêndice C). Depois de se estabelecer contato com os documentos, procedeu-se à leitura flutuante do material, com o objetivo de conhecer bem mais o texto.

b) A Escolha das Unidades de Análise

Constituído o *corpus* do trabalho, os dados brutos do texto foram transformados sistematicamente em recortes ou unidades de análise, que corresponderam aos pequenos segmentos do conteúdo ou temas em que os idosos expressavam seu processo adaptativo frente ao tratamento hemodialítico, o que gerou categorias temáticas.

c) A Categorização

A fase de categorização, segundo Bardin (2009), é uma operação de classificação dos elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento análogo e critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos em razão de suas características comuns.

No âmbito desta investigação, as categorias temáticas foram pré-estabelecidas e corresponderam aos modos de adaptação **fisiológica, autoconceito, função na vida real e interdependência** propostos por Roy. Convém esclarecer que foi feita uma junção dos modos de adaptação função na vida real e interdependência devido à similitude de suas dimensões, visto que ambos dizem respeito às necessidades de interação social e afetivas.

Assim, à medida que as unidades de análise iam sendo agrupadas, de acordo com as três grandes categorias fornecidas para a investigação, estabeleciam-se as categorias intermediárias ou subcategorias que incluíram os componentes do modo fisiológico autoconceito, função na vida real e interdependência.

d) Definições das Categorias do Estudo

Categoria I
Modo Fisiológico

Essa categoria engloba todas as unidades de análise em que os sujeitos evidenciaram comportamentos/respostas relacionados à atividade fisiológica. Compreendeu as seguintes subcategorias:

Oxigenação – processo através do qual se mantém o fornecimento de oxigênio para as células do corpo. Abrange os mecanismos de ventilação, trocas gasosas e transporte de gases.

Nutrição - diz respeito aos processos associados com a ingestão e a assimilação de alimentos para a manutenção do funcionamento do corpo, cumprindo com funções de crescimento e substituição de tecido danificado.

Eliminação/Fluidos e Eletrólitos/Função Endócrina – as três subcategorias foram agrupadas devido à estreita relação com os comportamentos/respostas apresentados. O primeiro descreve padrões de excreção dos resíduos metabólicos por meio do intestino, dos pulmões, da pele e dos rins; o segundo é um processo complexo de manutenção do equilíbrio dos fluidos e eletrólitos orgânicos, e o último descreve padrões neuronais de regulação e de controle.

Atividade e Repouso – descrevem padrões de exercício, atividade, descanso e sono.

Proteção - relaciona-se com a integridade da pele, do cabelo, das unhas e da imunidade.

Sentidos – descrevem as funções sensório-perceptivas relacionadas à visão, à audição, ao tato, ao gosto, ao olfato e à sensação de dor.

Categoria II
Modo Autoconceito

Essa categoria compreendeu as unidades de análise relacionadas aos comportamentos/respostas que incidem sobre os aspectos espirituais e psicológicos da pessoa e foi dividida em duas subcategorias:

Eu físico - inclui dois componentes: a sensação corporal e a imagem corporal.

Eu pessoal - aplica-se à capacidade de se sentir e experimentar a si próprio como ser físico. Engloba três componentes: a autoconsistência, o autoideal e o eu moral-ético-espiritual.

Categoria III

**Modos Função na Vida
Real e Interdependência**

Essa categoria aglutinou todas as falas em que os sujeitos da pesquisa expressaram informações dos aspectos relacionados à interação social e às relações afetivas. É composta de três subcategorias:

Comportamentos Instrumentais - relacionam-se ao desempenho físico ou real da pessoa para alcançar um objetivo do domínio do papel.

Comportamentos Expressivos - referem-se aos sentimentos e as atitudes da pessoa em relação ao desempenho do papel.

As Relações Afetivas - envolvem a vontade e capacidade para amar, respeitar e valorizar os outros.

Depois de definir as categorias temáticas e suas respectivas subcategorias, procedeu-se à análise dos dados propriamente dita. Nessa etapa, realizou-se inferência de modo a desvelar o sentido ou significado dos discursos dos idosos para interpretá-los. Os resultados foram apresentados em forma de descrições cursivas ou exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria. A discussão dos resultados foi feita mediante representação e reconstrução do discurso, a partir de uma lógica impressa pela pesquisadora.

3.6 Considerações Éticas

No que concerne aos princípios éticos adotados neste estudo, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo n° 381/11, e o seu desenvolvimento obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, de forma individual ou coletiva, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996), e a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização.

Em obediência a essas Resoluções, foram assegurados a todos os participantes do estudo ou responsável por eles esclarecimentos sobre os objetivos e a importância da pesquisa, através de informações que estão disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), assim como o direito ao anonimato, à confidencialidade, à privacidade e de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, sem algum prejuízo, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia de que as informações só seriam utilizadas para os fins da pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este tópico da pesquisa trata da articulação entre os dados empíricos e sua ancoragem teórica, a partir da literatura pertinente, e das ponderações realizadas pela pesquisadora, considerando-se seu trato com o tema sob análise. Sua apresentação foi feita na ordem dos dados registrados no instrumento de coleta de dados. Assim, apontam-se as características sociodemográficas e clínicas dos idosos e, a *posteriori*, são desvelados, embora que parcialmente, os processos adaptativos dos idosos frente ao tratamento hemodialítico.

4.1 Características Sociodemográficas e Clínicas dos Idosos em Tratamento Hemodialítico

No tocante ao sexo dos idosos pesquisados, conforme elucidado na Tabela 1, nove (60,00%) eram mulheres, e seis (40,00%), homens. Esse achado não guarda consonância com outros estudos, como o realizado por Pilger et al., (2010), que verificaram que houve predominância de homens com IRC. Apesar disso, diferenciais de sexo na prevalência da IRC não têm sustentação plausível.

Quanto à faixa etária, nove (60,00%) participantes tinham idade entre 60 e 64 anos, quatro (26,70%), entre 75 e 80 anos, e dois (13,30%) estavam na faixa etária de 65 a 74 anos. Frazão, Ramos e Lira (2011) referem que a idade média de pacientes que desenvolvem doença renal crônica é de 60 anos e que, nessa faixa etária, a presença de outras comorbidades pode interferir nas manifestações da insuficiência renal, retardar o seu diagnóstico e o tratamento e, conseqüentemente, aumentar progressivamente o número de idosos com doença crônica.

A respeito da escolaridade, sete (46,70%) idosos tinham de um a quatro anos de estudo, três (20,00%), de cinco a oito anos, três (20,00%) referiram ter de nove a onze anos de estudo, e dois (13,30%) afirmaram ser analfabetos. Considerando esses dados, verifica-se que a maioria dos idosos havia cursado o ensino fundamental incompleto, o que pode refletir, de modo direto, na assimilação das informações recebidas e acarretar pouca adesão ao tratamento. Desse modo, o processo adaptativo desses idosos pode ser afetado negativamente (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos em tratamento hemodialítico, conforme variáveis sociodemográficas e clínicas, João Pessoa – PB, 2012.

	Variáveis	n=15	%
Sexo	Feminino	09	60,00
	Masculino	06	40,00
Faixa Etária	60 a 64 anos	09	60,00
	65 a 74 anos	02	13,30
	75 a 80 anos	04	26,70
Escolaridade (anos de estudo)	Analfabeto	02	13,30
	01-04 anos	07	46,70
	05-08 anos	03	20,00
	09-11 anos	03	20,00
Estado Civil	Solteiro (a)	04	26,70
	Casado (a)	04	26,70
	Separado/divorciado (a)	01	6,65
	Viúvo (a)	06	40,00
Benefício Social	Sim	14	93,30
	Não	01	6,70
Renda familiar mensal (incluindo a do idoso)	00-03 salários mínimos	14	93,30
	04-10 salários mínimos	01	6,70
Presença de Comorbidades Referidas	Hipertensão	15	100,00
	Diabetes	08	53,30
	Acidente vascular cerebral	05	33,30
	Cardiopatias	04	26,70
Tipo de Acesso Vascular	Cateter duplo lúmen (CDL)	09	60,00
	Fístula arteriovenosa (FAV)	04	26,70
	Fístula Arteriovenosa/cateter duplo lúmen	02	13,30
Tempo que Realiza Hemodiálise	Menos de 01 ano	09	60,00
	01-05 anos	03	20,00
	06-10 anos	03	20,00

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Quanto ao estado conjugal, seis (40,00%) responderam que eram viúvos, quatro (26,70%), casados, quatro (26,70%), solteiros, e um (6,65%), divorciado. Vale ressaltar que ter um companheiro ou outros membros da família que promovam ajuda ou suporte ao idoso contribui com estímulo positivo para que enfrente a doença.

No que se refere à renda mensal familiar, incluindo a do idoso, 14 (93,30%) entrevistados declararam que tinham renda de até três salários mínimos, e um (6,70%), de quatro a dez salários. Convém esclarecer que esses idosos tinham como fonte de renda a aposentadoria, em alguns casos, imposta pela doença. Essa informação revela o baixo nível socioeconômico desses sujeitos. Essa situação é preocupante, tendo em vista que, no cenário familiar do idoso brasileiro, a baixa renda está relacionada às dificuldades no acesso aos

serviços de saúde, à nutrição adequada, ao uso de medicamentos e a outros fatores que influenciam sua adaptação ao tratamento e à doença.

No tocante aos aspectos clínicos, todos os idosos mencionaram a presença de comorbidades. Dentre as enfermidades com curso concomitante com a IRC, destacaram-se: hipertensão arterial sistêmica (100,00%), diabetes (53,30%), acidente vascular cerebral (33,30%) e cardiopatia (26,70%). Em concordância com essa observação, estudos epidemiológicos brasileiros apontam a elevada prevalência de doenças crônicas em idosos, tais como: hipertensão arterial sistêmica, doenças cerebrovasculares, reumatismo, diabetes, doença mental, desnutrição. Convém enfatizar que a hipertensão arterial e a diabetes são as principais causas de insuficiência renal crônica no mundo (RIBEIRO, et al., 2009, PILGER et al., 2010).

Frazão, Ramos e Lira (2011) pontuam que o diabetes é uma das principais causas de falência nos rins, que se manifesta, principalmente, pela proteinúria e pelo aumento da pressão arterial sistêmica. Ressalte-se que tanto o diabetes quanto a hipertensão arterial sistêmica podem ter curso silencioso e, portanto, causar danos ao sistema renal, particularmente a insuficiência renal crônica que, na maioria das vezes, só é diagnosticada em estágio avançado. Essa condição faz com que muitos pacientes tenham que enfrentar uma terapia renal substitutiva.

Quanto à especificidade do acesso venoso para realizar a hemodiálise, nove (60,00%) idosos apresentavam Cateter Duplo Lúmen (CDL), 26,70% tinham fístula arteriovenosa (FAV), e 13,30% faziam uso concomitante de FAV e CDL. O acesso vascular para a fístula era localizado, principalmente, no antebraço; já o cateter duplo lúmen localizava-se nas veias subclávias e jugular interna.

Considerando o tempo em que realizam tratamento hemodialítico, nove (60,00%) idosos passavam pelo tratamento num período inferior a um ano, três (20,00%), de um a cinco anos, e três (20,00%), de seis a dez anos. Santos, Rocha e Berardinelli (2011) destacam que pacientes que realizam hemodiálise há pouco tempo têm mais dificuldades de se adaptar ao tratamento. Consequentemente, seu estado geral se desequilibra, e sua qualidade de vida fica comprometida.

4.2 O Processo Fisiológico de Adaptação

O Modo Fisiológico de Adaptação proposto por Roy representa a resposta física do indivíduo aos estímulos ambientais (internos e externos). Essa resposta envolve oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção, sentidos, função neurológica, fluidos e eletrólitos, além da função endócrina (ROY; ANDREWS, 2001).

Quadro 1 - Modo fisiológico de adaptação de idosos em tratamento hemodialítico, João Pessoa – PB, 2012.

Subcategorias do Modo Fisiológico	Comportamentos/ Respostas	Diagnósticos de Enfermagem
Oxigenação*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispneia ▪ Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padrão respiratório ineficaz
Nutrição*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrição de líquidos e de alimentos ▪ Perda de peso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
Eliminação * Fluidos e Eletrólitos** Função Endócrina**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema em membros inferiores ▪ Câimbras ▪ Níveis pressóricos elevados ▪ Mecanismos reguladores comprometidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminação urinária prejudicada ▪ Volume de líquidos excessivo
Atividade e Repouso/Descanso*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraqueza ▪ Falta de energia ▪ Aumento das queixas físicas ▪ Incapacidade de manter o nível habitual de atividade ▪ Insatisfação com o sono 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fadiga ▪ Intolerância à atividade ▪ Padrão de sono prejudicado
Proteção*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presença de cateter e/ou fístula ▪ Lesões na pele 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integridade da pele prejudicada ▪ Risco de infecção ▪ Risco de trauma vascular ▪ Risco de sangramento
Sentidos**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor crônica

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Legenda: *Necessidades básicas; **Mediadores da atividade reguladora.

Considerando essa modalidade adaptativa nos idosos estudados, o Quadro 1 sintetiza os comportamentos/respostas e os diagnósticos de enfermagem suscitados por esses eventos.

A subcategoria **oxigenação**, do modo fisiológico da Teoria de Roy, é classificada como uma das necessidades básicas da pessoa, pois se refere aos processos por meio dos quais o fornecimento do oxigênio celular é mantido no corpo. Os principais mecanismos responsáveis pela oxigenação celular são a ventilação, as trocas gasosas alveolares e capilares e o transporte de gases para os tecidos (THOMPSON, 2001).

