



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SINARA DE MENEZES LISBOA FREIRE

PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

FORTALEZA
2018

SINARA DE MENEZES LISBOA FREIRE

PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial obtenção do título de graduada em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

**FORTALEZA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog. mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F935p Freire, Sinara de Menezes Lisboa.
PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS / Sinara de Menezes Lisboa
Freire. – 2018.
72 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago.
Coorientação: Profa. Ma. Leticia Lima Aguiar .

1. Conforto do Paciente . 2. Enfermagem em Nefrologia. 3. Diálise Renal. I. Título.

CDD 610.73

SINARA DE MENEZES LISBOA FREIRE

PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial obtenção do título de graduada em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Letícia Lima Aguiar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais e a minha irmã.

AGRADECIMENTOS

Venho por meio deste trabalho agradecer, primeiramente, a Jesus, por ser meu melhor amigo na caminhada ao diploma, por em todos os momentos prover a mim os recursos necessário para chegar à conclusão desta etapa.

Aos meus pais Sandra e Edvard, por serem os maiores apoiadores e incentivadores em meus planos e projetos, e que por meio de árduo trabalho diário puderam me auxiliar em minhas necessidades no curso que escolhi como minha profissão.

À minha irmã Suellen, que com esforço e dedicação tem trilhado este mesmo percurso junto comigo e com quem divido minhas alegrias.

Aos meus avós, em especial ao meu saudoso avô Almir Soares de Lisboa que sempre sonhou tanto com minha formatura e que mesmo não mais presente, continuará vivo em meu coração, representando exemplo de humildade, equilíbrio e sabedoria.

À Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago pela paciência, empenho e sabedoria ao me encaminhar com excelência em orientações.

À Profa. Letícia Lima Aguiar pela riqueza em sua coorientação, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões ao longo da construção desta monografia.

À Profa. Dra. Joselany Áfio, obrigada pelo tempo, disponibilidade e cooperação ao enriquecimento desse trabalho. Sou muito grata por tê-la em minha banca.

Ao José Roberto Lopes Silva, grande Enfermeiro e entusiasta na área de Nefrologia, que me concedeu acesso ao ambiente da clínica de hemodiálise, me recebendo e acolhendo sempre de forma tão generosa em minhas necessidades de pesquisadora.

À equipe de técnicos de Enfermagem da ProRim da Santa casa de Misericórdia de Fortaleza, pela receptividade, respeito e amor pela profissão a qual se dedicam diariamente.

Aos pacientes entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas, pela paciência e sorriso no rosto mesmo que em situações delicadas de seu processo saúde-doença.

Ao grupo mais homogêneo do departamento de Enfermagem (Fabiana, Débora, Nádia e Regilane) sem vocês a caminhada teria sido mais difícil, obrigada pela convivência e ajuda mútua em todos os momentos vividos.

Às amigas, Dayane Borges, Amanda Almeida, Sarah Figueiredo e Klaricy Barreto por não desistirem de mim mesmo quando fui ausente, e pela força e torcida sempre presentes.

À Liga Acadêmica de Enfermagem em Nefrologia - UFC a qual me concedeu uma segunda família e a oportunidade de aprimoramento na área.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

RESUMO

O paciente renal crônico dependente de terapia renal substitutiva enfrenta desconfortos que estão para além de questões físicas decorrentes da sintomatologia da doença em si. São problemas de cunho psicológico, espiritual, ambiental, social, as quais resultam em ruptura no estilo de vida dos indivíduos, provocando perturbações ainda maiores no seu processo saúde-doença. Diante do descrito, muitos são os entraves para o alcance do conforto, em vista disso os objetivos do estudo foram: Elucidar as percepções de pacientes renais crônicos sobre conforto no ambiente da hemodiálise à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e listar os aspectos prioritários do conforto para o paciente renal crônico no ambiente de hemodiálise. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa realizado em uma clínica de hemodiálise em Fortaleza, Ceará. Os dados foram obtidos através de uma amostra de 30 pacientes, adotando-se como critérios de inclusão: (1) Ter diagnóstico de Doença Renal Crônica, (2) Ser consciente e orientado autopsiquicamente e halopsiquicamente, (3) Paciente ser maior de 18 anos e, como critérios de exclusão foram adotados: (1) Incapacidade de se comunicar verbalmente. A coleta de dados foi realizada no período de Maio e Junho de 2018 através da entrevista semiestruturada, utilizando-se de um instrumento com perguntas amplas baseadas na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e no Questionário de Conforto Geral (General Comfort Questionnaire - GCQ). A análise dos dados foi realizada através do método de Bardin. Conforme constatados nos depoimentos obtidos, as percepções de conforto perpassam entre várias dimensões, as quais influenciam na escalada para o alcance do conforto. Dimensões essas que adentram em aspectos de natureza múltipla, desde dimensões de contextos: físicos, ambientais, aspectos psicoespirituais e sociais à dimensões de estados: Calma, alívio e transcendência, tornando complexa a relação de conforto do paciente renal com a hemodiálise. O cliente renal dependente de terapia renal substitutiva mostra que sua rotina é marcada por limitações ao conforto que torna ainda mais adversa sua jornada com a doença. Explicita-se também que confortar torna-se uma prioridade ao alcance da autorrealização do paciente, além de revelar que o ato de confortar mostra-se como novo desafio para a equipe de saúde que se dedica aos cuidados de indivíduos nessas condições.

Palavras-chave: Conforto do Paciente. Enfermagem em Nefrologia. Diálise Renal.

ABSTRACT

The chronic renal patient dependent on renal replacement therapy faces discomforts that are beyond physical issues arising from the symptomatology of the disease. They are psychological, spiritual, environmental, and social problems, which result in a rupture in individuals' lifestyles, causing even greater disturbances in their health-disease process. In view of the above, many obstacles to the achievement of comfort were found, therefore the objectives of the study were: To elucidate the perceptions of chronic kidney patients on comfort in the hemodialysis environment in the light of Katharine Kolcaba's Comfort Theory and to list the priority aspects of comfort for the chronic renal patient in the hemodialysis environment. This is an exploratory descriptive study of a qualitative nature performed at a hemodialysis clinic in Fortaleza, Ceará. The data were obtained through a sample of 30 patients, being adopted as criteria of inclusion: (1) To have diagnosis of Chronic Renal Disease, (2) To be conscious and oriented, (3) Patient to be over 18 years old and, as exclusion criteria were adopted: (1) Inability to communicate verbally. Data collection was performed in May and June 2018 through the semi-structured interview, using an instrument with broad questions based on the Katharine Kolcaba Comfort Theory and the General Comfort Questionnaire (GCQ). Data analysis was performed using the Bardin method. As shown in the testimonials obtained, the perceptions of comfort permeate between several dimensions, which influence the escalation to the reach of comfort. Dimensions that enter into multiple aspects, ranging from physical, environmental, psycho-spiritual and social aspects to the dimensions of states: Calm, relief and transcendence, making complex the relation of comfort of the renal patient with hemodialysis. The renal client dependent on renal replacement therapy shows that their routine is marked by limitations to the comfort that makes their journey with the disease even more adverse. It is also explained that comfort becomes a priority within the reach of the self-realization of the patient, in addition to revealing that the act of comfort proves to be a new challenge for the health team that dedicates itself to the care of individuals in these conditions.

Keywords: Patient Comfort. Nephrology Nursing. Renal Dialysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DRC	Doença Renal Crônica
GCQ	General Comfort Questionnaire
K/DOQI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
LAEN	Liga de Enfermagem em Nefrologia
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TFG	Taxa de filtração glomerular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Perspectivas teóricas do conforto na Enfermagem	16
3.2	A doença renal crônica e a enfermagem em nefrologia	19
3.3	Hemodiálise e o foco na promoção do conforto	21
4	MÉTODO.....	25
4.1	Tipo de estudo	25
4.2	Local e período do estudo	25
4.3	População e amostra.....	25
4.4	Instrumentos e técnica para coleta de dados	26
4.5	Análise dos dados.....	27
4.6	Questões éticas	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS AMPLAS BASEADO NA TEORICA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	62
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL.....	65
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	68

1 INTRODUÇÃO

O ato de confortar permeia a história da Enfermagem desde os primeiros relatos de Florence Nightingale em “Notas sobre Enfermagem” quando referiu que: “[...] O alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são que um sinal, que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de uma coisa que as oprimia” (NIGHTINGALE, 2005, p.132).

Mostra-se importante à medida que se vê, inegavelmente, o quanto o termo figura como elemento do cuidado, fato que o coloca como objeto de estudo na atualidade. Tem sido utilizado na literatura desde os cuidados com puérperas até em paciente em situações emergenciais com infarto agudo do miocárdio, mostrando-se presente na prática diária do enfermeiro, fato que é ratificado por sua presença em frases de evoluções de Enfermagem, tal como: “Realizados banho no leito e massagem de conforto”.

Dessa forma, para que as necessidades individuais acerca do conforto fossem avaliadas fez-se necessário o uso do processo de enfermagem para alcançarmos esse objetivo (SOUZA *et al*, 2007) e, por isso, diagnósticos de Enfermagem para conforto prejudicado foram elaborados pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que, por sua vez, o contemplou em três classes: Físico, ambiental e social e o relaciona a déficits no ambiente, em situações nocivas, na privacidade, nos recursos deficientes, no tratamento ou nos sintomas da doença.

Todos os questionamentos acerca da definição da palavra, até então levantados, fizeram-me observar que, na literatura em geral, a pluralidade do conceito conforto inicia pelo significado do nome/adjetivo, que quer dizer: Nova força, novo vigor, bem-estar, consolação, comodidade, aconchego (AURÉLIO, 2010; MICHAELIS, 2017).

Na literatura em Enfermagem têm sido alvo de estudo de muitos autores e agregado em várias vertentes de concepções e teorias. Uma destas teóricas é Katharine Kolcaba, autora da Teoria do Conforto - The Comfort Theory, principal estudiosa do termo conforto na atualidade. No presente estudo utilizaremos o aporte teórico de Kolcaba que desenvolveu uma teoria de médio alcance e que tem como pré-requisito a avaliação do conforto holístico do paciente. A autora considera conforto como resultado das intervenções de Enfermagem para o alívio ou eliminação daquilo que causa estresse (KOLCABA, 1991).

Para ela, é primordial agir intervindo nos desconfortos do paciente e poder avaliar os resultados obtidos após as atividades realizadas. Foi assim que Kolcaba, em estudos posteriores, propôs um instrumento para mensurar conforto, intitulado Questionário de Conforto Geral (General Comfort Questionnaire – GCQ) (ANEXO), que permitiu avaliar

aspectos do conforto em duas grades principais. A primeira grade avaliou se as necessidades humanas básicas para alívio, calma e transcendência foram atingidas, ou seja, a intensidade a qual essas necessidades foram satisfeitas. A segunda grade avaliou o conforto em quatro dimensões: Física, ambiental, social, psicológica e espiritual (KOLCABA, 2001).

Assim, verifica-se que as experiências de conforto podem coexistir nesses quatro contextos, portanto, para Kolcaba a teoria surge a partir do momento em que se faz uma combinação dos elementos das duas grades, produzindo assim doze células que permitirão identificar as necessidades de conforto e poder intervir aperfeiçoando o estado de conforto desse paciente.

Aliando a Nefrologia ao modelo teórico de Katharine Kolcaba, em toda sua magnitude, nota-se que o paciente renal crônico em terapia dialítica submete-se a desconfortos pelos quais é exposto após o diagnóstico da doença e no momento em que os sintomas da patologia surgem e há a necessidade do processo dialítico. Os desconfortos do doente renal crônico imergem profundamente na Teoria do conforto à medida que perpassam por entre as doze células e suas combinações.

As questões físicas são prevalentemente relatadas. Quedas de pressão, câimbras, cefaléias, fraqueza, cansaço, indisposição, mal-estar geral, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, são algumas das principais queixas decorrentes da diálise somadas às referências quanto à fístula arteriovenosa, aumento de peso, anemia e mudança no tipo de atividade. (SALATI *et al.*, 2011). Os desconfortos físicos, segundo Salati *et al.* (2011), trazem sofrimento tanto pela rotina do tratamento quanto pelas alterações de autoimagem.

As questões sociais, segundo Ibiapina *et al.* (2016), são representadas pela ruptura no estilo de vida e a necessidade de se adequar a uma nova condição. Dificuldade em viajar, abandono do emprego devido à rotina da hemodiálise, situação financeira difícil aliada às restrições das atividades de lazer são alguns dos desconfortos no contexto social do doente renal crônico.

Questões psicoespirituais estão representadas na literatura por uma nuance de sentimentos que permeiam desde raiva, irritação e frustrações a sentimentos de medo e ansiedade. Tristeza é o sentimento mais relatado segundo estudos de Ibiapina *et al.* (2016), e todos os relatos até aqui levantados repercutem para ratificar o quanto as mudanças psicológicas são reais e resultam em desconfortos ao paciente, uma vez que está dependente do tratamento.

Fatores ambientais figuram na lista de desconfortos na medida em que surgiram queixas influenciadas pelo barulho na sala de hemodiálise, pela temperatura muito fria, pela

falta de lazer durante o tempo em que se submetiam ao tratamento dialítico e insatisfações em decorrência da falta de higiene do local em alguns estabelecimentos. (PIETROVSK;DALL'AGNOL, 2006)

Diante da problemática sofrida pelo paciente com doença renal no curso de seu tratamento, o objeto do estudo centrou-se em poder caracterizar o conforto/desconforto do paciente renal crônico submetido à hemodiálise. Isso nos leva a justificar a seguinte pergunta problema: Quais os fatores que contribuem para o conforto/desconforto do paciente renal em terapia hemodialítica segundo a ótica do paciente renal crônico.

