



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**INTERCORRÊNCIA DOS DOENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE
HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DO PRENDA NO II TRIMESTRE DE
2023**

Autora: Suzeth Marcos Rosário

Orientador: Elizeu Xilo, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**INTERCORRÊNCIA DOS DOENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE
HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DO PRENDA NO II TRIMESTRE DE
2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura. Sob orientação do professor Elizeu Xilo, MSc.

Autora: Suzeth Marcos Rosário

Orientador: Elizeu Xilo, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**INTERCORRÊNCIA DOS DOENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE
HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DO PRENDA NO II TRIMESTRE DE
2023**

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

CLASSIFICAÇÃO _____

DATA DA DEFESA _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Francisco Rosário Manuel e Isabel Buanga Tuti Malau, pelo sacrifício investidos na minha educação e pelos incentivos na busca incansável pelo conhecimento e por se terem mantido sempre ao meu lado face as vicissitudes e interferes da vida.

AGRADECIMENTOS

Reza a filosofia bantu, que nós só somos porque os outros são.

Aos queridos pais, Francisco Rosário Manuel e Isabel Buanga Tuti Malau, as minhas irmãs, Manuela Marcos, Amélia Rosário, Maria Rosário, Solange Rosário e Rita Rosário, ao meu pastor, Elizeu Candeia, pelo apoio incondicional, emocional, assim, o presente trabalho não teria sido possível sem a participação de vários intervenientes, que de forma directa ou indirecta tornaram-no possível.

Ao meu orientador Elizeu Xilo, MCs., pelo enorme auxílio que me prestou na composição e estruturação deste trabalho.

Ao meu professor Miguel Pedro Mavunga, Renaldo Sumbo, só muito grata pelo apoio, paciência e compreensão.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), que nos disponibilizou a possibilidade da formação no grau de licenciatura.

O meu reconhecimento e agradecimento a todos os meus colegas do ISA, Eduardo Mamona e Maria Baptista.

A minha gratidão por vocês, está manifesta em cada palavra e linha deste trabalho. Muito obrigada por tudo.

EPÍGRAFE

“a hemodiálise não mata, é uma maneira de viver. Aí, não faça traquinagem: se tiver chance de transplante procure fazê-lo. Se não tiver, mantenha-se numa linhagem de disciplina e viverá bem”.

(Xavier, A., 2018)

RESUMO

A pesquisa aborda sobre a intercorrência dos doentes atendidos no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023. Entretanto, tipo de pesquisa descritiva, porém, este permite fazer um estudo aprofundado dos fenómenos em estudo observado, tendo como modelo de pesquisa mista. O método descritivo busca utilizar a técnica do inquérito por questionário para a colecta de dados, depois de termos clarear os métodos de pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta de partida: Quais são as intercorrências dos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023? Para materializar este estudo, formulamos as seguintes hipóteses: H1: As intercorrências no tratamento de hemodiálise no II Trimestre pode dificultar a situação da saúde dos pacientes com insuficiência renal crónica; H2: As intercorrências podem causar constrangimento que interferem no desenvolvimento do estado de saúde do paciente com insuficiência renal crónica. Para dar sequência ao nosso estudo, traçou-se o seguinte objectivo geral analisar a intercorrência dos doentes atendidos no centro de hemodiálise no hospital do prenda no II Trimestre de 2023 e objectivos específicos caracterizar sócio demograficamente dos doentes de acordo com a idade, sexo e conhecimento; Identificar as intercorrências dos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda; descrever as intercorrências dos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda e prevenir as intercorrências dos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda. Portanto, os nossos objectivos e as hipóteses foram confirmados.

Palavras-chave: Intercorrência, Doentes e Hemodiálise.

ABSTRACT

The research approaches on the intercorrence of the patients assisted in the center of hemodialize of the Hospital of the Gift in the II Quarter of 2023. However, type of descriptive research, however, this allows to do a deepened study of the phenomena in observed study, tends as model of mixed research. The method descriptive search to use the technique of the inquiry for questionnaire for the colecte of data, depis of terms clareiar the research methods, the following departure question was formulated: Which are the intercorrences of the patients assisted in the center of hemodialize of the Hospital of the Gift in the II Quarter of 2023? To materialize this study, we formulated the following hypotheses: H1: The intercorrences in the hemodialize treatment in the II Quarter it can hinder the situation of the patients' health with inadequacy renal chronic; H2: The intercorrences can cause embarrassment that you/they interfere in the development of the patient's health condition with inadequacy renal chronic. To give sequence to our study, the following general objective was drawn to analyze the intercorrences of the patients assisted in the hemodialize center in the hospital of the gift in the II Quarter of 2023 and specific objectives to characterize partner demograficament of the patients in agreement with the age, sex and knowledge; To identify the intercorrences of the patients assisted in the center of hemodialize of the Hospital of the Gift; to describe the intercorrences of the patients assisted in the center of hemodialize of the Hospital of the Gift and to prevent the intercorrences of the patients assisted in the center of hemodialize of the Hospital of the Gift. Therefore, our objectives and the hypotheses were confirmed.

Words-key: Intercorrence, Sick and Hemodialize.

LISTA DE SIGLAS

CHHP: Centro de Hemodiálise do Hospital do Preda

DEP: Desnutrição Energético - Proteica

DRC: Doença Renal Crónica

DRCA: Doença Renal Crónica Aguda

DRCT: Doença Renal Crónica em fase Terminal

DP: Diálise Peritoneal

HP: Hospital do Preda

HD: Hemodiálise

IR: Insuficiência Renal

IRC: Insuficiência Renal Crónica

IRA: Insuficiência Renal Aguda

QV: Qualidade de Vida

QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

TFG: Taxa de Filtração Glomerular

INDICE DE TABELAS

Tabela nº5.1.....	33
Tabela nº1.....	35
Tabela nº2.....	37
Tabela nº3.....	38
Tabela nº4.....	39
Tabela nº5.....	41
Tabela nº6.....	42
Tabela nº7.....	44
Tabela nº8.....	46
Tabela nº9.....	48
Tabela nº10.....	49
Tabela nº11.....	51
Tabela nº12.....	54
Tabela nº13.....	55
Tabela nº14.....	57
Tabela nº15.....	58
Tabela nº16.....	60
Tabela nº17.....	62

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1.....	36
Gráfico nº2.....	37
Gráfico nº3.....	39
Gráfico nº4.....	40
Gráfico nº5.....	42
Gráfico nº6.....	43
Gráfico nº7.....	45
Gráfico nº8.....	48
Gráfico nº9.....	48
Gráfico nº10.....	49
Gráfico nº11.....	53
Gráfico nº12.....	55
Gráfico nº13.....	56
Gráfico nº14.....	58
Gráfico nº15.....	59
Gráfico nº16.....	61
Gráfico nº17.....	62

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	III
EPÍGRAFE.....	IV
ABSTRACT.....	V
LISTAS DE SÍGLAS.....	VI
ÍNDICE DE TABELA.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICO.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de termos conceitos.....	5
1.1.1. Intercorrências.....	5
1.1.2. Doentes.....	5
1.1.3. Hemodiálise.....	6
1.2. Doentes com insuficiência renal crónica.....	8
1.3. Insuficiência renal / doença renal crónica.....	9
1.4. O Rim humano.....	11
1.5. Epidemiologia da insuficiência renal crónica no mundo.....	12
1.6. Epidemiologia da insuficiência renal crónica em Angola.....	13
1.7. Diagnóstico.....	14
1.8. Principais causas e sintomas da insuficiência renal.....	16
1.8.1. Principais causas.....	16
1.8.2. Sintomas.....	18
1.9. Níveis de evolução da insuficiência renal crónica / doença renal crónica.....	20
1.10. Grupos de risco à insuficiência renal crónica.....	22
1.11. Medidas de tratamento e prevenção da insuficiência renal crónica.....	23
CAPITULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	26
2.1. Tipos de pesquisa.....	26
2.2. Modelos de abordagem	26

2.3. Níveis de estruturação de métodos	28
2.4. Técnica e instrumentos de recolha de dados.....	31
2.5. População e amostra.....	32
2.6. Caracterização do campo de estudo.....	34
2.7. Dificuldades encontradas.....	35
CAPITULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
3.1. Apresentação e interpretação da discussão dos resultados.....	35
CONCLUSÕES.....	63
SUGESTOÊS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A pesquisa aborda sobre a intercorrência dos doentes atendidos no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023.

A hemodiálise é a forma de tratamento indicada para pacientes com insuficiência renal, aguda, crónica ou grave, servindo de parte do trabalho que pela sua insuficiência o rim não pode fazer através do nefrologista, o paciente diagnosticado com insuficiência renal é aconselhado a passar por tal tratamento. Implica um processo de limpeza e filtração do sangue necessário para o organismo.

O seu processo acontece através do auxílio de uma máquina especializada para o efeito, estando assim o paciente dependente dela neste processo de filtração. Como se sabe, desde as condições do paciente, à disponibilidade do equipamento, podem surgir dificuldades na sua continuidade, facto que nos chama atenção e remete-nos à pesquisa sobre os riscos da interferência na hemodiálise, podendo através de aqui disponibilizar conhecimentos necessários aos pacientes e equipa de enfermeiros e médicos que se engajam no cuidado destes pacientes.

Através de contactos prévios no Hospital do Prenda percebeu-se o sofrimento de vários pacientes que necessitam estar sempre a busca do serviço de hemodiálise para recuperar a infuncionalidade renal na filtração sanguínea, facto que humanamente demonstrou necessidade de mais informação pelos pacientes, assim como da equipa médica sobre a necessidade do cumprimento dos prazos para a realização em tempos definidos sem interferência no processo.

Diante de pacientes foi possível entender que muitos têm deixado passar o dia marcado e encontram constrangimento no dia seguinte devido as marcações no hospital, o que por outro lado se indica negligência do paciente como justificação.

Diante disso, é necessário que as pessoas envolvidas no processo, desde pacientes aos médicos e enfermeiros estejam cientes da necessidade de manter prontamente o atendimento a isso, pelo que se levanta para a pesquisa o seguinte problema científico:

- ✓ **Quais são as intercorrências dos doentes atendidos no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023?**

- **Hipóteses**

H1: As intercorrências no tratamento de hemodiálise no II Trimestre pode dificultar a situação da saúde dos pacientes com insuficiência renal crónica;

H2: As intercorrências podem causar constrangimento que interferem no desenvolvimento do estado de saúde do paciente com insuficiência renal crónica.

- **Objectivos de estudo**

Os objectivos indicam as metas a se alcançarem no trabalho, seguindo a regra das pesquisas científicas, a baixo se apresentam os objectivos geral e específicos a serem alcançados com o trabalho.

- **Geral**

- ✓ Analisar a intercorrências aos doentes atendidos no centro de hemodiálise no Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023.

- **Específicos**

- ✓ Caracterizar sócio demograficamente dos doentes de acordo com a idade, sexo e conhecimento;
- ✓ Identificar as intercorrências aos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda;
- ✓ Descrever as intercorrências aos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda;
- ✓ Prevenir as intercorrências aos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda.

- **Delimitação do estudo**

- a) Delimitação**

De acordo com os objectivos traçados, delimita-se a nossa investigação no Hospital do Prenda. O presente trabalho realizou-se no espaço temporal: II Trimestre de 2023.

- b) Limitação**

O estudo limitou-se nas intercorrências aos doentes atendidos no centro de hemodiálise do Hospital do Prenda e com os seguintes intervenientes: Enfermeiros e Pacientes.

- **Justificativa**

Nos propusemos estudar os riscos que acarretam a intercorrência no processo de tratamento aos pacientes. Por outro lado, esse trabalho pode auxiliar a equipa médica na necessidade de cuidados e aproximação aos pacientes, incentivando a todo momento que os mesmos estejam prontos para a comparência nos dias de tratamento marcadas, demonstrando os riscos da interferência. Os médicos podem despertar sobre o facto de ser necessário a marcação de dias extras, considerando que o paciente pode faltar no dia combinado.

Relevância académica: O nosso estudo contém informações pertinentes ao saber em hemodiálise, as quais são de grande valia para a área da nefrologia e que, ao serem publicadas, contribuirão para que objectivos relacionados à assistência de qualidade, ao paciente renal crónico em hemodiálise, sejam alcançados com vistas à qualificação dos profissionais envolvidos e sobrevida dos pacientes que fazem este tipo de tratamento.

Relevância social: Como profissional da saúde, trabalhar no sentido de assegurar informação sobre os riscos de uma doença que consiste numa realização sobre os desígnios da profissão no cuidado da bem vida.

Como se sabe, os tratamentos de hemodiálise para os pacientes na maioria das vezes, gera frustração e limitações, uma vez que é acompanhado de diversas restrições, dentre elas a manutenção de uma dieta específica; associada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal em razão da presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa. A hemodiálise como uma forma de viver, um mecanismo para a reposição da qualidade de vida e aumento da expectativa de vida dos pacientes.

- **Estrutura do trabalho**

De modo estrutural, o trabalho apresenta a seguinte estrutura:

- ✓ No capítulo I: A Fundamentação teórica, onde abordou-se as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;
- ✓ No capítulo II: Metodologia de pesquisa, aplicou-se os métodos para elaboração da pesquisa;
- ✓ No capítulo III: Discussão e resultados;

- ✓ Conclusões;
- ✓ Sugestões;
- ✓ Referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta epígrafe, serão apresentados os diferentes conceitos dos termos chaves da pesquisa, de modos a se perceber do ponto de vista da produção acadêmica/científica, quais são os principais fundamentos que asseguram a percepção sobre a hemodiálise nos pacientes com insuficiência renal. Essencialmente se definem os conceitos de: Intercorrência, Doentes e Hemodiálise.

1.1. Definição de termos e conceitos

1.1.1. Intercorrências

Segundo Dicionário Integral (2022 p. 880), define intercorrência como a qualidade do que é intercorrente, alternativa, acção ou efeito de sobreviver ou de se manter de permeio.

Na visão de Nascimento (2018), afirma que, intercorrência expressa ou denota irregularidade, mudança: a intercorrência de relações pessoais; a intercorrência do seu humor, na medicina é o movimento sem ordem dos cursos.

Segundo Dicionário (2010), realça que, acção ou efeito de intercorrer, ocorre ao mesmo tempo que outra coisa; intercorrência no tratamento da hemodiálise em pacientes.

1.1.2. Doentes

Segundo Leite (1985), conceitua como sendo a recepção de pessoas que estão em estado de saúde crítica e que carecem de ajuda do especialista em saúde pública.

No ponto de vista de Costa et. all. (1998), conceitua como sendo o procedimento de recepção de alguém doente que precisa do auxílio de um especialista em Enfermagem,

Para Santo (2003), conceitua como atendimento que os especialistas em saúde pública fazem ao longo do seu exercício regular para acudir à situação enferma do paciente, ou seja, explica a relação humana entre o profissional e os pacientes.

Compreende-se que, doente atendido refere-se às pessoas que são recepcionados numa instalação própria de saúde a fim de serem resolvidos o problema de saúde do paciente que procura os serviços em questão.

1.1.3. Hemodiálise

Mediante a necessidade de se decifrar a sua compreensão como um elemento chave da pesquisa, passa-se a baixo a apresentar breves conceitos para o melhor entendimento sobre o que é a hemodiálise do ponto de vista científico, considerando pronunciamentos de pesquisadores da matéria.

A hemodiálise é uma técnica, realizada por uma máquina que exerce o papel de filtrar o sangue, eliminando os resíduos prejudiciais à saúde, tais como o excesso de sal e de líquidos, uma vez que os rins doentes estão incapazes de realizar. Ou seja, o procedimento funciona como um “rim artificial”. Também é capaz de controlar a pressão arterial e manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina no organismo, imprescindível para pacientes com doenças renais. (Nefroclínicas, 2022).

Numa breve definição e sem muitos rodeios, a hemodiálise é uma das formas de tratamento para os pacientes que estão no último estágio da doença renal crónica. (Nascimento, 2018).

Como se vê a cima, considera-se como uma das formas de tratamento a pacientes com doença renal crónica, daí que nesse texto estuda-se os casos de interferência desse tratamento aos pacientes, já que estes estão dependentes dos aparelhos específicos de uso no referido tratamento

A principal forma de tratamento da doença renal crónica é a hemodiálise. Esse procedimento simula o processo fisiológico de filtração glomerular, baseado no mecanismo de difusão. Assim, os pacientes são conectados a uma máquina específica durante um período que pode chegar até quatro horas, numa frequência de três dias por semana (Karkar, 2012).

No seu entendimento, Karkar (2012), nos mostra hemodiálise como um processo simulatório, ou seja, serve para cobrir as funções que não estão sendo desenvolvidas pelo órgão responsável na filtração do sangue. Não diferente ao conceito anterior, BVS (2019) indica o seguinte:

A hemodiálise é o procedimento através do qual uma máquina filtra e limpa o sangue, fazendo parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. Conclui o autor que a hemodiálise não tem outro objectivo além de substituir a função dos rins que estão com o seu funcionamento prejudicado.

Em seu discurso Silva et. all (2020) citados por Matos e Fazenda (2022), mostram a hemodiálise como o processo para a redução dos efeitos causados pelo mal funcionamento dos rins fazendo filtração do sangue retirando resíduos e excesso de líquidos e mantendo os sais em equilíbrio no organismo assim promovendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

O tratamento com hemodiálise é a modalidade substitutiva mais comum, caracterizando-se por um regime terapêutico complexo que influencia directamente a qualidade de vida e a valorização e condição física, pois interfere negativamente no bem-estar, no funcionamento ocupacional, na realização espiritual e na saúde em actividades laborais. Nesse sentido, o tratamento hemodialítico resulta em várias mudanças, trazendo, além de limitações físicas, uma variedade de sentimentos que impactam de forma notória aspectos psicológicos e emocionais. Assim, pessoas com IRC em hemodiálise, inicialmente, têm afectos negativos em relação ao tratamento, uma vez que é contínuo e não leva à solução do problema. Além disso, esses sentimentos perduram em relação às alterações na imagem corporal e no estilo de vida, que são drasticamente modificados; porém, podem se esvaír ao longo do tempo, graças à conformação e adaptação em face dos obstáculos, (Xavier, et al., 2018, p. 842).

Os autores a cima, ao definirem a doença, incorrem a vários factores que vão desde a sua utilidade, indicando-a como o procedimento mais comum, a necessidade de adaptação do paciente e os sentimentos que o procedimento pode desenvolver nos mesmos, bem como reconhece a capacidade da segurança da qualidade de vida do paciente que é portador da DRC.