Os comportamentos ou indicadores empíricos evidenciados pelos idosos contemplados nessa subcategoria foram dispneia e anemia, que referendaram o diagnóstico de enfermagem **padrão respiratório ineficaz**, definido como “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada” (NANDA-I, 2013, p. 294). Essa condição é exemplificada nas seguintes falas:

Sinto enchimento no corpo e quando bebo mais um pouco de água, me sinto cansado e com esmorecimento nas pernas. (E5)

A barriga fica muito cheia de líquido, meus peitos ficam sem ar, fico muito cansada. (E13)

Tenho tosse, cansaço, fico inchada, não posso varrer uma casa nem lavar um banheiro porque fico cansada. (E9)

Fico muito cansado, tonta, fico bêbada, parece que tomei cana. (E2)

Quando não faço [hemodiálise], fico cansado [dispneia] e fadigado [...]. (E7)

[...] Fiquei pálido, fraco e ganhei mais esse cateter [...]. (E14)

O idoso portador de doença renal crônica em tratamento hemodialítico depara-se com dificuldades respiratórias advindas da sobrecarga de líquidos e anemia provocados pelo comprometimento renal, que diminui a produção de eritropoetina e, conseqüentemente, a produção de hemácias. Segundo Fermi (2010), o doente renal crônico apresenta déficit desse hormônio, o que torna sua reposição necessária para a maioria dos pacientes, fato que dificulta a adaptação ao novo estilo de vida. Percebe-se, também, que, embora os idosos manifestem comportamentos ineficazes no indicador oxigenação, como evidenciados nos discursos ora citados, eles são conhecedores dos estímulos que influenciam tal resposta e, muitas vezes, tentam adaptar-se à situação.

O corpo fica cheio de água, bate logo o cansaço e é porque não tomo água, por isso tenho que ir nos meus dias se não, fico pior e morro. (E9)

Procuro fazer [hemodiálise] sempre nos meus dias, quando passo o final de semana sem fazer o corpo fica alterado, sente falta. Sinto-me diferente, o corpo fica pesado, canso rápido. (E14)

Fico muito cansada. É um cansaço tão grande que tenho que ficar deitada, se não fico mais cansada. (E1)

O próprio corpo fica sentindo falta, sinto a necessidade de fazer [hemodiálise]. Fico cheio de líquido, cansado. (E4)

No que tange à subcategoria **nutrição**, que se associa à ingestão e à assimilação de alimentos para manterem o corpo funcionando, os comportamentos/respostas mais presentes nos idosos foram restrição de líquidos e de alimentos, perda de peso, náuseas e vômitos, que se configuram como o diagnóstico de enfermagem **nutrição prejudicada: menos do que as necessidades corporais** que, conforme a NANDA-I (2013, p. 233), “refere-se à ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas”. Frente a esse problema, os idosos foram impulsionados a controlar rigorosamente sua alimentação e sua ingestão hídrica, como demonstrado nestes depoimentos:

[...] Mudou muita coisa na minha vida. Gostava de beber muita água, comer muita fruta e agora não posso. Isso mexeu muito comigo. (E13)

[...] A alimentação tem que ser limitada, não posso beber água, só aquela coisinha. A comida sem sal é muito ruim. (E4)

[...] A gente passa muito sofrimento. Só em não poder tomar água nesse calor! Se tomar a doutora fica reclamando que não pode ingerir muito líquido. A comida! Sal fica bem longe. (E4)

Às vezes, fico muito triste com esse tratamento, principalmente quando penso que não posso tomar água, suco, café, refrigerante, nada. (E9)

As modificações de hábitos alimentares e hídricos, moldados por toda a vida, são necessárias para que os idosos mantenham o equilíbrio, mesmo que relativo, de suas funções orgânicas, porém, são um fator limitante para a sua qualidade de vida e para o seu convívio social por impor diversas privações. As falas abaixo confirmam essa assertiva:

Nesse tratamento é proibido noventa por cento das coisas que você mais gosta. Não se pode tomar água, nem refrigerantes [...] Às vezes, quero comer fora, mas sei que a comida não vai estar adequada para mim, aí tenho medo, é claro que o restaurante não vai fazer uma comida para mim. Assim fico restrito a viver em casa. (E14)

Outro fator ressaltado pelos entrevistados, no componente **nutrição**, foi a perda de peso que, segundo Kusumota et. al., (2009), está associada à pouca ingestão de proteína, ao déficit energético, às doenças crônicas concomitantes, ao estímulo catabólico do procedimento dialítico, que leva à perda de nutrientes, e aos distúrbios endócrinos.

Perdi dez quilos, fiquei pálido, fraco e ganhei mais esse cateter! (E14)

Perdi doze quilos, fiquei magro, fraco e amarelo. (E11)

Emagreci doze quilos, isso aqui meu [músculos do braço] era bem gordo, agora é feio. (E2)

Eu era bem forte e hoje estou magrinha demais, não sabia que essa doença acabava com a gente de repente. (E3)

Houve muitas modificações no meu corpo. Emagreci muito, eu era mais gordo [...]. (E5)

No tocante à subcategoria **eliminação/fluidos e eletrólitos/função endócrina**, seus componentes são de fundamental importância para a homeostase do indivíduo. A eliminação dos produtos residuais metabólicos se dá por meio do trato gastrointestinal, dos pulmões, da pele e dos rins (SERVONSKY, 2001). À medida que a função renal do idoso diminui, produtos finais do metabolismo acumulam-se no sangue e causam respostas ineficazes, como edema em membros inferiores, câimbras e níveis pressóricos elevados (Quadro 1). Essas respostas se exacerbam quando associadas ao desequilíbrio hidroeletrólítico, que contribui para a evidência do diagnóstico de enfermagem **eliminação urinária prejudicada e volume de líquidos excessivo**. O primeiro é “disfunção na eliminação de urina” (NANDA-I, 2013, p. 250), e o segundo, a “retenção aumentada de líquidos isotônicos” (NANDA-I, 2013, p. 244). Neste estudo, observou-se que alguns idosos apresentaram comportamento ineficaz relacionado a esses componentes, conforme expressam através de suas falas:

Fico pesado, as pernas ficam inchadas, doe o corpo, fica tudo diferente, já sinto a necessidade de ir para a máquina. (E10)

O corpo fica diferente: As pernas ficam inchadas e se tomar qualquer líquido pioro logo. Deixo para tomar mais um pouco de líquido quando vou para a máquina, porque ela depois puxa tudo. (E11)

[...] Eu era considerada uma doente mental, tinha umas perturbações na cabeça o doutor descobriu que meu problema psiquiátrico era a urina no sangue e na cabeça. (E12)

[...] Não sabia que essa doença acabava com a gente de repente. Quase fiquei sem andar, minhas pernas ficaram fracas e muito inchadas. (E3)

[...] Meus rins não funcionam, não urino como vocês. Não posso tomar muita água, pois fico toda inchada. (E13)

Essas falas revelam que os idosos conhecem as principais complicações advindas da insuficiência renal e que é preciso substituir sua função por meio do tratamento hemodialítico. Convém destacar que, no idoso, a perda crônica da função renal causa manifestações típicas, entre elas, hipertensão arterial, sobrecarga de líquidos e edema, principalmente, nos membros inferiores, que estão diretamente associados ao excesso de água e de sal no organismo. Esse quadro, em muitos casos, pode se generalizar ou acometer, além dos membros inferiores, a face e o abdômen, e desencadear complicações de ordem circulatória e pulmonar (FERMI, 2010). Além disso, a diminuição da filtração do sangue e o acúmulo de líquido e de eletrólitos no corpo, especialmente do sódio e do potássio, contribuem para elevar a pressão arterial e para surgirem câimbras musculares, conforme identificado nestas falas:

Hoje, me queixo de dor de cabeça diariamente. A pressão alta isso me incomoda. (E13)

[...] Sinto fraqueza. A pressão é muito alta, tem que ter muito cuidado. (E1)

Tenho a pressão alta, falta de ar, principalmente quando o cateter inflama. (E11)

Quando vêm as crises a pressão fica alta, vem logo cansaço. (E12)

Tenho câimbras, escurecimento de vista, vontade de vomitar, agonia [...]. (E8)

No que concerne à **função endócrina**, no contexto da doença renal crônica, essa atividade encontra-se alterada, em especial, pela falência dessa função por parte dos rins, o que pode afetar a função de outros sistemas orgânicos do corpo (FERMI, 2010). Convém destacar que, quando o idoso portador de doença renal crônica tem outras comorbidades de natureza endócrina, como, por exemplo, o diabetes *mellitus*, ele evidencia mais dificuldades no seu processo adaptativo frente à doença e ao tratamento. A fala seguinte ilustra essa afirmativa:

[...] Eu já vivia doente, tenho diabetes descontrolada. [...] Não consigo andar por causa da perna que não tenho, agora com o problema renal dificultou mais a minha vida. (E15)

A subcategoria **atividade e repouso/descanso**, do Modelo de Adaptação de Roy, engloba os processos de movimento corporal, que promovem o crescimento e o desenvolvimento normal da pessoa, que é compensada pelo repouso/descanso, quando as energias gastas, através de atividades, são renovadas (ROY; ANDREWS, 2001). Nessa subcategoria, foram incorporados os seguintes problemas adaptativos: fraqueza, falta de energia, aumento das queixas físicas, incapacidade de manter o nível habitual de atividade e insatisfação com o sono, que contribuíram para a evidência dos diagnósticos de enfermagem **padrão de sono prejudicado, fadiga e intolerância à atividade**.

Em decorrência do processo de envelhecimento e em função do processo dinâmico e progressivo de modificações tanto morfológicas, quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas, o idoso tem dificuldades de evidenciar equilíbrio na atividade e no repouso. Esse desequilíbrio tende a piorar com a presença da insuficiência renal associada ao tratamento hemodialítico, pois tais condições causam significativo desconforto naqueles que as vivenciam, conforme mostram estas falas:

Fico muito cansado, fadigado. Quando faço hemodiálise, fico com o meu corpo todo quebrado de passar muito tempo naquelas cadeiras. (E7)

[...] Meus braços ficaram finos. Sinto uma fraqueza danada nas pernas. Por isso, não sinto vontade nem de andar. (E5)

[...] Não faço atividade nenhuma, não consigo fazer nada com esse problema. (E8)

[...] Não sabia que essa doença acabava com a gente de repente. Quase fiquei sem andar, minhas pernas ficaram fracas e muito inchadas. (E3)

[...] Antes eu tinha mais disposição, se não tivesse doente trabalhava mais, gosto de lutar, mas com esse problema não posso fazer nada. (E2)

A resposta humana **Fadiga** é definida pela NANDA-I (2013, p. 287) como uma “sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. Essa resposta está intimamente relacionada ao diagnóstico de enfermagem **intolerância à atividade**, também observado entre os idosos, que é definido como “a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA-I, 2013, p. 292).

Ao analisarem os problemas observados em portadores de doença renal crônica, especialmente naqueles em terapêutica hemodialítica, Mota et al., (2005) e Holanda e Silva

(2009) destacam as queixas físicas e a fadiga que, na maioria das vezes, são acompanhadas por indisposição, sonolência, diminuição da motivação, necessidade extrema de descansar e mal-estar. Esses fatores induzem os idosos ao sedentarismo e aumentam o risco de doenças cardiovasculares e de prejuízo para a capacidade funcional e a qualidade de vida, o que dificulta seu processo adaptativo.

Considerando, ainda, a subcategoria **atividade e repouso/descanso**, também foi verificado entre os idosos o diagnóstico de enfermagem **padrão de sono prejudicado**. Trata-se das “interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos” (NANDA-I, 2013, p. 275). As modificações no padrão de sono e do repouso do idoso que está em tratamento hemodialítico alteram sua homeostase e repercutem na função psicológica, no sistema imunológico e na resposta comportamental, condições que dificultam a adaptação. Neste estudo, os idosos demonstraram cansaço, fadiga e insatisfação com o sono, devido ao desconforto físico, à preocupação e ao medo relacionado à possibilidade de perder o acesso vascular, conforme referendam estas falas:

[...] A pessoa sofre demais, não posso dormir no lado do cateter, só posso dormir do outro lado, sofro muito, esse cateter incomoda muito, ninguém dorme preocupado [...]. (E14)

Sinto meu corpo muito pesado, sinto uma soneira, um cansaço. É muito ruim. (E6)

Não tenho mais saúde, tenho tontura, fraqueza dores nas pernas, problema para dormir, sempre estou doente. (E13)

[...] Agora é que a pessoa sente doente, quando troca de cateter é ruim demais. (E3)

Cabe destacar que, para realizar o tratamento hemodialítico, os idosos necessitam de um acesso vascular adequado, que pode ser temporário ou definitivo. O acesso temporário é feito por meio de um cateter duplo lúmen, que é mais utilizado entre os pacientes que necessitam de hemodiálise urgente e, em geral, provoca mais desconforto. A inserção desse cateter se dá em locais como a subclávia, a jugular interna e a femoral. O definitivo relaciona-se com a fístula arteriovenosa, considerada mais adequada devido ao fato de causar menos limitação. Contudo, no idoso, a presença de doenças cardiovasculares, diabetes e a exploração vascular para confecção desse acesso aumentam a possibilidade de complicações e levam a uma morbidade mais séria (FERMI, 2010).

Ainda, considerando os acessos vasculares para hemodiálise no idoso, observa-se uma associação deles com a subcategoria **proteção**, que envolveu os diagnósticos de enfermagem

integridade da pele prejudicada, risco de infecção, risco de trauma vascular e risco de sangramento. Esses diagnósticos relacionam-se, em especial, às punções contínuas (três vezes por semana) necessárias para a realização do procedimento hemodialítico, que produzem essas respostas fisiológicas, dor e desconforto, conforme expressam estes depoimentos:

[...] É muito sofrimento, me furaram demais! furaram meu pescoço, minha barriga, minha virilha [...] meus braços estão rasgados. As agulhas são muito grossas, igual um palito de fósforo, machucam muito. (E8)

A gente tem que ter muito cuidado com o cateter quando vai tomar banho, porque se não tiver pode complicar. A doutora disse que se não tiver cuidado infecciona. (E6)

Tudo é ruim. Se botar uma fístula no braço é ruim, porque a gente é furado muitas vezes. Se botar um cateter é ruim para se movimentar e para dormir. (E5)

Roy e Andrews (2001) afirmam que a pele é considerada um dos componentes principais para proteger o corpo. Juntamente com os cabelos, as unhas e o sistema imunitário, a pele tem o papel primordial de proteger a pessoa dos estímulos internos e externos que ameaçam a adaptação. Assim, a **integridade da pele prejudicada** predispõe os idosos ao **risco de infecção**: “possibilidade de invasão por organismos patogênicos” NANDA-I (2013, p. 485), gerando-lhes dificuldades adicionais:

[...] Banho não se toma a vontade para não molhar o cateter, tem que ter todo cuidado para não ter infecção. (E14)

[...] Às vezes, tenho febre, principalmente quando o cateter inflama. (E11)

Nascimento e Marques (2005) enunciam que o paciente renal crônico é imunodeprimido e, conseqüentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções. Os procedimentos invasivos relacionados ao acesso venoso, sobretudo os efetivados por meio de cateteres, favorecem o surgimento de bacteremia, que se manifesta, principalmente, por hipertermia e calafrios. Vale salientar que a presença do cateter também pode determinar outras complicações como: pneumotórax, hematomas e hemorragias que, aliadas ao anticoagulante heparina, substância usada como profilaxia nos distúrbios tromboembólicos, dificultam o processo adaptativo no idoso.