Poder ouvir e dar voz àqueles que sofrem com as alterações da doença renal crônica e que são submetidos à hemodiálise poderá subsidiar a assistência de enfermagem visando ao conforto desses pacientes, minimizando limitações, debilidades e sofrimentos, com as quais tive contato durante estágios promovidos pela Liga acadêmica de Enfermagem em Nefrologia da Universidade Federal do Ceará, da qual sou membro fundador, e que me trouxeram questões acerca daquilo que transcende o técnico-científico, que é o conforto.

A necessidade de passar cerca de quatro horas imobilizado em uma cadeira, precisando de meios não fisiológicos para poder sobreviver é uma rotina desgastante e isso era perceptível a cada “ligamento” e “desligamento” do paciente à máquina de hemodiálise.

Como futura enfermeira, sei que provemos alívio da dor, trabalhamos com a ansiedade, com a tristeza, com o luto e com as dificuldades provenientes do processo saúde e doença, e que, portanto, confortar se configura elemento importante no cuidado de Enfermagem cotidiano do paciente renal.

É importante reiterar que a doença renal crônica se figura como um problema de saúde pública mundial, considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais desafios em saúde pública para as próximas décadas. Segundo a SBN (2016) a necessidade de terapia renal substitutiva triplicou em apenas dezesseis anos.

O estudo é relevante, pois a população que necessita do tratamento de hemodialise cresce em nosso país e com ela a necessidade de identificar os itens ou os aspectos que permeiam o conforto, uma vez que esses itens podem tanto levar ao comprometimento dos níveis de conforto do paciente ou até mesmo resultar em diagnóstico de conforto prejudicado.

Merece destaque a escassez de estudos sobre conforto ao paciente renal em processo dialítico. O foco tem sido a qualidade de vida desta clientela esquecendo-se que confortar também é prover qualidade de vida. Por isso, faz-se relevante elucidar os pontos de vista dos pacientes e assim poder traçar uma linha de cuidado em enfermagem envolvendo profissional e paciente.

Portanto, espera-se que este estudo possa subsidiar a prática da Enfermagem clínica e direcionar as ações enfermeiro para que garanta a promoção do conforto ao paciente renal crônico, envolvendo todas as suas dimensões, sejam elas a nível de alívio, calma ou transcendência em todos os contextos, sejam eles físicos, sociais, psíquicos, espirituais ou ambientais, e assim poder oferecer assistência de Enfermagem qualificada ao doente renal crônico que necessitará da mesma permanentemente ao longo de sua vida.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Elucidar as percepções de pacientes renais crônicos sobre conforto no ambiente da hemodiálise à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Listar os aspectos prioritários do conforto para o paciente renal crônico no ambiente de hemodiálise.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Perspectivas teóricas do conforto na Enfermagem

Historicamente, o termo conforto está envolvido na prática de enfermagem. Revisão de literatura extensa sobre a temática e construída por McIlveenn e Morse dividiram as concepções sobre conforto em três períodos: de 1900 até 1929 o conforto foi considerado como ponto fundamental à essência do cuidado; nas décadas de 30 a 50, o conforto foi anuído como uma estratégia para alcançar o cuidado; todavia, nas décadas seguintes, de 60 a 80, o conforto foi destituído da prática em detrimento da atenção aos cuidados físicos, associado à idéia de que era atribuído somente a casos em que não havia mais possibilidades de intervenções médicas, portanto somente caberia aos pacientes em cuidados paliativos. (MCILVEENN; MORSE, 1995; MUSSI, 2005).

Nos dias atuais, observa-se que ainda há certa resistência em relacionar o conforto à prática clínica não somente no cuidado de pacientes que estão em protocolo de palição, mas também pela relutância de alguns enfermeiros de associarem a temática às suas intervenções. McIlveen & Morse (1995) atribuem como justificativa a essa relutância a relação que se estabelece entre o conforto e a feminilidade e, até mesmo, à fraqueza.

Porém, sabe-se que o conforto se encaixa como uma tecnologia leve de saúde imprescindível à prática de Enfermagem em qualquer contexto que esteja inserido. Malinowski & Stamler (2002) acreditam que essa visão de relação tem origem infundada, pois avaliam as práticas de conforto e cuidado como válidas à prática do Enfermeiro, assim como os “conceitos rígidos” advindos da medicina.

Apesar das dificuldades relatadas, a literatura em Enfermagem sobre conforto apresentou maior desenvolvimento nas últimas décadas. Autores representativos como Jacox (1989), Ferrell e Ferrell (1990), Kolcaba (1991), Gropper (1992), McIlveen e Morse (1995), Wurzbach (1996) estão na lista de teóricos apaixonados pelo tema e obstinados a transformarem o conceito de conforto a um nível elevado de produção científica e de prática. Em seus estudos, o conforto se manifestou com uma variabilidade de definições e significados, apresentando-se como resultado ou função dos cuidados de enfermagem, como componente inerente das necessidades humanas básicas e como um processo em si mesmo. (MALINOWSKI; STAMLER, 2002).

Porém, dentre os autores supracitados, uma se destaca pelo aprofundamento que deu ao tema e que inspira a realização deste trabalho, Katharine Kolcaba, no artigo “Evolution

of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research”, na qual explica a evolução da sua teoria de médio alcance e afirma que em situações de cuidados de saúde estressantes, as necessidades não satisfeitas para o conforto são atendidas por enfermeiros, e para que as intervenções em Enfermagem sejam bem sucedidas é necessário que a melhora do conforto do paciente seja alcançada em relação a um patamar anterior (KOLCABA, 2001).

A teoria se fundamenta nas bases filosóficas que acreditam no conforto como uma necessidade humana básica. Em seus estudos a autora imerge pela perspectiva de que os pacientes têm desejos e aspirações que se estendem além do fisiológico ou necessidades somáticas. São desejos e aspirações para o apoio social, para estarem em suas casas, para serem atendidos, para estarem economicamente estáveis, para retornarem as suas funções anteriores. Portanto, são desejos que, para a autora, implicaram na construção da teoria holística do conforto e que incorporaram, assim, aspectos físicos, psicossociais e ambientais. Por ser a Teoria do Conforto baseada nas necessidades dos pacientes, torna-se a representação do que os pacientes esperam receber dos enfermeiros que são designados aos seus cuidados. (KOLCABA, 2001)

Kolcaba, em sua pesquisa taxonômica, descobriu que o conceito de conforto foi citado por muitas vezes, mas não definido. Para isso, sua revisão de literatura conseguiu operacionalizar a teoria e conceituou conforto como sendo: “The state of having met basic human needs for ease, relief, and transcendence” (KOLCABA, 1991; p.239.), ou seja, o estado de ter satisfeitas suas necessidades humanas básicas para calma, alívio e transcendência. Para melhor entendimento descreve-se, segundo referencial da autora, alívio como sendo quando um desconforto foi sanado, uma necessidade foi satisfeita; calma, quando se obtém um estado de tranquilidade e satisfação; e transcendência como sendo a capacidade de autonomia e controle para ficar acima dos problemas.

A autora ainda cita na mesma revisão bibliográfica os contextos em que o conforto é descrito na literatura em Enfermagem em maior prevalência, são eles: físicos, sociais, psicoespirituais, ambientais. Portanto, leva em consideração as sensações corporais que o doente poderá vivenciar (físico), as sensações e percepções do *eu* interior, ou seja, da consciencialização interna do doente, da autoestima e do autoconceito (psicoespiritual); as relações interpessoais entre o doente, família e sociedade (social) e por fim, aspectos e características do ambiente envolvente ao doente, como por exemplo, a temperatura, a cor ou a luz (ambiental) (MARTINS, 2015).

Alívio, calma e transcendência são classificados dimensões que representam estados do paciente, e os domínios: físico, social, psicoespiritual e ambiental são dimensões

de contextos. Ambas as dimensões de conforto, quando justapostas, criam um resultado bidimensional com doze facetas.

Aliado às doze facetas geradas por combinação, a autora considera algumas proposições listadas a seguir: Os pacientes experienciam necessidade para conforto em situações estressantes de cuidados de saúde, algumas necessidades são atendidas pelos pacientes e por seus grupos de apoio, mas outras permanecem. Aquelas que permanecem devem ser identificadas pelo enfermeiro que implementou mensurações de conforto, portanto, a proposição da autora é de que as medidas de conforto devem ser projetadas e implementadas para atender as necessidades restantes. A segunda proposição é de que existem variáveis intervenientes que estão fora da influência da enfermagem, tais como pobreza, solidão ou doença terminal e que essas variáveis afetam o resultado das medidas de conforto. A terceira proposição mostra que os pacientes percebem seu estado de conforto após as medidas implementadas. A quarta é de que o conforto dos pacientes é avaliado objetivamente e subjetivamente para determinar se o mesmo foi aumentado pelas medidas implementadas, dessa forma, o enfermeiro decide se deve continuar com as intervenções ou se tenta algo novo, sempre reavaliando as necessidades do cliente. Por fim, se o conforto for alcançado, a busca de saúde dos pacientes pode ser comprometida efetivamente. Dessa forma, o cuidado de conforto fortalece os pacientes. (KOLCABA, 1995)

Diante do descrito, evidencia-se que a autora centra seus esforços para compreender e analisar as variáveis e contextos que o paciente está inserido para poder mensurar seu nível de conforto naquele dado momento da história natural da doença. Posteriormente, procede intervindo nas causas de desconfortos e avalia se suas intervenções surtiram algum efeito de melhora no paciente comparando com os resultados anteriores às intervenções. Desse modo Kolcaba atesta que conforto é uma necessidade humana básica e que, à medida que o paciente refere não ter atendidas necessidades de conforto, pressupõe-se a carência de intervenções para potencializar o conforto necessário.

Para a mensuração dos níveis de conforto, Katharine Kolcaba desenvolveu um questionário intitulado como: Questionário de Conforto Geral (General Comfort Questionnaire – GCQ). Em um projeto piloto, 48 itens foram construídos usando a grade de conforto como um mapa conceitual, os itens advêm da combinação das duas dimensões: estado (alívio, calma e transcendência) e contexto (físico, ambiental, social, psicológica e espiritual) (KOLCABA, 1992; KOLCABA, 1994).

Nesse sentido, o conforto apresenta-se como elemento complexo que está para além de intervenções diárias. Morse (2000) conceitua como promoção de boa assistência ao

paciente em qualquer momento de seu processo saúde e doença. Kolcaba (1995) o define como arte e os enfermeiros como artistas que são conscientes do que querem alcançar e como devem prosseguir, dessa forma precisam ser criativos para desenvolverem o produto desejado. Por conseguinte, neste modelo desenvolvido, enfermeiros são artistas, as ações reconfortantes são o meio através do qual o produto é produzido e o produto do conforto é a obra de arte.

Diante do exposto, aliando o uso do tema à prática de Enfermagem, que procura atender as expectativas do cliente, é evidente a necessidade de que as investigações acerca das noções de conforto segundo paciente e profissional sejam continuamente avaliadas, investigando necessidades e significados para que a finalidade primordial seja alcançada, promover conforto ao paciente assistido, e promovamos um referencial teórico-prático que norteie os cuidados diários do profissional de saúde inserido nesse contexto, especialmente voltados ao paciente renal crônico.

3.2 A doença renal crônica e a enfermagem em nefrologia

A primeira vez que a Doença renal foi mencionada ocorreu em meados do século XIX, em Londres. Até aquele momento, a doença era desconhecida, só se sabia que ela causava em seus portadores edema e autópsias que indicavam hipertrofia ventricular esquerda, hemorragias cerebrais e rins com aspecto contraídos. Intitulada como doença de Bright, sabia-se desde sua aparição que se tratava de uma doença de começo insidioso que poderia evoluir sem sintomatologia durante muitos anos até que alcançasse suas formas finais. (RIELLA, 2010)

A doença renal é subdividida em doença renal aguda e doença renal crônica. Segundo a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) em conjunto com a National Kidney Foundation, em uma publicação acerca da prática clínica da Doença Renal Crônica (DRC), definiu DRC com base na avaliação de três componentes: (1) Um componente funcional, através da taxa de filtração glomerular; (2) Um componente estrutural, através dos marcadores de dano renal e (3) Um componente temporal. Portanto, um indivíduo que apresente dano renal parenquimatoso (proteinúria, anormalidades no componente sanguíneo, anormalidades em exames de imagens ou alterações histopatológicas); $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou a $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ com duração de pelo menos três meses é um portador da DRC. (K/DOQI, 2002)

A K/DOQI (2002) ainda a classifica em cinco estágios de acordo com TFG. Os estágios de DRC variam desde pacientes com apenas fatores de risco para lesão renal crônica,

permeando por pacientes com diminuição leve, moderada e grave da TFG até chegar, finalmente, aos pacientes com o pior prognóstico: o de insuficiência/falência renal com TFG menor que 15 ml/min/1,73 m².