Ainda mediante os escritos de Xavier, et al., (2018, p. 847), pode-se se tirar a definição de hemodiálise solta pela experiência de vida da paciente entrevistada pelos autores que até a data da realização da pesquisa em 2018, indicava estar a 16 anos fazendo o tratamento de hemodiálise, assim, em suas palavras sobre o procedimento que lhe assegura a qualidade de vida, refere: “a hemodiálise não mata, é uma maneira de viver. Aí, não faça traquinagem: se tiver chance de transplante procure fazê-lo. Se não tiver, mantenha-se numa linhagem de disciplina e viverá bem”.

Mediante aos conceitos a cima apresentada, entende-se a hemodiálise como um processo vital para pacientes com IRC, na medida em que quando ocorre ajuda na garantia da qualidade de vida do paciente, reduzindo os riscos de vida dos seus portadores, e, como já se referiu, melhorar concomitantemente a qualidade de vida, podendo permitir que a pessoa possa viver feliz e com maior expectativa de vida.

1.2. Doentes com insuficiência renal crónica

Com base na percepção do dia-a-dia, contando com experiências da vida, tem-se entendido o doente como a pessoa que apresenta os sintomas de uma doença, pelo que, de imediato, pensa-se que o doente com insuficiência renal crónica seja aquele que apresenta os sintomas da doença.

Na experiência adquirida na área da saúde em que a pesquisadora frequenta, tem-se entendido o paciente é uma pessoa que recebe atendimento de um médico, enfermeiro, psicólogo ou qualquer outro agente da área da saúde.

Também o dicionário Significados (2023), define paciente do ponto de vista médico como alguém que está doente sob cuidados médicos.

Do entendimento sobre o conceito de paciente, entende-se o paciente de insuficiência renal crónica como a pessoa portadora da doença recebendo ou necessitando de receber assistência médica.

Pode-se analisar ainda o conceito do paciente mediante a percepção sobre a saúde, já que, uma vez considerado como portador de uma doença, o paciente tem os seus níveis de saúde além do recomendado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a “saúde” como não se refere apenas ao bem-estar físico de um paciente. A definição deste termo implica um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou doenças. Apesar disto, o pensamento médico-científico ocidental, sempre tendeu a dividir o corpo em duas “partes”: fisiológico e psicológico. Desta forma, verificamos a existência de especialistas para o cuidado de cada uma dessas partes, (Canto & Simão, 2009, p. 307).

Nisto, podemos perceber e conceber um paciente como todo o indivíduo que não goza de bem-estar físico ou emocional, necessitando de cuidados

especializados para a reposição do seu bem-estar que assegura a sua qualidade de vida.

Analisando a trajetória do paciente com IRC, considerando as mudanças que ocorre em sua vida desde o facto da descoberta da doença ao tratamento, (Xavier, et al., 2018), indicam que este paciente é alguém que de repente se torna vulnerável em aspectos psicológicos, podendo apresentar em seu desenvolvimento sentimentos de desespero, tristeza, negação e revolta, sendo por isso um indivíduo necessitando do carinho e atenção dos profissionais e parentes a sua volta, que devem adoptar dos melhores mecanismos para uma vida que lhe seja mais saudável ao ponto de anular tais sentimentos.

1.3. Insuficiência renal / doença renal crónica

No quadro das diversas patologias que podem afectar o aparelho urinário, a insuficiência renal é uma das patologias muito notável, cuja presença, implica um funcionamento inadequado do rim no desenvolvimento de sua tarefa de filtração sanguínea, o que de imediato se torna uma situação de atenção e cuidados específicos para que se possa devolver aos pacientes a qualidade de vida normal e necessária.

No parecer de Matos & Fazenda (2022, p. 2):

A insuficiência renal é a perda da capacidade do rim de realizar suas funções, retirar os produtos de degradação de metabólicos e suas funções reguladoras. Pode apresentar de forma aguda, insuficiência renal aguda (IRA) que consiste em uma perda rápida, porém temporária das funções renais, devido a diminuição do ritmo de filtração glomerular, o paciente passa por métodos dialécticos até os rins voltarem a realizar suas funções normalmente.

A insuficiência renal ou falência renal é quando os rins humanos perdem a sua funcionalidade na filtração do sangue, obviamente é uma função indispensável para a segurança do pleno funcionamento do corpo humano, já que o sangue desempenha um papel vital.

Em citação a Ettinger e Feldman, (1997); Bichard e Sherding, (2003), Xavier, Puzzi, Plizer, Litfala, e Pena, (2008, p. 1), mostram que, “a insuficiência renal aguda (IRA) pode ser definida como declínio abrupto e sustentado na filtração glomerular”.

Numa abordagem um pouco mais profunda, Nascimento, (2018, p. 13), “refere que, a doença renal crónica é definida como uma lesão do parênquima renal e/ou pela diminuição funcional dos rins por um período igual ou superior a três meses. A redução da taxa de filtração glomerular pode ser de até 50% em relação ao seu normal”.

Em semelhança ao anterior Zamudio, (2003, p. 1), “a insuficiência renal crónica é definida como a perda progressiva, geralmente irreversível da taxa de filtração glomerular que traduz num conjunto de sintomas e signos denominado ureia, que em seu estado terminal é incompatível à vida”.

A ideia sobre a perda progressiva, indica, no entanto, que os níveis do problema do rim podem aumentar, pressupondo que existam níveis de classificação da doença. A confirmação sobre esse pensamento é confirmada pelo pronunciamento de Sousa, Pereira, e Motta, (2018), que se referindo sobre a doença, fazem referência a essência do termo, conforme os autores:

O termo Insuficiência Renal Crónica (IRC) é utilizado para descrever o estágio de disfunção renal, que se classifica em cinco estágios variando de leve a grave avaliado pela taxa de filtrado glomerular, calculada a partir da depuração da creatinina endógena ou depuração de creatinina, que varia de leve a grave. A taxa de filtração glomerular (TFG) é a melhor medida geral da função renal e a mais facilmente compreendida pelos médicos e pacientes. Ela é definida como a capacidade dos rins de eliminar uma substância do sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo, (Sousa, Pereira, & Motta, 2018, p. 205).

Para Costa, pinheiro, Madeiros, Costa e Cossi, (2016, p. 74), num mesmo sentido ao anterior, indicam que a insuficiência Renal Crónica (IRC) é considerada uma patologia sem expectativa de cura, de evolução rápida e progressiva, desencadeando diversas reacções para os pacientes, além de comprometer a qualidade de vida.

Aqui, o autor acrescenta o facto de que essa doença pode custar a vida do paciente, nesse sentido, os cuidados são fundamentais para que se possa responder as necessidades de salvaguarda dos direitos da vida, bem como da qualidade de vida aos pacientes.

Em sua definição, Xavier, Puzzi, Plizer, Litfala e Pena, (2008, p. 842), indica a insuficiência renal como uma doença de desenvolvimento lento, porém, que se caracteriza como irreversível, isto é, reduz as condições de cura do rim danificado. Os autores enfatizam: “A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença lenta e insidiosa que resulta da redução irreversível da quantidade e função dos néfrons, a principal unidade funcional dos rins”.

Indica-se no conceito a cima que, o órgão afectado essencialmente no rim que desencadeia a doença é denominado como néfrons, seja este o facto do médico especialista ser designado como nefrologista.

Mediante as diversas definições consideradas a cima, toma-se a percepção neste estudo de que a insuficiência renal crônica se caracteriza numa doença perigosa que quando não diagnosticada e tratada pode levar o paciente a óbito. De igual modo, uma das características sobressaliente da mesma cinge-se no facto de que ela seja irreversível, daí que a garantia da qualidade de vida do paciente depende da qualidade dos cuidados que recebe mediante as medidas de tratamento recomendadas.

1.4. O Rim humano

Imediatamente, pode-se entender o rim como um órgão do sistema urinário do qual se responsabilizam várias actividades que asseguram as funções vitais do homem. Como nos indicam (Sousa, Pereira, e Motta, 2018, p. 203), “os rins são órgãos complexos, de grande importância e muitas funções, controla o volume dos líquidos além de produzir e secretar hormônios: a eritropoietina, a vitamina D e a renina”.

Entre as mais variadas funções que o rim pode desenvolver, reconhece-se a sua grande tarefa na purificação do sangue, podendo por muitos se definido como o órgão de secreção das impurezas do sangue para permanência da pureza do mesmo.

Para Ibrahim, (2020, p. 3), “o rim é protagonista da homeostase, mantém o meio interior e assegura o ambiente fisiológico para as cerca de 100 trilhões de células do organismo humano”.

Como se sabe, a homeostase corresponde as condições internas físicas e químicas constantes mantidas pelos diferentes sistemas, de onde se identifica então o rim como um grande responsável na manutenção de tais condições.

Os rins são órgãos complexos, de grande importância e muitas funções, como a eliminação de resíduos tóxicos produzidos pelo organismo humano – a ureia e o ácido úrico, filtra, limpa e faz a depuração. O órgão controla o volume dos líquidos, portanto, qualquer excesso de água no corpo será eliminado pela urina, o chamado efeito diurético. O rim exerce controlo sobre os sais de nosso corpo, eliminando os seus excessos ou poupando-os nas situações de carência. Ele produz e secreta hormônios: a eritropoietina, a vitamina D e a renina. (Sousa, Pereira e Motta, 2018, p. 204).

A garantia das condições internas é fundamental para o organismo, o que remete a percepção do rim como um órgão imprescindível da garantia da saúde e vida dos indivíduos, daí que sua disfunção acarreta consigo grandes problemas, que culminam num quadro patológico das pessoas.

1.5. Epidemiologia da insuficiência renal crónica no mundo

Vários estudiosos no campo da saúde indicam a DRC como um sério problema de saúde pública ao nível mundial. A doença não escolhe raça ou cor, não se pode considerar um grupo de raças específicas que se devem ter como as mais a ela vulneráveis, podendo afectar populações quer em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Hoje a insuficiência renal crónica (IRC) emerge como um sério problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante e que tem dizimado muitas vidas.

Em citação a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2020) e Silva (2023, p. 17) mostra que:

A DRC é considerada um problema de saúde pública, pois trata-se de uma doença que possui alta incidência, gera altas taxas de morbilidade e mortalidade, possui curso prolongado, progressivo e insidioso e que, na maioria das vezes, é silenciosa, por não dar sinais ou sintomas na maior parte da sua evolução.

É de facto o reconhecimento ao ponto de vista universal sobre a incidência da doença nas taxas de morbilidade e mortalidade da doença.

Continuando com sua análise, Silva (2023), apresenta dados numéricos mundiais, indicando que dados mundiais revelaram que, em 2020, havia 850 milhões de pessoas com doença renal, estimando-se também que 11% da população adulta brasileira tivesse a doença, ou seja, cerca de 13 milhões de pessoas conviviam com a doença renal no contexto brasileiro.

No entanto, considerando a estimativa de Silva (2018), para o número de doentes no ano de 2020, verifica-se um aumento de cerca de 150 milhões de doentes a nível mundial em três anos.

A insuficiência renal crónica é um problema de saúde reconhecido mundialmente, porém sobre atenção dos médicos nefrologistas que para aumentar a consciencialização sobre a crescente presença de doenças renais em todo mundo e pela necessidade de se delinearem estratégias para a prevenção e o gerenciamento dessa patologia, criaram através da Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN), institucionalizaram o dia mundial do rim. (Sonhi, 2023).

1.6. Epidemiologia da insuficiência renal crónica em Angola

Como mundialmente considerada um problema de saúde pública, em Angola não é diferente. A insuficiência renal crónica corresponde a um problema de saúde pública que afecta milhares de angolanos.

Segundo Sonhi (2023), da parcela mundial avaliada em cerca de mil milhões de pacientes, Angola controla cerca de 2.800 pacientes com insuficiência renal crónica.

Os dados apresentados por Sonhi se indicam actualizados considerando o contexto de tempo da pesquisa, porém, se verifica um aumento do número de pacientes, considerando dados de estudos em 2020.

Segundo dados publicados pela UCCLA (2020), em Angola estimava-se nessa altura que existiam entre 1500 e 1600 pessoas com insuficiência renal, verificando-se um aumento de cerca de 1200 pacientes na estatística mais recente.

Considerada como problema de saúde pública, o governo Angolano tem dado atenção a necessidade de tratamento da doença, assim, tem criados 14 centros de hemodiálise que atendem especificamente os pacientes da doença. Revela-se um esforço contínuo em criação de condições para atendimento a esses

pacientes, já que em dois anos, isto é, de 2020 a 2022, o estado angolano inaugurou dois centros de hemodiálise, nomeadamente o Centro de Hemodiálise Sol e o Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda. (UCCLA, 2020 citado por Sonhi, 2023).

1.7. Diagnóstico

Um diagnóstico é caracterizado como a avaliação do estado de saúde através de medidas específicas que, permitem a identificação ou não de doenças nos pacientes.

Estudos indicam que nem sempre o diagnóstico da IRC acontece precocemente ou antes que se dê o rim por não funcional, já que em muitos casos, os pacientes não sentem quais quer sinais, considerando-se assim como uma doença que acontece de forma brusca. (Cruz, Salimena, Souza e Melo, 2016).

O trabalho dos autores a cima, demonstra relatos pessoais de pacientes que em sua experiência referem exactamente que antes de terem sido internadas no hospital e acordar com o resultado de doente renal crónico não tinham qualquer sintoma, conforme citação a baixo:

Eu estava bem e normal e de repente estava mal. (Pausa). Não tive, não tive (sintomas da DRC). Agora, a única coisa que senti foi a pressão, me incomodou muito, foi muito alta e não era hipertenso. Não estava bem e encostei no carro, senti uma dor que começou a crescer, foi do lado mesmo (mostra o rim) e desmaiei. Acordei estava dentro do hospital. (Âmbar). Descobri faz pouco tempo. A causa, minha pressão. Ela subia demais, até que subiu além do limite, aí fiquei internada fazendo os exames. Aí constatou que meu rim tinha parado, todos os dois. Fiquei 30 dias no hospital. Aí! (Pausa). Foi aí que comecei a fazer (hemodiálise), (Topázio). (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016, p. 38).

Considerando pronunciamento a cima, percebe-se aqui a necessidade de realização de exames de rotina para a percepção do estado de saúde sem se importar se tem sintomas ou não, de modos a que em condições de enfermidades, a descoberta sobre as doenças sejam atempadas para evitar riscos.

Segundo Ionta et. all (2000) citado por Xavier, et. all., (2018), “as acções preventivas para o controle de doenças crónicas prevalentes na população, como hipertensão e diabetes, poderiam ter efeitos redutores significativos na demanda de tratamentos renais (hemodiálises e transplantes)”.

Concorda-se assim das opiniões dos autores a cima que se diagnosticada atempadamente, os efeitos da doença são cada vez menores para o paciente. No mesmo pensamento, também se pode citar (Junior, 2004, p. 1), fundamentando que “a detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC”.

Nisto, chama-se atenção aos médicos clínicos gerai que muito estão ligados aos cuidados das doenças tidas como principais causas da DRC, o caso da hipertensão arterial e o diabetes mellitus. (Junior, 2004).

Sobre a necessidade da atenção para diagnóstico cedo, busca-se a reflexão de referindo que muitos casos de doenças renais só chegam ao estado crónico devido a descoberta tardia da doença que normalmente se manifesta de forma lenta. (Cuppari e Kamimur, 2009).

Laboratorialmente, a função renal é avaliada tendo em conta a medida da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo considerada a prova laboratorial mais utilizada. (Kirsztajn, 2009).

Em Sousa, Pereira e Motta, (2018, p. 206), pode-se também verificar que a (TFG) é o principal marcador fisiológico da IRC, em sua reflexão, refere o seguinte:

O principal marcador fisiológico da insuficiência renal crónica (IRC) é a filtração glomerular, a qual estima a perda da função renal. À medida que a insuficiência renal progride, (TFG) diminui, com a queda progressiva da (TFG) consequente perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas, ocorre o comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos do organismo.

A filtração glomerular é o processo de conversão do suprimento sanguíneo sistémico num filtrado, que acabará por se tornar na urina, nesse caso, a TFG é entendida corresponde ao volume de plasma filtrado pelo glomérulo por unidade de tempo, sendo o indicador laboratorial mais importante da função renal. (Oliseth, Jones, e Maza, 2023).

Pode-se perceber acima de que quando a filtração glomerular não ocorre, as impurezas do sangue não são expulsas do organismo, o que então se constitui na dificuldade renal em desenvolver a sua tarefa.

Outros marcadores que também fazem parte de forma acentuada no diagnóstico da IRC é a creatinina e a ureia.

Segundo (Sousa, Pereira e Motta (2018), a creatinina que é produzida pelos rins, fígado e pâncreas, fornece dados importantes para avaliação da função renal principalmente para a filtração glomerular e um diagnóstico preciso. A ureia é o soluto mais osmoticamente activo, desequilibrando o organismo quando esta é removida rapidamente, os níveis desses resíduos aumentam quando diminui a taxa de filtração glomerular, pois a ureia é reabsorvida pelo túbulo renal após o processo de filtração, o que não acontece com a creatinina.

1.8. Principais causas e sintomas da insuficiência renal

A percepção sobre as causas e sintomas da doença são indicadores importantes a se terem em conta no cuidado da doença, sendo fundamentais desde o diagnóstico, até mesmo nas medidas para seu tratamento e prevenção. Interessa-se aqui debruçar sobre as principais causas da doença e seus sintomas, de modos a elevar a percepção sobre o modo da manifestação da mesma, assegurando um leque de informação que seja útil para os pacientes, bem como toda a comunidade que directa ou indirectamente lida ou lidará com casos da doença.

1.8.1. Principais causas

Normalmente, o quadro patológico dos pacientes é fundamentado mediante a situações básicas causadoras de uma determinada doença, podendo-se sempre remeter a um cenário antecedente à existência ou surgimento de determinada doença no organismo das pessoas.

Relativamente a IRC, tem-se fundamentado que muitas vezes, não é possível determinar a causa exacta de uma insuficiência renal crónica, a doença as vezes surge de forma brusca, sem demonstração de precedentes, já que pode ser assintomática na medida em que se desenvolve no organismo dos indivíduos. (Xavier, et al., 2018).

No entanto, segundo Saúde (2019), é conhecido que podem estar na origem de uma insuficiência renal:

- ✓ A hipertensão arterial;
- ✓ A diabetes;

- ✓ A ingestão excessiva de medicamentos;
- ✓ Algumas doenças hereditárias ou congénitas;
- ✓ As infecções renais.

Segundo Júnior (2004, p.1), “como as duas principais causas de insuficiência renal crónica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde que cuidam destes pacientes”.