No tocante à subcategoria **sentidos**, Roy e Andrews (2001) afirmam que tal componente desempenha um importante papel no sistema adaptativo, visto que serve de

canais por meio dos quais a pessoa recebe e troca com o meio ambiente as informações necessárias para as atividades da vida.

O sistema sensorial é considerado como uma das complexas redes através das quais a função neurológica é desenvolvida. Ressalta-se que a maior parte das atividades do sistema nervoso tem início com a experiência sensorial, especialmente da dor, que pode provocar uma reação imediata ou ser armazenada na memória. Os sentidos primários – visão, tato e audição - são canais através dos quais a pessoa recebe e troca informações necessárias ao desempenho das atividades da vida (GUYTON; HALL, 2006).

No âmbito desta investigação, no componente **sentidos**, os idosos expressaram respostas adaptativas ineficazes, representadas por processos dolorosos crônicos de natureza física, resultantes das punções venosas, e emocionais, suscitados, em especial, pelo pesar relacionado ao sofrimento prolongado gerado pela hemodiálise. Essa condição vivenciada pelos idosos guarda consonância com os diferentes elementos presentes na definição de dor crônica pela NANDA-I (2013, p. 549): “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante e recorrente, sem término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses”. As falas que seguem ratificam a experiência, conforme vivenciada pelos idosos:

[...] É um tratamento muito doloroso, muita gente morre, passa mal na máquina, tenho muita pena de quem faz esse tratamento. Essa doença não é fácil, dizem que ela é igual a um câncer, não tem cura. (E9)

As agulhas espetam na gente. Tem dia que os braços doem muito. (E8)

[...] a gente sofre muito, quando vai botar esse cateter a gente sofre demais, demais mesmo, machuca muito. (E2)

[...] Quando tem a fístula e vai para a máquina leva duas furadas, uma furada assim e outra assim, [demonstra] três vezes na semana, é muita dor, não é brincadeira uma coisa dessa! (E1)

A hemodiálise é um sofrimento. Tudo é ruim. Se botar uma fístula no braço é ruim, a gente é furado muitas vezes. Se botar um cateter é ruim para se movimentar e para dormir. (E8)

4.3 O Modo de Adaptação Psicossocial – Autoconceito

A categoria **Modo Autoconceito** do Modelo de Adaptação de Roy relaciona-se à necessidade básica de integridade psíquica e focaliza aspectos psicológicos e espirituais do idoso em tratamento hemodialítico. Essa categoria contemplou duas subcategorias: *self físico* e *self pessoal*.

Quadro 2 - Modo de adaptação psicossocial relativo ao autoconceito de idosos em tratamento hemodialítico, João Pessoa – PB, 2012.

Subcategorias do modo autoconceito	Comportamentos/Respostas	Diagnósticos de Enfermagem
<i>Self físico</i>	<p>Sensação corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamento não assertivo ▪ Desespero ▪ Tristeza ▪ Sensação de morte <p>Imagem corporal</p> <p>Percepção negativa sobre a aparência do corpo (uso de cateter, presença de fístula, perda de peso, alterações na pele).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa autoestima crônica ▪ Tristeza crônica ▪ Distúrbio na imagem corporal
<i>Self pessoal</i>	<p>Autoconsistência</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afirmações positivas <p>Autoideal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbalização de esperança, sonhos e desejos <p>Eu moral ético-espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apreensão ▪ Sofrimento psicológico ▪ Angústia ▪ Fé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposição para enfrentamento melhorado ▪ Disposição para a melhora da esperança ▪ Pesar ▪ Medo ▪ Disposição para religiosidade melhorada

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

Convém destacar que, apesar de as categorias e as subcategorias, assim como as afirmativas diagnósticas representativas dos dados empíricos, serem apresentadas no Quadro 2, separadamente, sua análise, apresentada nos tópicos que seguem, devido à estreita relação entre elas, não seguirá, necessariamente, a mesma lógica, portanto, de algum modo, há interposições entre as classes de dados.

A subcategoria *self físico* relaciona-se à avaliação da pessoa acerca de sua condição física, incluindo seu estado saúde-doença e funcionalidade, assim como de as sensações de sua sexualidade e o nível de satisfação com a aparência. Inclui dois componentes: **a sensação corporal e a imagem corporal** (ROY; ANDREWS, 2001).

A sensação corporal é definida como a capacidade de sentir e experimentar a si próprio como ser físico (ROY; ANDREWS, 2001). No tocante a essa dimensão, os idosos apresentaram comportamentos como sensação de desespero, tristeza e morte, que representam uma ameaça ao seu processo adaptativo. Esses sentimentos são evidentes nestas falas:

Há dias que sinto desespero. Ter que fazer um tratamento muito sofrido desse! Passo muito mal na máquina. É triste! (E15)

Quando cheguei aqui e vi os pacientes nas máquinas, entrei em desespero, chorei muito. (E13)

*A hemodiálise é uma tristeza. Fiquei desesperada com esse tratamento, nervosa. [...]
Desde o tempo que comecei fazer esse tratamento, perdi minha vida.* (E4)

Frazão, Ramos e Lira (2011) mencionam que os pacientes renais crônicos ficam desanimados, desesperados e, muitas razões, abandonam o tratamento ou negligenciam os cuidados que deveriam adotar. Tal vivência causa preocupação constante, comportamento não assertivo e **baixa autoestima crônica** tanto do próprio paciente quanto de família e dos profissionais. Por isso é preciso estimular suas capacidades para que eles se adaptem, de maneira positiva, ao novo estilo de vida e assumam o controle do tratamento.

A manifestação dessas respostas revela a insatisfação dos idosos frente às sensações corporais, com influências negativas para sua vida e para o autoconceito. As dificuldades de lidar com essas respostas resultam do sofrimento que enfrentam com a instalação de uma enfermidade crônica com diversas limitações, como, por exemplo, por falta de outra opção terapêutica, depender de uma máquina, de modo contínuo, três vezes por semana (PILGER, et al., 2010), o que evoca tristeza crônica naqueles que vivenciam tal experiência, conforme confirmam estas falas:

[...] É muita tristeza! Fico com vontade de chorar com uma situação dessa. Tenho pena de todos que vivem fazendo esse tratamento. Tem deles tão novo, e ninguém pode fazer nada. (E9)

[...] A pessoa já vai [para hemodiálise] com tristeza, eu vou com uma tristeza dentro de mim. Na minha vida nunca pensei ter isso, só pensava isso nos outros, mas, infelizmente, me encontro aqui. (E1)

[...] Tenho muita tristeza em ter que estar fazendo esse tratamento, é muito sofrimento. (E4)

A afirmativa diagnóstica **Tristeza crônica** é definida pela NANDA-I (2013, p 448) como um “padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada (por pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência, em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência”. Vale salientar que esse sentimento de tristeza decorre também do convívio com uma doença sem possibilidade de cura e que, em virtude disso, suscita pesar e levando-os a um esfacelamento de sua condição física e psicológica:

[...] Já estou nas últimas, não tenho para onde ir não, a doutora disse que nem transplante dá certo. Sinto que tenho que esperar pela morte (E9).

Só faço esse tratamento porque minha filha diz: mãe, tem que fazer para a senhora viver mais uns dias. [...] se eu não fizer, sei que vou morrer mais rápido, e eu não quero morrer, embora eu morra do mesmo jeito, mas ninguém quer morrer. (E8)

[...] Só faço esse tratamento para passar mais alguns dias viva, mas que cure não, quem cura é Papai lá de cima. Quando é uma doença fraca, Ele ainda cura, mas quando é uma doença mais forte, Jesus diz “não tem jeito não, vai chegar a hora, venho te buscar”. [choro] (E3).

O fenômeno **Pesar** é “um processo normal e complexo, que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias” (NANDA-I, 2013, p. 431). Levando em consideração a fala dos idosos, percebe-se que essa resposta afeta negativamente suas vidas.

Na compreensão de Campos e Turato (2010), muitos sentimentos podem ser evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico, entre eles, o pesar, devido à possibilidade de perder a própria existência. Para Frazão, Ramos e Lira (2011), o paciente renal crônico, ao ser informado sobre o caráter incurável da doença, muitas vezes, toma a morte como iminente. Essa experiência faz com que esses indivíduos utilizem, de modo ineficaz, os recursos utilizados para estabilizar a evolução da doença e viabilizar a sobrevivência e ficam deprimidos e com menos capacidade de se adaptar à situação.

Essa assertiva é ancorada fortemente pela literatura pertinente, pois diferentes estudos demonstram associação entre doença crônica, em especial, a insuficiência renal, e depressão. Considerando esse aspecto, Bastos, Oliveira e Kirsztajn (2011) relatam que a prevalência de depressão em idosos em terapia hemodialítica chega a 45,00%. Do mesmo modo, entre os idosos envolvidos no estudo de Ribeiro et al., (2009), verificou-se que 41,00% se apresentavam levemente deprimidos, e 2,00%, muito deprimidos.

No que se refere à **imagem corporal**, é definida por Roy e Andrews (2001) como a maneira como a pessoa se vê física e aparentemente. Já o **distúrbio na imagem corporal** é definido pela NANDA-I (2013 p.352) como “confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa”, fenômeno verificado entre os idosos, que era determinado, em especial, pela presença de cateter ou fístula arteriovenosa para realização da terapêutica que, além de causar desconforto físico, evocava vergonha e estigma pelas modificações produzidas na imagem corporal, como, por exemplo, o surgimento de pseudoaneurismas (abaulamentos no local do acesso).

Meus braços ficaram finos e cheios de trombos [pseudoaneurisma], é muito feio, mas é melhor que o cateter. (E5)

[...] Meu braço ficou com esses trombos [...]. Às vezes, quando vou ao supermercado, as pessoas ficam olhando e perguntam “o que é isso?” [...] (E13)

[...] Fiquei muito diferente, ganhei esse cateter. Costumo dizer que o paciente renal ganha logo o diploma de garçom, já sai até de gravata [cateter]. Quem quiser um diploma na vida, arrume um problema renal [risos]. (E14)

Ressalta-se, também, que, além das modificações corporais reveladas nesses discursos, a coloração da pele e a perda de peso corpóreo levaram os idosos a terem uma percepção negativa de sua imagem corporal, conforme se verifica nestas falas:

A gente muda de cor e fica engilhada, os cabelos caem. É horrível! Quando via minhas fotos, ficava muito triste de ver o que eu era antigamente e o que eu sou hoje. Por isso, joguei todas fora. [...] Era forte, robusta; tinha os cabelos grandes. (E9)

Mudei muito! Fiquei sem perna, sem peito, sem bunda [risadas]. Tudo acabou. Pareço uma macaca magra. Perdi muito peso, minha pele ficou feia e feridenta. (E9)

Meu corpo ficou diferente [...] Observe meu corpo! Estou cheia de pregas na barriga estou muito feia. Meus filhos falam: mãe quem era a senhora! (E12)

Com essa doença, quem é branco fica preto e quem é preto vira carvão, a pele fica feia, escura. A minha pele era clara, hoje está escura. (E8)

Considerando o exposto, Fermi (2010) discorre que o paciente renal crônico apresenta pele seca e escamosa, com coloração amarelo-acinzentada, devido ao acúmulo de urocromo (pigmento que dá coloração na urina) que, associado aos elevados níveis de paratormônio e de cálcio, provocam prurido intenso na pele, proporcionando o surgimento de lesões em diversas partes do corpo. No que diz respeito à perda de peso, conforme já demonstrado no modo fisiológico, na subcategoria nutrição, a massa corporal dos idosos em tratamento hemodialítico tende a diminuir, devido às diversas manifestações advindas da própria doença.

Vale salientar que a representação do corpo desempenha papel marcante na construção da autoimagem e, portanto, da individualidade. Assim, quando vivenciada de forma ineficaz, causa repercussões de ordem psicológica, que influenciam a vida da pessoa (CAETANO; SOARES, 2005). Aprofundando essa análise, Calil (2010) salienta que, devido às alterações físicas, a percepção da imagem corporal do doente renal é modificada, o que faz com que ele não se reconheça como antes, mas como uma pessoa doente. Essa situação é estreitamente relacionada à baixa autoestima crônica que vivencia. Esse fenômeno representa “autoavaliação/sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades” (NANDA-I, 2013, p.346) que, por sua vez, afeta o *self pessoal*.

A subcategoria *Self pessoal*, do Modo Autoconceito de Adaptação proposto por Roy, relaciona-se com a avaliação da pessoa, das próprias características, expectativas e valores e engloba os componentes: **autoconsistência, autoideal e o eu moral ético-espiritual**.

Na autoconsistência, a pessoa apresenta resistência para manter uma auto-organização consistente para evitar o desequilíbrio (BRAGA; SILVA, 2010). Concomitante a outros sentimentos negativos e, portanto, antagônicos, alguns idosos evidenciam um enfrentamento eficaz da doença e da terapêutica, e isso favorece para que haja um processo adaptativo positivo, conforme revelam estas falas:

Quando a médica disse que eu ia fazer esse tratamento, levantei a cabeça e disse: tenho que enfrentar. Se baixar a cabeça é pior [...] (E11)

[...] Sei que vou morrer, mas hoje o que me interessa é fazer esse tratamento para melhorar minha saúde. Por isso, eu corro atrás disso. (E6)

[...] Durante minha vida, nunca fui interno, nunca estive em hospital, essa foi a primeira vez, o destino me pegou, agora tenho que enfrentar. (E7)

No entendimento de Pilger et al., (2010), o idoso tem uma forma singular de lidar com a doença, com o tratamento e com o impacto que ambos provocam nas suas vidas. Considerando isso, alguns percebem a vivência de ser portador de doença renal crônica e de depender de uma máquina como uma experiência difícil e complicada; já outros aderem eficazmente ao tratamento, pois sabem que é para o seu bem-estar geral. Nesse caso, evidencia-se uma **Disposição para enfrentamento melhorada**, conforme concebido pela NANDA-I (2013, p. 419), que define o fenômeno como “um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado”.