Atualmente, a DRC tem sido considerada um problema de saúde pública. (MS, 2014) De acordo com o Global Kidney Disease a estimativa da prevalência de indivíduos com graus diferenciados de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países, varia de 8 a 16%, isso representa um contingente imenso de pessoas que potencialmente precisarão de terapia renal substitutiva se apresentarem progressão de sua DRC para fases finais. (VIVEKANAND *et al.*, 2013)

Dentro deste contexto da terapia renal substitutiva, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) dispõe de um inquérito baseado na coleta anual de dados a população de pacientes em diálise. Segundo o inquérito, as estimativas feitas indicam um aumento nas taxas de incidência anual (4,5% ao ano desde 2013) e prevalência (6,5% ao ano), com um aumento contínuo no número absoluto de pacientes em tratamento (6,3% ao ano desde 2013). Esses resultados corroboram para mostrar a tendência ao aumento número de pacientes em diálise crônica, das taxas de incidência e prevalência de tratamento em tempo atual. (SBN, 2016)

Diante do exposto, infere-se a necessidade de cuidados à população de doentes crônicos em tratamento dialítico e nesse cenário está o enfermeiro, profissional envolvido diretamente com os cuidados a essa população, tanto solucionando intercorrências, quanto provendo as necessidades de conforto, foco deste trabalho.

Historicamente, a Enfermagem iniciou sua integração à equipe de diálise a partir da década de 1970 do século XX, quando os custos com a terapia substitutiva ao rim foram assumidos pelos governos, o que proporcionou a expansão dos centros dialíticos. Neste mesmo período a implementação da terapia passou a ser de responsabilidade do Enfermeiro. (BARBOSA; VALADARES, 2014)

Atualmente, as atividades nesses centros são realizadas em predominância pelo profissional de enfermagem. O enfermeiro, segundo Nascimento e Marques (2005), é o profissional que assiste mais de perto o paciente nas sessões de hemodiálise. Dessa forma, muitas são suas atribuições dentro desse contexto.

A literatura enfoca no trabalho do enfermeiro em intercorrências, uma vez que são frequentes as complicações do tratamento. Estudos apontam que em 30% das sessões de hemodiálise podem ocorrer complicações, dentre as quais infecção em cateter duplo lúmen, hipotensão arterial ou hipertensão arterial, hipotermia, câimbras musculares, arritmias cardíacas.

cas, cefaléia, hipoxemia, prurido, reações alérgicas, dor torácica e lombar, náuseas e vômitos, embolia gasosa, febre e calafrios (COITINHO *et al.*, 2015).

Essa realidade nos mostra o quanto o trabalho de Enfermagem está atrelado às necessidades de saúde física. Revolvemos os estudos em Enfermagem utilizados dentro da prática clínica da hemodiálise e verificamos que em estudos de Nascimento e Marques (2005) e Poveda *et al.* (2014) os principais diagnósticos de enfermagem ao paciente renal crônico no contexto da hemodiálise foram eliminação urinária prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de infecção, risco de perfusão renal ineficaz, mobilidade física prejudicada e risco de desequilíbrio eletrolítico.

Evidencia-se na literatura que as praticas dos Enfermeiros em hemodiálise estão baseadas em diagnósticos que não contemplam o conforto prejudicado. Estudos como esses ratificam, ainda mais, que há uma grande carência de pesquisas relacionadas ao conforto. Jamais devemos esquecer que conforto é a base de toda intervenção e que se trata, primordialmente, de uma necessidade humana básica. O cuidado do Enfermeiro, portanto, deve ser holístico, compreendendo os fenômenos de modo integral.

Dessa forma, confirmamos a necessidade de estudos acerca do conforto que direcionem e facilitem a prática clínica do Enfermeiro e torne a insuficiência renal crônica menos penosa aos acometidos pela doença.

3.3 Hemodiálise e o foco na promoção do conforto

A hemodiálise é um processo antigo. As primeiras terapias hemodialíticas realizadas datam da década de 40 e foram utilizadas para terapêutica da Insuficiência renal aguda (IRA). Somente duas décadas após, mais especificamente na transição do ano de 1962 para o ano de 1963, a hemodiálise passou a ser utilizada como tratamento para a Insuficiência Renal Crônica (IRC) (MACHADO; CAR, 2003).

Trata-se de um processo de filtração, que objetiva retirar as substâncias tóxicas que são filtradas, naturalmente, por um rim saudável. Em um rim doente, esse processo viabiliza a retirada do sangue do paciente através de dispositivos como fístula ou cateter, posteriormente, através da ajuda de uma bomba, esse mesmo sangue passa por entre os compartimentos da máquina dialisadora e retorna ao corpo do paciente. É um processo longo e frequente: dura em torno de quatro horas, em uma frequência de três vezes por semana (BORGES; MARTINS, 2001).

Sem dúvidas é um processo vital que prolonga a vida do paciente renal e minimiza ou anula os efeitos dos sintomas urêmicos, contudo, apesar de seus benefícios, muitos são os estudos que enfocam nos problemas que advêm da terapia. Trata-se de um impasse, pois o paciente depende do tratamento impreterivelmente. Todavia, questões físicas, sociais, ambientais, psíquicas são descritas como obstáculos ao conforto, daí surge a necessidade de desenvolver estudos sobre o tema.

Na literatura, os obstáculos à conquista do conforto são descritos como “vulnerabilidades”, “situações”, “aspectos”. A nomenclatura “conforto” relacionada à hemodiálise é rara e pouco desenvolvida dentro desse contexto. Apesar disso, muito se descreve sobre esses obstáculos, que mesmo descritos com nomenclaturas diferentes convergem para relatar os problemas enfrentados pelo paciente renal em terapia substitutiva.

Segundo Machado e Car (2003) a condição crônica é fonte de estresse e representa desvantagem ao indivíduo à medida que causa problemas em vários níveis.

No contexto do paciente renal crônico, pode-se afirmar que os problemas advêm da doença em si e do seu tratamento, pois por ser a hemodiálise um procedimento frequente e exaustivo, acaba por se tornar um tipo de hospitalização. Um acontecimento como a hospitalização, segundo Borges e Martins (2001), tem alcance muito maior que o que supomos, e pode alterar a qualidade de vida do indivíduo não apenas enquanto se encontram hospitalizados. A partir dessa premissa, que evidencia a continuidade dos desconfortos para além da sala de hemodiálise, uma busca na literatura foi realizada para desvendar quais aspectos esse paciente enfrenta para alcançar o conforto.

A literatura evidenciou, apesar da diferença de nomenclatura anteriormente citada, que o paciente renal enfrenta desafios diários que se entremeiam por entre prismas físicos, ambientais, sociais e psíquicos.

Para facilitar a compreensão dividiremos os obstáculos ao conforto em blocos. O primeiro bloco discursará sobre os desconfortos no contexto físico, o segundo no contexto ambiental, o terceiro no contexto social e o quarto no contexto psíquico.

No contexto físico a literatura se mostra unânime ao considerar que o paciente renal em hemodiálise passa por desconfortos que advêm da doença em si e de sua terapia (PIETROVSK; DALL'AGNOL, 2006; RUDNICKI, 2014; SALATI, 2011).

Os estudos reportam à autoimagem alterada, a baixa autoestima, às preocupações com os dispositivos (fístulas e cateteres), com a dor da punção da fístula, com o aumento de peso, com a anemia e com a mudança no tipo de atividade (SALATI, 2011).

Rudnick (2014) mostra em seu estudo que a vivência do paciente renal traz, sem

dúvida, consequências físicas ao indivíduo que o vivencia, alterando assim o seu cotidiano. E consequentemente, a forma como lida com a própria doença.

No contexto dos aspectos ambientais, Viana (2015), máster em arquitetura, explicita em seu estudo sobre conforto em ambientes de hemodiálise que: “É importante considerar como um dos focos principais, o princípio de humanização dos espaços, buscando condições que satisfaçam as reais necessidades dos ocupantes dos espaços, além de atender às necessidades do perfeito funcionamento da edificação e serviços, aumentando assim os índices de satisfação e recuperação dos pacientes, através de soluções que atendam o conforto energético, térmico e acústico da edificação.

Na bibliografia em saúde consultada, Pietrovsk e Dall'Agnol (2006) foram os únicos autores a observarem detalhadamente os desconfortos acerca do meio. Em seus estudos explicitam as principais queixas dos pacientes, que são: a falta de privacidade, questionando a proximidade muito grande de um paciente para o outro nos setores; falta de higienização dos ambientes; o barulho no setor; e a temperatura muito fria dentro das salas de hemodiálise. Os autores enfatizam que os pacientes dão mais atenção e valor ao conforto que é dado em nível de hotelaria que aos procedimentos com a máquina ou outros equipamentos envolvidos no processo.

Em se tratando dos aspectos sociais, para Ibiapina (2016) “[...] a partir do momento em que, o paciente renal transforma sua vida para responder à sua condição de crônico, está fazendo algo que lhe foi imposto e, por conseguinte, enfrenta limitações sociais.”

A literatura é consonante ao afirmar que a terapia em hemodiálise gera transformações de comportamentos, hábitos e estilo de vida e que tais alterações refletem profundamente nas atividades sociais. A longa permanência nas sessões que, por sua vez, afetam suas atividades de lazer com a família e as tão comuns transferências de suas residências para a capital como forma de viabilizar o tratamento são descritos por Salati (2011). Associado ao exposto, as dificuldades para viajar também são mencionadas como obstáculos em estudos de Pietrovsk e Dall'Agnol (2006); restrições hídricas e alimentares são postas em evidência em estudo de Cruz, Tagliamento e Wanderbroocke (2016), as autoras enfatizam que tais aspectos sacrificam de forma intensa a vida social, pois limitam a participação dos indivíduos em seus grupos sociais e, consequentemente, resultam em um abalo na redução do entusiasmo de conviver e se relacionar em grupo. Além do apresentado até aqui, podemos concluir com um dos aspectos mais prevalente na literatura e que causa impacto tão profundo na vida dos pacientes: O trabalho. O comprometimento da capacidade funcional afeta a vida do doente renal dificultando a realização de suas atividades laborais. O

significado do trabalho se expande nos relatos revistos em literatura das autoras Cruz, Tagliamento e Wanderbroocke (2016), percepções de ordem moral, como a honra; a nobreza e o orgulho de si próprio; a independência, que preserva o papel e o lugar social que incluem o ser provedor ou participante do sustento familiar, são descritas, mostrando importância na discussão.

Por fim, relatamos os obstáculos a nível psicoespiritual. As manifestações são elencadas de maneira consensual na literatura. Desequilíbrios psicológicos emergem a medidas que as alterações sociais, ambientais e físicas começam a surgir. Nos estudos revistos, grandes são as alterações vivenciadas pelo paciente renal em hemodiálise e que provocam sentimentos emaranhados. São sentimentos que vagueiam por tristeza, sofrimento, medo, raiva, irritação, frustrações, depressão e ansiedades. (Petrovsk e Dall'Agnol , 2006; Salati, 2011) Além de sentimento de profunda injustiça (IBIAPINA, 2016).

Diante disso, ressalta-se que considerar somente a doença não é o bastante. Avaliar todas as nuances, variáveis, contextos e emoções sofridas pelo paciente, torna-se grande em relevância. A literatura evidencia sofrimentos reais que levam ao desconforto, por esse motivo, por se tratar de pessoas reais, enfatizamos a necessidade de se pensar conforto, trabalhar conforto e viver conforto em Enfermagem Nefrológica.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo exploratório, pois visa a tornar conhecidas as significações e representações acerca do conceito conforto, de natureza qualitativa por estender as perspectivas de investigação do objeto de estudo proposto e aumentar as possibilidades de alcance de entendimento mais aproximado do conceito de conforto pelos participantes.

Segundo Koizumi (1992), estudiosa em Enfermagem, a pesquisa qualitativa é considerada uma ciência "soft" ou uma abordagem filosófica ou artística, que evoluiu das ciências comportamental e social, como um método para compreensão da natureza humana singular, dinâmica e holística. A pesquisa qualitativa se fundamenta no significado que os participantes dão às coisas e à vida, por tanto, para o pesquisador isso deve ser o foco principal do estudo.

4.2 Local e período do estudo

A realização do estudo ocorreu na clínica de hemodiálise que se situa interiormente à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Clínica de Nefrologia ProRim LTDA. A coleta foi realizada nos meses de Maio e Junho de 2018 após deliberação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. O local foi selecionado por ser o mesmo onde são desenvolvidas as atividades do projeto de extensão Liga Acadêmica de Enfermagem em Nefrologia – LAEN, da qual a pesquisadora é membro fundador.

4.3 População e amostra

A população foi constituída de 30 pacientes com doença renal crônica que estavam em tratamento hemodialítico na referida clínica onde foi realizada a pesquisa.

Por se tratar de um estudo de amostra não probabilística, o número de pacientes envolvidos se deu por saturação teórica, oriundos de uma população de 130 pacientes, considerando aqueles que aceitarem participar. A técnica de amostragem se deu por conveniência.

Adotaram-se como critérios de inclusão:

(1) Ter diagnóstico de DRC, (2) Ser consciente e orientado auto psicicamente e halo psicicamente (através do Mini exame do Estado Mental - MMSS), (3) Paciente ser maior de 18 anos.

Adotou-se como critério de exclusão:

(1) Ser incapaz de comunicar-se verbalmente.

4.4 Instrumentos e técnicas para coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta dos dados trata-se de um banco de perguntas constituído de questões amplas baseadas na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e no Questionário de Conforto Geral (General Comfort Questionnaire – GCQ) (ANEXO A). As perguntas foram respondidas verbalmente pelos participantes a partir de mediação do pesquisador que apreendeu os discursos através de um gravador.