Também partilham da ideia sobre as principais causas da DRC, Neves, Sá, Morais e Dlb, (2009, p. 21), porém, especificam o seu discurso a diabete mellitus, indicando-a como uma das causas mais frequentes, referindo o seguinte:

O envelhecimento da população, a elevação na prevalência e na sobrevida dos pacientes com diabete melito (DM) são algumas das causas responsáveis pelo aumento da participação da nefropatia diabética como uma das causas mais frequentes de doença renal crónica (DRC), apesar da grande evolução no arsenal terapêutico para o tratamento da hiperglicemia, como os análogos de insulina, bomba de infusão e a grande variedade de agentes anti-hiperglicêmicos com diferentes mecanismos de acção e eficácia.

A DRC é assim uma doença cuja causa pode ser a existência de outra doença, ou seja, a disfunção do rim é em muitas vezes ocorrente nas pessoas através da ocorrência no indivíduo de ocorrências de patologias ou distúrbios no organismo que acometem o bom funcionamento desse importante órgão do sistema urinário.

Referindo-se as causas, indicam Cuppari e Kamimur (2009, p. 29), os distúrbios de nutricionais, como o caso da obesidade como um facto provavelmente causador da IRC, mediante os autores; “a obesidade tem merecido destaque não somente por ser apontada como factor de risco para complicações cardiovasculares e até como um possível factor causal da DRC, mas também paradoxalmente pelas evidências sobre um possível papel protector na sobrevida desses pacientes”.

A questão das causas da DRC não é mesma em os pacientes, porém, existem aqueles factores considerados mais comuns que se caracterizam como as principais causas da doença que devem ser acompanhados milimetricamente para a prevenção e tratamento desta enfermidade.

1.8.2. Sintomas

Mediante a vários argumentos já a cima mencionada, pode-se ter a percepção de que a DRC em vários casos pode ser considerada assintomática, considerando-se que a sua evolução possa ser muito lenta, podendo demorar até vários anos.

Na indicação de (Saúde, 2019), ocorre uma manifestação lenta dos sinais e sintomas do paciente com a insuficiência renal crónica, porém, mediante a evolução da doença podem manifestar-se os seguintes sintomas:

- ✓ Falta de ar;
- ✓ Diminuição da produção de urina;
- ✓ Inchaço da face, mãos e pés;
- ✓ Dificuldade em dormir;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Náuseas e vômitos;
- ✓ Fadiga e sensação de frio.

Na lista indicada a cima, verifica-se ainda a presença da hipertensão arterial, estando indicada tanto no ponto de vista das causas quanto no ponto de vista dos sintomas da doença, conduzindo a percepção de que pode haver presença de hipertensão arterial quando há ocorrência da DRC, nisto, a DRC tida como causadora, e, de modo inverso, pode haver presença de DRC quando há ocorrência de hipertensão artéria, nisto, a hipertensão tida como causadora da DRC, considerando-se assim que é preciso que se esteja atento a esse indicador no diagnóstico de ambas.

Um aspecto necessário de ser tido em conta no quadro dos sintomas é a nutrição, apesar de que a mesma surge apenas no momento em que os pacientes estão já frequentando a hemodiálise, porém, é necessário que se atente a isto, pois que a ocorrência da desnutrição pode piorar o quadro clínico do paciente. (Costa, pinheiro, Madeiros, Costa, & Cossi, 2016).

A desnutrição energético-proteica (DEP) é uma condição altamente prevalente entre os pacientes com doença renal crónica (DRC) e apresenta um impacto negativo sobre a morbimortalidade. Factores relacionados à diminuição da

ingestão alimentar e ao hiper catabolismo contribuem para o desenvolvimento da DEP nesses pacientes. (Cuppari & Kamimur, 2009).

Os estudos mostram que a desnutrição energético-proteica (DEP) está presente em cerca de 45% a 55% dos pacientes em tratamento conservador, 18% a 50% dos pacientes em diálise peritoneal e 23% a 76% dos pacientes em hemodiálise. Tem sido demonstrado que, na medida em que ocorre a perda da função renal, ocorre uma redução espontânea do consumo alimentar e consequente depleção do estado nutricional naqueles pacientes que nunca receberam orientação nutricional. (Cuppari & Kamimur, 2009, p. 29).

Nisto, é necessário devida atenção, para que a situação da desnutrição que ocorre como sintomas resultando em vários casos dos efeitos das medidas profiláticas tenham respostas imediatas para evitar a sua repercussão negativa na qualidade de vida do paciente.

A anemia é uma alteração comum e pode ocorrer precocemente na evolução da doença renal crónica (DRC). Está directamente correlacionada com desfechos e qualidade de vida dos pacientes com DRC". (Bregman, 2009, p. 36).

Sem seu estudo Júnior (2018, p. 3), refere como também sendo sintoma de insuficiência crónica a infecção urinária, que segundo o autor, ocorre na fase renal laboratorial ou moderada, incluindo numa lista em que indica haver sinais e sintomas da ureia. Refere o autor que "nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presente de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias)".

Em conversa com o Nefrologista angolano José Carlos Malanda e Sonhi (2023), mostra em seu artigo que os sintomas da insuficiência renal surgem à medida que há diminuição da capacidade de filtração do rim, nisto, apontam-se como principais sintomas: pouca produção de urina, urina com cor amarela escura, cheiro forte de espuma, cansaço frequente, sensação de falta de ar, dor na parte inferior das costas, inchaços nas pernas e pés, febres superiores a 39º célsius, falta de apetite, náuseas e vômitos, câibras frequentes, tremores principalmente nas mãos, formigamento nas mãos e nos pés e pequenos caroços na pele.

Muitos são os sintomas da insuficiência renal crónica, porém o conhecimento de cada uma delas serve de indicador para a possível direcção da mesma.

1.9. Níveis de evolução da insuficiência renal crónica / doença renal crónica

Como se verificou mediante os conceitos, a insuficiência renal crónica corresponde a uma degradação progressiva do rim, muitas vezes irreversível que vai de leve a severa, nisto, são conhecidos níveis da doença, considerando o nível da lesão causada no rim.

Em Junior (2004, p. 1), realça-se que, nos pacientes com doença renal crónica o estágio da doença deve ser determinado com base no nível de função renal, independentemente do diagnóstico (C). Desta forma, refere o autor que “para efeitos clínicos, epidemiológicos, didácticos e conceituais, a DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios são”:

Fase de função renal normal sem lesão renal: importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crónica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC), que ainda não desenvolveu lesão renal. (Júnior, 2004).

Percebe-se que é na fase de função normal sem lesão renal que se precisa estar atento à verificação da saúde renal, essencialmente para as pessoas consideradas no grupo de risco para o desenvolvimento de medidas de prevenção e até mesmo a garantia de um diagnóstico precoce para que os efeitos da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes tenha, um impacto diminuído ao causado quando se descobre tardiamente.

Fase de lesão com função renal normal: corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90ml/min/1,73m². (Júnior, 2004).

Verifica-se através da consideração das fases que pode haver ocorrência da doença no organismo, porém, o rim ainda consegue desenvolver a sua função, o

que se faz positivo quando se percebe atempadamente sobre a sua existência e tomam-se as medidas específicas para o tratamento do paciente.

Fase de insuficiência renal funcional ou leve: ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de ureia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar estas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. Compreende a um ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89ml/min/1,73m². (Júnior, 2004).

Esta é uma fase que apesar d início da perca da função do rim, como se vê a cima, o paciente ainda é assintomático, remetendo-se aqui a percepção de que não se deve esperar por manifestações de sintomas para que se busque a percepção sobre o estado de saúde do organismo, no caso específico, enfatizar a necessidade de rotinas médicas aos indivíduos considerados em grupos de riscos da doença.

Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc.). Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59ml/min/1,73m². (Júnior, 2004).

O paciente nesta fase pode ter um bom estado clínico, o que pode remeter a percepção de que os meios de tratamento a que se submetem os pacientes na medida em que a doença evolui e causa grandes sintomas, podem devolver a qualidade de vida dos pacientes, já que se submetem na cobertura da actividade do rim que agora perdeu as suas funções.

Fase de insuficiência renal clínica ou severa: o paciente já se ressentido de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas

digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29ml/min/1,73m². (Júnior, 2004).

Considerando as fases anteriores, até a esta, entende-se que os sinais da doença evoluem mediante evolução da doença, daí que cada fase necessita de atenção e cuidados, bem como formas de tratamentos específicas para atender a demanda do organismo acometido pela doença.

Fase terminal de insuficiência renal crónica: como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15ml/min/1,73m². (Júnior, 2004).

Os pacientes do Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda com os quais se desenvolve a pesquisa, segundo a classificação a cima, estão no último nível da doença, considerada como a fase terminal, que são assistidos no referido centro através do tratamento do método de depuração artificial por Hemodiálise.

1.10. Grupos de risco à insuficiência renal crónica

Abordadas as causas e sintomas da DRC, entende-se ser necessária uma breve reflexão sobre os grupos de risco da mesma, isto é, ao colectivo de pessoas que esteja vulnerável ou propenso ao seu desenvolvimento, dada a percepção de que é necessário que se desencadeiem medidas de prevenção para evitar que mais pessoas padeçam por esta enfermidade.

Fundamentando o pensamento anterior, busca-se a percepção de Junior (2004), na percepção de todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco para desenvolverem a doença deve ser submetido a exames para averiguar a presença de lesão renal (análise de proteinúria) e para estimar o nível de função renal (RFG) a cada ano.

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, ou história familiar para doença renal crónica têm maior probabilidade de desenvolverem insuficiência renal crónica, como vimos a cima, as

diabetes e hipertensão constituem as causas mais comuns na base do desenvolvimento da DRC.

Olhando para uma perspectiva estatística, Júnior (2004, 2) refere que:

A incidência de DRC em hipertensos é de cerca de 156 casos por milhão, em estudo de 16 anos com 332.500 homens entre 35 e 57 anos. O risco de desenvolvimento de nefropatia é de cerca de 30% nos diabéticos tipo 1 e de 20% nos diabéticos tipo 2. No Brasil, dentre 2.467.812 pacientes com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa Hiperdia do Ministério da Saúde em 29 de Março de 2004, a frequência de doenças renais foi de 6,63% (175.227 casos).

Sobre as idades, olhando para as principais causas, diabetes e hipertensão, pode-se considerar maior probabilidade de adultos adquirirem a doença em relação as criança e adolescente, porém, é possível verificar casos de crianças adolescentes, jovens e adultos com a doença, pelo que se pode dizer que sem se importar com a idade, é necessário a observância de medidas preventivas, essencialmente as que apontam para um bom funcionamento do rim que é o órgão afectado. (Riyuzo, et al., 2003).

1.11. Medidas de tratamento e prevenção da insuficiência renal crónica

Toda medida de tratamento de uma determinada doença surge como resposta ao diagnóstico que permite a sua avaliação e o grau de acometimento do órgão em que se identifica, no entanto, toma-se a ideia de que um bom tratamento depende essencialmente da rapidez do diagnóstico da doença.

Segundo Sousa, Pereira e Motta (2018, p. 206), “o tratamento ideal da insuficiência renal crónica (IRC) é baseado em três pilares: diagnóstico precoce da doença; encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal”.

Na mesma ideia que a anterior, (Alvarenga, et al., 2023, p. 2) referem:

O tratamento da insuficiência renal crónica (IRC) baseia-se em um diagnóstico precoce, seguido por tratamento nefrológico e medidas que preservem o funcionamento do rim. O intuito é retardar, ao máximo, a evolução da doença até seu estágio terminal. No entanto, alguns pacientes evoluem para fase final da insuficiência renal e podem ser tratados com as seguintes opções terapêuticas: diálise, transplante ou tratamento conservador sem suporte dialítico. O suporte

dialéctico é o tratamento de primeira escolha no mundo e no Brasil, que adota essa prática em cerca de 90% dos pacientes no estágio terminal da doença.

Numa nota publicada em Saúde, (2019), indica-se que nas fases iniciais da insuficiência renal crónica, o tratamento consiste em tentar retardar a evolução da doença através de:

- ✓ Medicamentos;
- ✓ Dietas especiais.

Avança saúde (2019), concordando com Alvarenga et al (2023) que, entanto, mais tarde, será necessário outro tratamento que consiga substituir mais eficazmente a função renal. Nisto, existem convencionalmente 4 tratamentos possíveis, entre eles:

- ✓ Hemodiálise;
- ✓ Diálise peritoneal;
- ✓ Transplantação renal;
- ✓ Tratamento conservador.

O tratamento de hemodiálise, como já se verificou anteriormente é dos mais usuais, e é aceite como capaz de reduzir fortemente os efeitos da lesão no paciente. Sobre essa reflexão, entende-se hoje que os efeitos do tratamento de hemodiálise tomam hoje efeitos diferenciados dos que inicialmente forma concebidos nos primórdios da implementação do referido tratamento. Justificando a isso, (Sousa, Pereira, e Motta, 2018, p. 208) referem que:

Antigamente, a hemodiálise (HD) tinha como objectivo apenas evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia. Nos dias atuais, além da reversão dos sintomas urêmicos, esse tratamento busca, a longo prazo, a redução das complicações, a diminuição do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida (QV) e a reintegração social do paciente, pois em pacientes com doença renal crónica, as falhas na adesão ou até mesmo a não adesão tem como consequência o aumento das complicações a da mortalidade por (DRC).

Com isso, entende-se que entre as diversas formas de tratamento da (DRC), a hemodiálise tem suas vantagens e pode devolver a alegria dos pacientes que em meio ao diagnóstico da doença devem passar por períodos de adaptação.

Mediante procedimentos do tratamento de hemodiálise, Silva, et al (2011) e Frazão, et al, (2011) citado por Sousa, Pereira e Motta, (2018, p. 208), indicam que “os pacientes submetidos a esse tratamento devem pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico comumente necessitam de pelo menos três sessões semanais de terapia, com duração de aproximadamente quatro horas cada”.

Como também indicado através da entrevista com os pacientes realizadas por Cruz, Salimena, Souza e Melo, (2016), os pacientes encontram uma surpresa ao perceber que o tratamento não acontece num só dia, e não é único, devendo sempre durar quatro horas em três seções semanais, o que cria revolta e necessidade de adaptação, desde já acompanhada por sentimento de tristeza e desânimo por uma nova vida diferente do normal a que está acostumado.

Interessa realçar que muitas medidas de tratamento indicadas a cima são utilizadas mediante a fase da doença em que se encontra o paciente, assim, para o caso específico da fase terminal que corresponde ao grupo de pacientes estudados na pesquisa, existem três medidas comumente utilizadas que são os métodos de depuração artificial do sangue através da diálise peritoneal ou da hemodiálise e ainda o transplante renal. (Cruz, Salimena, Souza e Melo, 2016).

Especificamente, mediante as medidas acima indicadas, o tratamento de hemodiálise é o que toma maior repercussão no contexto da pesquisa, por ser o que se tem aplicado aos pacientes em estudo no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda, apesar de se ter também disponível neste centro a medida de tratamento por diálise peritoneal.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

De acordo com Rodrigues (2007, p. 38), “metodologias é um conjunto de abordagens técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objectiva do conhecimento de maneira sistemática”.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), metodologia é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objectiva do conhecimento de uma maneira sistemática.

Como base para enquadramento científico da pesquisa, segue-se abaixo a descrição do conjunto de abordagens técnicas utilizadas na presente pesquisa.

2.1. Tipos de pesquisa

No trabalho aplicou-se a pesquisa descritiva, pois, este permite fazer um estudo aprofundado dos fenómenos em estudo observado. (Lakatos e Marconi, 2014).

Na visão de Trivinos (1987 p. 100) citado por Zanella (2013, pp. 24-25), afirma que: Pesquisa descritiva procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas. Pretende descrever com exactidão os factos e fenómenos de determinadas realidades.

Para Gil (2002, p. 42), a pesquisa descritiva tem como objectivo primordial a descrição das características de determinadas populações, fenómenos ou então o estabelecimento de relação entre variáveis. Assim, para clarear a investigação utilizou-se a pesquisa descritiva.

2.2. Modelos de abordagem

Este trabalho utilizou-se os modelos de abordagem qualitativa-quantitativa, que permitiu fazer a colecta, análise e tratamento de dados, através da pesquisa de campo.

Canastra, Haanastra e Vilanculos (2015, p. 13), indicam que a pesquisa qualitativa-quantitativa, diz respeito a um enfoque ou paradigma de combinação de instrumentos e técnicas habitualmente associados aos diversos tipos de estudos, exemplificando:

O método descritivo utiliza, habitualmente, o inquérito por questionário para a colecta de dados. Contudo, pode acontecer que numa determinada fase do estudo (início ou no terminus), se tenha que usar outras técnicas, também, associadas a métodos de estudo, cujo enfoque é qualitativo (como, por exemplo, o método interpretativo ou o etnográfico).

A combinação das técnicas de entrevista e inquérito por questionário, permitiu a aplicação de procedimentos qualitativos, bem como quantitativo na colecta de informações sobre a frequência ininterrupta dos pacientes nas terapias de hemodiálise.

Prodanov e Freitas (2013), pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenómeno e estabelecimento de relação entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de colecta de dados, questionário e observação sistemática.

A pesquisa qualitativa assenta na busca em profundidade dos aspectos que asseguram a ocorrência dos processos e ou fenómenos, contrário da pesquisa quantitativa que superficialmente busca em fundamentos quantitativos sobre os possíveis efeitos dos processos e ou fenómeno, (Costa e Oliveira, 2015).

O estudo quantitativo se realiza sobre uma realidade objectiva, um fenómeno empírico, aqui estuda-se a realidade de maneira parcial e os dados colectados são quantificáveis, (Alvarenga, 2012).

Por sua vez o enfoque qualitativo “dá ênfase as características: sociais, antropológicas, culturais, psicológicas, criminalísticas, históricas. Tenta descrever e compreender as situações e os processos de maneira integral e profunda, considerando inclusive o contexto que envolve a problemática estudada” (Alvarenga 2012, p. 10).

No presente estudo, pretende uma compreensão aprofundada sobre o objecto de estudo, atendo-se a necessidade de percepção sobre as condições gerais necessárias para manter a frequência dos pacientes às seções terapêuticas de hemodiálise, como também se tomará em conta dados numéricos estatísticos que indiquem a quantidade de pacientes que por conta da interferência sofre ou não de consequências que a perigam o seu estado de saúde, comprometendo a sua qualidade de vida.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

De acordo com Zanella (2013, p. 19), o método “é a forma que o cientista escolhe para ampliar o conhecimento sobre determinado objecto, facto ou fenómeno, ou seja, é uma série de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para atingir determinado conhecimento”

Método científico é o conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia permite alcançar o objectivo, conhecimentos válidos e verdadeiro, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista, (Marconi e Lakatos, 1992).