Silva et al., (2011) destacam que a aceitação, a manutenção do tratamento e o apoio dos familiares contribuem para que o paciente renal crônico se sinta protegido, amado e significativo. Esses sentimentos, frequentemente, atuam como estímulos positivos para que se adapte às restrições e enfrente os sentimentos negativos. O enfrentamento e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dependem das mudanças dos conceitos e dos pré-conceitos dos pacientes em relação à doença e à hemodiálise. O idoso que procura compreender a doença e o tratamento é capaz de lidar mais ativamente com os estímulos ameaçadores do ambiente e tem mais facilidade de se adaptar aos aspectos relacionados ao seu eu.

Considerando, ainda, o *self pessoal*, particularmente, o elemento autoideal, definido por Roy e Andrews (2001, p.310) como o “que a pessoa espera ser e fazer”, observou-se que os idosos, quando estão diante de um tratamento doloroso, que pode significar vida e, ao mesmo tempo, morte, buscam maneiras de se adaptar positivamente, expressando sentimentos de esperança de cura, sonhos e desejos. Estas falas confirmam essa assertiva:

A minha maior esperança é ficar bom [choro] acredito fielmente, a gente passa muito sofrimento [...] Meu sonho é terminar esse tratamento e ficar bom. Não tenho medo de morrer, tenho medo de piorar e sofrer ainda mais. (E4)

[...] Tenho esperança que um dia melhore, por enquanto, tenho que fazer esse tratamento. (E10)

[...] Tenho esperança que o amanhã seja melhor. (E12)

[...] A gente sonha que a medicina avance com outras descobertas para esse tratamento, para diminuir nosso sofrimento, pelo menos uma forma de diminuir a quantidade de vezes que vamos para a máquina na semana e o tempo que passamos nela. Creio que, futuramente, vai melhorar. (E14)

Peço a Jesus para eu deixar de fazer esse tratamento para poder tomar conta dos meus netos. [...] Eles choram muito, me pedem para ficar junto deles, mas tenho que viver aqui no hospital [choro]. (E15)

Analisando as falas mencionadas, observa-se, que para os idosos, é importante enfrentar a doença com coragem, sem perder a esperança e acreditar na possibilidade de se recuperar e de voltar a viver novamente. Pilger et al., (2010) apontam que a capacidade de uma pessoa construir uma trajetória de vida positiva, apesar de viver em um contexto adverso, como a doença renal, é considerada um fenômeno complexo, que se constrói de forma gradativa, com as interações vivenciadas pelo ser humano e o ambiente, que contribuirão para uma adaptação positiva.

As dificuldades que os idosos têm de se adaptarem às restrições provocadas pela doença e pela hemodiálise levam-os a sonhar com outras modalidades terapêuticas que possam produzir melhorias em sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, surge o transplante renal, que representa a possibilidade de uma nova vida:

Sonho com o transplante, mas estou aguardando minha família fazer exames. A doutora disse que tenho que esperar, agora não é o momento. (E11)

[...] Meu sonho é fazer o transplante, quero deixar de fazer esse tratamento e voltar a viver novamente. O que vai ficar aqui [no hospital] são as amizades que encontrei e que vou levar comigo. (E4)

Para outros idosos, o transplante renal não modificará sua qualidade de vida. Logo, a única alternativa é procurar seguir o tratamento, conforme enuncia esse entrevistado:

Não sonho com o transplante, não sonho com ele, porque você vai continuar evitando todas as coisas do mesmo jeito, procuro continuar fazendo meu tratamento até o dia que Deus quiser que eu viva. (E13)

Terra e Costa (2007) salientam que o transplante renal é, atualmente, a melhor opção terapêutica para pacientes com IRC, em idade menor que cinquenta anos, tanto do ponto de vista clínico quanto social, emocional e econômico. Porém, em idosos, a diminuição da resistência física, a presença de comorbidades e os cuidados necessários pós-transplante constituem obstáculos para o transplante renal.

Outra questão que dificulta a realização do transplante renal nos idosos é a disponibilidade de um doador compatível. Entre eles, irmãos podem ter comorbidades, como doença aterosclerótica e hipertensão arterial, portanto, a chance de serem doadores de órgãos é menor (PIRES, 2006). Os autores acrescentam que experiências clínicas indicam que os

idosos não toleram bem os imunossupressores e a terapia com corticosteroides, como os pacientes mais jovens, de forma que o monitoramento pós-transplante requer mais cuidados.

No que concerne ao componente **eu moral ético-espiritual**, da subcategoria *Self pessoal*, inclui o sistema de crenças éticas e do sagrado e como o eu é visto em relação ao sistema de valores da pessoa (BRAGA; SILVA, 2010). Na análise das falas dos idosos, esse componente é referendado por senso de sofrimento, insegurança e angústia, como demonstram estas falas:

Sofro para fazer hemodiálise. Enfrento o sol quente em um transporte, e, quando chego aqui, enfrento outro sofrimento nessa máquina. É um tratamento que causa muito sofrimento para as pessoas. (E4)

É muito estressante. É angustiante. Tem dia que não estou preparado para fazer, mas tem que fazer, porque se não fico todo inchado. Dá tristeza e dor ter que estar fazendo esse tratamento, é muito sofrimento. (E3)

É muito sacrifício ter que fazer esse tratamento três vezes por semana. Se falhar um dia, já vêm mais problemas, é um pesadelo, uma angústia. Ninguém deseje para um amigo. (E14)

Além disso, a adaptabilidade dos idosos também é afetada pelas consequências imediatas do tratamento hemodialítico, pois representam para eles uma ameaça, que torna o futuro incerto, pois algumas delas podem ser eventuais, mas outras são extremamente graves e fatais, especialmente as alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e a remoção de grande volume de líquidos num curto período de tempo (NASCIMENTO; MARQUES, 2005). Essa ameaça evoca preocupação e medo:

Fico preocupada porque a máquina puxa muito da gente, às vezes tenho medo de ir pra ela porque as pessoas desmaiam. Quando eu não vou para a máquina, sinto-me melhor. (E3)

[...] *Às vezes fico com medo de morrer, de ter complicação na máquina, como outros já tiveram lá! [choro]. (E6)*

A gente passa muito sofrimento [...], tenho medo de morrer, tenho medo de piorar e sofrer ainda mais. [choro] (E4)

Nesse contexto, a presença de Deus e o uso de recursos espirituais, como a fé, por exemplo, promovem melhora no processo adaptativo dos idosos, especialmente uma **disposição para religiosidade melhorada**, fenômeno definido pela NANDA-I (2013, p.465) como um “padrão de confiança em crenças religiosas e/ou participação de rituais de uma fé

religiosa em particular, que é suficiente para o bem-estar (...).” Essa experiência é consubstanciada empiricamente pelos discursos seguintes:

Procuo enfrentar essa situação com muita fé em Deus. Tenho fé em Deus que vou ficar boa, não há nada no mundo que Deus não resolva, ele faz tudo que é bom [choro]. (E15)

[...] Por mim, nem fazia esse tratamento, quem tem que curar é Deus. Com esse tratamento ninguém fica bom. Esse tratamento só serve para viver mais uns dias, mas que essa doença tem cura, ah! tem cura não! Só quando Deus te diz: eu vou te curar, mas quando Deus não quer a cura, Ele leva e a gente descansa. (E8)

Entrego nas mãos de Deus, Deus toma conta. Somente o Senhor é que pode me tirar dessa vida. Tenho esperança de um dia Deus olhar para mim e eu deixar de fazer esse tratamento. [...] [choro]. Sinto muita tristeza na minha vida [...]. (E1)

Penso em um dia Deus me ajudar para eu ficar bom e deixar esse tratamento. (E5)

Minha esperança é em Deus, quando Ele quer, Ele obra milagres [choro]. (E9)

As pessoas têm formas singulares de lidar com a doença e com o tratamento e com o impacto que ambos provocam em suas vidas. Fatores como a vontade de viver, o suporte de pessoas queridas, o conformismo perante o inevitável e a fé em Deus são utilizados como uma maneira de se resistir e prosseguir com a vida (TERRA; COSTA, 2007).

No cenário desta investigação, os idosos que sentiam Deus em sua vida e que tinham esperança e vontade de viver também se sentiam capazes de se adaptar às mudanças esperadas. Para eles, Deus é o único ser que pode lhes trazer a cura. Vale salientar que a pessoa doente, principalmente ante a situação experimentada pelos idosos entrevistados, em geral, reforça a busca a Deus em decorrência da necessidade de proteção, de recompensa e de autoconservação.

4.4 Os Modos de Adaptação Psicossocial – Função na Vida Real e Interdependência

Os modos **Função na vida real e interdependência**, do Modelo de Adaptação de Roy, apresentaram informações sobre os aspectos relacionados à função do papel, da interação social e das necessidades afetivas e formaram a terceira categoria sendo composta

por três subcategorias: os **comportamentos instrumentais**, os **expressivos** e as **relações afetivas**.

Quadro 3 - Adaptação psicossocial relativa aos modos função na vida real e interdependência de idosos em tratamento hemodialítico. João Pessoa – PB – 2012.

Subcategorias dos modos função na vida real e interdependência	Comportamentos/Respostas	Diagnósticos de Enfermagem
<p>Comportamentos instrumentais, expressivos e as relações afetivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudança brusca no modo de vida ▪ Sentimentos de dependência ▪ Incapacidade para ocupar um papel ▪ Diminuição da interação social ▪ Laços de amizade interrompidos ▪ Relações positivas com pessoas em situação similar ▪ Expressões de apoio (família, profissionais) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desempenho de papel ineficaz ▪ Processos familiares interrompidos ▪ Interação social prejudicada ▪ Disposição para enfrentamento familiar melhorado

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

O modo **Função na vida real** incide, especificamente, sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Cada papel está associado aos comportamentos instrumentais e expressivos do ser humano (ROY; ANDREWS, 2001). As pessoas podem exercer três tipos de papel: os primários, relacionados à idade, ao sexo e ao estágio de desenvolvimento; os secundários, determinados pelas posições alcançadas devido às qualidades primárias, que requerem desempenho de um papel específico; e o papel terciário, aquele que é escolhido livremente pela pessoa e de natureza temporária (BRAGA; SILVA, 2011).

O modo Interdependência, sob o ponto de vista definido por Roy e de Andrews (2001, p.438), diz respeito “às relações próximas das pessoas, que envolvem a vontade e a capacidade para amar, respeitar e valorizar os outros e aceitar e responder ao amor, respeito e valor atribuído pelos outros”. Nesse modo de adaptação, as necessidades da pessoa são satisfeitas por meio da interação social e das relações afetivas, incluindo o processo interativo presente no desempenho de um papel.

No estudo em questão, conforme demonstrado no Quadro 3, observou-se que os sujeitos pesquisados demonstraram comportamentos ineficazes relacionados, principalmente, ao papel secundário. Esses comportamentos são determinados por mudança brusca no modo de vida, incapacidade de ocupar um papel e sentimentos de dependência, conforme enunciam estas falas:

[...] Não sou preguiçosa para achar bom estar em casa sem fazer nada, sem trabalhar, acho ruim, porque não posso fazer nada, nem ir à feira, que eu gostava. Fazia tudo em casa sem pedir a ninguém. Deixava todos dormindo e ia para a feira cedo e comprava tudo que precisava para casa. Preparava minha comida, arrumava a casa. Hoje não faço mais nada. (E8)

[...] Quando era boa de saúde e quando eu não fazia hemodiálise, eu trabalhava, não tinha preguiça de varrer uma casa, lavar um pano. Tinha disposição para tudo. Hoje em dia, não tenho disposição, amanhece o dia, fico esperando alguém para fazer as coisas, [...] não é bom não [choro]. (E1)

Hoje, não faço nada. Às vezes, tento lavar minhas roupas, mas dá logo câimbras nas mãos, não lavo as roupas bem. Acho ruim só esperar pelos outros. Minha irmã vem para ajudar, mas reclama. Eu não posso fazer! Queria poder fazer. (E9)

Conforme destacado, o trabalho e as atividades diárias desenvolvidas pelos idosos são considerados importantes para suas vidas, pelo fato de causarem satisfação e prazer. A impossibilidade de trabalhar ocasiona sentimentos de incapacidade, ociosidade e desvalorização.

Silva et al., (2011) discorrem que o trabalho é determinante no equilíbrio psicológico do ser humano, porquanto o mantém solidamente vinculado à realidade e norteia a vida humana, com implicações diretas nas condições fisiológicas, psíquicas, mentais e sociais. Considerando, ainda, esses aspectos, Santos, Rocha e Berardinelli (2011) afirmam que o trabalho exprime relevância na vida das pessoas, como independência, autoestima e autorrealização. Assim, quem não consegue manter o vínculo com o trabalho sente-se frustrado, impotente e mais dependente.

A insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico não impedem, direta e absolutamente, o trabalho e as atividades diárias, porém, muitas vezes, o comprometimento físico e o tempo destinado à hemodiálise limitam o paciente que, nesse caso, precisa ser afastado do trabalho e recorre à aposentadoria. Por essa razão, deve ser estimulado a engajar-se em atividades alternativas e a adaptar-se à situação atual, buscando satisfação nas atividades realizadas (KUSUMOTO et al., 2008).