Para proceder à coleta de informações foi utilizada a entrevista semiestruturada com 10 perguntas que abordaram: as perspectivas do conceito de conforto, as dimensões do estado de conforto, os contextos em que o conforto é experienciado e os aspectos prioritários do conforto (APÊNDICE A), em busca das verbalizações dos pacientes frente às significações e representações acerca do conceito conforto diante do tratamento hemodialítico.

Segundo Triviños (1987) a entrevista semiestruturada se caracteriza por apresentar questionamentos que se apoiam em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Para o autor, a técnica favorece a descrição dos fenômenos sociais, como também explica e compreende o mesmo em sua totalidade.

A entrevista se deu durante as sessões de hemodiálise, por uma frequência média de duas vezes por semana nos turnos manhã, tarde e noite da clínica.

Para a condução das entrevistas foram adotados as seguintes etapas:

(1) Convite formal: Na qual a pesquisadora se apresentou ao paciente, explicou os objetivos do trabalho, a técnica de coleta e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa e em seguida, aos que concordaram em participar, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

(2) Entrevista: Durou em média 12 minutos, foi orientada pelo instrumento norteador da pesquisa, que consiste em um banco de perguntas amplas baseadas na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. A entrevista foi realizada de forma individual no ambiente de hemodiálise e suas respostas foram gravadas em um aparelho MP4 que, posteriormente, foram

integralmente transcritas, preservando-se as falas dos entrevistados com foco na fidedignidade das palavras.

(3) Encerramento: Se deu a partir da saturação teórica aos questionamentos realizados na entrevista. A literatura afirma que quando não surgem mais novidades a nível de conteúdo é hora de encerramento da reunião. Esse nível de saturação é evidenciado quando “[...] os depoimentos tornam-se repetitivos e previsíveis; ou seja, acredita-se que a estrutura de significados tenha sido apreendida” (TRAD, 2009; VEIGA; GONDIM, 2001, p.783).

Nesta etapa da entrevista, o pesquisador realizou uma síntese do trabalho realizado e ficou à disposição para eventuais dúvidas.

4.5 Análise dos dados

Os achados foram analisados segundo o método de Bardin (2011), a autora descreve como critério de organização de análise as seguintes etapas: Pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na primeira etapa, a pré-análise, são escolhidos os documentos, elaborados os índices e os indicadores que guiarão a interpretação dos dados, e as regras de recorte do texto. Nessa etapa algumas regras devem ser implementadas, são elas: exaustividade, no qual se indica exaurir todo o conteúdo, sem omissões; representatividade, que representam as amostras do universo da pesquisa; homogeneidade, no qual os dados precisam pertencer à temática comum, a coleta dos dados precisa utilizar-se de técnica igual e os participantes devem possuir características semelhantes; pertinência, no qual os documentos se adequem aos objetivos da pesquisa; e exclusividade, o qual indica que um elemento não pode pertencer a mais de uma categoria.

O contato inicial com os documentos da pesquisa foi feito através do que a autora chama de “leitura flutuante” a qual possibilitou a pesquisadora estabelecer os índices organizados em indicadores. Para facilitar a compreensão: Os índices representam um assunto mencionado na mensagem, dessa forma, exemplificando com a pergunta “Em que momento você se sente aliviado?”, supondo tal resposta do paciente: ”Quando eu não venho para a hemodiálise”, pode-se inferir que o paciente equipara alívio a estar fora do ambiente de hemodiálise, portanto esse assunto converte-se em uma categoria. Da mesma maneira, para que o pesquisador possa inferir que outros pacientes pertençam a essa mesma categoria faz-se necessário o estabelecimento de indicadores. Os indicadores para essa categoria são palavras e

expressões presentes na fala do paciente e que indicam referência ao índice, nesse caso específico seriam: não vir, ficar em casa, não ter tratamento, ir embora, quando falto.

Na segunda etapa, exploração do material, faz-se a codificação do material. Dessa forma, é necessário o “recorte” que para Bardin (2011) significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase. Como já descrito, os indicadores foram retirados das verbalizações dos pacientes, portanto ao se retirar parte das falas dos pacientes se fez um recorte do texto. Posteriormente a etapa de exploração do material, as categorias foram estabelecidas e exemplificadas com frases dos pacientes.

Na terceira etapa, interpretação dos dados, é necessário segundo a autora, retornar ao referencial teórico para que a análise do material seja embasada e possibilitar dar sentido às interpretações.

4.6 Questões Éticas

É importante salientar que os preceitos éticos e legais foram respeitados, garantindo o anonimato dos participantes.

A pesquisa foi analisada pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará, por tanto está em consonância com as exigências do comitê e se apresenta em conformidade com o Conselho Nacional de Saúde, respeitando a Resolução 466/2012, CAAE: 83521918.9.0000.5054 (ANEXO B), com a obtenção de termo de anuência pela direção clínica da instituição lócus do estudo e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para todos os participantes.

A pesquisa apresentou risco mínimo relacionado à possível constrangimento diante de alguma pergunta realizada pelo pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados buscaram relatar os discursos de pacientes com diagnóstico de doença renal crônica submetidos ao contexto da hemodiálise os quais constituem a população do estudo. A análise e discussão foram baseadas nos conceitos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003). Dessa forma, representam resultados de âmbito em Enfermagem Nefrológica que ao submetidos à análise foram categorizados em questões inseridas nos objetivos desse trabalho. Isto posto, aprofundamos nos resultados obtidos.

5.1 Expressões sobre as perspectivas do conceito de conforto:

O significado do conceito de conforto foi obtido por meio de duas questões de resolução aberta (O que é conforto para você? e O que é desconforto para você?). As respostas dos entrevistados foram analisadas segundo o agrupamento de índices e seus respectivos indicadores, os quais serão reproduzidos a seguir. Para melhor compreensão os índices e seus indicadores serão exemplificados com frases obtidas pelas respostas dos pacientes entrevistados.

Padrões e indicadores encontrados:

ÍNDICES	INDICADORES
Associado ao bem-estar psíquico	Tranquilidade, estar bem consigo, viver bem, sentir-se bem, não ter tranquilidade, preocupado.
Questão ambiental	Casa, cadeira, cama, ar-condicionado, acomodação.
Qualidade no atendimento	Equipe boa, atendimento bom, atender bem, enfermeiros bons, não ser bem atendido, não ter relacionamento bom com os outros, não se dar bem com as pessoas.

Associado às condições/alterações de saúde	Não sentir nada, sair da hemodiálise bem, ficar mal, efeitos adversos, vida com saúde, vida sem doença, estar sem saúde, não ter o rim bom, fazer hemodiálise.
Frequência/ duração das sessões de hemodiálise	Vir três vezes por semana, dificuldade de vir às sessões, tempo, longo, quatro horas.

- CONFORTO/DESCONFORTO ASSOCIADO AO BEM-ESTAR PSÍQUICO

Foram agrupados neste índice pacientes que detinham respostas que alinharam o conforto e o desconforto a estar bem ou não psiquicamente. Indicadores: Tranquilidade, estar bem consigo, viver bem, sentir-se bem, não ter tranquilidade, preocupado.

[...] O meu conforto é eu estar bem comigo mesmo no meu dia-a-dia.

[...] Conforto é tranquilidade.

[...] É quando eu não estou conseguindo ficar parado, inquieto, preocupado com alguma coisa.

- CONFORTO/DESCONFORTO COMO UMA QUESTÃO AMBIENTAL

Foram agrupados neste índice pacientes que apresentaram respostas que alinharam o conforto e o desconforto a um aspecto inerente ao ambiente. Indicadores: Casa, cadeira, cama, ar-condicionado, acomodação.

[...] Eu acho que uma cadeira melhor, porque a gente passa quatro horas deitado nessa cadeira.

[...] Quando estou na minha casa.

[...] É eu estar bem acomodado.

- CONFORTO/DESCONFORTO ASSOCIADO À QUALIDADE NO ATENDIMENTO

Foram agrupados neste índice pacientes que detinham respostas que alinharam o conforto a ter qualidade no atendimento, e desconforto à ausência do mesmo. Indicadores: Equipe boa, atendimento bom, atender bem, enfermeiros bons, não ser bem atendido, não ter relacionamento bom com os outros, não se dar bem com as pessoas.

[...] O atendimento, se eu pudesse presenteava elas todo mês. É bom você estar em um canto que você é bem recebida.

[...] O atendimento muito bom, a enfermeira chefe tem muito cuidado, se elas não fossem boas com a gente não andaria.

[...] Desconforto é não ser bem atendido, não ser bem acolhido. Porque se eu estou doente e sou mal atendida isso é um desconforto muito ruim.

- CONFORTO/DESCONFORTO ASSOCIADO ÀS CONDIÇÕES/ALTERAÇÕES DE SAÚDE

Foram incluídas neste índice respostas que vinculam o conforto a ausência de sintomas decorrentes da hemodiálise e o desconforto de possuir a doença. Indicadores: Não sentir nada, sair da hemodiálise bem, ficar mal, efeitos adversos, vida com saúde, vida sem doença, estar sem saúde, não ter o rim bom, fazer hemodiálise.

[...] Quando meu peso está bom e não sinto nada.

[...] É se sentir bem, sair da hemodiálise bem.

[...] Chegar em casa mal pelos os efeitos adversos da hemodiálise.

[...] Vida sem doença, não tem coisa melhor que ter saúde.

[...] É fazer hemodiálise, é muito pesada, a enfermidade é um desconforto, qualquer uma, fora da sua rotina normal.

- DESCONFORTO ASSOCIADO À FREQUÊNCIA/ DURAÇÃO DAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE

Foram incluídas nesse índice as entrevistas que indicaram desconfortos relatados pela frequência e da duração das sessões de hemodiálise. Indicadores: Vir três vezes por

semana, dificuldade de vir às sessões, tempo, longo, quatro horas.

[...] Ter que vir três vezes por semana para mim é muito difícil porque tenho filho pequeno.

[...] Tenho medo, sabe?! Nesses quatro anos eu nunca faltei, mas tenho vontade de não ter que vir três vezes por semana.

[...] O desconforto é passar quatro horas numa cadeira, é muito tempo. É muito cansativo para a coluna, para as costas, isso é o pior.

[...] O tempo é muito, quatro horas, né? Falta a paciência!

Conforto e desconforto são termos que caminham sempre juntos, a ausência de um leva a acentuação do outro. Por meio dos discursos entendemos que o paciente dialítico experiencia o conforto e o desconforto em sua jornada diária. Por meio da categorização em índices observou-se que o conforto para o paciente em hemodiálise permeia os quatro contextos dimensionados por Kolcaba (2003) em sua teoria, uma vez que as falas relacionaram conforto e desconforto ao bem-estar psíquico, que evidencia o contexto psicoespiritual; ao ambiente, exemplificando o contexto ambiental; à qualidade no atendimento, evidenciando o contexto social; à ausência e presença de sintomas, à ausência e presença de saúde e à frequência da hemodiálise, as quais evidenciaram o contexto físico (sensações do corpo); e à duração da hemodiálise a qual evidenciou significação múltipla visto que a quantidade de horas das sessões de hemodiálise foi classificada pelos pacientes como algo cansativo, que interfere no conforto físico e mental, podendo ser incluída então nos contextos: físico e psicoespiritual da teoria.

Sobressalta-se que nessa etapa da pesquisa os pacientes relacionaram o conforto à apenas aspectos de contextos as quais o conforto é vivido.

5.2 Expressões sobre as dimensões do estado de conforto (alívio, calma e transcendência):

O significado dos termos: Calma, alívio e transcendência (superação) foram obtidos através de três questões de resolução aberta, respectivamente: Em que momento você se sente aliviado? Quando se sente mais tranquilo, Em que momento você percebe que supera um problema ou sofrimento? As respostas dos entrevistados foram analisadas segundo o agrupamento de índices e seus respectivos indicadores, os quais serão reproduzidos a seguir.

5.2.1 ALÍVIO:

Índices e indicadores encontrados:

ÍNDICES	INDICADORES
Associado ao tratamento	Quando termina, quando acaba, quando está perto de acabar, não vir, ficar em casa, não ter tratamento, for embora, quando falto.
Ausência de sintomas da hemodiálise	Sem problema, sem sintomas, sem efeitos, hipotensão.

- ASSOCIADO AO TRATAMENTO

Nessa categoria foram incorporados os relatos que equipararam o estado de alívio aos dias em que não precisavam vir à clínica de hemodiálise ou quando as sessões terminavam ou estavam próximas ao término. Indicadores: Quando termina, quando acaba, quando está perto de acabar, não vir, ficar em casa, não ter tratamento, for embora, quando falto.

[...] Quando termina a hemodiálise e quando eu estou em casa sábado e domingo que não faço diálise e esqueço que sou renal.

[...] Eu agradeço é quando eu não venho para hemodiálise, me sinto aliviado em não vir.

[...] Na minha casa. Eu falto, tem vez que eu venho uma quarta e outra não.

- ASSOCIADO À AUSÊNCIA DE SINTOMAS DA HEMODIÁLISE

Foram inseridas nessa categoria, as entrevistas que associaram o estado de alívio à inexistência de sintomas decorrentes das sessões de hemodiálise. Indicadores: Sem problema, sem sintomas, sem efeitos, hipotensão.

[...] Quando eu não sinto os efeitos da hemodiálise.

[...] Quando não tenho hipotensão, porque minha pressão já é baixa.