Para a materialização da pesquisa, considerando as diferentes fases do processo de investigação, bem como a abordagem da pesquisa, foram seleccionados necessariamente métodos agrupados em duas categorias, nomeadamente os métodos de nível teórico e os métodos de nível empírico.

a) Métodos de níveis teóricos

Os métodos de nível teórico revelam a relação entre sujeito e objecto, o que ao nível de conhecimento, associam-se as capacidades racionais do homem e ao estabelecimento de relações abstractas na teoria. Através deles, estabelecem-se os anexos essenciais e as qualidades não observáveis.

Para Canastra, Haanastra e Vilanculos, (2015), os métodos teóricos cumprem uma função epistemológica possibilitando a concepção teórica dos dados colectados. Estes métodos criam as condições para que se perceba mais de modo geral sobre o fenómeno, desde o contexto da pesquisa até ao universal. Apesar de terem servido em todo o trabalho, estes métodos foram essenciais na produção do capítulo I do presente que diz respeito a fundamentação teórica. Assim, no decorrer da pesquisa recorreu-se aos seguintes métodos de nível teórico:

Histórico-lógico: Permitiu a compreensão das regularidades do objecto de estudo através da sua evolução histórica, determinando assim, as tendências de mudança, perspectivando deste modo as acções do presente para um futuro cada vez mais melhor.

Pesquisa bibliográfica: foi considerado como suporte para as etapas da investigação, ajudando na identificação do Problema Científico, definição dos objectivos e na elaboração do marco teórico.

Análise e síntese: segundo Paulo e Lemos (2018), este método pressupõe que se realize, principalmente uma divisão mental de factos ou fenómenos educativos em suas diversas partes, lados estruturas, níveis de desenvolvimento, etc. Está análise vai do concreto ao abstracto e do singular ao geral. Este método foi efectuado um estudo pormenorizado das diferentes fontes consultadas: livros, web sites, revistas entre outros.

Procedimentos de análise e síntese foram tidos em conta na medida em que na busca pela fundamentação do trabalho, várias são as abordagens conceptuais sobre o campo de acção, porém, a análise e síntese servirão aqui para tomar segurança sobre o necessário de entre os vários estudos para melhor fundamento do objecto desta pesquisa.

Método Indutivo-dedutivo: procedimentos de indução-dedução serão utilizados no desenvolvimento da pesquisa na tendência de formulação de conclusões gerais partindo da análise das particularidades do objecto. De forma inversa, também serão desenvolvidas análises do todo do objecto permitindo a conclusões mais particulares. Como fundamentam

Nos mostram Marconi e Lakatos (2003), que a indução é um processo mental através do qual, partindo de dados particulares suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, sendo principal foco da indução a condução a conclusões amplas sobre as premissas nas quais se baseiam, sendo os princípios dedutivos baseados numa acção inversa da indução.

Mediante ao procedimento na materialização deste método, considerando os vários estudos e pressupostos teóricos, a partir de teorias particulares sobre a hemodiálise no tratamento da insuficiência renal crónica, poderá chegar-se a conclusões particulares que compactam a percepção sobre o campo de acção do estudo e vise versa.

b) Método de nível empírico

Do ponto de vista empírico, os métodos auxiliam o pesquisador no contacto directo com o objecto de estudo, permitindo o levantamento dos dados para a produção do diagnóstico. No entender de Zayas (1995, p. 32), os métodos empíricos “correspondem ao conjunto de operações práticas com o objecto de estudo e os meios de investigação que permitem revelar as características, propriedades fundamentais e relações essenciais do objecto que são acessíveis a percepção sensorial”.

Neste nível considera-se o uso do método de observação que permitiu a colecta de dados para a compreensão do estado actual da interferência no tratamento de hemodiálise dos pacientes com insuficiência renal no hospital em estudo.

Almeida e Freire (2017), apontam a observação como de dupla utilidade, na medida em que pode ser utilizada por um lado como método e por outro lado como técnica, o que ocorre no desenvolvimento da presente pesquisa.

A observação é um método de investigação, e ao mesmo tempo, técnica de colecta de dados. Como método, orienta de maneira teórica e racional como proceder no momento da observação. Como técnica refere-se a maneira prática de colecta de dados segundo (Alvarenga, 2014, p. 83).

Da percepção de Gil (2002), o método de observação científica consiste numa percepção directa do objecto de investigação, este permite estudar o fenómeno directamente, permitindo o conhecimento acerca do comportamento do objecto e como se manifesta na realidade.

Será de igual modo utilizada a pesquisa documental, neste contexto, esta pesquisa permitirá averiguar os dados dos pacientes no trimestre em que se avalia a situação e ou ocorrência da interferência no tratamento da hemodiálise.

c) Método de nível estatístico / matemático

Usou-se o método estatístico descritivo tais como as frequências absolutas, relativas e percentagens para a melhor compreensão do ponto de vista qualitativo dos resultados obtidos. Estes métodos serviram para a quantificação dos dados

adquiridos por meio da sua aplicação. Assim, foi de grande importância para este trabalho, pois que a maior parte dos dados colectados e aqui analisados foram quantificados.

Conforme Battisti e Battisti (2008, p.10), como mostra a componente estatística é um conjunto de técnicas para a colecta, organização, análise e interpretação numéricos.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Como enfatizou-se a cima, no trabalho foram utilizadas três técnicas de pesquisa, que permitiram a materialização do método empírico seleccionado na pesquisa. Apegados a percepção de (Alvarenga, 2014, p. 75), “em uma investigação científica, pode se utilizar mais de uma técnica de colecta de dados” fundamenta-se o facto de terem sido utilizadas mais de uma técnica, o que do ponto de vista científico, oferece maior fiabilidade dos dados, na medida em que a sua triangulação permite conclusões compactadas do diagnóstico produzido.

Alvarenga (2014), indica que a pesquisa é o principal método de investigação utilizado por excelência, porém, argumenta a autora de que a mesma apresenta-se de duas maneiras: a) entrevista; b) o questionário. Como se sabe, a técnica é a forma de materialização do método, logo, no parecer da autora, pode-se ler que as duas formas muito usuais para a materialização da pesquisa sejam a entrevista e o questionário.

Concebem-se as técnicas aqui como os instrumentos materializados da intenção do pesquisador na busca de solução do problema da pesquisa. Fundamentando-se nos pronunciamentos de (Coutinho, 2011, p. 22), sobre o assunto que refere que as técnicas “são procedimentos de actuação concretos e particulares, meios auxiliares do método, porque dentro de um método que é sempre mais geral, podem utilizar-se diversas técnicas”.

Segundo Pereira et al. (2018, p. 42), “a entrevista é uma técnica que utiliza perguntas ao entrevistado como forma de aquisição de informações específicas”.

São conhecidos dois tipos de entrevista, no caso a entrevista estruturada e a semiestruturada. Para o caso do presente estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada, em benefício as suas características.

A entrevista é semiestruturada no sentido de que ela não segue uma estrutura em que as questões não totalmente abertas e nem fechadas, porém se compõe de um conjunto de questões parcialmente abertas das quais se recebe a informação pretendida por parte do pesquisador. (Pocinho, 2012).

O inquérito por questionário é apresentado em Alvarenga (2014), como uma modalidade de pesquisa na qual o pesquisado preenche um formulário impresso, sendo que seu preenchimento não exige presença do investigador, podendo ser enviado por via de terceiros. Na sua aplicação, podem-se considerar três formas, entre elas: aplicação cara a cara, por telefone e pelo portal ou correio electrónico.

No entendimento de Cervo e Bervian (2002, p. 48), o questionário refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche”.

Também em Marconi & Lakatos (2003, p. 48), mostra-se que “o questionário corresponde a uma série ordenada de perguntas respondidas por escrito sem a presença dos pesquisados”.

Caracteriza-se num documento preparado com perguntas ordenadas para os inqueridos que respondem deliberadamente sem seu ambiente normal. Num questionário pode-se ter perguntas abertas ou fechadas, porém, as perguntas fechadas se tornam mais facilitáveis na leitura e interpretação de dados. Cervo & Bervian (2002).

O questionário aqui, foi dirigido aos pacientes, considerando que haviam cerca de 100 indivíduos e buscou-se atingir o máximo número possível para maior representatividade na segurança da percepção sobre a influência da interferência no tratamento de hemodiálise. O inquerito foi vantajoso, pois permitiu atingir um número maior de participantes.

2.5. População e amostra

Neste epígrafe, são apresentados sinteticamente os elementos participantes da pesquisa. Como se sabe, a população do ponto de vista da ciência, corresponde ao colectivo de indivíduos ou objectos, fenómenos ou processos relacionados ao problema da pesquisa em estudo.

Como nos indicam Almeida e Freire (2017, p. 69), “o conceito de universo diz respeito a todos os sujeitos, fenómenos ou observações passíveis de serem reunidas como obedecendo a determinada característica”.

Por sua vez a amostra corresponde a parte do total do universo que se toma como representatividade para a realização da pesquisa, sendo muito requerida em estudos com grande fluxo populacional. (Gil, 2002).

Do ponto de vista da amostra, são considerados vários critérios ou tipos de amostragem, porém especificamente para esta pesquisa, foi utilizada a amostra aleatória simples.

Mediante entendimento em Almeida e Freire (2017), por amostra aleatória simples entende-se como aquela que permite que qualquer indivíduo do universo possua a mesma probabilidade de interagir, não estando envolvidos por opção do pesquisador ou por qualquer situação obrigatória.

Na verdade, os enfermeiros e pacientes dos quais se limita a pesquisa, tinham todos a probabilidade de participar do estudo, por não ter havido escolha de participantes por conveniência do pesquisador.

Na tabela a baixo, se apresenta a síntese sobre a população e amostra.

Quadro 5.1. População e amostra

Categorias	População	Amostra	Percentagem %
Enfermeiros	18	9	50%
Pacientes	50	25	50%
Total	68	34	100%

Propôs-se para o estudo o trabalho com pelo menos 25% dos pacientes, o que não foi possível pela indisponibilidade da maioria em participar deste, pelo que a sua definição foi em consideração aos que devolveram os cerca de 25 questionários distribuídos para o preenchimento, que correspondem ao número da amostra na categoria dos pacientes indicado na tabela.

2.6. Caracterização do campo de estudo

Como se pode ver mediante a delimitação do tema, a pesquisa foi realizada no CHHP localizado no distrito da Maianga, município de Luanda na Província de Luanda.

O CHHP é uma unidade sanitária a distrita ao Hospital do Prenda (HP), inaugurado aos 21 de julho de 2022 pela Ministra da Saúde Sílvia Lutukuta. A iniciativa da criação deste centro parte de um programa para aumentar a capacidade de resposta em acudir os pacientes com insuficiência renal crônica e aguda. (MINSA, 2022).

Em sua estrutura, o centro foi concebido para o atendimento de cerca de 250 pacientes em três turnos, sendo sua capacidade total desde sua concepção de atender ou prestar serviço em quatro turnos. Além do serviço de hemodiálise, desde sua inauguração, este centro se torna no primeiro centro em Luanda com a capacidade de realização da diálise peritoneal, uma medida ou forma de tratamento que também é usual para pacientes com DRC, acumulando assim duas vias de tratamento da doença. (MINSA, 2020).

Actualmente, o CHHP controla mais de 150 pacientes com IRC, atendidos por três turnos nos horários: das 6h às 10h, das 10h às 14h e das 14h às 18h.

2.7. Dificuldades encontradas

Ao longo da pesquisa encontrou-se as seguintes dificuldades:

- Escassez de referências bibliográficas;
- Dificuldades financeiras;
- Falta de transporte;
- Falta de equipamentos electrónicos para elaboração do TFC;
- Pouca experiência na elaboração do TFC;
- Dificuldades na recepção da credencial;
- Dificuldades na recepção dos questionários, etc.

CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os dados aqui apresentados, analisados e interpretados foram colectados no centro de hemodiálise através de instrumento de pesquisa próprios para a realização de uma pesquisa científica. Realçar que a informação aqui contida, assegura o diagnóstico da pesquisa sobre a interferência no tratamento de hemodiálise aos pacientes do Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda.

3.1. Apresentação, análise e interpretação dos dados da entrevista com os enfermeiros

Foram entrevistados 7 enfermeiros em serviço no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda com o objectivo de obter informação sobre os cuidados dos pacientes com DRC, e sua frequência nas seções de tratamento recomendadas para o seu estado de evolução da doença. A conversa com os mesmos permitiu aferir os dados abaixo apresentados.

Dados da questão nº 1 sobre tempo de serviço no centro

A primeira questão da entrevista buscou a compreensão sobre o tempo de serviço como enfermeira do centro. Para essa questão, as respostas foram unânimes, ou seja, todos enfermeiros entrevistados estão no centro desde a sua criação em 2022, sendo o período de frequência laboral dos mesmos de 1 ano, como se pode ver na tabela a baixo.

Quadro 2.1. Dados da questão nº 1 sobre o tempo de serviço

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Tempo de serviço	Desde a abertura	9	9	100
	Mais de 3 meses		0	0
	Menos de 3 meses		0	0
	Total		9	100

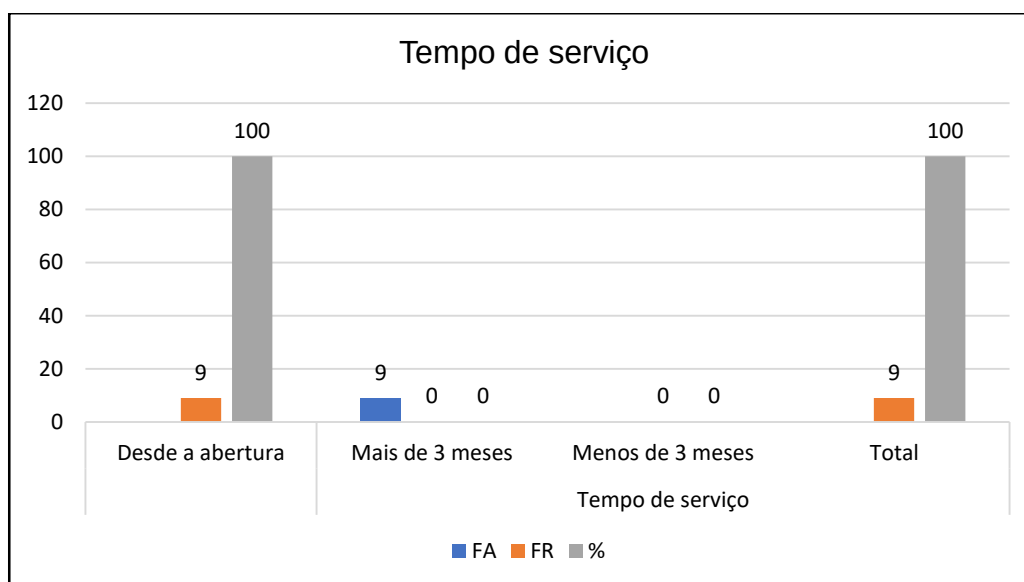
Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na tabela, todos os enfermeiros indicam trabalhar no referido centro desde a sua abertura, não havendo nenhum que tenha ingressado a posterior. Como viu-se mediante caracterização do local da pesquisa, o Centro de

Hemodiálise do Hospital do Prenda foi inaugurado no ano de 2022, o que indica que os enfermeiros estão em serviço nesta unidade hospitalar a caminho de um ano.

A percepção sobre o tempo de serviço dos enfermeiros se revela necessária para segurança na colecta da informação, já que busca-se informações sobre os pacientes no II trimestre de 2023, devendo, no entanto, ser conveniente a colecta da informação com profissionais que tenham estado em serviço nesse período para a segurança sobre um relacionamento com o paciente, através da qual se pode ter assim uma informação mais segura sobre o desenvolvimento deste último em seus cuidados.

Gráfico 3.1. Dados da questão nº1 sobre o tempo de serviço



Verifica-se nitidamente no gráfico que 100% dos enfermeiros tem o tempo de serviço desde a abertura da unidade agregada à estrutura hospitalar do Hospital do Prenda.

Dados da questão nº 2 sobre os cuidados a pacientes com DRCT

Tabela 3.2. Dados da questão nº2 sobre os cuidados a pacientes com DRCT

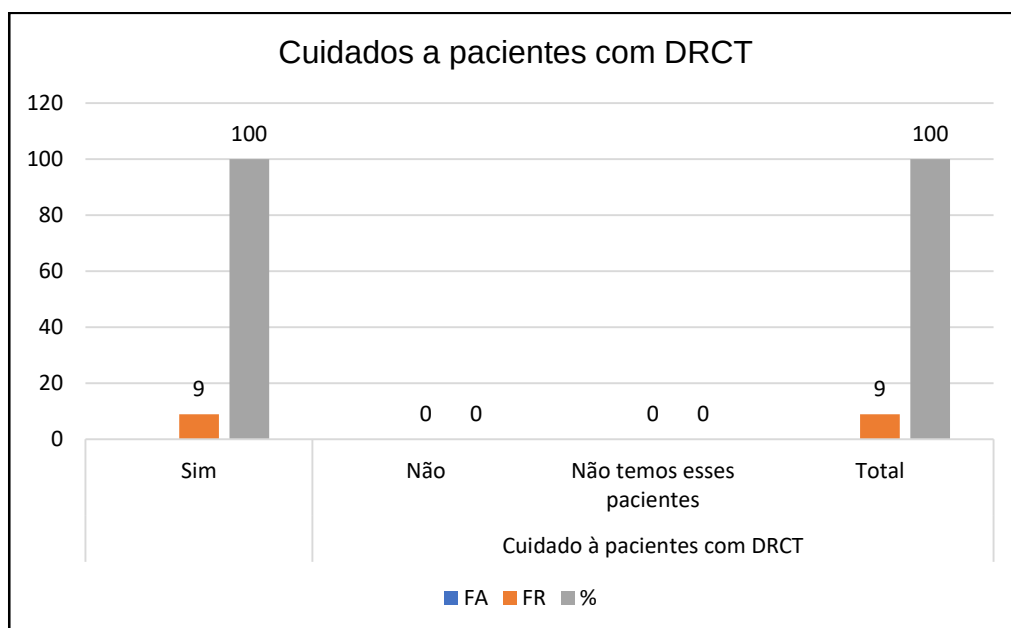
Indicador	Resposta	FA	FR	%
Cuidado à pacientes com DRCT	Sim	9	9	100
	Não		0	0
	Não temos esses pacientes		0	0
	Total		9	100

Fonte: Elaboração própria

Os nove enfermeiros indicam que têm cuidado pacientes com a DRCT, o que demonstra que não são casos de novidades ou desconhecimento por eles.