As mudanças ocorridas no funcionamento social e no papel ratificaram a evidência nos idosos do diagnóstico de enfermagem **Desempenho de papel ineficaz**, concebido pela NANDA-I (2013, p.377), como “padrões de comportamento e autoexpressão, que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente”. Essas manifestações e dificuldades relativas ao papel dos idosos submetidos a tratamento hemodialítico derivam de sua necessidade contínua de cuidados, de máquinas, de intervenções cirúrgicas, de medicamentos e dietas, fato que gera incômodo para eles. Os depoimentos seguintes confirmam essa assertiva:

[...] É uma situação que causa dependência, ainda bem que não é uma doença contagiosa, mas nos deixa dependente de muitas coisas: de pessoas, de medicação, da máquina, muda toda nossa vida. Muitos hábitos que eu tinha tive que mudar ou deixar de fazer, não posso sair nas ruas, trabalhar, passear, agora vivo em casa. (E14)

A hemodiálise é um tratamento que transforma a vida da gente. Dependendo de uma máquina é muito ruim. (E11)

Minha vida mudou muito com esse tratamento. Estou sobrevivendo [...] Para mim, acabou tudo, vivo esperando os outros. (E3)

[...] Mudou tudo na minha vida [choro]. Vivo em cima de uma cama, dependendo dos outros para tudo. Antes fazia tudo, hoje não posso fazer nada. Tenho que ficar em casa aguardando o dia de fazer a hemodiálise, que é três vezes por semana. Infelizmente, agora tenho que depender de pessoas e de uma máquina para fazer esse tratamento. (E6)

Hoje vivo uma dependência. Tenho que ter sempre uma pessoa comigo para me pegar e levar para fazer esse tratamento, não depende só de mim. Vou precisar sempre da ajuda de alguém. O paciente não tem condição de ficar sozinho, é muita dificuldade. (E12)

Mudou tudo. Cuidava de tudo em casa, da minha mãe, da feira, coisas no banco, farmácia, tinha uma vida normal. Hoje dependo dela [mãe] [choro]. (E12)

A condição de dependência que os idosos enfrentam envolve mudanças de ordem social, física, econômica e emocional (KUSUMOTO et al., 2008). Essa situação produz

desgaste tanto no paciente quanto nos familiares, o que corresponde ao diagnóstico de enfermagem **Processos familiares interrompidos**, definido pela NANDA I (2013, p.373) como “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família”.

Devido a todas essas mudanças, muitos dos idosos passam a necessitar da presença e dos cuidados de familiares e de amigos, sobretudo dos filhos e do cônjuge, que são imprescindíveis para lhes dar suporte informal, visto que assumem funções de proteção para que enfrentem o problema de saúde (MADEIRO et al., 2010), o que é referendado por estas falas:

Minha família dá apoio. Minha irmã veio do Rio de Janeiro e me assiste durante a semana, fica ao meu lado. (E7)

Minha esposa me ajuda direto, o tempo todo ela me dá todo apoio para ir para a cadeira, para a cama. Meus filhos moram no Rio, por isso é que eles não me ajudam. (E10)

Tenho apoio de todos, principalmente da minha família, isso ajuda muito, se a gente for desprezada pela família, morre rapidinho. O apoio da família é muito importante nesse tratamento, a família apoia, distrai, ajuda, conversa... isso nos traz a vida. (E11)

Tenho ajuda do meu esposo, de filhos e de outras pessoas da minha família, tenho a compreensão de todos, isso é muito bom para enfrentar essa doença. (E13)

Essas falas expressam que o suporte familiar é decisivo para que o paciente possa enfrentar a doença e manter o tratamento. Silva et al., (2011) enfatizam que a família ocupa um papel de destaque nesse processo, porque contribui para que o paciente se sinta protegido, seguro, amado e significativo. Esses sentimentos promovem bem-estar físico e emocional.

Outras mudanças ocorridas na vida dos idosos que passam por tratamento hemodialítico que afetaram o processo adaptativo são as limitações para realizarem atividades sociais como viagem, lazer, visita a familiares e amigos:

Fico triste, porque sonho em viajar, ver minha família que mora fora, mas não posso por causa do tratamento. (E13)

[...] Mudou tudo. Gostava de passear muito, hoje não aguento mais nada, vivo dentro de casa, acho que o povo não gosta mais de mim, nem mesmo o povo de casa. Acho que foi porque eu mudei, fiquei diferente. (E9)

Hoje minha vida é ficar deitado nessa cama, não faço mais nada, [...] não faço as coisas porque, nessa situação, não dá para fazer... os braços com isso [fístula], tenho

que fazer exercício com bola, no pescoço, esse cateter, tenho medo até de me mexer. Se eu fizer, vou me prejudicar. Não saio nem de casa, antes fazia tudo, hoje não posso. (E10)

Considerando a realidade exposta pelos idosos, Silva et al., (2011), assim como Santos, Rocha e Berardinelli (2011), ressaltam que o fato de ser um doente renal crônico, muitas vezes, faz com que a alegria de viver, associada ao prazer de viajar e de visitar a família, seja apenas um desejo que, dificilmente, será alcançado, visto que esses pacientes ficam inseguros quando saem do seu ambiente, devido à possibilidade de necessitarem de tratamento, especialmente em circunstâncias emergenciais, em outra instituição de saúde com profissionais desconhecidos.

A experiência relatada afeta a interação social e os laços de amizade, que definem o diagnóstico de enfermagem **Interação social prejudicada** que, segundo a NANDA-I (2013, p.379), é uma “quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social”. Frente a essa realidade, a instituição de saúde, particularmente o serviço de hemodiálise, funciona como um espaço onde os idosos estabelecem sua sociabilidade e sua relação de ajuda/apoio, como mostra esta sequência discursiva:

[...] Minhas amigas é aqui na hemodiálise, um dá força para o outro, e assim, vamos levando. (E9)

[...] Meus filhos vivem muito ocupados, todos trabalham, e a equipe daqui é muito boa, é minha família. (E5)

[...] Fazia de tudo. Hoje me sinto inútil. Ainda consigo me distrair quando estou na máquina. Fiz um ciclo de amizade muito bom, tanto com os pacientes como com os profissionais, isso influi no tratamento. [...] Esse apoio é importante para nos fortalecer. (E11)

[...] Não tenho ajuda de ninguém da família, nem do irmão. [...] É só minha filha e eu para lutar [...] A minha família é o pessoal do hospital. (E2)

[...] A hemodiálise é um compromisso, uma responsabilidade duradoura. Fiz muitas amigas aqui, um conta uma história, outro conta outra, e assim passa o tempo [choro]. (E4)

[...] Quero deixar de fazer esse tratamento e voltar a viver novamente, o que vai ficar aqui [no hospital] são as amigas que encontrei e que vou levar comigo. (E11)

Os sistemas de apoio são formados por pessoas ou grupos sociais que exercem as funções de dar e de receber amor, respeitar e valorizar o outro (ROY; ANDREWS, 2001). Na percepção dos idosos entrevistados, as relações positivas com pessoas cuja situação é similar,

além das expressões de apoio de profissionais e de familiares, são importantes por promoverem uma **disposição para enfrentamento familiar melhorado**, fenômeno definido pela NANDA-I (2013, p.417) como “um padrão de controle eficaz das tarefas adaptativas por pessoa de referência (membro da família, pessoa significativa ou amigo íntimo) envolvida com o desafio de saúde do cliente, que é suficiente para a saúde e o crescimento em relação a si mesmo e ao cliente e pode ser reforçado”.

Santos e Valadares (2011) afirmam que os sistemas de suporte são importantes para criar uma rede de apoio para o idoso compartilhar suas dificuldades e enfrentar os desafios impostos pela doença e pelo tratamento. O contato com pessoas que evidenciam respostas adaptativas positivas frente à situação alivia a angústia e a desesperança. Considerando, ainda, o acolhimento e a interação entre os profissionais envolvidos no tratamento desses idosos, pode-se perceber que essas relações foram consideradas harmoniosas e humanizadas.

Resende et al., (2007) entendem que esse tipo de suporte prolonga a sobrevida de pacientes com insuficiência renal crônica que fazem hemodiálise. Quanto aos idosos, as relações afetuosas e positivas demonstradas a eles - sejam elas de familiares, de amigos ou de profissionais - geram bem-estar emocional e estimulam muitos a se sentirem protegidos e amados e a se adaptarem bem mais à doença e ao tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar que a utilização do Modelo de Adaptação de Roy constituiu um referencial teórico relevante para a compreensão da situação vivenciada pelos idosos em tratamento hemodialítico. A escolha pela abordagem qualitativa para a análise dos dados empíricos proporcionou interpretação eficaz do processo adaptativo dos idosos, desvelando seus comportamentos/respostas, bem como favoreceu a elucidação dos diagnósticos de enfermagem representativos da sua adaptação nos modos fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência do pressuposto teórico norteador do estudo.

Quanto aos achados, verificou-se que os idosos apresentaram comportamentos ineficazes nos quatro modos adaptativos. Em relação à categoria **modo fisiológico**, foram identificadas respostas ineficazes relacionadas aos componentes oxigenação, nutrição, eliminação, fluidos, eletrólitos, função endócrina, atividade, repouso/descanso, proteção e sentidos.

No que tange à categoria **autoconceito**, os sujeitos pesquisados expressaram comportamentos ineficazes relacionados ao *self físico* - sensação de desespero, tristeza, morte, vergonha e estigma relacionados às modificações na imagem corporal, advindas da doença e do tratamento. Essa experiência fez com que a maioria deles tornasse deprimidos e com menor capacidade de adaptabilidade. No tocante ao *self pessoal*, concomitantemente a outros sentimentos negativos, alguns idosos evidenciaram um enfrentamento eficaz da doença e a terapêutica, favorecendo um processo adaptativo positivo expresso por sentimentos de esperança, cura, sonhos, desejos, vontade de viver, conformismo perante o inevitável e fé em Deus os quais foram muito presentes para aliviar o sofrimento e aumentar esperança.

No que diz respeito à categoria representativa do modo **função na vida real/interdependência**, os depoimentos dos idosos desvelaram comportamentos ineficazes relacionados aos sentimentos de impotência devido à perda de seu papel social, como insatisfação, desvalorização, dependência de cuidados de outras pessoas, de máquinas, de medicamentos e de dietas, condição difícil de ser vivenciada. Nesse contexto, a hemodiálise representou para os idosos uma forma de tratamento que compromete também seu convívio social e sua liberdade para viajar, passear, participar de atividades de lazer, visitar amigos e parentes, além de mudar sua convivência familiar e seu círculo de amizades, o que provoca

ruptura em seu modo de viver e interfere negativamente na interação social e nos laços de amizades e familiar.

Em meio às dificuldades que os idosos em tratamento hemodialítico têm que enfrentar, também foram destacados comportamentos afetivos positivos, a saber: apoio familiar e de amigos, apoio de profissionais de saúde e convivência com pessoas cuja situação é similar, que foram considerados importantes para melhorar o processo adaptativo.

Assim, considerando o exposto, ressalta-se que os aspectos relativos ao processo adaptativo dos idosos em tratamento hemodialítico, elucidados no âmbito desta pesquisa, podem servir de suporte para a equipe de saúde, em especial, para a enfermagem, para encorajar o idoso no enfrentamento da doença, estimulando-o a buscar uma ressignificação dessa condição de vida a partir de uma percepção que vislumbra uma melhor qualidade de vida. Por fim, espera-se que este trabalho suscite a realização de novas pesquisas que aprofundem o assunto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 833-840, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5.ed. Lisboa: Geográfica Editora, 2009.
- BASTOS, M. G.; OLIVEIRA, D. C. Q.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica no paciente idoso. **Revista HCPA**, v. 31, n. 1, p.52-65, 2011.
- BASTOS, R. M. R. et al. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.1, p. 40-4, 2009.
- BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de Enfermagem**. 1ed. São Paulo: Iátria, 2011.
- BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P.S. Um Marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da Teoria de Roy. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 264-270, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade, set. 2007.
- BRITO, F. et al. **A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil**: Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais. Belo Horizonte, mar. 2007.
- CAETANO, A.C.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do sel-físico e self-pessoal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, p. 210-216, 2005.
- CALIL, G. S. **O processo de adoecimento, hospitalização e tratamento para um portador de Insuficiência Renal Crônica**. Monografia de conclusão de curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB/Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0227.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2012.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. **Tratamento hemodialítico sob ótica do doente renal**: estudo clínico qualitativo. **Revista brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 5, p. 799-805, set-out, 2010.
- CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1881-1885, 2010.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. *In*: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, c. 11, p.106-130.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311, de 08 de Fevereiro de 2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERMI, M. R. V. **Diálise para Enfermagem**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010.

FERNANDES, M. G. M. et al. Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 13-20, 2009.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V.P.; LIRA, A. L.B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 4, p. 577-82, outubro. 2011.

GALBREATH, J. G. Sister Calista Roy. *In*: GEORGE, Julia B. **Teorias da Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p.201-219, 2000.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GONSALVES, E. P. Conversas sobre iniciação à pesquisa científica. 4ed. Campinas: Alínea, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HOLANDA R. H.; SILVA, V. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico, **Revista Rene**, v. 10, n. 2, p. 37-44, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **O país caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido**, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina>. Acesso em: 20 jan. 2011.

IDEME. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual. 16º Caderno Temático da Paraíba – Planejamento e Implementação de Políticas Públicas e Sociais 2000-2010.

KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21, n. especial, p. 152-159, 2008.

KUSUMOTO, L.; OLIVEIRA, M. P.; MARQUES, S. O idoso em diálise. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. especial nefrologia, p. 546-550, 2009.

LOURENÇO R. A.; LINS, R. G. Saúde do Homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, ano 9, 2010.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 4, p.546-551, 2010.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.
MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, c. 2, p. 21-36.

MOTA, D. D. C. F. et al. **Fadiga: uma análise do conceito**. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

MOURA, R. M. F. **Funcionalidade e qualidade de vida em idosos com doença venosa crônica**. 2010.145f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de Enfermagem nas complicações mais frequentes durante sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 719-722, nov-dez 2005.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, Supl. 1, p. S4-S6, 2008.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, jun. 2003.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (Org.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- International** - definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul-dez 2005.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PILGER, C. et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 677-683, out-dez 2010.

PIRES, A. J. Doença renal. *In*: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, c. 74, p. 737-745, 2006.

REIS, C. K.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G.. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 336-341, mai-jul 2008.

RESENDE, M. C. et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicologia Clínica**, v. 19, n.2, p. 87-99, 2007.

RIBEIRO, A. P.; SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 2, n. 10, p. 191-201, 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. (especial), p. 505-508, 2009.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**, 2001.