Alívio segundo o dicionário Michaelis (2018) é a diminuição de trabalho, carga ou peso; para a Teoria do conforto é uma dimensão de estado, na qual o paciente experimenta ter suas necessidades satisfeitas. Ao juntarmos os dois conceitos evidenciamos que alívio é algo penoso que precisa ser sanado. Dessa forma, segundo a análise das entrevistas, para o paciente renal dependente da hemodiálise, foi notabilizado o quão pesado é o processo dialítico, uma vez que nos discursos destacaram-se apenas duas categorias para a questão do alívio, são elas: Não precisar fazer as sessões ou quando as sessões terminam e quando não apresentam sintomas decorrentes da hemodiálise. Ou seja, o paciente renal, por conviver com uma doença crônica que necessita de tratamento frequente e de longa duração diária, se sujeita de três a quatro vezes por semana durante quatro horas ao enfrentamento do desconforto, pois para alguns a diálise é o próprio desconforto, da qual não podem se desvencilhar, apenas conseguem quando não comparecem às sessões, o que os coloca em situação de extremo risco à saúde e à vida; quando terminam as sessões; ou quando não sofrem com sintomas físicos, algo impossível de prever ao se iniciar o processo de hemodiálise, somado ao fato de que as intercorrências referentes à hemodiálise são muito frequentes, principalmente as alterações hemodinâmicas que, segundo Nascimento e Marques (2005), decorrem do processo de circulação extracorpórea a qual remove grande quantidade de líquido em curto período de tempo.

No tocante aos discursos, transparece-se também que os diálogos acerca do “estado de alívio” adentram nos “contextos”, ou seja, o estado de alívio só consegue ser atingido quando aspectos de contextos também são, isso é exemplificado na fala do paciente quando atesta que a calma para ele está atrelada a um ambiente ou a uma sensação do corpo. Isso ratifica a Teoria do Conforto, quando atesta que o conforto é resultado da justaposição das dimensões de “estado e de contexto” criando a assim a combinação de doze facetas.

5.2.2 CALMA:

Calma para Kolcaba (1991) é quando se obtém um estado de tranquilidade e satisfação. Nos discursos observa-se a presença de quatro categorias formadas. As categorias relacionam o estado de calma a aspectos ambientais, físicos (sensações do corpo) e psicoespirituais, assim como no estado de alívio, os pacientes também concordam que para o alcance do estado de calma é necessário que dimensões de contexto também sejam satisfeitas,

corroborando para ratificar a formação das doze células propostas na Teoria do Conforto.

Índices e indicadores encontrados:

ÍNDICES	INDICADORES
Ambiente de hemodiálise	Em casa, quando termina a hemodiálise, não gostar do ambiente, quando saio daqui, estar aqui, sentir-se segura aqui.
Ausência de sintomas da hemodiálise	Não passar mal, não sentir nada.
Aspectos psicoespirituais	Sempre, a todo instante, a todo o momento, aqui e fora daqui.
Relacionado ao ambiente	Barulho.

- RELACIONADO AO AMBIENTE DE HEMODIÁLISE

Nesta categoria foram agrupados os relatos que associaram o estado de calma a estar dentro ou fora da clínica de hemodiálise. Indicadores: Em casa, quando termina a hemodiálise, não gostar do ambiente, quando saio daqui, estar aqui, sentir-se segura aqui.

[...] Quanto eu estou em casa, porque toda vida que eu venho para cá a gente se preocupa, né? O que é que vai acontecer

[...] Quando estou aqui na hemodiálise, mesmo fazendo a diálise e gostando ou não você se sente seguro aqui porque se passar mal já tem o pessoal aí pra atender e em casa a gente não tem isso.

Os discursos demonstram que o estado de calma relacionado ao ambiente possui duas vertentes, há aqueles que perdem a calma no ambiente de hemodiálise, como exemplificado no primeiro discurso, esses associam o ambiente da sala de hemodiálise ao medo do desconhecido, às intercorrências em decorrência do processo dialítico em si, o que

causa certo pavor e intranquilidade. Há outros os quais pensam diferentemente e associam o ambiente da sala a um lugar de segurança, onde seus desconfortos podem ser prontamente sanados pela equipe, atestando o que Kolcaba (2001) afirma: “Em situações de cuidados de saúde estressantes, as necessidades não satisfeitas para o conforto são atendidas por enfermeiros”.

- RELACIONADA À AUSÊNCIA DE SINTOMAS DA HEMODIÁLISE

Foram incluídas nessa categoria as entrevistas que relacionaram o estado de calma à ausência de sintomas decorrentes da hemodiálise. Indicadores: Não passar mal, não sentir nada.

[...] Quando eu não passo mal na hemodiálise, quando eu não sinto nada, eu fico preocupada quando minha pressão dá baixa.

Percebe-se nos relatos que as condições físicas permanecem como um entrave ao alcance do conforto. Segundo Sgnaolin e Figueiredo (2012) o processo de hemodiálise é um tratamento seguro, praticamente sem riscos para a vida do paciente. Contudo, mesmo quando realizado com a melhor técnica complicações são passíveis de acontecer, sendo o tratamento compreendido como fator estressor (RUDNICK, 2014).

- RELACIONADO A ASPECTOS PSICOESPIRITUAIS

Foram incorporados nesse índice pacientes que relataram capacidade de se manterem calmos em qualquer momento da vida. Indicadores: Sempre, a todo instante, a todo o momento, aqui e fora daqui.

[...] A todo o momento, aqui e fora daqui. O que tiver que ser será!

No tocante aos relatos percebe-se que parte dos pacientes dialíticos demonstra capacidade de superação em seus desconfortos diários e de se manterem calmos mesmo em situações adversas, essa característica é chamada resiliência, termo da Psicologia, que segundo Taboada, *et al.* (2006) tem conceituação que “pode variar desde uma capacidade

inata que acompanha e protege o desenvolvimento do indivíduo a longo prazo, bem como uma habilidade adquirida que o sujeito apresenta frente situações adversas situacionais.”

- RELACIONADO AO AMBIENTE (condições externas)

Foi inserida nessa categoria paciente que relacionou o estado de calma a aspectos ambientais, condições externas. Indicador: Barulho.

[...] Eu sinto tranquilidade longe de barulho.

Os relatos demonstram insatisfação aos aspectos ambientais externos, indicando desconfortos relativos a condições, não propriamente do ambiente em si, mas daquilo que está inserido no ambiente de hemodiálise. Nesse caso, o estado de calma não é contemplado pelo fator interveniente: barulho. Isso ocorre porque o setor de hemodiálise é caracterizado por ser ambiente fechado com presença constante de alarmes da máquina de hemodiálise, som de ar-condicionado, conversas entre equipe e pacientes ou entre os próprios pacientes, televisão ligado, entre outras interferências, resultando em reverberação amplificada a qual promove obstáculos ao alcance do conforto, repercutindo de forma não saudável ao paciente exposto a esse contexto, fato ratificado por Prestes *et al.* (2015) que diz: “Os efeitos da exposição ao excesso de ruído no ambiente laboral não se limitam aos danos da audição, podendo induzir a um aumento da fadiga e do estresse, perturbações do sono [...]”

5.2.2 TRANSCENDÊNCIA:

Kolcaba (1991) classifica transcendência como sendo a capacidade de autonomia e controle para ficar acima dos problemas.

Índices e indicadores encontrados:

ÍNDICES	INDICADORES
Relacionada ao transplante	Transplante, compatível, doador.

Ausência de sintomas da hemodiálise	Não sentir nada, se sentir bem, sair bem.
Em momento algum	Nunca, em momento algum, não supera.
Associado ao tratamento	Fazer hemodiálise, fazer o tratamento.
Aspectos psicoespirituais	Força, não se abater, não se entregar, não desistir, Deus e fé.

- RELACIONADA AO TRANSPLANTE

Foram adicionados a esse grupo pacientes que relacionaram a capacidade de superação do desconforto ao procedimento cirúrgico do transplante. Indicadores: Transplante, compatível, doador.

[...] Só com o transplante, mas é aquela coisa eu não acho que estou morrendo. O que tiver que ser será!

É comum que pacientes de hemodiálise avaliem o transplante como principal alternativa aos desconfortos e restrições em decorrência do tratamento. A literatura afirma que para a maioria dos pacientes, o procedimento cirúrgico possibilita melhor reabilitação com melhora da qualidade de vida como algo que remete à vida, à esperança, a sentimentos positivos. (CAMARGO *et al.*, 2011), apesar disso, é percebido nos discursos que a capacidade de superar a doença adequando-se a nova realidade é mínima, o que nos faz inferir, considerando esse estudo específico, que o conforto a nível de transcendência é impossível até que o transplante ocorra.

- RELACIONADA À AUSÊNCIA DE SINTOMAS DA HEMODIÁLISE

Foram postos nesse grupo relatos que associam a capacidade de transcender à ausência de sintomas adverso da hemodiálise. Indicadores: Não sentir nada, se sentir bem, sair bem.

Quando eu venço mais um dia de diálise sem sentir nada [...]

Mais uma vez, a ausência de sintomas figura entre as categorias elencadas, mostrando sua importância no alcance do conforto ao paciente dialítico, dentre as três dimensões de estados (alívio, calma e transcendência) o aparecimento dessa categoria apresenta-se em todas elas. Nos discursos a ausência de sensações físicas surge como meio de superação ao desconforto.

- EM MOMENTO ALGUM

Nesse grupo foram introduzidas as entrevistas que mencionaram a não capacidade em superar o desconforto presente. Indicadores: Nunca, em momento algum, não supera.

[...] Esse meu problema a gente não supera, está muito recente, estou confuso.

[...] Não supera, mas você aceita.

No que concerne aos discursos aludidos vê-se que há duas vertentes de pensamentos, apesar de concordarem que não há possibilidades de superarem os desconfortos da doença. No primeiro discurso é evidente que se trata de um paciente com diagnóstico recente, portanto a negação e a alteração do estado psíquico se sobressaltam provocando conflitos. No segundo discurso, porém, apesar de remeter a incapacidade de suplantar a doença, aceita de forma a viabilizar melhor relações com a doença.

A literatura indica que os sentimentos mais prevalentes nessa etapa são negação, raiva, barganha, depressão, isolamento e aceitação. Não devendo esquecer de que cada indivíduo perpassa por essas transformações de forma única, em intervalos e sequências específicas (SILVA *et al.*, 2016).

- ASSOCIADO AO TRATAMENTO

Nesse índice foram agrupados os relatos que indicam superação do desconforto ao iniciarem as sessões de hemodiálise ou a terem acesso às mesmas. Indicadores: Fazer hemodiálise, fazer o tratamento.

[...] Único meio para nós é fazer o tratamento, a gente não pode falhar com o tratamento se não você pode perecer.

[...] Quando eu começo a hemodiálise.

Em sua maioria, os pacientes renais crônicos referem-se ao tratamento como algo penoso que interfere em suas atividades múltiplas de vida, apesar disso, há aqueles que referem o tratamento, com todos os seus incômodos, como degraus para o alcance do conforto, é o caso dos relatos supracitados. Para esses pacientes superar os desconfortos significa ter acesso às sessões, dado que por meio do processo podem exceder as barreiras da doença renal crônica um dia de cada vez.

- ASSOCIADA A ASPECTOS PSICOESPIRITUAIS

Nesse grupo foram elencados os discursos que relacionaram a superação à capacidade de não se abater pelas adversidades seja pela capacidade de resiliência, fé, espiritualidade e religião. Indicadores: Força, não se abater, não se entregar, não desistir, Deus e fé.

[...] Quando me agarro com Deus. Se não tiver fé em Deus não consegue continuar. Aqui a gente tá na mão dele.

[...] Não entregando os pontos! Eu não entrego os pontos enquanto eu viver, se resolvesse desistir eu desistia, mas não resolve!

Os pacientes com doença renal crônica, como já descrito nesse trabalho, precisam modificar seus hábitos e enfrentar todos os efeitos desconfortantes advindos do tratamento. Nessas circunstâncias, muito se apegam à religião, fé ou espiritualidade como forma de resistência à nova rotina. Segundo Souza *et al.* (2015) a religião e a espiritualidade são percebidas como meio de atribuir ao paciente sentido da vida, dar esperança e proporcionar

paz em meio a acontecimentos graves, como a própria doença crônica. Dessa forma, no que condiz aos relatos obtidos, vê-se que o apego ao sagrado nesse momento da vida resulta em adaptação às circunstâncias desconfortantes.

Nessa categoria, além do aspecto espiritual e religiosidade também foi incluída a capacidade pessoal de resiliência, classificada mais uma vez como necessidade para o alcance do conforto, uma vez que também foi elencada como necessidade para alcance do estado de calma.

5.3 Contextos em que o conforto é experienciado

Nessa categoria buscou-se elencar os contextos em que o conforto é experienciado através de perguntas abertas acerca das sensações físicas corporais que o doente poderá vivenciar (Quais aspectos físicos lhe trazem mais desconfortos?); da autoestima e do autoconceito (Você sentiu que sua autoestima/ emoções alteraram após iniciado o tratamento de hemodiálise?); dos aspectos e características do ambiente envolvente ao doente (Você considera o ambiente da sala de hemodiálise confortável? Em que sentido?) e das relações interpessoais entre o doente, família e sociedade (Você acha que suas relações (familiares, amigos, equipe, relações interpessoais) mudaram após o início do tratamento de hemodiálise?).

As respostas dos entrevistados foram analisadas segundo o agrupamento de padrões e seus respectivos indicadores, os quais serão reproduzidos a seguir.