Como sabe-se, a DRC tem seis fases, no entanto duas delas, no caso da fase severa e a fase terminal recebem necessariamente tratamento de hemodiálise como a medida mais comum e disponível no nosso país. (UCCLA, 2020)

Gráfico 3.2. Dados da questão nº 2 sobre os cuidados a pacientes com DRCT



A semelhança do anterior, verifica-se que todos os enfermeiros correspondendo a 100% indicam uma única opção de resposta que para este caso é que sim, todos atendem pacientes com DRCT.

Dados da questão nº 3 sobre a fase da doença mais frequente entre os pacientes

Tabela 3.3. Dados da questão nº 3 sobre a fase da doença mais frequente entre os pacientes

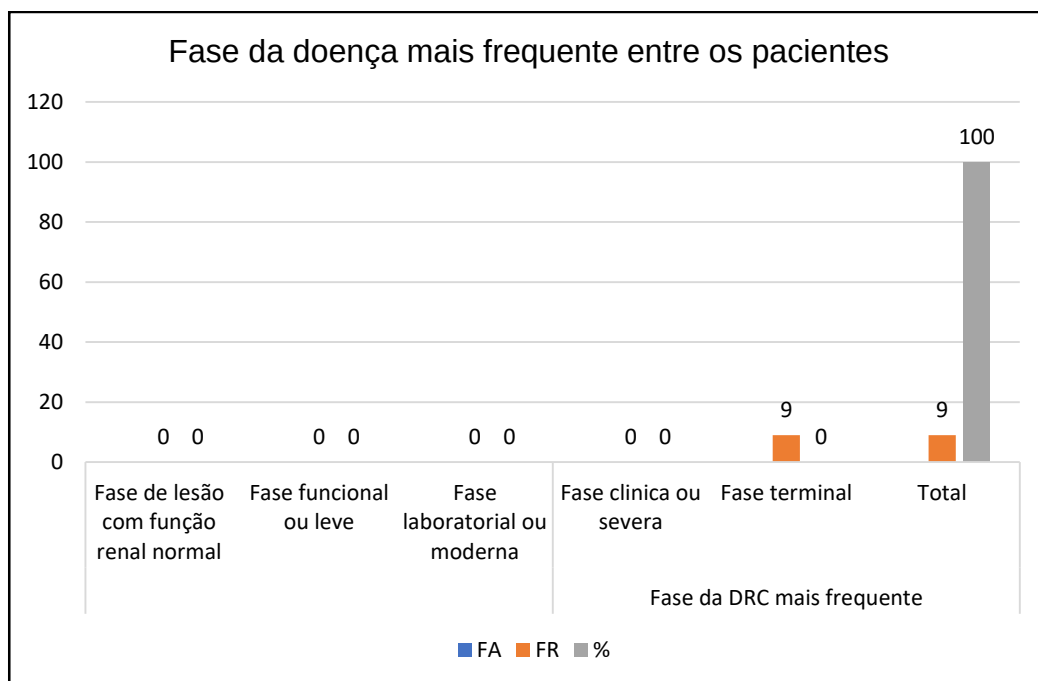
Indicador	Resposta	FA	FR	%
Fase da DRC mais frequente	Fase de lesão com função renal normal	9	0	0
	Fase funcional ou leve		0	0
	Fase laboratorial ou moderna		0	0
	Fase clinica ou severa		0	0
	Fase terminal		9	0
	Total		9	100

Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros dão a entender que a fase da doença mais frequente entre os pacientes é a fase terminal da insuficiência renal crônica, tendo todos os entrevistados apontado para essa opção de resposta.

Mediante aspectos já verificados no quadro da fundamentação teórica, muitos pacientes não têm informação sobre a doença, e a sua característica em muitas vezes assintomática, evita com que ocorra o diagnóstico atempado da doença, evitando fortes repercussões da mesma no paciente, razão apontada como a principal causa da ocorrência de casos de insuficiência renal crônica com em fase terminal com frequência nos pacientes. (Kirsztajn, 2009).

Gráfico 3.3. Dados da questão nº 3 sobre a fase da doença mais frequente entre os pacientes.



São visíveis, 100% do número de enfermeiros apontando para a fase terminal como a mais frequente entre os pacientes, o que pressupõe que o centro tem servido de socorro para a reposição da qualidade de vida dos pacientes através do rim artificial para a filtração sanguínea que já não ocorre no organismo dos pacientes, o que se representa uma mais valia a constituição deste e dos demais centros especializados na matéria.

Dados da questão nº 4 sobre as principais causas da DRC nos pacientes do Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda.

Tabela 3.4. Dados da questão nº 4 sobre o as principais causas da DRC nos pacientes do CHHP

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Principais causas da DRCT no CHHP	Hipertensão arterial	9	3	33
	Diabet Mellitus		2	22
	Outras causas		4	45
	Total		9	100

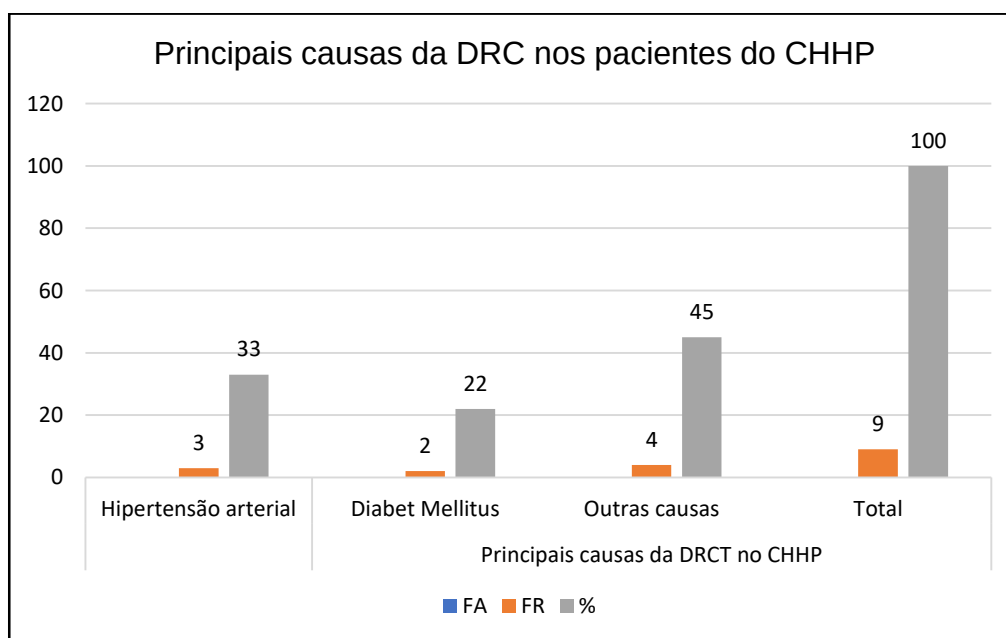
Fonte: Elaboração própria

Na indicação a cima, 100% dos entrevistados concorda e apresentam assim a diabete mellitus e a hipertensão arterial entre as principais causas da DRC nos pacientes do CHHP, confirmando aqui os vários pronunciamentos sobre o assunto por estudiosos na matéria.

Pode-se ver também na tabela através de 45% dos entrevistados que outras causas são visíveis no desenvolvimento da doença pelo paciente, aqui, pode-se recorrer ao pensamento de (Junior, 2004) indicando que também se pode considerar entre as causas da doença os factores hereditários que tornam vulneráveis à doença, os familiares directos de pacientes com a doença.

Pode-se aqui identificar uma necessidade de criação de situações para prevenção sobre a doença tanto me portadores de diabetes ou hipertensão, bem como aos familiares directos de pacientes com estas duas patologias e também com os familiares daqueles que já desenvolveram a DRC.

Gráfico 3.4. Dados da questão nº 4 sobre o as principais causas da DRC nos pacientes do Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda



Dados da questão nº 5 sobre o número de terapias mínimas necessárias para o paciente

Tabela 3.5. Dados da questão nº 5 sobre o número de terapias mínimas necessárias para o paciente

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Nº de terapias mínimas	4	9	0	0,0
	3		7	77,8
	2		2	22,2
	1		0	0
	Não tenho ideia		0	0
	Total	9	9	100,0

Fonte: Elaboração própria

Verifica-se nas respostas algum contraditório entre os enfermeiros quanto ao número de terapias mínimas necessárias para os pacientes, mediante os dados, a maioria, isto é, 7 (sete) de entre eles, correspondendo a 77,8% refere que são necessárias no mínimo 3 (três), ao passo que os outros dois indicam que são no mínimo necessárias 2 (duas) terapias por semana.

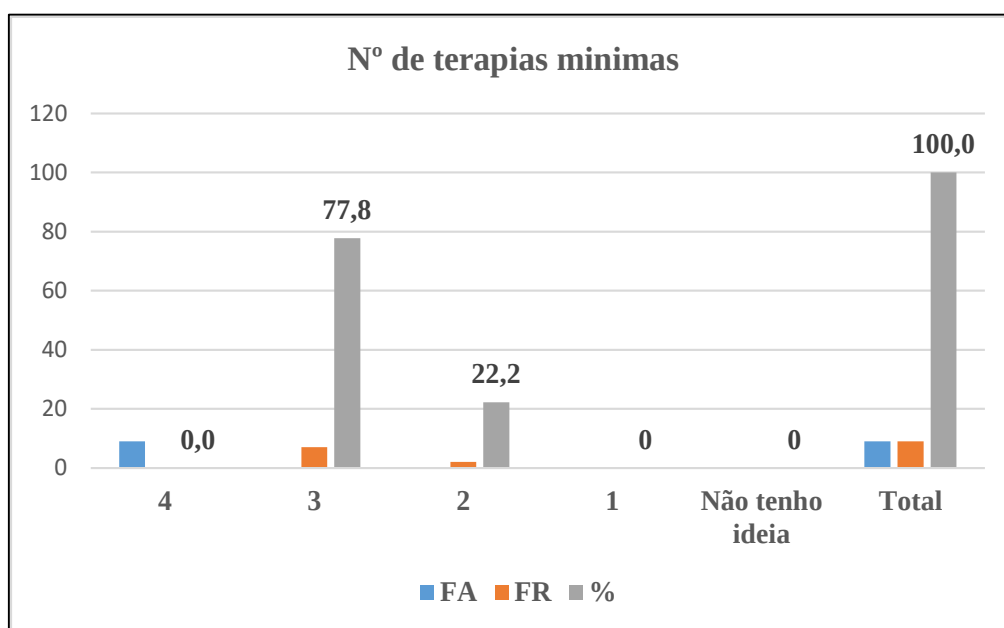
Mediante pesquisas do ponto de vista da fundamentação teórica do trabalho, percebeu-se que no mínimo, o paciente deve ter 4 seções ou terapias de hemodiálise por semana, duráveis em 4 horas cada, como se pode lembrar o pronunciamento de (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016) indicando que, os pacientes encontram uma surpresa ao perceber que o tratamento não acontece num só dia, e não é único, devendo sempre durar quatro horas em três seções semanais.

A União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa (UCCLA, 2020), também conduz a certeza sobre a necessidade de no mínimo três terapias necessárias quando ao se referir sobre os pacientes do Cento de Hemodiálise Sol, indica que neste centro, em seções que duram até quatro horas e realizadas três vezes por semana são submetidos os pacientes portadores da DRC,

Nisto, percebe-se alguma distração por parte dos dois enfermeiros que indicam um mínimo de duas terapias, já que têm acompanhado os pacientes, na medida em que aderem ao serviço, de igual modo, devido a prescrição do médico, é sempre indicada a dosagem e formas de aplicação de uma determinada medicação.

Sendo pessoas que lidam no dia a dia com os pacientes ministrando os cuidados necessários, os enfermeiros devem estar informados e actualizados sobre os principais métodos e formas de tratamento da doença, considerando não apenas a mestria na aplicação medicamentoso, como também no conhecimento sobre a periodicidade necessária para a realização do tratamento.

Tabela 3.5. Dados da questão nº 5 sobre o número de terapias mínimas necessárias para o paciente.



Dados da questão nº 6 sobre a frequência às terapias sem interferência

Tabela 3.6. Dados da questão nº 6 sobre a frequência às terapias sem interferência.

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Cumprimento das terapias sem interferências	Sim, todos cumprem	9	0	0,0
	Não, todos não cumprem		0	0,0
	A minoria cumpre		3	33,3
	A maioria cumpre		6	66,7
	Não tenho ideia		0	0
	Total	9	9	100,0

Fonte: Elaboração própria

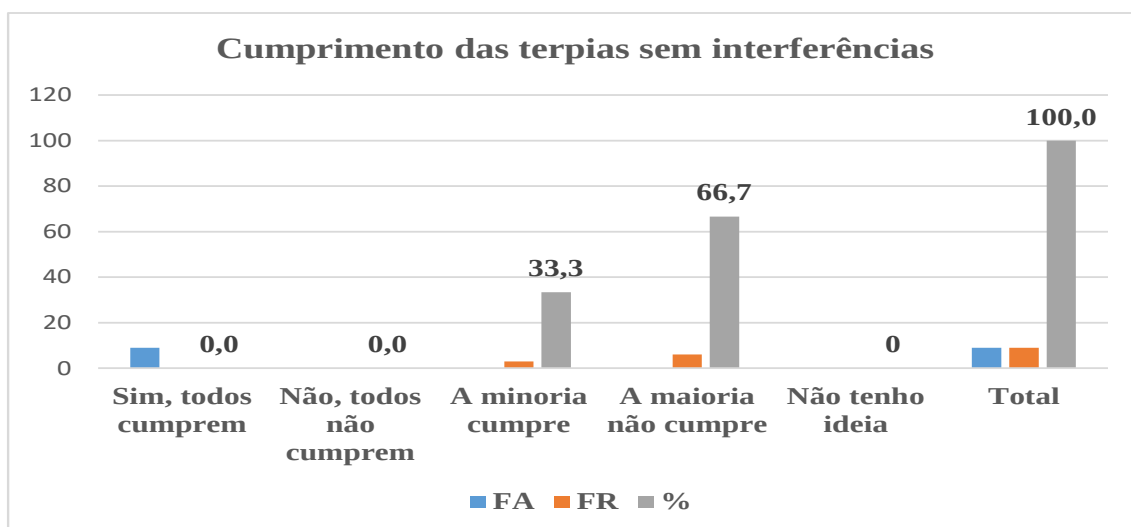
Foram 6 (seis) enfermeiros concordando de que a maioria dos pacientes não cumpre com as seções terapêuticas recomendadas por semana, o que indica que há interferência no tratamento de hemodiálise dos pacientes. Nisto, os questionamentos podem surgir sobre como é possível que as pessoas faltem da medicação que lhes vai assegurar a qualidade de vida, reduzindo os sintomas constantes da doença nessa fase em que se encontra, porém, pode-se compreender mediante a abordagem sobre a aceitação ao tratamento pelos pacientes.

Como nos indica (Costa, pinheiro, Madeiros, Costa, & Cossi, 2016, p. 76)

O comprometimento no domínio físico reflete o panorama de uma doença crônica, onde o tratamento gera dor e desconforto, assim como a dependência de medicação e terapia renal substitutiva; gera fadiga, diminui a mobilidade do paciente, já que este precisa conectar-se a uma máquina durante vários dias por semana, isso repercute no sono e repouso, na atividade da vida cotidiana e na capacidade de trabalho.

São ainda visíveis 3 (três) pronunciamentos indicando cumprimento por parte da maioria, porém, considerando uma maioria de a cima de 50% do total de entrevistados, isto é, 66,7% contra 33,3% desenvolve-se a ideia de que chega mesmo a ser o caso de que a maioria dos pacientes tem desenvolvido interferência. Apesar disso, interessa considerar que o principal interesse não é a percepção se muitos têm tido interferência, pois, um só paciente que demonstra interferências já constitui uma preocupação, considerando a vida um bem irreversível e de direito de todos.

Tabela 3.6. Dados da questão nº 6 sobre a frequência às terapias sem interferência



Dados da questão nº 7 sobre as causas na base da interferência nas seções terapêuticas

Tabela 3.7. Dados da questão nº 7 sobre as causas na base da interferência nas seções terapêuticas

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Principais causas das intercorrências	Dificuldades financeiras	9	2	22,2
	Depressão		2	22,2
	Falta de acompanhamento familiar		0	0
	Conflitos com o trabalho		0	
	Não aceitação ao tratamento		0	
	Baixa autoestima		1	11,1
	Não familiarismo com o tratamento		0	
	Saturação pela duração das seções		4	44,4
	Total		9	99,9

Fonte: Elaboração própria

As situações que motivam a interferência por parte dos pacientes indicados unanimemente pelos enfermeiros são a depressão, dificuldades financeiras, falta de acompanhamento familiar, conflitos com o trabalho, não familiarismo com o tratamento, este último, indicado por oito destes profissionais.

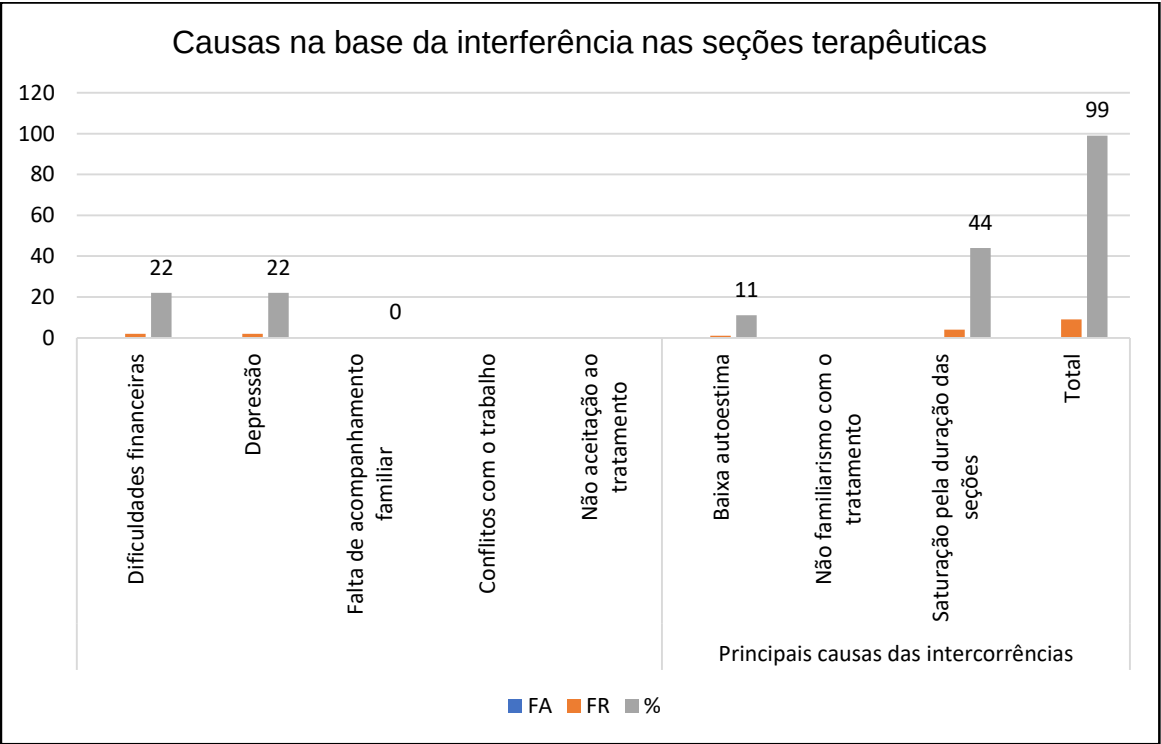
Como já se verificou a cima, a doença e o seu tratamento exigem uma adaptação do paciente. Por exemplo, sobre a questão financeira, o paciente adulto ainda em fase de produtividade, se vê condicionado, podendo perder as

potencialidades para arrecadação de receita, muitos destes são chefes de família e responsáveis de família, que quando entre num ciclo que gera improdutividade, diminuem-se as receitas e as dificuldades financeiras apertam. Muitos vivem em zonas distanciadas ao centro de Hemodiálise e têm que gastar muito para chegar aqui, sendo as dificuldades de transporte motivadas por dificuldade financeiras um forte problema.