SANTOS, F. K.; VALADARES, G. V. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.19, n.3, p. 473-478, jul-set, 2011.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 335-342, 2011.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.

SERVONSKY, J. *In*: ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 219, n. 1 (Supl. 1), p. 9-13, mar 2007.

SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 839-844, set-out 2011.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TERRA, F. de S.; COSTA, A.M.D.D. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 4, p. 533-537, out-dez. 2007.

THOMPSON, C. Oxigenação. *In*: ROY, S.C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.ed. São Paulo: Vozes, 2003.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. A autoestima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, p.102-114, jan-jun 2005.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan-jun, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado o (a) Senhor (a)

Esta pesquisa, intitulada *“Processo adaptativo de idosos em tratamento hemodialítico: uma análise à luz do modelo de Roy”*, está sendo desenvolvida pela mestrandia em enfermagem Rosângela Alves Almeida Bastos da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes. A pesquisa tem como objetivo analisar, à luz do Modelo de Roy, o processo de adaptação de idosos em tratamento hemodialítico, considerando-se os modos fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência.

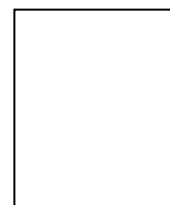
Para a realização desta pesquisa, solicito sua valiosa colaboração participando deste estudo, mediante uma entrevista, em que para o registro de dados será utilizado um questionário e um gravador, em que suas respostas serão gravadas para depois serem transcritas pelo pesquisador. Faz-se, contudo, oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a permitir o fornecimento das informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a desistência a qualquer momento da pesquisa, fato este que não representará qualquer tipo de risco ao o(a) senhor(a). Desse modo, garanto também o sigilo da sua identidade, bem como as informações confidenciais fornecidas. A sua permissão para disseminar o conhecimento produzido por este estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica também é solicitada. Nesse sentido, é importante avigorar que a pesquisadora estará à disposição do (a) senhor (a) para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa.

Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido o (a) Senhor (a) conjuntamente comigo, a assinar este Termo.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável¹

João Pessoa ___/___/___



¹ Endereço: R: José Ferreira da Silva, 740, Água Fria, João Pessoa/PB. CEP: 58052-119. Telefone: (83) 8824-8443. Comitê de Ética e Pesquisa - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária- Campus I. Telefone: (83) 3216-7791.

APÊNDICE B -- Instrumento de coleta de dados - roteiro de entrevista

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Nome/Iniciais:

Anos completos:

Sexo: () Masculino () Feminino

Quantos anos frequentou a escola: _____anos.

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado/desquitado/divorciado () Viúvo ()
Outros

2. DADOS DA SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Benefício: () Não () Sim: _____

Renda mensal própria: () menos de 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a
10 salários mínimos () maior que 10 salários mínimos

Renda mensal familiar: () menos de 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a
10 salários mínimos () maior que 10 salários mínimos

Procedência de recursos financeiros: () Aposentadoria () Pensão () Doação () Sem
Renda () Trabalho () Outros: _____

3. DADOS CLÍNICOS

Comorbidades referidas:

Tipo de acesso vascular: () fístula arteriovenosa () cateter duplo lúmen () fístula
arteriovenosa/cateter duplo lúmen () outros

Tempo que realiza hemodiálise: () Menos de 1 ano () 1- 3anos () 4 - 6 anos () 7-9
anos () 10-12 anos () Mais de 12anos

4. ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quando o senhor (a) pensa em hemodiálise o que vem a sua cabeça?

2. Quais os problemas que o senhor (a) apresenta?

3. Pensar que o senhor (a) precisa fazer hemodiálise lhe trás que sentimentos?

4. O senhor (a) sente que houve mudanças no seu corpo após o início do seu problema renal?
Narre às mudanças ocorridas no seu físico e na sua mente com o tratamento?

5. O senhor (a) pode falar um pouco como fica seu corpo quando não realiza hemodiálise?

6. O que mudou na sua vida quando começou realizar o tratamento hemodialítico?

Como enfrentou esta situação?

7. Após ter iniciado realizar hemodiálise como o senhor (a) descreve suas atividades diárias em casa?

8. O senhor (a) pode falar um pouco sobre o seu relacionamento com seus familiares?

Tem recebido suporte familiar ou de outras pessoas para ajudar nos seus cuidados de saúde?

9. Fale um pouco sobre seus planos para o futuro?

APÊNDICE C – O CORPUS

QUESTÃO 1 – Quando o senhor (a) pensa em hemodiálise o que vem a sua cabeça?

Tristeza minha filha. Uma tristeza na minha mente. [...] É uma coisa muito ruim. Nunca pensei fazer isso. É ruim demais. Sei lá! A gente tem que fazer, porque se não fizer, morre. (E1)

Eu nem sabia o que era hemodiálise, eu nem sabia, vim saber quando comecei fazer na barriga [diálise peritoneal]. Passei dois anos, aí depois não me dei, aí botaram no braço. Aceitei fazer a hemodiálise porque se for baixar a cabeça é pior, se entrar em depressão morre rápido, muitos já morreram porque deu depressão. (E2)

Já fui nove vezes para o CTI essas nove vezes Jesus me tirou de lá e eu levanto a cabeça, saio pronta pra trabalhar porque sou o homem e a mulher de casa, mantenho minha filha e meus dois netos, faço meu tratamento até o dia que Deus quiser porque vou lutar e vou vencer, vou fazer novamente esses exames, eu vou ficar boa, apesar de estar velha, mas quanto há vida há esperança, ainda quero viver muito pela frente. Quero ver meus netos grandes, a minha vontade é essa. (E2) Acho que não vou sobreviver a essa doença [choro]. É muito triste a pessoa sofrer de um mal desse. [...] Eu não esperava uma coisa dessa na minha vida. Foi tão de repente! É muito doloroso. (E3)

Sofro para fazer hemodiálise. Enfrento o sol quente em um transporte, e, quando chego aqui, enfrento outro sofrimento nessa máquina. O tratamento demora muito e é muito cansativo. Outra coisa, que acho ruim é não poder ingerir líquido. A alimentação tem que ser limitada, os remédios são ruins, dar nervosismo. Sinto mal. [...] As agulhas são muito grossas e as furadas doem muito [choro]. (E4)

Tenho que fazer hemodiálise até morrer. Quando iniciei o tratamento tive que botar o cateter, foi muito ruim, incomodava bastante para tomar banho, dormir. Outra coisa, às vezes, quero passear e não posso. Fico preso na hemodiálise três vezes na semana. Não posso beber água, só aquela coisinha. A comida sem sal é muito ruim. Quando a médica me falou que eu ia fazer esse tratamento, achei bom porque ia salvar minha vida, mas é muito sofrimento. (E5)

Antes de conhecer a hemodiálise achava que era uma besteira, hoje sei que é muito complicado, tenho que ficar na máquina quatro horas. Ontem passei mal após a hemodiálise,

minha pressão caiu muito, tive que ficar interno, não pude ir para casa. Tudo é difícil nesse tratamento, não posso tomar muito água porque a doutora disse que meus rins não funcionam, tenho que depender da máquina. (E6)

Nunca tinha ouvido falar nesse tratamento, conheci aqui. Quando cheguei, a médica falou que eu tinha que fazer hemodiálise de dois em dois dias, me explicou o que era e disse que eu tinha que colocar um cateter aqui [pescoço]. Hoje, sei que é bom para mim, o ruim é ter que ficar de três a quatro horas preso em uma máquina. Não posso beber muito líquido e nem chegar perto do sol. Trabalhar, nem pensar! (E7).

[...] Por mim nem fazia esse tratamento, quem tem que curar é Deus. Com esse tratamento ninguém fica bom. Esse tratamento só serve para viver mais uns dias, mas que essa doença tem cura, ah! tem cura não! Só quando Deus te diz: eu vou te curar, mas quando Deus não quer a cura, Ele leva e a gente descansa. (E8)

A hemodiálise é uma tristeza. Fiquei aperreada com esse tratamento, nervosa. [...] desde o tempo que comecei fazer esse tratamento perdi minha vida. Só vivo na cama, com dor, angustiada. [...] Me dar mal estar, vômitos. Essa doença não é fácil. Dizem que ela é igual a um câncer, não tem cura. Tenho que fazer hemodiálise três vezes por semana. Passava quatro horas, hoje só aguento três horas e meia na máquina. É horrível! Sinto um calor, uma queimadura no corpo. As agulhas espetam na gente. Tem dia que os braços doem tanto! [...] É muito difícil ficar muito tempo nas cadeiras. (E9)

Não sabia o que era hemodiálise. Só fiquei sabendo quando a médica disse que eu tinha que fazer. Quando cheguei aqui, fui direto para o CTI todo inchado, cansado. Hoje acho o tratamento bom porque traz benefício para minha saúde. Tenho que fazer três vezes na semana. Apesar de ser ruim, tenho que depender de uma máquina. A hemodiálise trouxe minha vida, se não tivesse feito logo, eu ia morrer. (E10)

A hemodiálise é um tratamento que transforma a vida da gente. Depender de uma máquina é muito ruim. A salvação está no transplante. Para isso, dependemos da família, do amigo. É muito difícil encontrar alguém para fazer doação. As pessoas não querem submeter a certos exames e procedimentos para fazer a doação. Quando vamos para a fila do transplante aí é que demora, e, como sabemos, ainda existe os desvios. Esse tratamento muda 90,00% a nossa

vida. Em todos os aspectos, desde a comida, o líquido, uso rigoroso de medicação, amizades e vivência. É um tratamento muito caro, por isso precisamos da ajuda do governo, as medicações são caras, há gastos com transportes, alimentação. Para nós fica difícil, além de velhos, não podemos trabalhar. (E11)

A hemodiálise é um tratamento importante porque devolve a saúde da gente, apesar de, muitas vezes, se passar mal na máquina. Antes de fazer esse tratamento eu era considerada uma doente mental, tinha umas perturbações na cabeça. Depois, o doutor descobriu que meu problema psiquiátrico era a urina no sangue e na cabeça. Quando comecei a fazer hemodiálise melhorei. (E12)

Comecei saber o que era hemodiálise quando vim aqui nesse hospital e observei que alguns pacientes usavam uma pulseira no braço [fita de compressão]. Eles não tinham ânimo, eram amarelos, magros. Então, comecei pensar meu Deus que doença é essa? Aí tive a curiosidade de perguntar, então me disseram: nessa doença os rins estão paralisados e a pessoa tem que ir para uma máquina para fazer o que os rins não faz, mas, jamais passou pela minha cabeça que um dia eu fosse usar aquela pulseira. Soube que tinha esse problema quando um dia comi pipoca muito salgada e fui para o hospital com a pressão muito alta. Então, a doutora começou a falar dizendo que era um problema difícil de curar e que eu tinha que fazer hemodiálise. Depois me levou, juntamente com meu esposo e filhos, até o setor onde faz hemodiálise. Quando chegamos lá e vimos os pacientes naquelas máquinas, entramos em desespero, choramos muito. Achava que ia morrer, mas a doutora disse: você vai fazer esse tratamento para viver, seus rins não trabalham, mas a máquina vai fazer a função deles. Você vai colocar um cateter no pescoço para dialisar com urgência porque sua uréia está muito alta. E eu falei: o que é isso? Ela falou seu sangue está sujo [...] Chorei muito. Depois que coloquei o cateter, fui logo para a máquina. Momentos depois, passei mal e fui para o CTI, a pressão estava muito alta. Passei muito perto da morte, hoje estou mais conformada. (E13)

Pensava que esse tratamento era fácil, mas não. Nunca mais vou ter saúde, não tem médico no mundo que traga minha saúde de volta. Você pode se considerar uma pessoa doente pelo resto da vida. Pode até não morrer dele, mas morre com ele. É muito sacrifício ter que fazer esse tratamento três vezes por semana. Se falhar um dia, já vêm mais problemas, é um pesadelo. Ninguém deseje para um amigo. É proibido noventa por cento das coisas que você mais gosta. Não se pode tomar água, nem refrigerantes [...] Às vezes, quero comer fora, mas sei que a

comida não vai estar adequada para mim, aí tenho medo, é claro que o restaurante não vai fazer uma comida para mim, assim fico restrito a viver em casa. (E14)

Que doença é essa que não tem cura e acaba com a gente? Hoje, me encontro em uma situação triste. Com esse problema, vivo passando mal todo tempo, nunca estou bem. (E15)

QUESTÃO 2 – Quais os problemas que o senhor (a) apresenta?

[...] Sinto uma fraqueza, a pressão é muito alta, tem que ter muito cuidado (E1).

Às vezes tenho crises como todo mundo. (E2)

É muito estressante. Tem dia que não estou preparado para fazer, mas tem que fazer, porque se não fico todo inchado. (E3)

Sofro muito, mas sei que a hemodiálise é boa porque quando faço me sinto melhor. Vivia inchado, as pernas não podiam nem andar, hoje, me sinto melhor. (E4)

Fico preso em uma máquina por quatro horas. Quando termina, saio todo quebrado. Não é moleza. Mas tenho que fazer. Tenho que enfrentar, não tenho outro caminho. Quando não faço, fico cansado e fadigado. (E7)

A hemodiálise é um sofrimento. Tudo é ruim. Se botar uma fístula no braço é ruim, a gente é furado muitas vezes. Se botar um cateter é ruim para se movimentar, para dormir. Na barriga é que é ruim. [...] Eu só faço esse tratamento para passar mais alguns dias viva, mas que cure não, quem cura é Papai lá de cima. Quando é uma doença fraca, Ele ainda cura, mas quando é uma doença mais forte, Jesus diz não tem jeito não, vai chegar a hora, venho te buscar [choro]. Acho muito ruim quando estou na máquina. Tenho câimbras, escurecimento de vista, vontade de vomitar, agonia [...] (E8).