Padrões e indicadores encontrados:

CONTEXTO FÍSICO	
ÍNDICES	INDICADORES
Aspectos físicos	Imobilidade, hipotensão, dor óssea, insônia, dor com a punção da fístula arteriovenosa, fome, cãibra, cansaço, cefaléia, cateter (subclávia/jugular), poliúria, prurido, inchaço, sintomas

	gastrointestinais, sintomas que afetam o sistema nervoso, sede, ausência de sintomas
--	--

CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

ÍNDICES	INDICADORES
Sentimento de depressão/ labilidade de humor	Acabou tudo, desespero, choro, sensibilidade, falta de vontade, isolamento social, nervoso.
Autoestima e Aparência	Vergonha, preconceito, ficar feio, ficar magro, não me ajeito, não me cuido, me cuido mais, vaidade.
Emoções	Revolta, não conformação, raiva, angústia, conformação, não desespero.

CONTEXTO AMBIENTAL

ÍNDICES	INDICADORES
Desconforto relativo à luz	Luz.

Desconforto relativo ao barulho	Barulho.
Desconforto relativo à cadeira	Cadeira.
Desconforto relativo ao frio	Frio.
Sem desconforto ambiental	Sem desconforto ambiental.

CONTEXTO SOCIAL

ÍNDICES	INDICADORES
Relações interpessoais	Mudança de rotina, deixar de fazer, deixar de viajar, não ir a festas, deixar de ir à igreja, equipe.
Atividades laborais	Emprego, trabalho.
Suporte familiar	Família, filhos, marido, esposa, irmãos, apoio, suporte, cuidado, abandono.

- **ASPECTOS FÍSICOS (SENSAÇÕES DO CORPO)**

Nessa categoria foram explicitados os aspectos físicos relacionados às sensações do corpo, os quais foram divididos em subgrupos. Os subgrupos representam os próprios indicadores presentes nas falas dos pacientes entrevistados. Indicadores: Imobilidade, hipotensão, dor óssea, insônia, dor com a punção da fístula arteriovenosa, fome, cãibra, cansaço, cefaléia, cateter (subclávia/jugular), poliúria, prurido, inchaço, sintomas gastrointestinais, sintomas que afetam o sistema nervoso, sede, ausência de sintomas

Segue abaixo os recortes das falas sobre imobilidade, hipotensão, dor óssea, insônia, dor com a punção da fístula arteriovenosa, fome, cãibra, cansaço, cefaléia, cateter (subclávia/jugular), poliúria, prurido, inchaço, sintomas gastrointestinais, sintomas que afetam o sistema nervoso, sede, ausência de sintomas respectivamente:

[...] Passar quatro horas sentadas, sem se mexer, sem tomar água, sem mexer o braço.

[...] a pressão que baixa também, é ruim demais!

[...] Estou tendo muita Crise de coluna, a dor só passa com tramal.

[...] Só quando estou pesado sinto insônia.

[...] sinto dor na punção porque eu não sou dormente, arde muito porque são quatro vezes na semana e no mesmo lugar,

[...] Dá fome.

[...] cãibra é demais, me dá um nó nas canelas, os pés ficam duros, eu grito de dor.

[...] Ficou muito bom pra gente não, sinto aquela fraqueza, sem coragem

[...] Dor de cabeça é o pior.

[...] O problema foi mais no começo com o cateter porque eu não consegui dormir, tomar banho.

[...] Mijadeira.

[...] Coceira nas costas aparece mais quando vou me deitar.

[...] inchaço da barriga.

[...] gastura, vontade de provocar e boca amargando.

[...] Tontura e desmaio.

[...] Não poder beber água.

[...] Não sinto nada, não tomo nada, faço só a hemodiálise.

Os sintomas e complicações supracitados foram relatados com muita frequência nas entrevistas. Embora a terapia renal substitutiva seja realizada com a melhor técnica, no melhor ambiente, com o melhor arsenal de materiais, pesquisas demonstram que sintomas agudos e complicações sempre estão presentes na rotina do paciente renal em tratamento, contudo segundo Deus *et al.* (2015) “Medicamentos, cuidados técnicos com o procedimento e hábitos do paciente em termos de prevenção fazem parte do arsenal de medidas que podemos dispor para evitar complicações [...]”. Dessa forma, pode-se inferir que conhecer os principais sintomas decorrentes da terapia nos proporcionará estabelecer medidas de aprimoramento das questões de conforto referentes às sensações corporais.

- **ASPECTOS PSICOESPIRITUAIS**

- **SENTIMENTO DE DEPRESSÃO/ LABILIDADE DE HUMOR:**

Nessa categoria estão representados os discursos que apresentaram forte tendência ao humor depressivo e instabilidade de humor. Indicadores: Acabou tudo, desespero, choro, sensibilidade, falta de vontade, isolamento social, nervoso.

[...] Sim, acabou foi tudo pra mim, às vezes me dá um certo desespero porque eu começo a pensar nessas coisas que aconteceram comigo e as sequelas que ficaram, fiquei mais chorona, muito sensível.

[...] tem dia que amanheço sem vontade, fico pedindo a Deus para não pegar uma depressão, sinto uma tristeza.

Percebe-se, a partir dos relatos exemplificados, que os pacientes renais em hemodiálise apresentam, muito comumente, quadros psíquicos alterados, com imersão em um estado de abatimento perigoso que pode resultar em desmotivação que põe em risco sua capacidade de enfrentamento à nova rotina de hemodiálise.

- AUTOESTIMA E APARÊNCIA:

Nessa categoria foram elencados os discursos que apresentaram autoestima e aparência alterada para mais ou para menos. Indicadores: Vergonha, preconceito, ficar feio, ficar magro, não me ajeito, não me cuido, me cuido mais, vaidade.

Vejam os dois próximos discursos:

[...] Eu nunca senti vergonha de fazer hemodiálise, mas o preconceito existe quando você põe o cateter no pescoço e você senta na cadeira do ônibus e tem um lugar sobrando do lado e ninguém senta porque pensam que é uma doença venérea, uma tuberculose.

[...] também existe o preconceito com o braço que é muito desenvolvido.

Nos relatos é perceptível a presença do preconceito da sociedade ao paciente renal. Apesar dos relatos indicarem que não se sentem envergonhados pela nova situação é visível que se sentem incomodados com a maneira as quais são vistos.

Os relatos a seguir ainda ressaltam sobre a relação da autoimagem com a autoestima:

[...] a pessoa que faz hemodiálise fica mais feio, mais magro e mais escuro. Hoje eu olho no espelho e digo: Olha como eu estou feio! Todo mundo chega e a primeira coisa que falam é: -- Valha como tu tá magro! Pensam logo que a gente tá com HIV.

[...] É, realmente, eu não me ajeito mais, meu cabelo eu cortava, não estou mais nem fazendo o cabelo nem pinto mais as unhas.

Compreende-se com os discursos que os pacientes sofrem com o impacto da doença em sua autoimagem que segundo Mosquera e Stobaus (2006) “surge na interação da pessoa com seu contexto social, consequência de relações estabelecidas com os outros e para consigo mesmo. Deste modo, o ser humano pode entender e antecipar seus comportamentos, cuidar-se nas relações com outras pessoas, aprende a interpretar o meio ambiente em que vive e tentar ser o mais adequado às exigências que lhe são feitas e que ele propõe para si mesmo”.

Dessa forma, as transformações do corpo somadas à baixa autoestima levam o paciente renal passar por desconfortos de contexto psicológico.

Outros discursos, diferentemente, favorecem a elevação da autoestima indicando que os indivíduos absorvem formas distintas de enfrentamento o que favorece o alcance do conforto psicológico. Demonstra-se no relato a seguir:

[...] Não, a autoestima não alterou, continuo me cuidando, eu vou para o salão, ajeito o cabelo, faço a sobrancelha e unha.

- EMOÇÕES:

Foram agrupados nessa categoria entrevistas que demonstraram sentimentos de equilíbrio e desequilíbrio emocional em decorrência do tratamento. Indicadores: Revolta, não conformação, raiva, angústia, conformação, não desespero.

[...] Eu sou muito conformada com a doença, eu estou aqui só por um tempo, quando Ele quiser me levar eu vou. Não me desespero por isso não.

[...] Sim, já passei por tanta coisa que não tá sendo fácil, me dá uma revolta.

Percebe-se nos discursos que as emoções dos entrevistados se alteraram. No primeiro discurso o sentimento revolta é claramente percebido. O que difere um relato do outro é o estágio psíquico em que se encontram. O primeiro encontrou sua aceitação enquanto o segundo permanece em estágio de revolta e raiva. Para Ibiapina *et al.* (2016) tais relatos: “São representativos das mudanças psicológicas que resultam em desconforto ao paciente, dada a dependência da terapia hemodialítica, provocando modificações significativas que repercutem na vida cotidiana”.

- **ASPECTOS AMBIENTAIS**

Nessa categoria foram explicitados os aspectos confortáveis e desconfortáveis relacionados ao ambiente e condições externas, os quais foram divididos em subgrupos. Os subgrupos representam os próprios indicadores presentes nas falas dos pacientes entrevistados. Indicadores: Luz, barulho, cadeira, frio e sem desconforto ambiental.

- DESCONFORTO RELATIVO À LUZ:

[...] A luz incomoda, eu venho de boné para me proteger.

- DESCONFORTO RELATIVO AO BARULHO:

[...] o barulho é ruim, não consigo nem tirar um cochilo.

- DESCONFORTO RELATIVO À CADEIRA:

[...] só a cadeira que é ruim, esse plástico mal trata muito a gente, imagina ficar aqui quatro horas!

- DESCONFORTO RELATIVO AO FRIO:

[...] o frio é muito ruim, tem dias que é de quebrar a canela.

[...] Só o frio que é ruim, mas aqui eles regulam quando a gente pede.

- SEM DESCONFORTO AMBIENTAL:

[...] Eu não ligo se tem cadeira, se tem merenda, meu propósito é vim fazer minha necessidade, me cuidar.

O conforto ambiental é algo imprescindível em se tratando de hemodiálise. Percebe-se que o paciente renal crônico em tratamento refere sempre desconfortos relacionados ao ambiente. Muitas vezes isso se deve às condições precárias de algumas clínicas, mas nem sempre esse, de fato, é o real motivo das insatisfações, pois se observarmos as questões ambientais se acentuam ao levarmos em consideração a frequência e o tempo de duração das sessões, esses fatores influenciam muito nas concepções de conforto ambiental. É o que observamos no relato sobre o mobiliário, a imobilidade somada à extensa quantidade de tempo sentado levam os pacientes à insatisfação com a cadeira.

Insatisfações com a luz com o frio e com barulho também foram relatados nas entrevistas. Trata-se de fatores modificáveis e que segundo Kolcaba (2001) “enfermeiros

podem e devem manipular características ambientais circundante como ruído, móveis, e ambiente para melhorar o conforto do paciente”.

Foram identificados nos relatos também, pacientes que não se importam com as características do entorno, pois para esses o maior conforto que pode alcançar é o acesso ao tratamento propriamente dito, é o que se pode inferir no exemplo da última categoria “sem desconforto ambiental”.

- **ASPECTOS SOCIAIS:**

- RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Nessa categoria estão descritos as entrevistas que mencionaram alterações de seus relacionamentos interpessoais e de suas atividades sociais após o início do tratamento. Indicadores: Mudança de rotina, deixar de fazer, deixar de viajar, não ir a festas, deixar de ir à igreja, equipe.

[...] Você passa 70% da sua vida aqui dentro.

[...] a hemodiálise atrapalha porque não pode isso e não pode aquilo.

[...] não participo mais de festas de aniversário.

[...] a rotina muda, agora só vou aos domingos para a igreja.

[...] Não confio de viajar não, porque a viagem é longa, faz anos que eu não vou para minha cidade, eu sinto falta porque eu era uma pessoa que gostava de viajar, eu não ficava parado não.

Os relatos indicam mudança radical das atividades diárias, das relações interpessoais, dos hábitos e, até mesmo, das atividades que lhes traziam prazer. Pode-se inferir que o paciente com DRC tem suas relações interpessoais alteradas para que possam atender a uma nova condição imposta pela doença, tais alterações podem influenciar suas relações familiares, suas práticas religiosas, suas atividades prazerosas como comemorar aniversários com amigos ou até mesmo viajar, podendo acarretar em alterações emocionais e introspecção social. Dessa forma, vê-se que o paciente renal crônico abdica de suas relações com os outros para priorizar sua subsistência.

Vejamos também essas expressões:

Aqui na clínica falo que é minha segunda casa [...]

Gosto muito da equipe, eles são divertidos [...]

No tocante às entrevistas citadas, podemos inferir que apesar das relações sociais serem prejudicadas, há uma relação que se fortalece no interior dessa rotina extenuante do doente renal, a relação com a equipe de saúde que presta cuidados essenciais ao paciente. Pelos relatos evidencia-se que a equipe torna-se uma segunda família ao paciente, mostrando a existência e a importância do vínculo formado.

- ATIVIDADES LABORAIS

Nessa categoria, as entrevistas capturadas se relacionaram pelas alterações dos vínculos empregatícios e das atividades domiciliares dos pacientes depois de submetidos ao tratamento de hemodiálise. Indicadores: Emprego, trabalho.

[...] Quando eu peguei essa doença foi horrível, parei de trabalhar, foi mesmo que eu ter morrido, pra mim foi a tristeza maior do mundo porque eu vejo todo mundo de manhã indo trabalhar, dá aquela vontade de trabalhar e não posso.