O cenário criado na linha anterior, pode ser fundamentado com o pensamento de Alvarenga et al (2023, p. 2) indicando que;

Embora a HD aumente a sobrevida de pacientes com IRC quando comparada com outras modalidades terapêuticas, indivíduos em HD vivenciam diariamente várias comorbidades, além de baixa qualidade de vida e alta carga de sintomas como cefaleia, vômitos, convulsões, náuseas, reações alérgicas, entre outros. A maioria dos pacientes em HD são homens em idade produtiva, até 59 anos, que precisaram abandonar o trabalho após seu início. Portanto, verifica-se que o tratamento hemodialítico pode trazer impactos não somente na dimensão física da vida dos pacientes, mas também na vida profissional.

Tabela 3.7. Dados da questão nº 7 sobre as causas na base da interferência nas seções terapêuticas



Dados da questão 8 sobre desistência pelos pacientes no tratamento de Hemodiálise

Os enfermeiros também foram questionados se além da interferência têm registrado desistências do tratamento e quais são os pacientes que desistem do mesmo. Nisto, os entrevistados foram unânimes, indicando as respostas apresentadas na tabela a baixo.

Tabela 3.8. Dados da questão nº 8 sobre desistência pelos pacientes no tratamento de Hemodiálise

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Desistência de pacientes ao tratamento	Sim	9	6	67
	Não		3	33
Faixa etária dos que mais desistem	Crianças e adolescentes			
	Jovens e adultos		3	67
	Idosos		6	33
Tempo de tratamento dos que mais desistem	Os mais recentes em tratamento		0	0
	Os mais antigos em tratamento		0	0
	Total		9	100

Fonte: Elaboração própria

As respostas obtidas nesta questão mediante a tabela, dão conta que tem havido desistências no tratamento de hemodiálise, resposta tida em unanimidade pelos enfermeiros, que também indicam que os jovens e adultos são os que mais desistem, num campo em que não dão por desistentes as crianças e adolescentes, considerando num outro momento a opção de mais de metade dos entrevistados (6 enfermeiros) que apresentam duas opções, fazendo entender que entre os desistentes também estão os idosos. No último aspecto sobre essa questão, a durabilidade da frequência dos que mais desistem, os enfermeiros mostram unanimemente que os mais recentes em tratamento são os que mais desistem,

apesar de também ter-se verificado que metade destes indica que também os mais antigos em tratamento desistem com alguma frequência.

Pensa-se que as possíveis respostas sobre a desistência ao tratamento já foram muito referidas a cima, já que o tratamento não tem aceitação para muitos dos pacientes e que as condições financeiras jogam um grande papel na continuidade. Como se mencionou (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016, p. 37)

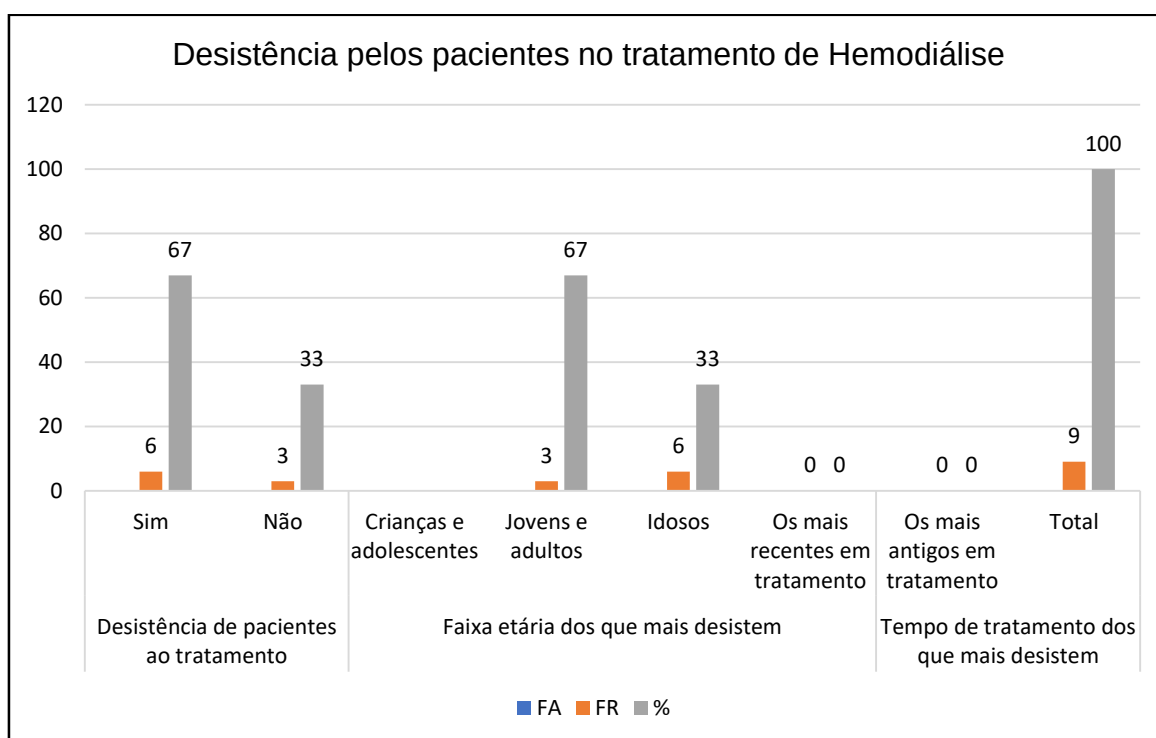
A pessoa que possui DRC e está tratando com a hemodiálise apresenta a necessidade de adaptação à nova condição e para tal usa formas de enfrentamento diferenciadas para desenvolver estratégias para lidar com as alterações no seu cotidiano. Assim, uma lida de maneira individual e subjetiva não existindo um padrão de comportamento e de adaptação. Desta forma, vários fatores influenciam na vivência de cada indivíduo como sua condição física, psíquica, sociocultural e sua história de vida que influenciam na condição de saúde.

As situações de adaptação nem sempre são favoráveis a todos, o que pode ser causa de desistência. Interessa ainda referir sobre o facto de as crianças e adolescentes não estarem mencionadas entre os desistentes, porém há uma valência de que estes são inteiramente dependentes dos seus pais, que asseguram a sua continuidade, podendo-se aqui dar corpo ao pensamento de que as condições financeiras estão muito na base da continuidade ou não das seções terapêuticas de hemodiálise. O que se verifica o contrário quando se trata dos idosos e por metade dos enfermeiros tidos como principais desistentes. Esses já não estão na fase de produtividade, no entanto, dependem de seus familiares que em várias situações lhes torna vulneráveis sendo em muito abandonados a sua sorte, facto que não necessita de muitas pesquisas pois no dia a dia se aparam situações do género.

Um dado interessante também é visto aqui, dando conta de que a indicação sobre o tempo de frequência dos pacientes que mais desistem recai na unanimidade da resposta dos enfermeiros sobre os mais recentes em tratamento. Aqui, pode-se considerar o facto de que estes não conseguiram adaptação as situações de convivência com a doença e seu tratamento, por outra, também o grupo dos mais antigos em tratamento é mencionada por cerca de metade dos entrevistados, ao que se pode logicamente por inferência deduzir que estes sejam os idosos que deixam de ter assistência familiar, já que o não apoio familiar também foi indicado pelos enfermeiros como sendo uma das principais causas de interferência.

Os pacientes necessitam do apoio de todos, desde às famílias, sociedade, aos profissionais da saúde que com eles interagem, com vistas a garantia do bem vida e reposição da alegria d viver a estes.

Gráfico 3.8. Dados da questão nº 8 sobre desistência pelos pacientes no tratamento de Hemodiálise.



Dados da questão nº 9 sobre as principais complicações fruto das intercorrências nas terapias de hemodiálise

Na oitava questão, os enfermeiros foram questionados sobre as principais complicações que podem surgir pelas interferências nas terapias de hemodiálise pelos pacientes. Apesar de ser uma pergunta aberta, as respostas obtidas foram as mesmas, ou seja, os enfermeiros concordam nos mesmos aspectos que são: por ser uma fase em que a doença é constantemente sintomática, a quebra das terapias pode elevar os sintomas e fazer com que o paciente sofra mais.

De facto a reflexão dos enfermeiros a essa questão corrobora com os pronunciamentos dos vários autores mencionados aqui no trabalho, que dão conta que a doença na fase terminal é fortemente sintomática, como se pode lembrar (Junior, 2004, p. 2), indicando que “nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático”

Pode-se ainda recorrer ao pronunciamento de (Alvarenga et al, 2023) estes reconhecem que pacientes nesta fase da doença em tratamento de HD, “(...) “vivenciam diariamente várias comorbidades, além de baixa qualidade de vida e alta carga de sintomas como cefaleia, vômitos, convulsões, náuseas, reações alérgicas, entre outros (...)”.

Os pacientes necessitam de ser incentivados e submetidos ao atendimento de qualidade capaz de elevar seus níveis de motivação em continuar assegurando os benefícios que podem surgir após sintomas que podem surgir após a diálise.

Dados da questão nº 10 da entrevista sobre as medidas para reverter o quadro de interferências e desistências no tratamento de hemodiálise pelos pacientes

Na décima e última questão, aos profissionais foi questionado sobre as medidas que têm utilizado para reverter o quadro da interferência e desistência nos tratamentos pelos pacientes, já que a reversão da alta morbidade e mortalidade dependem da medida de tratamento imposta e que os pacientes devem frequentar as seções de tratamento regularmente.

Aqui, também os 9 (nove) entrevistados foram unânimes em dizer que o hospital tem desenvolvido palestras com os familiares e que até ao momento da realização da presente pesquisa, estavam se estudando medidas para a formação dos pacientes na realização de tratamentos a partir de casa, facto que se conseguido, pode facilitar em muito a motivação dos paciente, uma vez que as deslocações ao hospital são reduzidas, podendo gerar situações de poupança dos custos da sua deslocação, favorecendo maior comodidade dos mesmos, já uma cama de hospital é sempre diferente ao ambiente de conforto caseiro onde mesmo em medicação pode interagir com os seus, sorrir, brincar e distrair-se do processo demorado da medicação, o que com certeza eleva a motivação e auxilia na adaptação do paciente ao tratamento.

O pronunciamento dos profissionais a cima indicado, revela de facto uma mais valia e demonstra a acção de ajuda aos pacientes e seus familiares a lidarem com a doença, assegurando a qualidade de vida do portado.

Como afirmam que (Madeiro, Machado, Bonfim, Braqueais, & Lima, 2010, p. 547):

Geralmente, os problemas psicológicos e sociais decorrentes da IRC e do tratamento diminuem quando os programas de diálise estimulam o indivíduo a ser independente e a retomar seus interesses anteriores. Por isso, o cuidado de enfermagem aos clientes em hemodiálise requer muita sensibilidade e empatia dos profissionais para reconhecerem os principais problemas enfrentados pelos clientes para sua adesão ao tratamento.

Pode-se ver a criação de condições estimulantes aos pacientes na adesão ao tratamento, o que se deve levar em conta e tornar essas medidas cada vez mais notáveis e abertas a todos.

A formação permite com que os pacientes e seus familiares tenham domínio da doença, o que com certeza ajuda nos cuidados tanto pelo paciente como pelos familiares em prestar ajuda, elevando-se aqui também o conhecimento sobre as medidas de prevenção a se terem em conta, de modos a reduzir o índice de novos casos da doença, já que entre os grupos de risco estão os familiares de pessoas portadoras desta doença ou daquelas que são suas potenciais causas, como é o caso da hipertensão e da diabetes mellitus, como se pode verificar no contexto da fundamentação teórica do trabalho.

3.2. Apresentação, análise e interpretação dos dados do questionário aos pacientes com DRCT do CHHP

De modos a tornar mais segura e confirmada a informação sobre a interferência no tratamento de hemodiálise dos pacientes do CHHP, dirigiu-se um questionário aos pacientes com a doença atendidos no hospital.

Realçar que a amostra concebida foi de 50 pacientes, porém, o questionário foi respondido por apenas 25 pacientes pelo facto de muitos não terem aceitado a conversa com os pesquisadores, facto compreensível dado aos desgastes que estes passam pelo tratamento que recebem. Assim, com base na disponibilidade de 25 pacientes que aderiram a conversa, se apresentam os dados, analisados e discutidos através da apresentação de tabelas e gráficos que se enquadram nas respostas a cada pergunta a estes dirigida.

3.2.1. Apresentação, análise e interpretação dos dados do bloco I do questionário: dados biométricos dos pacientes

Os dados biométricos permitem a percepção de certas características e condições de vida dos pacientes inqueridos que pode ser útil na percepção sobre a influência do fenómeno em estudo. A baixo, apresenta-se a tabela composta por cinco indicadores que se acharam úteis nesse sentido, compostas pelos vários subindicadores através dos quais se afere a situação dos pacientes.

Tabela 3.11. Dados biométricos dos pacientes

Género	Masculino	25	17	68	100
	Feminino		8	32	
Faixa etária	10 - 15 anos		3	12	
	15 - 25 anos		4	16	
	25 - 35 anos		4	16	
	35 - 45 anos		6	24	
	45 - 55 anos		6	24	
	55 - 65 anos		2	8	
	65 - a cima		0	0	
Tempo de tratamento de hemodiálise	1 ano		5	20	
	A cima de 1 ano		3	12	
	A 6 meses		14	56	
	A baixo de 6 meses		3	12	
Condições de empregabilidade	Trabalha		10	40	
	Não trabalho		7	28	
	Aposentado na caixa social		8	32	
Orgão empregador	Público		4	16	
	Privado		6	24	

Fonte: Elaboração própria

A tabela dos dados biométricos indica em primeira instância uma maioria de pacientes em hemodiálise do gênero masculino, pode-se verificar uma diferença grande entre os géneros, já que o masculino está a cima com um percentual de até 68%, estando o gênero feminino a baixo dos 50%.

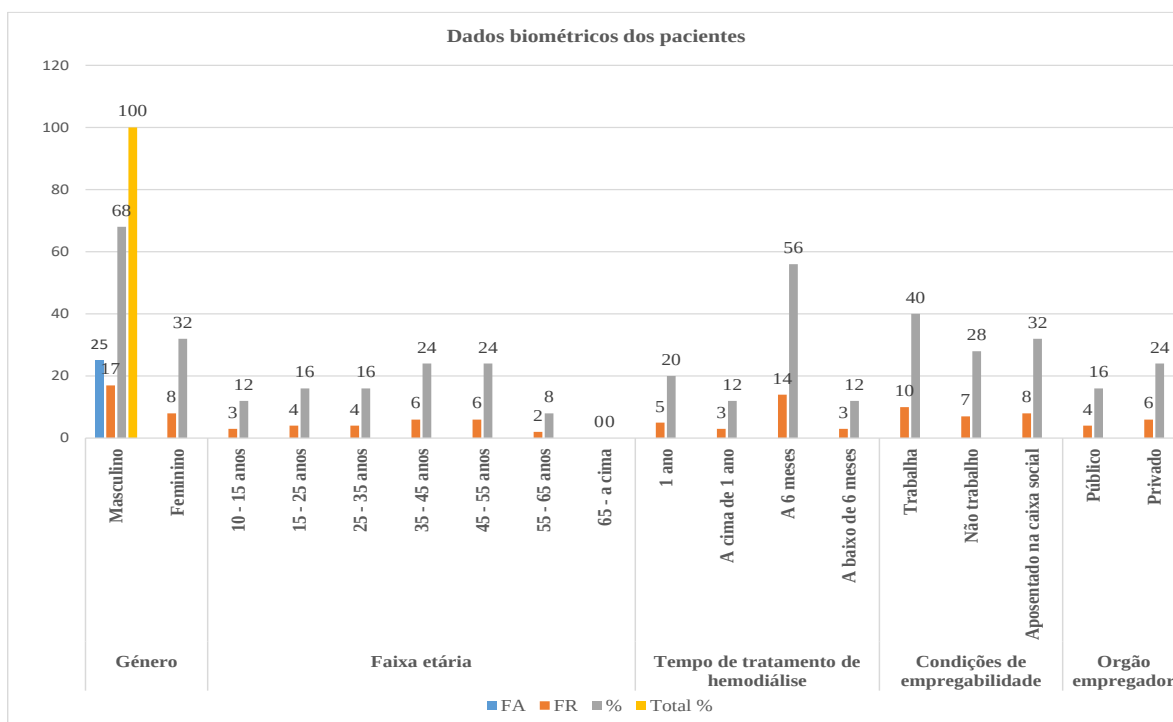
Apesar dos números indicando a maioria para o gênero masculino, é necessário que todos se acautelem, pois, qualquer pessoa na entre no grupo de risco sem se importar do gênero ou idade pode adquiria a doença. (Riyuzo, et al., 2003)

Na questão da faixa etária, verifica-se a prevalência a jovens e adultos, num contexto que apresenta números semelhantes entre os pacientes na faixa etária de 35-45 e de 45-55, sendo que em cada faixa estão 6 (seis) pacientes correspondendo a 24% do total de entrevistados que foram 25 pacientes. Com um destaque também a considerar, vê-se a faixa etária dos 15-25 e dos 25-35 que também a semelhança do anterior mostram números semelhantes, estando enquadrados aqui 4 (quatro) pacientes e cada faixa, correspondendo a 16% do total.

A maioria dos pacientes, isto é 14 de entre eles, correspondendo a 56% estão no tratamento cerca de seis meses. Olhando para o quadro das respostas, demonstra que todos eles deverão ter iniciado o tratamento de hemodiálise nesta unidade hospitalar, pois todos indicam não estar a cima de 1 ano, correspondendo com a existência deste centro que foi inaugurado aos 7 de Junho de 2022, conforme dados do (MINSA, 2022).

No indicador sobre a condição de empregabilidade, 10 entrevistados, correspondendo a 40% indicam que ainda trabalham, situação que pode-se considerar complicada, já que as terapias são feitas em três dias por semana, apesar de haverem vários turnos para as seções, pode-se considerar constrangedor, já que o repouso de qualquer paciente é necessário. Outro dado com maior índice nesse indicador é o da aposentadoria, aqui, 8 pacientes indicam estar aposentados já, o que diminui os transtornos com relação a conciliação do trabalho e do tratamento. Entre os 10 funcionários que desenvolvem actividade profissional, 6 estão em regime privado e quatro em função pública. Sabe-se que as instituições privadas são mais vulneráveis a despedimentos, logo, esta situação pode estar sendo constrangedora e difícil na relação empregador empregado, o que pode fundamentar a questão de certas interferências no tratamento já que necessitam prevenir o trabalho como garante da sustentabilidade.

Gráfico nº 3.11. Dados biométricos dos pacientes



3.2.2. Apresentação, análise e interpretação dos dados do bloco II do questionário: estado do objecto de estudo

O segundo bloco das questões do questionário é composto por seis questões de carácter de múltiplas escolhas, através das quais se buscou perceber sobre a ocorrência de interferência pelos pacientes às seções terapêuticas de hemodiálise. Ao modelo da questão do bloco I, aqui, as respostas também serão apresentadas em tabelas seguidas da sua interpretação, apresentando-se a posterior o gráfico elucidativo para leitura percentual dos mesmos.

Dados da questão nº 12 sobre com quem vive o paciente

Perceber com quem vivem os pacientes pode ajudar na percepção sobre o grau de ajuda e motivação, bem como acompanhamento constante ou não dos parentes além da equipe médica, facto que se faz vantajoso para o estado anímico de qualquer paciente, podendo contribuir favoravelmente na aderência as seções de terapia da diálise bem como na motivação deste em continuar. Questionados sobre o assunto, os pacientes puderam responder, como se verifica na tabela a seguir.

Tabela 3.12. Dados da questão nº 12, sobre com quem vive o paciente

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Com quem vive	Pais	25	11	44
	Filhos e esposa/esposo		8	32
	Sozinho		4	16
	Outros parentes		2	8
	Com um amigo		0	0
	Total	25	25	100

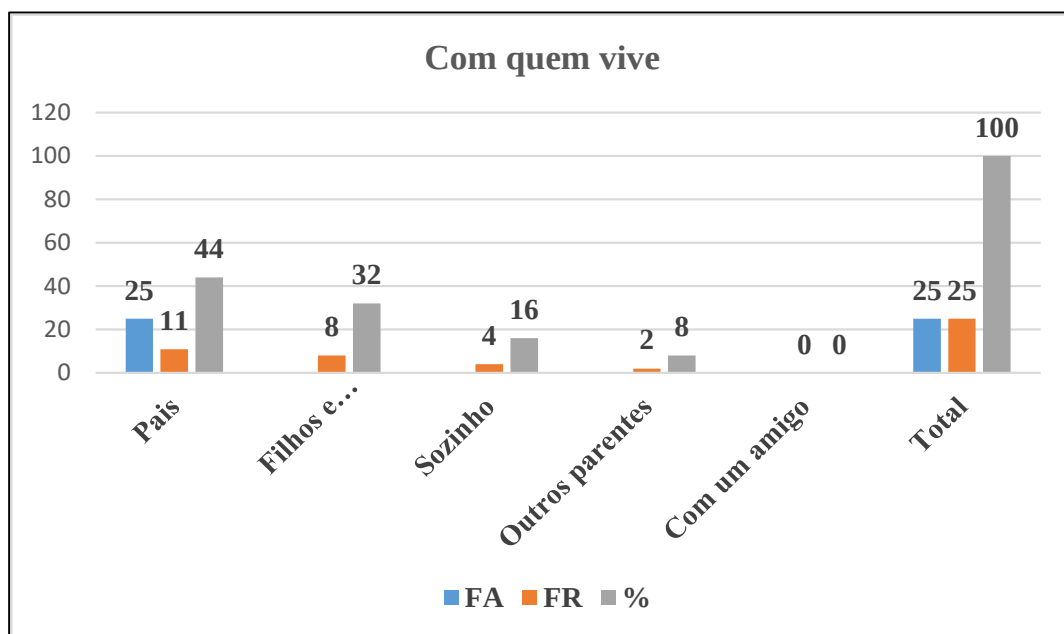
Fonte: Elaboração própria

Mediante as respostas, constata-se que grande parte dos inqueridos residem com os seus progenitores, pode-se observar na tabela que 11 de entre eles, correspondendo a 44% está nessa condição. Outro maior destaque recai para os chefes de família, ou seja, 8 pacientes, na ordem de 32% vivem com seus filhos e esposas.

Um dado interessante e que chama atenção é o facto de se terem pacientes indicando viver sozinho. Em atenção ao preenchimento dos questionários, pode-se perceber que este são adultos, em reforma. Revela-se preocupante, já que a companhia é necessária par um paciente com uma enfermidade desse género, porém, não se pode precisar as razões pelas quais vive sozinho. Como mostra (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016) o paciente com DRC necessita de ajuda e acompanhamento, o ambiente envolvente familiar se faz numa mais valia na segurança da motivação e deste em seguir convivendo da melhor maneira com a doença.

Na percepção ao ponto a cima, pode-se pressupor que os pacientes vivendo com os seus parentes, ao merecerem da atenção destes, tem mais aceitação às medidas de tratamento, podendo adaptar-se e manter-se motivado em meio as dificuldades.

Gráfico 3.12. Dados da questão nº 12, sobre com quem vive o paciente



Dados da questão nº 13 sobre auxílio pelos parentes

Como se tem vindo a perceber no decorrer do trabalho, o suporte familiar é fundamental para o paciente, considerando que a doença e seu tratamento podem causar problemas no paciente, tais problemas que podem ser de ordem física, psicológica e até mesmo social. Nisto, questionou-se aos pacientes para perceber através deste se têm sentido efectivamente o auxílio dos pacientes, após a tabela a baixo, segue-se a interpretação das respostas por estes dadas.

Tabela 3.13. Dados da questão nº 13, sobre auxílio pelos parentes

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Auxílio pelos parentes	Sim	25	19	76
	Não		2	8
	As vezes		2	8
	Raramente		2	8
	Total	25	25	100

Fonte: Elaboração própria

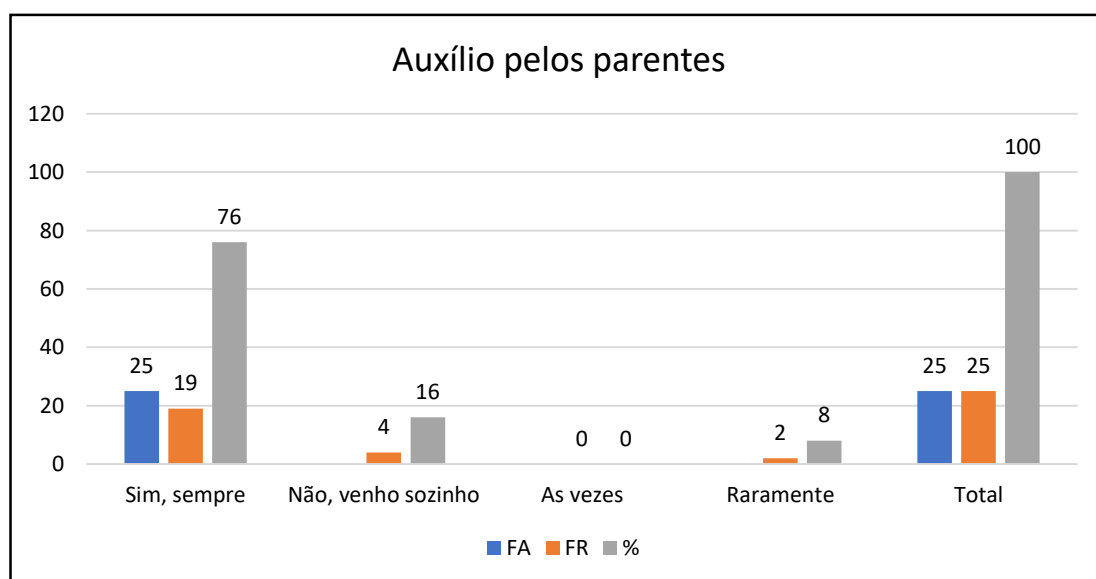
Dos 25 (vinte e cinco) inqueridos, 19 (dezanove) pacientes afirmam receber auxílio dos seus familiares, percentualmente 76% do total. Pode-se ver que nas outras opções de resposta estão os casos que não demonstram atenção ou

simplesmente pouca atenção, aqui, o somatório indica que 6 (oito) dos pacientes correspondendo a 24%, não recebem auxílio devido pelos seus familiares, podendo alguns indicar mesmo que não recebem, o que demonstra abandono de certa forma.

A família joga um papel fundamental no processo de adaptação e aceitação da DRC e o seu tratamento, quando abandonado pelos seus familiares, a pessoa pode desenvolver um conjunto de problemas de fórum psicológico como o caso da depressão, desespero que se tornam nocivas a sua expectativa de vida, podendo em muitos casos desistir de tudo. (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016).

Viu-se do depoimento nos dados colhidos com os enfermeiros que alguns pacientes chegam a desistir, assim como o reconhecimento da ocorrência de interferência por parte dos pacientes, o pode se responder que em muitos casos a pouca ajuda familiar seja motivo de tais ocorrência, pelo que as famílias precisam ser incentivadas a cooperarem na tarefa de cuidar do(a) seus.

Tabela 3.13. Dados da questão 13, sobre auxílio pelos parentes



Dados da questão nº 14, sobre acompanhamento nas seções de hemodiálise

Outro aspecto que se acha interessante em aferir para a percepção sobre a interferência e mais profundamente perceber as suas motivações, questionou-se aos pacientes sobre se têm sido acompanhados às seções ou se têm ido sozinho. Nisto, foram registradas as seguintes respostas indicadas na tabela:

Tabela 3.14. Dados da questão nº 14, sobre acompanhamento pelos parentes às seções

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Acompanhamento pelos parentes nas seções	Sim, sempre	25	19	76
	Não, venho sozinho		4	16
	As vezes		0	0
	Raramente		2	8
	Total	25	25	100

Fonte: Elaboração própria

A tabela 3.14, sobre as respostas à terceira questão do inquérito aos pacientes, ilustra que 19 pacientes, o equivalente a 76%, referem que têm tido companhia constante nas seções de hemodiálise, ou seja, não têm se deslocado sozinhos para o hospital. A semelhança do anterior, a maior parte dos pacientes têm tido companhia dos seus familiares, o que fundamentado por (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016) representa uma mais valia, já que os pacientes sentem o calor dos seus familiares e se reduzem as possibilidades de isolamento ou de sentimentos de invalidade por parte dos pacientes.

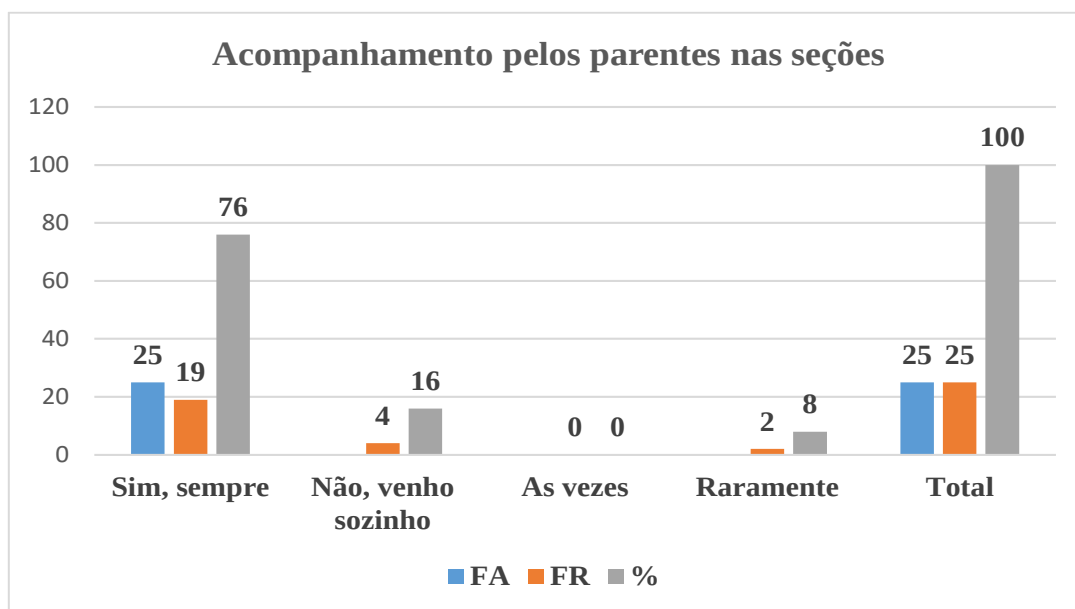
Apesar do número maior de pacientes que merecem companhia, ainda se alguns que mostram que vão sozinho ao hospital, aqui estão 4 pacientes, isto é 16%. Foi ainda possível ouvir dois dos mesmos indicarem que raramente têm companhia. Esse paciente pela doença já não é a mesma pessoa, necessita de cuidados e acompanhamento a tempo integral. Em sua análise, (Cruz, Salimena, Souza, & Melo, 2016, p. 37) referem que:

A DRC apresenta-se como um acontecimento súbito, inesperado e gera sofrimento. Seu diagnóstico traz consigo a ideia da iminência da morte e as repercussões no tratamento dialítico, ocasionando conflitos emocionais e as vivências/experiências dolorosas, traumatizantes e complexas que podem modificar o cotidiano destas pessoas.

Uma vez mais verifica-se aqui a necessidade do incentivo às famílias em participar dos cuidados dos seus pacientes, já que por exemplo, quando envolvidos em sintomas da doença, é sempre necessário apoio de outra pessoa. Uma pessoa enfrentando dor sozinho, indo a busca de melhorias e sabe que tem familiares e ninguém se faz ao seu lado tem muita probabilidade em desisti de si, o que não se

pode esperar que ocorra de forma alguma, pois a vida é um bem precioso e único. (Xavier, et al., 2018)

Gráfico 3.14. Dados da questão nº 14, sobre acompanhamento pelos parentes às seções



Dados da questão nº 15, sobre faltas nas seções de hemodiálise

Neste momento, através da questão quatro, buscou-se saber dos pacientes se têm faltado das seções de hemodiálise. As respostas aqui obtidas, seguem a baixo no gráfico.

Tabela 3.15. Dados da questão nº 15 sobre faltas nas seções

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Falta nas seções de hemodiálise	Sim, as vezes	25	17	68
	Não, nunca		8	32
	Total	25	25	100

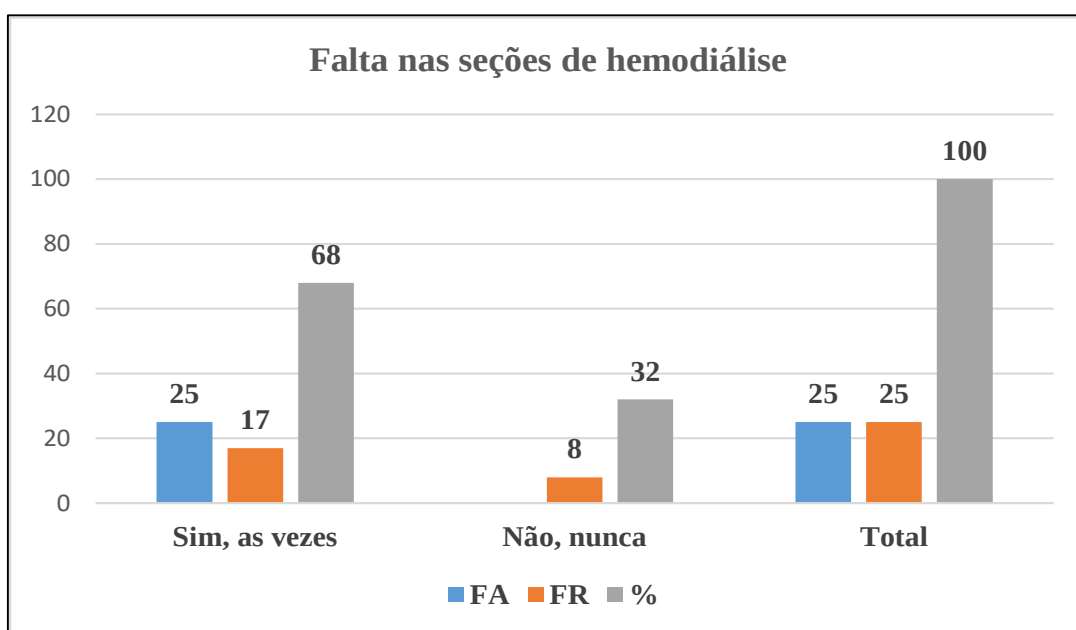
Fonte: Elaboração própria

Mediante os dados a cima, nesta questão, a maioria dos pacientes adultos indica que tem faltado correspondendo ao maior número dos entrevistados. Foram

17 inqueridos, correspondente a 68% que dizem que as vezes faltam, das seções, sendo que 8 de entre eles, dizem nunca faltar.

Mediante anotação das respostas, percebeu-se que entre o grupo dos que não faltam, estão adolescentes, que estão ainda no cuidado dos seus parentes, com auxílio garantido dos pais, têm a sua frequência nos tratamentos, o que remete a percepção sobre a importância do auxílio dos parentes no bom andamento do tratamento pelo paciente. Muitos adultos estão em conflitos, ainda divididos entre o trabalho, e outros por falta de acompanhamento como se indicou anteriormente, situações que imediatamente fundamentam a falta destes ao tratamento, já que conhecem e reconhecem a utilidade do tratamento na garantia da sua qualidade de vida na medida em que deve aprender a conviver com a doença.

Gráfico 3.15. Dados da questão nº 15 sobre faltas nas seções



Dados da questão nº 16, sobre razões para faltar nas seções de hemodiálise

Na quinta questão, mediante as respostas à questão 4, buscou-se saber então quais são as razões que impulsionam a faltar nas seções de hemodiálise, considerando um tratamento indispensável para o bem-estar que se pode conseguir nas condições da doença, reduzindo os sintomas que elevam o seu sofrimento pela doença, aqui, os inqueridos que anteriormente responderam que têm faltado, são os

visados a responder essa questão. Estes por sua vez indicam como resposta as situações listadas à baixo na tabela.

Tabela 1.16. Dados da questão nº 16, sobre razões para faltar nas seções de hemodiálise

Indicador	Resposta	FA	FR	%
Razões para falta nas seções	Indisponibilidade de transporte	25	9	36
	Dificuldades financeiras		4	16
	Dificuldades em movimentar sozinha devido as dores		8	32
	Indisponibilidade do acompanhante		4	16
	Total		25	100

Fonte: Elaboração própria

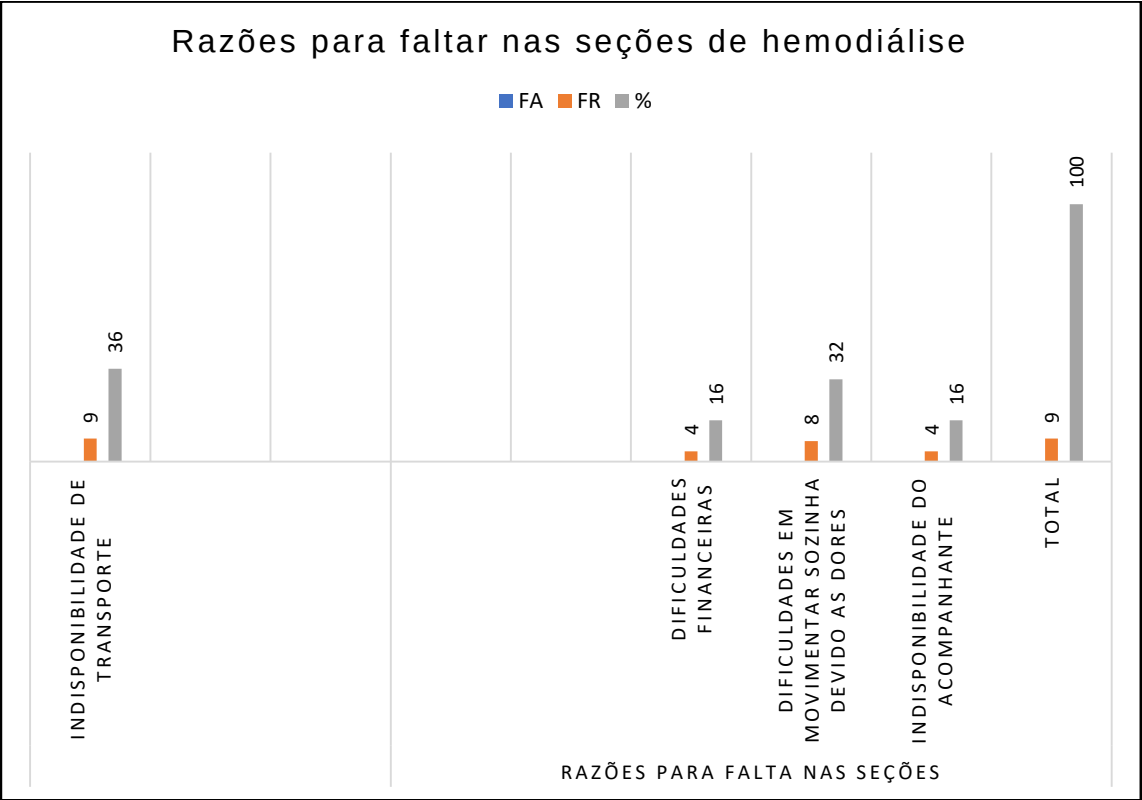
A maioria de entre os 17 pacientes indicando faltas no tratamento, isto é, 8 de entre eles, correspondendo a 32% referem que têm faltado às seções por dificuldades do transporte, aqui, pode-se considerar as situações socioeconómicas como sendo motivadoras das interferências no tratamento. Além destes, outro grupo de 4 paciente indica diretamente as dificuldades financeiras de modo geral, o que se pode assemelhar com o facto da indisponibilidade de meios para locomoção, ou valores para custear o transporte, já que o tratamento da hemodiálise é gratuito. Como indicam (Viegas et al., 2021; Miguel; Venturi; Neto, 2020), citados por (Silva, 2023, p. 15):

A convivência com uma doença crônica, especificamente, a Doença Renal Crônica (DRC), acarreta modificações na vida da pessoa e de seus familiares, pois, além da doença, o tratamento impõe diversas limitações que podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), interferindo na continuidade do tratamento hemodialítico e contribuindo para o desenvolvimento de complicações de ordem

social, como as dificuldades financeiras ocasionadas devido à perda do trabalho e ao aumento do custo econômico para enfrentar a doença.

Os outros pacientes, na ordem de 20% assemelham-se nas respostas, já que indicam indisponibilidade do acompanhante e por dificuldades de ir ao hospital sem companhia, devido as dores. Situações sobre o envolvimento familiar e dificuldades financeiras se demostram diretamente na interferência dos pacientes que se vêm obrigados a faltas das seções terapêuticas. (Alvarenga, et al., 2023)

Gráfico 3.16. Dados da questão nº 16, sobre razões para faltar nas seções de hemodiálise.



Dados da questão nº 17, sobre consequências por faltar nas seções de hemodiálise

Tabela 3.17. Dados da questão nº 17, sobre consequências por faltar nas seções de hemodiálise

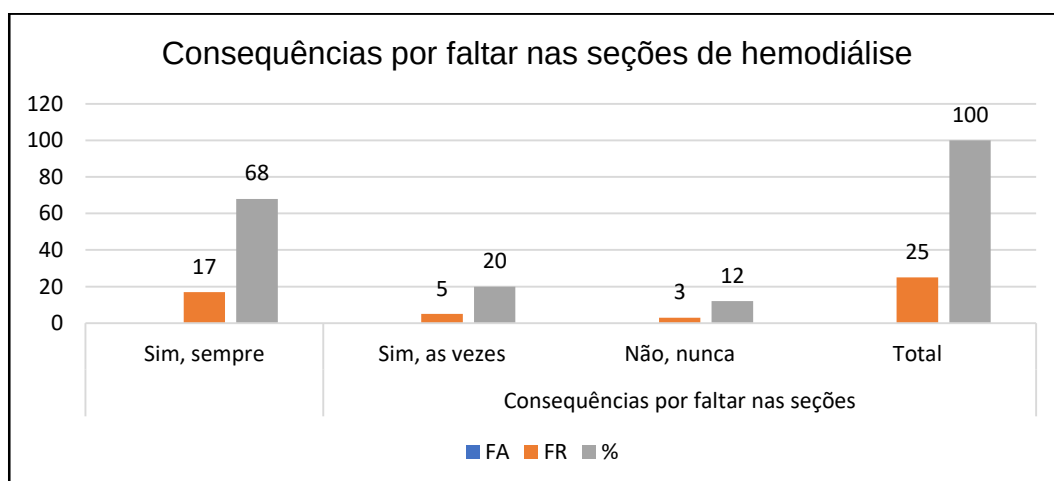
Indicador	Resposta	FA	FR	%
Consequências por faltar nas seções	Sim, sempre	25	17	68
	Sim, as vezes		5	20
	Não, nunca		3	12
	Total		25	100

Fonte: Elaboração própria

Todos os inqueridos indicam existirem consequências da doença sempre, as respostas indicaram todas para a mesma direção, o que quer dizer que as consequências são notórias na vida dos mesmos, o que só assegura o facto de que estes sejam forçados a terem interferências no seu tratamento, como se pode ver que as causas das faltas são sempre situações que estão longe da vontade dos mesmos.

Através desta questão, verifica-se tal como nas outras de que o tratamento de hemodiálise é fundamental para a vivência mais tranquila dos pacientes, devendo ter sempre atenção na garantia da sequência médica necessária para a reposição das funções que o rim já não pode desenvolver.

Gráfico 3.17. Dados da questão nº 17, sobre consequências por faltar nas seções de hemodiálise.



CONCLUSÕES

O tratamento de hemodiálise é uma medida recomendada para o cuidado de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em fase terminal, sendo uma medida substitutiva das funções normais do rim que perde as suas funções totais no processo de filtração do sangue, o que torna a doença uma enfermidade entre os problemas de saúde pública, sendo mundialmente entendida como uma das grandes causas de morbidade e mortalidade. Pela característica da doença, os pacientes por ela acometidos são constantemente sintomáticos, reduzindo-se assim, destes a qualidade de vida que só pode ser reposta ou minimizada pela sequência ao tratamento da hemodiálise recomendado, devendo ser assumido na íntegra como uma forma de bem viver para os mesmos, que devem manter-se em sequência ininterrupta na frequência às sessões semanais recomendadas.

No Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda, vários pacientes com IRCT são tratados através de medida de hemodiálise, em 3 (três) sessões semanais duráveis por 4 horas diárias, que tem servido como medida para a reposição da função do rim inválido na filtração do sangue. Apesar de ser uma medida significativa e imprescindível para a continuidade da vida, bem como a sua qualidade, vários pacientes na ordem de 68%, caracterizado como adultos em sua faixa etária, demonstram interferência nos tratamentos de hemodiálise, o que resulta sempre na elevação dos sintomas da doença que são frequentes nessa fase. Entre as causas das interferências estão as dificuldades financeiras, necessidade de garantia da vida activa no exercício profissional e falta de acompanhamento dos parentes durante a doença e nas sessões de hemodiálise.

O estado indicado pelo diagnóstico, permite a confirmação da H1 (hipótese um) que indicava que no II Trimestre de 2023 houve intercorrência no tratamento de Hemodialise pelos pacientes com insuficiência renal crônica, o que dificultou a situação da saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica. De igual modo, também- se rejeita a H2 (hipótese dois) que respondia inicialmente que as intercorrências podem causar constrangimento e interferem no desenvolvimento do estado de saúde do paciente com insuficiência renal crônica.

Portanto, o quadro revela a necessidade de tomada de decisões para a melhoria da frequência dos pacientes para se evitar a interferência dos pacientes ao

tratamento, pelo que tanto os familiares, a equipe médica, o estado e sociedade no gerar deve debater situações de assegurem a sustentabilidade dos pacientes com IRC que são forçados a escolher entre a saúde e o trabalho para a continuidade de vida, causando conflitos internos que não abonam à segurança da qualidade de vida necessária para este. Assim, desta feita, os nossos objectivos e as hipóteses foram confirmadas.

SUGESTÕES

Mediante a pesquisa, percebe-se de que os pacientes com insuficiência renal crônica necessitam do auxílio directo das famílias, entidade empregadora, do estado, sociedade e equipa médica especializado, nisto, como forma de diminuir as faltas dos pacientes que geram interferência no tratamento de hemodiálise sugere-se:

À Direcção Provincial de Saúde

- ✓ Que crie mecanismos que assegurem o transporte dos pacientes de casa ao hospital e vise versa, para minimização dos custos e dificuldade de locomoção destes pacientes;

- ✓ Que reflecta junto do executivo a necessidade de atribuição de um subsídio a pessoas com IRC, já que muitos estão à beira de perder o emprego, situação que só dificulta no seu desenvolvimento quer físico como psicológico.

À Direcção do Hospital

- ✓ Que se encarregue no diálogo instrutivo das famílias de pacientes com IRC no intuito de assegurar a necessidade de participação directa dos familiares na vida do paciente;

- ✓ Que se criem mecanismos de diálogo com as entidades empregadoras dos pacientes ainda em exercício pleno das funções profissionais, como mediadores para que as empresas cooperem na dispensa necessária dos pacientes para as secções de hemodiálise.

- ✓ Que melhore o tratamento com os pacientes, acompanhando-o milimetricamente nos cuidados e procedimentos necessários para a garantia da frequência nas secções de hemodiálise;

- ✓ Que se predisponha na ajuda financeira, material e emocional para que os níveis motivacionais e ânimo do paciente estejam assegurados, evitando deste sentimento de abandono, o que pode conduzir a depressão e ou desespero que em muito resultam na desistência da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S., e Freire, T. (2017). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. 5ª edição, Braga: Psiquilibrio Edições.
- Alvarenga, E. M. (2014). *Metodologia de investigação qualitativa e quantitativa: normas técnicas de apresentação de trabalhos científicos*. (C. Amarilha, Trad.) Assunção: A4 Diseños.
- Battisti, Y. D., & Battisti, G. (2008). *Métodos estatísticos*. Ijuí- RS: Unijui.
- BVS. (2 de Maio de 2019). *Hemodialise Biblioteca virtual em Saúde*. Fonte: Site da BVMS: bvsms.saude.gov.br/hemodialise/
- Canastra, F., Haanastra, F., e Vilanculos, M. (2015). *Manual de investigação científica da universidade católica de Moçambique*. 1ª edição. Beira: Instituto integrado de apoi à investigação científica.
- Costa, A. P., e Oliveira, L. R. (2015). *Investigação qualitativa em educação: o professor-investigador*. Revista Portuguesa de Educação, 2, pp. 183-188.
- Costa, G. M., pinheiro, M. B., Madeiros, S. M., Costa, R. R., e Cossi, M. S. (2016). *Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialético*. Revista electrónica trimestral de enfermagem, pp. 73-86.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Dicionário (2022). *Dicionário Integral de Língua Portuguesa*. 3ª edição, Texto editores, LDA, Angola.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ª edição. São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. D., e Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª edição. São Paulo: Átlas S.A.
- Matos, J. P., e Fazenda, J. (2022). *Mecanismo da hemodialise e diálise peritoneal*. *Reshearch, Society and Development*, 11(14), pp. 1-9.
- Nascimento, P. (2018). *IEPEC*. Fonte: Site da IEPEC: https://www.ipeccpa.com.br/aluno/arquivos/tcc/pinheiro_nascimento.pdf

- Nefroclinicas. (27 de Abril de 2022). *Grupo Nefroclinicas*. Fonte: Site da Nefroclinicas: <https://nefroclinicas.com.br/o-que-e-hemodialise-e-como-funciona/>
- Pimentel, A. (2001). *O método da análise documental*. Cadernos de Pesquisa, 114, p. nov.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico: como fazer uma apresentação oral, como elaborar um post, como pesquisar na Web ...e muito mais*. Lisboa: LIDEL.
- Saúde, D. D. (2019). *Insuficiência renal crônica: causas, sintomas, tratamento*. Fonte: Site do Hospital da Luz: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/insuficiencia-renal-cronica-causas-sintomas-tratamento>
- Xavier, A., Puzzi, M. B., Plizer, K., Litfala, F., e Pena, S. B. (2008). *Insuficiência renal aguda*. Revista Científica Electrónica de Medicina Veterinária.
- Zamudio, T. (2003). *Insuficiência renal crónica*. Revista Med Hereb, pp. 1-4.
- Zayes, C. A. (1995). *Metodologia de la investigación científica*. Santiago de Cuba: Centro de estudios de educación Superior "Manuel F. Gran".

APÊNDICES

APÊNDICE 1. GUIÃO DE ENTREVISTA DIRIGIDA AOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DO PRENDA (CHHP).

Presados enfermeiros;

Estamos realizando uma pesquisa intitulada a intercorrência dos doentes atendidos no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023, com objectivo de analisar os riscos que podem advir da interferência do referido tratamento aos pacientes, nisto, realiza-se a presente entrevista no sentido da colectar de informações que permitam a percepção sobre o assunto, do qual apelamos o vosso bom censo em participar.

Referir que as informações aqui recolhidas servirão única e exclusivamente para a realização da pesquisa em referência, sob garantia do tratamento sigiloso e fidedigno de todos os dados aqui colectados, em salvaguarda dos princípios éticos que asseguram o bom desenrolar de toda e qualquer pesquisa científica. Assim, pedimos que responda com clareza as questões a baixo:

- 1- Há quanto tempo trabalha como enfermeiro (a) no CHHP?
- 2- Na rotina diária de serviço tem cuidado de pacientes com IRC?
- 3- Considerando que a DRC define-se por várias fases de evolução, qual é a fase mais frequente da doença nos pacientes deste centro?
- 4- Pode nos dizer quais são as principais causas da IRC aos pacientes do CHHP?
- 5- Considerando fundamental o tratamento de Hemodiálise (HD), qual é o número mínimo de terapias o paciente deve receber por semana?
- 6- Os pacientes têm frequentado regularmente às terapias de HD recomendadas por semana?
- 7- Quais são as possíveis causas na base da não frequência ou interferência nas terapias de HD pelos pacientes?
- 8- Têm verificado desistência dos pacientes nas terapias de HD?
- 9- Quais são as principais complicações que os pacientes apresentam quando ocorre interferência por falta nas sessões terapêuticas de HD?
- 10- Que medidas o hospital tem tomado para evitar que haja interferência ou desistência dos pacientes às sessões terapêuticas de HD?

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PACIENTES DO CENTRO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DO PRENDA (CHHP).

Cordiais saudações;

Estamos realizando uma pesquisa intitulada a intercorrência dos doentes atendidos no Centro de Hemodiálise do Hospital do Prenda no II Trimestre de 2023, com objectivo de compreender os riscos que podem advir da interferência do referido tratamento aos pacientes, nisto, realiza-se o presente questionário no sentido da colecta de informação que permita a percepção sobre o assunto, do qual apelamos o vosso bom censo em participar.

Referir que as informações aqui recolhidas servirão única e exclusivamente para a realização da pesquisa em referência, sob garantia do tratamento sigiloso e fidedigno de todos os dados aqui colectados, em salvaguarda dos princípios éticos que asseguram o bom desenrolar de toda e qualquer pesquisa científica. Assim, pedimos que responda com clareza as questões a baixo:

BLOCO I- DADOS BIOMÉTRICOS

Género:_____ Idade:_____ Tempo de tratamento de HD:_____

Condições de empregabilidade:_____ Órgão empregador:_____

BLOCO II-QUESTÕES

1- Indique-nos, com quem vive?

R: _____

2- Tem recebido auxílio dos seus parentes no tratamento da IRC?

R: Sim ☐ Não ☐ As vezes ☐ Raramente ☐

3- Os teus parentes têm te acompanhado nas seções terapêuticas de HD?

R: Sim, sempre ☐ Não, venho sozinho ☐ As vezes ☐ Raramente ☐

4- Tem faltados nas seções de HD?

R: Sim, as vezes ☐ Não ☐ nunca ☐

5- Quais são as razões que te levam a faltar na seção de HD

R: _____

6- Tem tido consequências quando falta na seção de HD?

R: Sim, as vezes ☐ Sim, as vezes ☐ Não ☐ nunca ☐

Muito obrigada pela sua atenção. Atentamente.

ANEXOS

Hospital do Prenda