Às vezes, fico muito triste com esse tratamento, principalmente quando penso que não posso tomar água, suco, café, refrigerante, nada. É muita tristeza! Fico com vontade de chorar com uma situação dessa. Tenho pena de todos que vivem fazendo esse tratamento. Tem deles tão novo, e ninguém pode fazer nada. Sinto muita coisa. Tenho tosse, cansaço, fico inchada, não posso varrer uma casa nem lavar um banheiro porque fico cansada. (E9)

A hemodiálise traz a saúde da gente. Antes do tratamento, vivia mal, sem saber que doença eu tinha. Agora, com a hemodiálise me sinto melhor. (E10)

Transformação. Transforma e muda nossa vida. Quando a médica disse que eu ia fazer esse tratamento levantei a cabeça e disse: tenho que enfrentar. Se baixar a cabeça é pior, mas, hoje, sempre tenho recaído e chego a pensar que esse tratamento é o fim da vida. Os problemas que mais tenho é a pressão alta, falta de ar, corpo inchado, e, às vezes febre, principalmente quando o CDL inflama. (E11)

Considero um tratamento bom, porque melhorou minha saúde, mas é um tratamento que nos deixa muito dependentes das outras pessoas isso nos deixa triste, perder sua independência, sua vida. Quando vêm as crises a pressão fica alta, vem logo a cansaço. (E12)

Muita coisa. É a minha vida, se não fosse a hemodiálise, hoje não estava aqui. Sempre pensei se eu não fizer vou morrer. Hoje só me queixo de dor de cabeça diariamente e a pressão alta isso me incomoda. (E13)

Tratamento difícil e sacrificado. Quando a doença é descoberta cedo tem como melhorar nossa saúde. Quando me perguntam sobre essa doença digo que não fico bom nunca e se eu não obedecer a esse tratamento morro rápido. Antes, Deus não me levou porque eu era inocente, hoje sou conhecedor do problema, não tenho mais saúde, tenho tontura, fraqueza, problemas para dormir, dores nas pernas sempre estou doente. (E14)

Uma doença de cura difícil. Peço a Jesus para deixar de fazer esse tratamento para poder tomar conta dos meus netos, eles choram muito, me pedem para ficar junto deles, mas tenho que viver aqui no hospital [choro]. (E15)

QUESTÃO 3- Pensar que o senhor (a) precisa fazer hemodiálise lhe traz que sentimentos?

Compromisso, a gente tem que fazer porque se não fizer sabe o que vem na frente né [morte]? (E1).

Nem ligo para mim tanto faz, é uma rotina é igual a um emprego, não deixo de fazer, faço até mais porque às vezes tomo mais um pouco de água e refrigerante. (E2)

Tristeza e dor ter que estar fazendo esse tratamento é muito sofrimento. (E3)

Sufrimento. É um tratamento que causa muito sofrimento para as pessoas. (E4)

Angústia. Às vezes fico pensando em todas essas dificuldades, às vezes choro, mas isso não resolve. (E5)

Medo [choro] às vezes fico com medo de morrer, de ter complicação na máquina como outros já tiveram lá. O cateter tem que ter muito cuidado quando vou tomar banho, porque se não tiver pode complicar, a doutora disse que se não tiver cuidado infecciona. Apesar de tudo a hemodiálise me serve muito, me sinto melhor. (E6)

Não boto isso na minha cabeça, o importante é que esse tratamento vai readquirir minha saúde, sou doente renal crônico, sempre tive problema na urina um mau cheiro, dizia para meu filho ele dizia que era invenção minha, que eu não estava doente. Quando fui ao médico ele mandou fazer uns exames e deu comprometimento nos dois rins, aí me aconselhou fazer o tratamento, agora me sinto bem em fazer porque baixa a taxa da uréia, eu tava muito acabado, na minha família nunca ninguém teve problema renal, apresentou em mim de repente. (E7)

Só faço esse tratamento porque minha filha diz: mãe tem que fazer para a senhora viver mais uns dias. É muito sofrimento, meu pescoço já furaram demais, minha barriga, minha virilha. Se eu não fizer sei que vou morrer mais rápido e eu não quero morrer, embora eu morra do mesmo jeito, mas ninguém quer morrer. Quando vou para a máquina se furar mais de três vezes não deixo mais, fico toda furada porque minhas veias são ruins, naquele dizia já não faço hemodiálise, as agulhas são muito grossas igual um palito de fósforo e para tomar a injeção é do mesmo jeito. (E8)

Tristeza e dó. É triste ver que essa é uma doença ruim, é um tratamento muito doloroso, muita gente morre, passa mal na máquina, tenho muita pena de quem faz esse tratamento. (E9)

Penso assim, que tudo que traz saúde é bom, traz melhora para minha saúde então a hemodiálise melhorou muito minha saúde comparando com o que vivia antes. (E10)

Não é muito bom depender desse tratamento, mas se é para minha saúde tenho que achar bom, se ficar triste é pior. (E11)

Dependência. Tenho que ter sempre uma pessoa comigo para me pegar e levar para fazer esse tratamento, não depende só de mim. Vou precisar sempre da ajuda de alguém. O paciente não tem condição de ficar sozinho é muita dificuldade. (E12)

Fico triste, porque sonho em viajar ver minha família que mora fora, mas não posso por causa do tratamento. (E13)

Dependência, mas procuro olhar para frente penso que tem pessoas piores do que eu dependendo totalmente dos outros. Ainda bem que é uma doença que não é contagiosa, mas nos deixa dependente de muitas coisas, de pessoas, de medicação, da máquina, muda toda nossa vida. (E14)

Desespero, ter que fazer um tratamento muito sofrido desse, passo muito mal na máquina. É triste! (E15)

QUESTÃO 4- O senhor (a) sente que houve mudanças no seu corpo após o início do seu problema renal? Narre às mudanças ocorridas no seu físico e na sua mente com o tratamento?

Muito. Fiquei mais magra eu era mais gorda mais corajosa, para fazer as coisas, tinha assim coragem de levantar, fazer minhas coisas, não tinha preguiça de nada, trabalhava em casa, cuidava dos meus filhos todos, hoje em dia, não posso fazer isso. Não posso lavar roupa, não posso mais nada. (E1)

Emagreci doze quilos, isso aqui meu era bem gordo, agora é feio [músculos braço]. (E2)

Eu era bem forte e hoje estou magrinha demais, não sabia que essa doença acabava com a gente de repente. Quase fiquei sem andar, minhas pernas ficaram fracas e muito inchadas. (E3)

Eu emagreci muito, o braço ficou feio com a fístula, mas, é melhor que o cateter. Facilitou para tomar banho, e é mais fácil para se locomover. (E4)

Teve muitas modificações no meu corpo; eu emagreci muito, eu era mais gordo, meus braços ficaram fino e nas pernas sinto uma fraqueza danada que não sinto vontade nem de andar. Os braços ficaram cheios de trombos [fistulas] é muito feio, mas é melhor que o cateter. (E5)

Sim, engordei mais, como mais, minha mente está mais tranquila, às vezes fico agitado na máquina, mas depois melhora. (E6)

Sim, perdi mais ou menos vinte quilos, emagreci muito, só aqui no hospital perdi sete quilos. Outra coisa que me incomoda é esse cateter que está aqui [pescoço], vou colocar no braço [fistula] porque no pescoço é muito incômodo. (E7)

Ah sim, quem é branco fica preto e quem é preto vira carvão, a pele fica feia, escura. A minha pele era clara hoje está escura. Meus braços estão rasgados. Tem hora que fico agitada, perturbada, porque não sou preguiçosa para achar bom estar em casa sem fazer nada, sem trabalhar, acho ruim não poder fazer nada, nem ir à feira que eu gostava. Fazia tudo em casa sem pedir a ninguém. Deixava todos dormindo e ia para a feira cedo e comprava tudo que precisa para casa. Preparava minha comida, arrumava a casa. Hoje não faço mais nada. (E8)

Mudei muito, fiquei sem perna, sem peito, sem bunda [risadas] tudo acabou. Pareço uma macaca magra. Perdi muito peso, minha pele ficou feia e feridenta. A gente muda de cor e fica engilhada, os cabelos caem. É horrível! Quando via minhas fotos, ficava muito triste de ver o que eu era antigamente e que eu sou hoje, por isso, joguei todas fora. [...] Era forte, robusta, os cabelos grandes. Hoje nem ando mais, ando nos cantos e fico passando mal. não posso sair de casa, não posso nada. (E9)

Teve muitas mudanças, tinha muita gordura no meu corpo, as pernas inchadas quando começou fazer o tratamento comecei perder peso e líquido. A pressão baixou, era vinte por doze passou para doze por oito. Então, se não fosse a hemodiálise já tinha morrido com a pressão muito alta, tinha cento e trinta quilos. Agora o que sinto muito é uma dor nas pernas [...] Hoje não ando mais, tenho esperança que vou melhorar e voltar a andar [...] (E10)

Perdi doze quilos, fiquei magro, fraco, amarelo. Minha circulação ficou diferente, as pernas estão mais escuras, tudo muda até a cabeça da gente. Minha forma de pensar na vida mudou, procuro viver hoje, amanhã não sei. (E11)

Meu corpo ficou diferente, eu era muito forte, não tinha problema de dor, de cansaço nas pernas, em braços, tinha muito peso, observe meu corpo estou cheio de pregas na barriga está muito feio. Meus filhos falam mãe quem era a senhora, mas entrar em desespero não vai dar jeito. (E12)

Houve poucas mudanças no meu corpo, só o meu braço que ficou com esses trombos [fístula] se não fosse isso, ninguém ia saber que faço hemodiálise, às vezes quando vou ao supermercado as pessoas ficam olhando e perguntam o que é isso? Falo: são as veias usadas para fazer hemodiálise porque meus rins não funcionam, não urino como vocês. Não posso tomar muita água, pois fico toda inchada. (E13)

Perdi dez quilos, fiquei pálido, fraco e ganhei mais esse cateter. Costumo dizer que o paciente renal ganha logo o diploma de garçom, já sai até de gravata [CDL]. Quem quiser um diploma na vida arrume um problema renal [risos]. Esse cateter incomoda muito, ninguém dorme preocupado, banho não toma a vontade para não molhar, tem que ter todo cuidado para não ter infecção. (E14)

Sim. Fiquei emagrecida, fraca. Sinto muita tontura. (E15)

QUESTÃO 5- O senhor (a) pode me falar um pouco a respeito de como fica seu corpo quando não realiza hemodiálise?

Fico muito cansada. É um cansaço tão grande que tenho que ficar deitada, se não fico mais cansada. (E1)

Fico muito cansado, tonta, fico bêbada, parece que tomei cana. (E2)

Fico preocupada porque a máquina puxa muito da gente, às vezes tenho medo de ir pra ela porque as pessoas desmaiam. Quando eu não vou para a máquina sinto melhor. Assim, quero dizer me sinto sem estar com preocupação de ir para lá, mas ao mesmo tempo é bom porque tenho que fazer o tratamento não é? (E3)

O próprio corpo fica sentindo falta, sinto a necessidade de fazer. Fico cheio de líquido, cansado. Tenho que fazer três vezes por semana e cada vez passo três horas na máquina. (E4)

Sinto enchimento no corpo e quando bebo mais um pouco de água, me sinto cansado e com esmorecimento nas pernas. (E5)

Sinto meu corpo muito pesado, sinto uma soneira, um cansaço. É muito ruim. (E6)

Fico muito cansado, fadigado. Quando faço hemodiálise, fico com o meu corpo todo quebrado de passar muito tempo naquelas cadeiras. (E7)

Já passei um dia sem fazer [hemodiálise], quando meu cateter entupiu. Fiquei inchada, passando mal, só melhorei quando voltei para a máquina. (E8)

Sinto-me acabada. depender de uma máquina é ruim. O corpo fica cheio de água, bate logo o cansaço e é porque não tomo água, por isso tenho que ir nos meus dias se não, fico pior e morro. (E9)

Fico pesado, as pernas ficam inchadas, doe o corpo, fica tudo diferente, já sinto a necessidade de ir para a máquina. (E10)

O corpo fica diferente, cansado, as pernas ficam inchadas e se tomar qualquer líquido pioro logo. Deixo para tomar mais um pouco de líquido quando vou para a máquina porque ela depois puxa tudo. (E11)

Sinto sensação de liberdade, de não ter que estar presa a esse tratamento. (E12)

A barriga fica muito cheia de líquido, meus peitos ficam sem ar, fico muito cansada. (E13)

Procuro fazer [hemodiálise] sempre nos meus dias, quando passo o final de semana sem fazer o corpo fica alterado, sente falta. Sinto-me diferente, o corpo fica pesado, canso rápido. (E14)

Quando não faço hemodiálise é pior. Fico com as pernas inchadas, o corpo fica pesado, se não fizer é pior. (E15)

QUESTÃO 6- O que mudou na sua vida quando começou realizar o tratamento hemodialítico? Como enfrentou esta situação?