[...] quem é que vai querer dar um trabalho pra quem tem só três dias por semana?

[...] Sinto muita falta de trabalhar, hoje fico parada sem fazer nada, isso é o que mais mata a gente, fica dependendo dos outro para tudo.

[...] Eu era dona de casa, aí modificou mais porque a gente tem que ter cuidado coma fístula, aí tem que maneirar mais o trabalho.

[...] Eu tenho tanta vontade de trabalhar, se eu tivesse como voltar, eu voltaria, mas a gente não aguenta mesmo, o dia que a gente tá em casa a gente quer descansar.

[...] Eu trabalho ainda normalmente com vendas, estou conseguindo levar porque trabalho para mim mesmo.

Nesse grupo formado observamos alterações de trabalho em diferentes espectros, visto que os relatos demonstram diferentes olhares sobre o processo. Vejamos: No primeiro

relato, o paciente demonstra profunda tristeza ao ter que abandonar seu trabalho diário, mostrando prazer em suas atividades.

O segundo relato demonstra que o abandono ao trabalho decorre da rotina extenuante a qual o doente renal é submetido, três vezes por semana, durante quatro horas impossibilita que o doente se estabeleça em contratos empregatícios.

No terceiro relato é visto a associação da perda do trabalho com a dependência aos familiares, dependência não apenas financeira como também de atividades simples de vida diária.

O quarto discurso associa o abandono de atividades laborais por medo de perder a fístula e no quinto discurso as sensações do corpo são as causas, evidenciando uma rotina incapacitante. Nos dois últimos discursos citados, o afastamento é consequência das questões físicas impostas pela doença. E, por fim, o último relato associa sua capacidade de manter-se em atividade pelo fato de ser trabalhador autônomo, o qual não necessita de leis trabalhistas ou ter que cumprir horários e exigências de qualquer trabalho formal.

- SUPORTE FAMILIAR

Nessa categoria foram agrupados os relatos indicativos ao suporte familiar recebido pelos pacientes imediatamente após o diagnóstico e início do tratamento de hemodiálise. Indicadores: Família, filhos, marido, esposa, irmãos, apoio, suporte, cuidado, abandono.

[...] Com a família alterou porque eu vejo assim, que eles me acham tão forte que eles acham que eu não necessito de tanto cuidado, mas eu queria que fosse mais perto. Eles não convivem comigo, só na entrada e na saída, eu acho que eles eram para ser mais próximo. Eles não querem aceitar, querem que eu seja uma pessoa normal como eu era e não é mais assim.

[...] minha mulher me deixou quando eu vim o primeiro dia aqui.

[...] Sim, minha família fica mais apreensiva que eu, a preocupação deles comigo aumentou.

Nessa categoria observam-se múltiplos discursos sobre a questão do relacionamento familiar após o diagnóstico da DRC e início da terapia renal substitutiva. Três subcategorias foram elencadas a partir dos exemplos, portanto no primeiro relato infere-se que o vínculo familiar foi alterado para menos, contudo de forma a proporcionar uma relação de

indiferença da família para com a nova realidade do paciente. Através do discurso é perceptível que o paciente teve sua realidade alterada, mas não recebeu apoio diferenciado e necessário em sua rotina. No segundo relato, o vínculo familiar também é alterado para menos, todavia como forma de abandono, o que o difere do primeiro discurso, que apesar da situação tem uma relação familiar ainda próxima. No último discurso, diferentemente, vê-se alteração do vínculo familiar para mais, no qual o suporte é aumentado, em que a família se envolve no processo saúde e doença, fortalecendo ainda mais o prosseguimento da nova trajetória do paciente. Pesquisas bibliográficas indicam fortemente que “o suporte emocional é necessário como meio de ajuda na motivação desses pacientes para alcançarem adequada reabilitação e participação no tratamento terapêutico” (RUDNICK, 2014).

5.4 Predições dos aspectos prioritários do conforto:

Nessa sessão foram elencadas as respostas provenientes da pergunta: Das palavras citadas a seguir, qual representa uma prioridade de conforto pra você? As palavras citadas foram: Tranquilidade, corpo de enfermagem capacitado, sentimento de bem-estar, sentir-se bem, necessidades humanas básicas satisfeitas, ambiente favorável e estabilidade dos sintomas.

A seguir, as respostas:

ASPECTOS	QUANTIDADES DE VOTOS
Tranquilidade	12
Corpo de Enfermagem Capacitado	05
Sentimento de Bem-Estar	04
Sentir-se bem	04
Necessidades humanas básicas satisfeitas	03
Ambiente favorável	01
Estabilidade dos sintomas	01

Todas as respostas foram votadas ao menos uma vez, mostrando que para o paciente renal todas as dimensões precisam ser satisfeitas para o alcance do conforto, contudo a opção “Tranquilidade” aparece predominantemente, evidenciando que o aspecto prioritário para alcance do conforto é o estado de calma e satisfação.

As respostas inferem também que cada indivíduo possui prioridades, ou seja, há uma hierarquia de necessidade a serem satisfeita para que cada indivíduo, em particular, alcance a autorrealização. Esse fato corrobora para afirmar que conforto é uma necessidade humana básica, segundo a Teoria do Conforto, à medida que ratifica o que propõe a teoria de Maslow a qual diz que “[...] as necessidades humanas básicas estão organizadas em uma hierarquia de relativa preponderância”. Maslow também refere que os indivíduos podem ser motivados, ao mesmo tempo, por várias necessidades. A motivação que prevalece vai depender de qual necessidade está mais baixa na hierarquia (MASLOW, 1954).

Dessa forma pudemos identificar e avaliar os aspectos prioritários do conforto aos pacientes submetidos à hemodiálise, gerando assim uma lista importante de prioridades no cuidados que podem ser oferecidos pelo Enfermeiro Nefrologista. Por conseqüência, também poderemos levar ao paciente renal crônico melhor qualidade de assistência a qual o levará a alcançar níveis satisfatórios de autorrealização e conforto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A natureza humana é múltipla e complexa. Explorar suas percepções é tarefa árdua dado que o pesquisador precisa dar significação àquilo que os indivíduos sentem em relação às coisas e à vida. Percepção não é meramente aquilo que se passa dentro de uma pessoa, não é uma opinião, uma ideia, é uma relação do ser humano com o seu meio, e relações envolvem afetividade e troca.

É corriqueiro que pessoas comuns percebam conforto apenas como algo ambiental, diferentemente do indivíduo portador de doença crônica. No presente estudo, buscamos significar conforto para o doente renal crônico dependente de hemodiálise através da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e observamos que para eles o conforto perpassa por entre as várias dimensões, e que essas dimensões não agem individualmente, ao invés disso, se combinam de forma a gerar em cada indivíduo respostas singulares quanto as suas necessidades.

Da mesma maneira, observou-se que, assim como proposto pela Teoria de Katharine Kolcaba, o conforto configura como necessidade humana básica, e para tanto, precisa ser satisfeito para que o ser humano atinja sua autorrealização.

Pode-se dizer também que na população estudada foram evidenciadas inúmeras limitações para o alcance do conforto, as quais estão ou não na área de controle da Enfermagem, como propôs Kolcaba. Muitas dessas limitações devem e já são modificadas pela equipe, a exemplo disso estão os fatores ambientais da sala de hemodiálise, as intercorrências e sintomatologias decorrentes da terapia. Todavia, viu-se também que por mais que medidas de conforto, como as exemplificadas anteriormente, sejam implementadas pela a equipe de Enfermagem há dimensões externas ao cuidado que podem influenciar como entraves, a exemplos disso estão: As alterações da rotina do paciente; o abandono das atividades laborais; as dificuldades financeiras; o suporte familiar insuficiente, de tal maneira necessário em condições estressantes de saúde e as questões psíquicas que dia-a-dia o enfraquecem, os tornando vulneráveis a desconfortos.

Durante a coleta dos dados desse trabalho, pudemos vivenciar de perto a rotina do paciente renal em tratamento. Sua vida, sua rotina de tratamento extenuante, suas dores e desconfortos foram vistas, ouvidas e sentidas a cada gravação. Dessa forma, ficou claro com os depoimentos que cuidar de paciente renal é priorizar suas demandas e necessidades, e confortá-los é uma dessas prioridades em vista de sua vivência marcada por adversidades e desafios.

Nesse mesmo sentido, enfatizamos que os resultados dessa pesquisa possibilitarão que profissionais possam melhor direcionar as ações ao paciente renal crônico dependente de terapia renal substitutiva e com isso integrar os cuidados de conforto em suas rotinas. Somado a isso, pode-se afirmar que os resultados obtidos impactarão os estudos na área de Enfermagem em Nefrologia, uma vez já mencionada a carência de pesquisas na área do conforto e a necessidade de práticas que contemplem o diagnóstico de conforto prejudicado nesses ambientes.

O trabalho apresentou certas limitações, típicas de estudos qualitativos. No que concerne a coleta de dado enfrentou-se dificuldade na apreensão das verbalizações através de aparelho gravador Mp4, em consequência da pouca privacidade do ambiente e intervenções necessárias da equipe de saúde acerca de questões da terapia em si.

Outra limitação encontrada deu-se na análise dos dados, pois a subjetividade esteve presente dificultando, algumas vezes, a manutenção da imparcialidade por parte do pesquisador à medida que o estudo depende de sua interpretação. Pode-se ressaltar também a dificuldade em manter a neutralidade do trabalho, no que compete às respostas dos pacientes, uma vez que os mesmos podem ter manifestado opiniões influenciadas pela presença do entrevistador ou pela pouca privacidade, considerando que as entrevistas se deram no ambiente coletivo de hemodiálise.

Contudo, ressalta-se que os objetivos estabelecidos foram alcançados à medida que descrevemos e analisamos as percepções de conforto do paciente renal à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba podendo, assim, alcançar compreensão mais aproximada da percepção de conforto pelos indivíduos participantes.

REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, João Luís Alves, O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**, vol. 2, n. 9, p. 61-67, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 229, 2011,

BARBOSA, Genesis de Souza; VALADARES, Glaucia Valente. Tornando-se proficiente: o saber/fazer do enfermeiro de hemodiálise. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, p.163-166, 2014.

BORGES, Letícia Ribeiro; MARTINS, Dinorah Gióia. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? **Boletim de iniciação científica em psicologia**, v. 2, n.1, p.42-58, 2001.

CAMARGO, Valéri Pereira *et al.* Transplante renal: Um caminho para a vida ou um passo para a morte? **Revista Contexto e Saúde**, v.10, n.20, p.515-524, 2011.

COITINHO, Daiana *et al.* Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Av Enferm**, v.33, n.3, p. 362-371, 2015.

CRUZ, Vera Fontoura Egg Schier da; TAGLIAMENTO, Grazielle; WANDERBROOKE, Ana Claudia. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde Soc, São Paulo**, v.25, n.4, p.1050-1063, 2016.

DEUS, Paula Magalhães *et al.* Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Rev Epidemiol Control Infect**, v.5, n.1, p.52-56, 2015;

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. Ed. Curitiba: Positivo, 2010.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa *et al.* Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. **SANARE**, v.15 n.01, p.25-31, 2016.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, v.39, n.2, p.1-246, 2002.

KOIZUMI, Maria Sumi. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev. Esc.Enf. USP**, v.26, n Especial, p.33-47, 1992.

KOLCABA, Katharine K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, v.49, n.2, p. 86-92, 2001.

KOLCABA, Katharine K. The art of comfort care. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n.4, p. 287-289, 1995.

KOLCABA, Katharine K. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, n.6, p. 1178-1184, 1994.

KOLCABA, Katharine K. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image: J Nurs School**, v. 23, n.4, p. 237-240, 1991.

KOLCABA, Katharine K. Holistic comfort: Operationalizing the construct as nurse-sensitive outcome. **Adv. Nurs Sci**, v.15, n.1, p. 1-10, 1992.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. A Dialética da Vida Cotidiana de Doentes com Insuficiência Renal Crônica entre o inevitável e o casual. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 37, n. 3, p. 27 a 35, 2003.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALINOWSKI, Ann; STAMLER, Lynnette Leeseberg .Comfort: exploration of the concept in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. v. 39, n. 6, p. 599-606, 2002.

MARTINS, Ana Catarina de Freitas. **Adaptação da escala do conforto térmico para a população Portuguesa**. Dissertação (Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem Do Porto, Porto, 2015.

MASLOW, Abraham H. **A theory of human motivation**. 1943. Disponível em: <<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>> Acesso em: 14 Jun. 2018.

MCILVEEN, Kathleen Hunter; MORSE, Janice M. The role of comfort in nursing care: 1900–1980. **Clinical Nursing Research**, v.4, n.2, p.127–148, 1995.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em: 13/12/2017.

MILAN, Gabriel Sperandio; RIBEIRO, José Luis Duarte. **Entrevistas Individuais: teoria e aplicações**. Porto Alegre: FEENG, 2004.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica-DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014

MORSE, Janice. On comfort and comforting. **American Journal of Nursing**, v.100, n 9, p. 34-38, 2000.

MOSQUERA, Juan José Mouriño; STOBÄUS, Claus Dieter. Autoimagem, autoimagem, autoestima e auto realização: qualidade de vida na universidade. **Psicologia, saúde & doenças**. Porto Alegre, v.7, n.1, p.83-88, 2006.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.1, p.72-81, 2005.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem NANDA - Definições e Classificações**, 2015-2017. 10 ed. Trad. Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm** , v. 58, n.6, p.719-722, 2005.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.6, n.2, p.72-88, 2006.

TABOADA, Nina Garcia, *et al.* Resiliência: em busca de um conceito. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.16, n.3, p.104-113, 2006;

Pacientes com doença renal crônica triplicam em 16 anos no Brasil. **Istoé, Brasil**, 25 jun. 2017. Disponível em <<https://www.istoedinheiro.com.br/pacientes-com-doenca-renal-cronica-triplicam-em-16-anos-no-brasil/>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

PIETROVSKI, Vanusa; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.5, p. 630-635, 2006.

POVEDA, Vanessa de Brito *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise. **Enferm Glob**, 34, p.70-81, 2014.

PRESTES Francine Cassol *et al.* Contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.3, p.637-45, 2015.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2010.

RUDNICKI, Tânia. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v.7, n.1, p.105-116, jan/jun., 2014.

SALATI, Maria Inês; HOSSNE, William Saad; PESSINI, Leocir. Vulnerabilidade referida pelos pacientes renais crônicos - considerações bioéticas. **Rev. Bioethikos- Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v.5, n.4, p.434-442, 2011.

SESSO, Ricardo Cintra *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Bras Nefrol**, v.39, n.3, p.261-266, 2017.

SGNAOLIN, Vanessa; FIGUEIREDO, Ana Elizabeth Lima. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.34, n.2, p.109-116, 2012.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo. Estratégias de enfrentamento de pacientes em hemodiálise, **Escola Anna Nery**, v. 20, n.1, 2016.

SOARES, Mirele Inácio; CAMELO Silvia Helena Henrique; RESCK Zélia Marilda Rodrigues. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. **REME- Rev Min Enferm**, v.20, p.942, 2016.

SOUZA JÚNIOR, Eli Ávila. Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes, **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 23, n.3, p. 615-22, 2015.

SOUZA, Emília Ferreira; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v 41, n. 4, p. 629-35, 2007.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo:EditoraAtlas, 1987.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, v.2, n.1, p.1-15, 2001.

VIANA, Inara Cristina Cavalcante. O Conforto nos Ambientes Hospitalares. Uma Observação na Hemodiálise. **Revista Especialize On-line IPOG**, Goiânia, v.1, n.10, jul., 2015.

VIVEKANAND, Jha *et al.* Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. **Lancet**, v. 382, p. 260-72, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS AMPLAS BASEADO NA TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

- Perspectivas do conceito de conforto
 - a) O que é conforto pra você?
 - b) O que é desconforto para você?

- Dimensão do estado de conforto (ALÍVIO, CALMA E TRANSCENDENCIA):
 - a) Em que momento você se sente aliviado?
 - b) Quando se sente mais tranquilo?
 - c) Em que momento você percebe que supera / vence um problema ou sofrimento?

- Contextos em que o conforto é experienciado:
 - ✓ Físico (sensações do corpo):
 - Quais aspectos físicos lhe trazem mais desconfortos?

 - ✓ Psicoespiritual (consciência de si / autoestima / equilíbrio emocional / religião):
 - Você sentiu que sua autoestima/ emoções alteraram após iniciado o tratamento de hemodiálise?

 - ✓ Ambiental (meio / condições externas: temperatura, luz, ambiente, estrutura, mobiliário):
 - Você considera o ambiente da sala de hemodiálise confortável? Em que sentido?

 - ✓ Social (relações interpessoais, equipe, família, amigos):
 - Você acha que sua relação com familiares e amigos mudou após iniciado o tratamento de hemodiálise?

- Aspectos prioritários do conforto:

Das palavras citadas a seguir, qual representa uma prioridade de conforto pra você?

- ✓ Sentimento de bem – estar;
- ✓ Sentir-se bem;
- ✓ Ambiente favorável;
- ✓ Corpo de Enfermagem capacitado;
- ✓ Necessidades humanas básicas satisfeitas;
- ✓ Estabilidade dos sinais e sintomas clínicos;
- ✓ Tranquilidade;

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) PARA PACIENTES

Você está sendo convidado por Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, professora adjunta da Universidade Federal do Ceará, como participante da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E ENFERMEIROS DE HEMODIÁLISE**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos da pesquisa são analisar as percepções de pacientes renais crônicos e de Enfermeiros Nefrologistas sobre conforto no ambiente da hemodiálise. Esclareço que: Todos os princípios referentes à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas em seres humanos, são aqui respeitados quando consideramos que: este estudo não trará qualquer malefício aos seus participantes, deve trazer o benefício em desvendar uma realidade com subsídio ao planejamento de ações em promoção de saúde em Nefrologia. A autonomia em participar ou desistir de contribuir para a pesquisa em qualquer período de seu desenvolvimento lhe é garantida. Em momento algum sua identidade e as informações dadas serão reveladas, exceto aos responsáveis pela pesquisa. Os resultados e dados produzidos durante esse processo serão de conhecimento e tratamento exclusivo da pesquisadora e utilizados somente para os objetivos da pesquisa com justiça aos resultados obtidos.

Para o alcance dos objetivos do estudo será necessário: Responder verbalmente a um banco de perguntas feitas pela pesquisadora, as respostas às perguntas serão apreendidas por um gravador. A entrevista será realizada em uma sala reservada na instituição Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Ao final da pesquisa haverá uma confraternização com oferta de um breve lanche oferecido.

As informações produzidas serão manipuladas unicamente pela pesquisadora e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, permanecendo arquivadas por até cinco anos após o término do estudo lacrados em arquivo particular da pesquisadora.

Salienta-se que nenhum participante receberá pagamento por participar da pesquisa.

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

Nome: JÊNIFA CAVALCANTE DOS SANTOS SANTIAGO
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Endereço: RUA ALEXANDRE BARAÚNA, 1115, BAIRRO RODOLFO TEÓFILO.
Telefones para contato: (85) 3366 8455 / 3366 8451

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data:	Assinatura
Nome do pesquisador	Data:	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data:	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data:	Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL – KATHARINE KOLCABA

Código # _____

QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL

Muito obrigado por me ajudar na minha pesquisa sobre conceito de conforto. Abaixo estão listadas afirmações que podem descrever o seu conforto neste momento. Quatro números são atribuídos para cada questão. Por favor, circule o número que mais se aproxima com o que está sentindo. Relacione essas questões ao seu conforto no momento em que você estiver respondendo as questões.

Segue um exemplo abaixo:

Ex.: Eu estou contente em preencher este questionário sobre meu conforto....

Totalmente	Totalmente	Concordo		Discordo	
		4	3	2	1

1.	Sinto meu corpo relaxado agora	4	3	2	1
2.	Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito	4	3	2	1
3.	Eu tenho privacidade suficiente	4	3	2	1
4.	Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda	4	3	2	1
5.	Eu não quero fazer exercícios	4	3	2	1
6.	Minha condição me deixa triste	4	3	2	1
7.	Eu me sinto confiante	4	3	2	1
8.	Eu me sinto dependente dos outros	4	3	2	1
9.	Eu sinto que minha vida vale a pena	4	3	2	1
10.	Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a)	4	3	2	1
11.	Estes ambientes são agradáveis	4	3	2	1
12.	O barulho não me deixa descansar	4	3	2	1
13.	Ninguém me entende	4	3	2	1
14.	Minha dor é difícil de ser suportada	4	3	2	1
15.	Eu estou motivado(a) em fazer o meu melhor	4	3	2	1
16.	Eu fico triste quando estou sozinho(a)	4	3	2	1
17.	Minha fé me ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18.	Eu não gosto daqui	4	3	2	1
19.	Eu estou constipado (a) agora	4	3	2	1
20.	Eu não me sinto saudável agora	4	3	2	1
21.	Este ambiente me faz sentir medo	4	3	2	1
22.	Eu tenho medo do que está para acontecer	4	3	2	1

Totalmente	Totalmente	Concordo		Discordo	
		4	3	2	1

	4	3	2	1
23. Eu tenho uma pessoa(s) que me faz (em) sentir cuidado (a)	4	3	2	1
24. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável	4	3	2	1
25. Eu estou com fome	4	3	2	1
26. Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste lugar está agradável	4	3	2	1
28. Eu estou muito cansado (a)	4	3	2	1
29. Eu posso superar minha dor	4	3	2	1
30. O humor daqui me faz sentir melhor	4	3	2	1
31. Eu estou contente	4	3	2	1
32. Esta cadeira (cama) me machuca	4	3	2	1
33. Esta visão me inspira	4	3	2	1
34. Meus pertences não estão aqui	4	3	2	1
35. Eu me sinto deslocado (a) aqui	4	3	2	1
36. Eu me sinto bem o suficiente para caminhar	4	3	2	1
37. Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas	4	3	2	1
38. Minhas crenças me dão paz de espírito	4	3	2	1

39.	Eu preciso ser melhor informado (a) sobre minha saúde	4	3	2	1
40.	Eu me sinto fora de controle	4	3	2	1
41.	Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido (a)	4	3	2	1
42.	Este ambiente tem um cheiro terrível	4	3	2	1
43.	Eu estou sozinho (a), mas não solitário (a)	4	3	2	1
44.	Eu me sinto em paz	4	3	2	1
45.	Eu estou deprimido (a)	4	3	2	1
46.	Eu tenho encontrado sentido na minha vida	4	3	2	1
47.	É fácil se locomover por aqui	4	3	2	1
48.	Eu preciso me sentir bem novamente	4	3	2	1

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DO CONFORTO POR PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E ENFERMEIROS DE HEMODIÁLISE

Pesquisador: Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83521918.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.645.675

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa a ser apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O objetivo do estudo será analisar as percepções de pacientes renais crônicos e de enfermeiros nefrologistas sobre conforto no ambiente da hemodiálise à luz da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Trata-se de estudo descritivo exploratório, com uma população de 130 pacientes e três enfermeiros nefrologistas, cuja amostra se dará por saturação teórica. O local de realização do estudo será na clínica de hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Clínica de Nefrologia ProRim LTDA. A população será constituída de pacientes com doença renal crônica que estejam em tratamento hemodialítico na referida clínica onde será realizada a pesquisa, e de enfermeiros especialistas em Nefrologia que trabalhem na clínica selecionada. Por se tratar de um estudo de amostra não probabilística, o número de pacientes e profissionais envolvidos se dará por saturação teórica, oriundos de uma população de 130 pacientes e três enfermeiros, considerando aqueles que aceitarem participar. A técnica de amostragem se dará por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão: Para pacientes: (1) Ter diagnóstico de DRC, (2) Ser consciente e orientado auto psiquicamente e halo psiquicamente (através do Mini exame do Estado Mental - MMSS), (3) Paciente ser maior de 18 anos. Para profissionais: (1) Ser Enfermeiro Nefrologista atuante em hemodiálise há pelo menos um ano e não estar em período de férias ou licença. Adotou-se como critério de exclusão: Para pacientes: (1) Ser incapaz de comunicar-se verbalmente. O instrumento

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.645.675

utilizado para a coleta dos dados trata-se de um banco de perguntas constituído de questões amplas baseadas na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba e no Questionário de Conforto Geral (General Comfort Questionnaire – GCQ). As perguntas deverão ser respondidas verbalmente pelos participantes a partir de mediação do pesquisador que apreenderá os discursos por meio de um gravador. Para proceder à coleta de informações será utilizada a entrevista semiestruturada em busca das verbalizações dos pacientes e profissionais frente às significações e representações acerca do conceito conforto diante do tratamento hemodialítico. A entrevista se dará durante as sessões de hemodiálise, por uma frequência média de duas vezes por semana nos turnos tarde e noite da clínica. Os dados coletados serão analisados com auxílio do programa IRAMUTEQ, trata-se de um programa de informática criado para analisar estatisticamente sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras, ou seja, analisa textos verbalmente transcritos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções de pacientes renais crônicos e de enfermeiros nefrologistas sobre conforto no ambiente da hemodiálise à luz da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

Objetivo Secundário:

Identificar as percepções de conforto do paciente renal crônico que realiza hemodiálise;

Apreender as percepções de conforto do enfermeiro nefrologista atuante no tratamento hemodialítico;

Confrontar as percepções dos pacientes e enfermeiros sobre o conforto na hemodiálise tendo como base a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta risco mínimo relacionado a possível constrangimento diante de alguma pergunta realizada pelo pesquisador.

Benefícios: Não há benefícios diretos para os participantes do estudo, porém a pesquisadora relata que o estudo permitirá a ampliação do conhecimento sobre a percepção de conforto pelos pacientes portadores de doença renal crônica, bem como pelos enfermeiros nefrologistas que atuam cuidando desta clientela pode subsidiar sua prática profissional, trazendo à tona a preocupação em proporcionar o conforto durante a terapia hemodialítica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3388-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.645.675

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objeto de pesquisa claro e congruente com a metodologia apresentada. Procedimentos administrativos e éticos descritos e congruentes com as recomendações da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Atualizar o cronograma de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1079924.pdf	23/02/2018 11:22:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES.pdf	23/02/2018 11:22:06	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIROS.pdf	23/02/2018 11:21:56	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_1.doc	23/02/2018 11:21:22	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	21/02/2018 14:43:38	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Orçamento	orcamento.jpg	20/02/2018 16:08:38	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Outros	dados.jpg	20/02/2018 16:07:11	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.jpg	20/02/2018 16:05:10	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.645.676

Outros	carta.jpg	20/02/2018 16:03:55	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	arquivo.jpg	20/02/2018 16:01:02	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/02/2018 15:58:09	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br