Mudou muita coisa, estou mais triste com a minha vida porque quando eu não fazia esse tratamento [choro]. Sinto muita tristeza na minha vida, quando era boa de saúde e quando eu não fazia hemodiálise eu não tinha preguiça de varrer uma casa, lavar um pano não, tinha disposição para tudo e hoje em dia não tenho disposição, amanhece o dia fico assim, esperando alguém para fazer as coisas, até uma roupa que vou dobrar eu me canso, fico fadigada. Isso traz tristeza na pessoa, ter sua casa e não poder fazer as coisas, não é bom não [choro]. (E1)

Muda algumas coisas, trabalho aqui [vendas na hemodiálise] e também em casa, lavo, cozinho, engomo, arrumo faço tudo. Agora, tem dia que amanheço com aquela quebradeira no

corpo e falo para minha filha: hoje não estou com nada, aí vou me deitar. Antes eu tinha mais disposição, se não tivesse doente trabalhava mais, gosto de lutar, mas com esse problema é mais devagar não posso pegar em peso, não posso me contrariar, nem ter raiva. (E2)

Mudou muito, estou sobrevivendo [...] Para mim, acabou tudo, vivo esperando os outros. (E3)

Mudou muita coisa, enfrento tudo com muita dificuldade, só em pensar que vou ficar três horas na máquina já é difícil. Fico irritada, a mente fica irritada, sinto muita câimbra, a pressão aumenta muito. (E4)

Muda muitas coisas, mas penso que tenho que fazer a hemodiálise, se não, vou morrer. (E5)

Mudou tudo [choro]. Vivo em cima de uma cama dependendo dos outros para tudo. Antes fazia tudo, hoje não posso fazer nada. Tenho que ficar em casa aguardando o dia de fazer a hemodiálise que é três vezes por semana. Quando não fazia esse tratamento eu fumava, bebia, hoje não posso fazer nada disso é outra vida. (E6)

Hoje não faço nada, fico preso nessa cama, não ando, só saio daqui pra ir ao banheiro com muita dificuldade, sinto uma fraqueza nas pernas, é uma situação difícil dependo muito dos outros. (E7)

Mudou tudo, não faço nada na minha casa, vejo os serviços e não posso fazer, fico muito apereada, mas me conformo e fico quieta, mas tem hora quando vejo minha filha trabalhando sem eu poder ajudar dá tristeza. Foi difícil enfrentar essa situação, trabalhei muito em roçado, mas nunca assinaram minha carteira, minha sorte foi meu velho [esposo] que deixou uma pensão para mim. (E8)

Mudou tudo. Gostava de passear muito, hoje não aguento mais nada, vivo dentro de casa, acho que o povo não gosta mais de mim, nem mesmo o povo de casa. Acho que foi porque eu mudei fiquei diferente, minha amizade é aqui na hemodiálise, um dar força para o outro e assim, vamos levando. Para enfrentar esse tratamento botei na cabeça que tenho que fazer mesmo, se não morre. (E9)

Muda muitas coisas, às vezes tenho muita sede e não posso beber água. Fico com a boca muito seca de sede, isso é muito ruim, acabo bebendo dois dedos de água, é um tratamento muito rigoroso, que exige muito cuidado. (E10)

Apreendi a viver novamente, apreendi a dar valor à vida e olhar para os outros diferentes. Hoje, sinto-me excluído do meio, sou visto com olhares curiosos, pensam que a nossa doença pega igual a AIDS. Existe diferença no tratamento das pessoas com a gente, eu sinto isso. Procuo enfrentar essa situação às vezes com tristeza e às vezes até com brincadeiras para distrair [risos]. (E11)

Mudou tudo. Cuidava de tudo em casa, da minha mãe, da feira, coisas no banco, farmácia, tinha uma vida normal. Hoje depende dela [mãe] [choro]. (E12)

Mudou muita coisa na minha vida, gostava de beber muita água, comer muita fruta agora não posso, isso mexeu muito comigo. Meus filhos ficam me controlando, nada pode, fico desorientada. Esse tratamento acabou comigo. Enfrento tudo isso às vezes, com tristeza outras vezes, procuro nem lembrar. (E13)

Tudo. Hoje falo para meus filhos e netos: procurem o médico não vá tarde porque se não, vai ficar igual a mim. Não procurava o médico porque tudo demorava muito, marcava os exames e não fazia, hoje procuro enfrentar esse problema seguindo o tratamento para levar a vida mais uns dias, assim vou superando. (E14)

Mudou muita coisa, eu já vivia doente, tenho diabetes descontrolada não consigo andar por causa da perna que não tenho, agora com o problema renal dificultou mais a minha vida. Aumentou mais meu sofrimento. Procuo enfrentar essa situação com muita fé em Deus. (E15)

QUESTÃO 7- Após ter iniciado realizar hemodiálise como o senhor (a) descreve suas atividades diárias em casa?

Não faço mais nada. Não lavo louça, nem roupas, não faço nada disso. Dependo de quem chega para fazer. Às vezes, chega um faz, chega minha filha e faz, ela é quem mais me ajuda. (E1)

Procuo levar minha vida trabalhando com minhas vendas. Quando posso, faço coisas em casa. Quando estou mais fraca, fico deitada. (E2)

Não faço nada em casa. Estar tudo desarrumado. Não tenho quem faça, somente ele [marido] Antes, eu fazia tudo em minha casa, era toda limpinha, tudo arrumadinho, fazia minha comida, ajeitava tudo. Sofro muito com essa minha doença. (E3)

Dependo muito de minha madrasta. Ela é quem me traz para a hemodiálise, tudo em casa ela é quem resolve. (E4)

Hoje, não faço nada, quem faz é minha esposa. (E5)

Hoje, só faço dormir. Não posso fazer nada, nem trabalhar em casa. Gosto muito de trabalhar, hoje não posso. (E6)

Em casa não faço nada. Só vejo televisão e fico balançando na rede, não faço atividade nenhuma não consigo fazer nada com esse problema. (E7)

Não posso fazer nada, minha filha é quem faz tudo. Às vezes, quero sair não posso, antes de adoecer eu fazia parte da sociedade dos idosos, tinha amigas para passear, hoje vivo só em casa. (E8)

Hoje, não faço nada. Às vezes, tento lavar minhas roupas, mas dá logo câimbras nas mãos, não lavo as roupas bem. Acho ruim saber só esperar pelos outros, minha irmã vem para ajudar, mas reclama, mas eu não posso fazer, queria poder fazer. (E9)

Hoje minha vida é ficar deitado nessa cama, não faço mais nada, logo não ando mais, só saio dessa cama para ir à cadeira de rodas, não faço as coisas porque nessa situação não dá para fazer, os braços com isso [FAV] tenho que fazer exercício com bola, no pescoço e esse cateter, tenho medo até de me mexer. Se eu fizer vou me prejudicar, não saio nem de casa, antes fazia tudo, plantava, arrumava as terras, hoje não posso. (E10)

Não faço nada, fazia de tudo, hoje me sinto inútil. Ainda consigo me distrair quando estou na máquina. Fiz um ciclo de amizade muito bom, tanto com os pacientes como com os profissionais, isso influi no tratamento. A parte espiritual é muito importante para enfrentar a doença, o apoio de todos é importante para nos fortalecer. (E11)

Hoje, não posso fazer nada em casa, fico esperando o dia do tratamento para sair de casa. (E12)

Procuro fazer minhas coisas em casa, lavo louças, varro casa, agora, outras coisas não posso fazer como antes. Gosto muito de trabalhar, me deixou perturbada não poder trabalhar. (E13)

Muitos hábitos que eu tinha, tive que mudar ou deixar de fazer, não posso sair nas ruas, trabalhar, passear, vivo agora em casa. (E14)

Eu já tenho dificuldade em fazer as coisas porque não tenho uma perna, vivo só com uma, devido uma infecção que tive por causa da diabetes, tenho também problema na visão e agora foram os rins que pararam, tenho que depender dos outros. Tudo isso, causa muito sofrimento, vivo agora nessa cama, é triste, mas pior que o problema renal é não poder ver, somente escutar as pessoas falando. É muito triste [choro]. (E15)

QUESTÃO 8- O senhor (a) pode falar um pouco sobre seu relacionamento com seus familiares? Tem recebido suporte familiar ou de outras pessoas para ajudar nos seus cuidados de saúde?

Minha filha quem me ajuda, mas agora ela não está podendo me ajudar, estou vindo só porque ela ganhou bebê. Quando meus meninos estão em casa eles vêm me trazer, quando eles estão trabalhando venho sozinha três vezes por semana, acho ruim demais, mas é o jeito. Já procurei muito uma pessoa para andar comigo, mas não achei. (E1)

Não tenho ajuda de ninguém da família, nem do irmão. Desde que fiquei doente e que eles souberam nunca nem perguntaram se eu morri [...], é só minha filha e eu para lutar. Ninguém de fora nunca chegou para perguntar o que estou precisando. A minha família é o pessoal do hospital. (E2)

Eu agora tenho que esperar pelas minhas filhas, elas que tem me conduzir para eu fazer esse tratamento, dia sim dia não, tenho fé em Deus que elas sempre vão me trazer de qualquer jeito para cá. (E3)

Dependo muito de minha madrasta, ela é quem me traz para a hemodiálise, tudo em casa ela é quem resolve, só sirvo para dar trabalho. (E4)

Quem me ajuda é minha esposa, meus filhos vivem muito ocupados, todos trabalham, e a equipe daqui é muito boa é minha família. (E5)

Tenho pouca ajuda. Meus filhos e meu irmão trabalham, mas quando podem me ajudam, eles são umas bolas de ouro. Quem me acompanha direto é minha esposa ela sempre está comigo. (E6)

Minha família dar apoio, minha irmã veio do Rio de Janeiro e me assiste durante a semana, fica ao meu lado. Tenho um filho que promete que vem cuidar de mim, mas não vem. Sábado e domingo fico sozinho aqui, só tenho a minha irmã, quando ela vem traz comida para mim porque não posso comer qualquer coisa por causa desse problema. (E7)

Minhas filhas me ajudam em tudo, dependo muito delas para fazer esse tratamento, muitas vezes fica difícil porque elas trabalham. (E8)

Acho minha família muito afastada, venho fazer esse tratamento de ônibus sozinha, minhas filhas são ocupadas, minha irmã vai lá em casa para ajudar. Quem mais me ajuda é minha mãe, mas vive cansada porque já é velhinha. (E9)

Minha esposa me ajuda direto, o tempo todo ela me dá todo apoio para ir para a cadeira, para a cama, meus filhos moram no rio, por isso é que eles não me ajudam. (E10)

Tenho apoio de todos, principalmente da minha família, isso ajuda muito, se a gente for desprezada pela a família morre rapidinho. O apoio da família é muito importante nesse tratamento, a família apoia, distrai, ajuda, conversa isso nos trás a vida. (E11)

Tenho apoio da família no tratamento, desde o início até agora, minha mãe e meu filho disse que agora vão tomar conta de mim, meu filho e minha nora me ajudam muito nesse tratamento, dependo muito dele para vim para aqui. Minha mãe é muito idosa e minha irmã é deficiente e agora mais uma para dar mais trabalho (E12)

Sim, tenho ajuda do meu esposo, filhos e de outras pessoas da minha família, tenho a compreensão de todos, isso é muito bom para enfrentar essa doença. (E13)

Tenho muito apoio de minha filha ela é quem me ajuda a enfrentar esse tratamento. (E14)

Tenho ajuda da minha família, mas é mais da minha filha ela é quem fica comigo. (E15)

QUESTÃO 9- Fale um pouco sobre seus planos para o futuro?

Entrego nas mãos de Deus, Deus toma conta. Somente o senhor é que pode me tirar dessa vida. Tenho esperança de um dia Deus olhar para mim e eu deixar de fazer esse tratamento. Porque a gente sofre muito, quando vamos botar esse cateter a gente sofre demais, demais mesmo. Quando tem a fístula e vai para a máquina leva duas furadas, uma furada assim e outra assim, todos os dias três vezes na semana, é brincadeira uma coisa dessa! A pessoa já vai com tristeza, eu vou com uma tristeza dentro de mim. Na minha vida nunca pensei de ter isso, só pensava que era só nos outros, mas infelizmente me encontro aqui. Quando vim para cá a doutora disse que eu tinha que fazer hemodiálise, eu disse não vou fazer isso não, passou muito tempo para ela me convencer, ela disse que se eu não fizesse não ia ficar boa, por mim não tinha feito isso. Agora é que a pessoa sente doente, quando troca de cateter é ruim demais, a pessoa sofre demais, não posso dormir no lado do cateter, só posso dormir do outro lado, sofro muito. (E1)

Eu queria que Deus me desse à oportunidade de fazer o meu transplante para eu ficar boa. Acredito nisso porque existe Deus. Já estou no meio da lista dos transplantes. (E2)

Meu plano para o futuro é Deus dá minha saúde para eu fazer tudo aquilo que eu fazia. (E3)

A minha maior esperança é ficar bom [choro] acredito fielmente, a gente passa muito sofrimento, só em não poder tomar água nesse calor. Se tomar a doutora fica reclamando que não pode ingerir muito líquido, a comida o sal fica bem longe. Graças a Deus que a equipe aqui é muito eficiente e atenciosa. Meu sonho mesmo é terminar esse tratamento e ficar bom. Não tenho medo de morrer não, tenho medo de piorar, sofrer ainda mais. A hemodiálise é um compromisso, uma responsabilidade duradoura. Fiz muitas amizades, lá um conta uma piada, outro conta outra e assim passa o tempo [choro]. (E4)

Penso em um dia Deus me ajudar para eu ficar bom e deixar esse tratamento. (E5)

Sei que vou morrer, mas hoje o que me interessa é fazer esse tratamento para melhorar minha saúde. Por isso, eu corro atrás disso. (E6)

Plano de velho só é um, morrer. Não tenho outro, o que eu posso planejar na vida ganhando um salário mínimo e velho com oitenta e um anos. Durante minha vida nunca fui interno, nunca vim ao hospital essa foi a primeira vez, o destino me pegou, agora tenho que enfrentar (E7)

Você já viu velho ter plano para nada, quem tiver de viver viva enquanto é novo, hoje velho tem plano de que? Casar não caso mais, vinte e dois anos que sou viúva não simpatizei mais com ninguém, hoje velha e doente não tenho planos. (E8)

Eu acho que não posso planejar nada não, já estou nas últimas, não tenho para onde ir não, a doutora disse que nem transplante dar certo. Tenho que esperar pela morte. Minha esperança é em Deus, quando Ele quer, Ele obra milagres [choro]. (E9)

Não tenho planos, o que não fiz não faço mais. Tenho esperança que um dia melhore, por enquanto, tenho que fazer esse tratamento. (E10)

Sonho com o transplante, mas estou aguardando minha família fazer exames. A doutora disse que tenho que esperar agora não é o momento. Quero voltar a viver novamente, o que vai ficar aqui são as amizades que encontrei e que vou levar comigo. (E11)

Não tenho planos. Vou levando a vida. Tenho esperança que o amanhã seja melhor. (E12)

Não sonho com o transplante, não sonho com ele, porque você vai continuar evitando todas as coisas do mesmo jeito, procuro continuar fazendo meu tratamento até o dia que Deus quiser que eu viva. (E13)

O futuro que a gente sonha é que a medicina avance com outras descobertas para esse tratamento, para diminuir nosso sofrimento, pelo menos uma forma de diminuir a quantidade de vezes que vamos para a máquina na semana e o tempo que passamos nela. Creio que futuramente vai melhorar. (E14)

Tenho fé em Deus que vou ficar boa, não há nada no mundo que Deus não resolva, ele faz tudo que é bom [choro]. (E15)

ANEXO

ANEXO I – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 21/12/2011, o projeto de pesquisa intitulado: “PROCESSO ADAPTATIVO DE IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA ANÁLISE A LUZ DO MODELO DE ROY”, da Pesquisadora Rosângela Alves Almeida Bastos. Protocolo nº. 0381/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Profª Eliane Marques F. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS