



Contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crônica

Contexts of experience of being (un) comfortable in patients with chronic kidney disease
Contextos de experiencia de estar (des) cómodo de pacientes con enfermedad renal crónica

Sinara de Menezes Lisboa Freire¹

Geórgia Alcântara Alencar Melo¹

Magda Milleyde de Sousa Lima¹

Renan Alves Silva^{1,2}

Joselany Áfio Caetano¹

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago¹

1. Universidade Federal do Ceará,
Departamento de Enfermagem, Fortaleza,
CE, Brasil.

2. Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro Universitário do Norte do Espírito
Santo. São Mateus, ES, Brasil.

RESUMO

Objetivo: estabelecer os contextos da experiência de estar (des)confortável, conforme percepções de pacientes com doença renal crônica, durante tratamento hemodialítico. **Método:** estudo qualitativo, realizado em clínica de hemodiálise, entre maio e junho de 2018, com 30 pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico, capazes de comunicar-se verbalmente. Utilizou-se da entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras que buscaram elucidar os contextos de experiência de sentir-se e estar confortável, baseadas no referencial teórico de Kolcaba. Dados submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** emergiram quatro categorias analíticas, no tocante aos contextos de (des)conforto: físicos (imobilidade, hipotensão, dor, fome, cãibra, cansaço, poliúria, prurido, edema, sede); ambientais (luz, barulho, cadeira, frio); psicoespirituais (desespero, sensibilidade, isolamento social); e sociais (mudança de rotina). **Considerações finais:** o significado do conforto para pacientes em tratamento hemodialítico se configurou como necessidade humana básica, pois os pacientes apresentaram desconfortos diários relacionados aos contextos físicos, ambientais, psicoespirituais e sociais. **Implicações para a prática:** os resultados do estudo possibilitam que profissionais de saúde realizem assistência ao paciente renal crônico de forma holística, pautada na promoção do conforto.

Palavras-chave: Conforto do paciente; Insuficiência renal crônica; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to establish the contexts of the experience of being (un) comfortable, according to the perceptions of patients with chronic kidney disease, during hemodialysis treatment. **Method:** qualitative study, carried out in a hemodialysis clinic, between May and June 2018, with 30 patients with chronic kidney disease, undergoing hemodialysis, able to communicate verbally. A semi-structured interview was used, with guiding questions that sought to elucidate the contexts of experience of feeling and being comfortable, based on Kolcaba's theoretical framework. Data submitted to thematic content analysis. **Results:** four analytical categories emerged, regarding the contexts of (dis) comfort: physical (immobility, hypotension, pain, hunger, cramp, tiredness, polyuria, itching, edema, thirst); environmental (light, noise, chair, cold); psycho-spiritual (despair, sensitivity, social isolation); and social (change of routine). **Final considerations:** the meaning of comfort for patients undergoing hemodialysis was configured as basic human need, as patients experienced daily discomfort related to physical, environmental, psycho-spiritual and social contexts. **Implications for practice:** the results of the study enable health professionals to provide assistance to chronic renal patients in a holistic way, based on the promotion of comfort.

Keywords: Patient comfort; Chronic renal failure; Nursing theory.

RESUMEN

Objetivo: establecer los contextos de la experiencia de estar (des) cómodo, según las percepciones de pacientes con enfermedad renal crónica, durante el tratamiento de hemodiálisis. **Método:** estudio cualitativo, realizado en clínica de hemodiálisis, entre mayo y junio de 2018, con 30 pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, capaces de comunicarse verbalmente. Se utilizó la entrevista semiestructurada, con preguntas orientadoras que buscaron dilucidar los contextos de experiencia de sentirse y estar cómodo, basadas en el marco teórico de Kolcaba. Datos sometidos al análisis de contenido temático. **Resultados:** surgieron cuatro categorías analíticas con respecto a los contextos de (des) comodidad: física (inmovilidad, hipotensión, dolor, hambre, calambres, cansancio, poliuria, picazón, edema, sed); ambiental (luz, ruido, silla, frío); psicoespiritual (desesperación, sensibilidad, aislamiento social); y social (cambio de rutina). **Consideraciones finales:** el significado de comodidad para pacientes sometidos a hemodiálisis se configura como necesidad humana básica, ya que los pacientes experimentan molestias diarias relacionadas con los contextos físicos, ambientales, psicoespirituales y sociales. **Implicaciones para la práctica:** los resultados del estudio permiten a los profesionales de la salud prestar una asistencia holística a los pacientes renales crónicos, basada en la promoción de la comodidad.

Palabras clave: Comodidad del paciente; Insuficiencia renal crónica; Teoría de enfermería.

Autor Correspondente:

Magda Milleyde de Sousa Lima
E-mail: limamilleyde@gmail.com

Recebido em 18/11/2019.
Aprovado em 16/05/2020.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0326>

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada como problema de saúde pública que causa alterações nas funções renais, de forma progressiva e irreversível¹. De acordo com o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, em 2017, o Brasil estimava 48.596 pacientes recebendo tratamento nas 291 unidades ativas².

Evidências atestam que o tratamento mais utilizado entre os pacientes brasileiros com DRC é a hemodiálise^{1,3}. Contudo, apesar dos avanços tecnológicos, esse método gera mudanças no cotidiano dos pacientes, podendo prejudicar o estado de conforto destes, devido às alterações holísticas no âmbito físico, espiritual, social e psicológico, com manifestações relacionadas à qualidade do sono, ansiedade, inquietação com a situação, medo, frio, calor, fome e estresse^{4,5}.

Estudo recente que buscou identificar os fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes com doença renal crônica hemodialítica, observou que essas condições estão associadas às variáveis idade, mobilidade física prejudicada e situação conjugal. Ainda, verificou que esses condicionantes explicam 45,7% da presença do estar ou sentir-se confortável⁶.

Esses dados se justificam, pois, ao correlacionar a idade com o conforto prejudicado, é possível identificar que além dos fatores de risco da terapia dialítica, idosos no processo de senilidade costumam apresentar múltiplas doenças, polifarmácia e alta taxa de hospitalização⁷. Além disso, a mobilidade física prejudicada é fator de desconforto, pois pacientes com doença renal crônica podem desenvolver doenças osteomusculares, como mialgia, artralgia e câibra⁸. Por sua vez, a situação conjugal pode influenciar no conforto, uma vez que indivíduos com apoio do cônjuge têm maior chance de aderir ao tratamento e enfrentar as dificuldades da doença⁹.

Diante dessas observações, é imprescindível conhecer os fatores intervenientes do estar ou sentir-se confortável. Neste sentido, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba se apresenta com potencial destaque para uso, visto que auxilia o enfermeiro nefrologista a compreender e desempenhar intervenções pautadas nas necessidades humanas básicas que, por ora, estão relacionadas aos estados de conforto: tranquilidade, alívio e transcendência^{10,11}.

Nessa teoria, grandes conceitos se destacam, em especial, o contexto e o estado de conforto. O contexto é definido como o espaço em que as experiências humanas ocorrem e que se atinge parcial ou totalmente a plenitude do sentir e estar confortável. Nesse cenário, estabeleceram-se quatro contextos em que essas ações de enfermagem devem ser processadas ou sofrerem influência: físico, psicoespiritual, socioambiental e sociocultural¹⁰.

No que diz respeito ao estado, definiram-se os tipos ou as transições de conforto para plenitude, ou seja, o momento em que o ser humano vivencia o processo de alcance das necessidades humanas básicas, sendo categorizado em três fases: tranquilidade, alívio e transcendência.

Diante disso, em busca sistemática da literatura, observa-se escassez de estudos que busquem perceber os contextos de

experiência de estar confortável de pacientes com doença renal crônica, favorecendo melhor direcionamento de intervenções para o alcance da plenitude de sentir-se e estar confortável, despertando, assim, inúmeras indagações quanto a essa temática. Constatou-se que os estudos se limitam a identificar os níveis de bem-estar e fatores relacionados ao conforto prejudicado. Assim, é relevante buscar conhecer significados, contextos, estados e variáveis intervenientes de comodidade em indivíduos renais crônicos hemodialíticos.

Ainda, estabelecer os contextos de experiência de bem-estar/desconforto nesta população emerge como espaço propício de testabilidade e aplicabilidade dos pressupostos teóricos e filosóficos da Teoria do Conforto, à medida que esse fenômeno perpassa por doze células ou combinações do modelo teórico (contextos *versus* estados).

Assim, por tratar-se de teoria de médio alcance, continuamente, evidências devem ser produzidas e disseminadas, favorecendo melhores resultados na prática clínica para pacientes e profissionais de saúde que farão uso desta.

Destarte, este estudo objetivou estabelecer os contextos da experiência de estar (des)confortável, conforme percepções de pacientes com doença renal crônica, durante tratamento hemodialítico.

A Teoria do Conforto de Médio Alcance, de Katharine Kolcaba, afirma que para intervenções de enfermagem serem bem-sucedidas, é necessário que enfermeiros cuidem das necessidades não satisfeitas de pacientes e proporcionem alívio, imergindo na perspectiva de que enfermos necessitam de assistência holística, uma vez que apresentam desejos e aspirações que se estendem além do aspecto fisiológico ou necessidades somáticas¹¹.

Assim, a fim de operacionalizar o estudo, a pesquisadora definiu conforto como: *The state of having met basic human needs for ease, relief, and transcendence*^{12,239}, ou seja, o estado de ter satisfeitas as necessidades humanas básicas para alívio, calma e transcendência.

O termo alívio é definido como estado em que o paciente satisfaz uma necessidade específica e, para satisfazê-la, é necessário atuar sobre os fatores globais que geram desconforto. A calma é classificada como estado de tranquilidade e, para alcançá-la, é preciso satisfazer necessidades relacionadas a uma situação duradoura e contínua de bem-estar. Por sua vez, a transcendência é definida como uma circunstância mais elevada de conforto, assim, para satisfazê-la, urgem medidas de educação e motivação¹⁰.

Contudo, na área da enfermagem, o termo conforto se relaciona com maior prevalência com os contextos físicos, sociais, psicoespirituais e ambientais. Assim, associa-se com as sensações corporais que o paciente vivencia (aspecto físico); as emoções e percepções do *eu* interior, ou seja, da autoestima e do autoconceito (aspecto psicoespiritual); as relações interpessoais entre paciente, família e comunidade (aspecto social); e características ambientais relacionadas ao paciente, como a temperatura, a cor ou a luz (aspecto ambiental)^{10,13}.

Para mensurar os níveis de conforto, desenvolveu-se o Questionário de Conforto Geral (*General Comfort Questionnaire* – GCQ), com 48 itens que combinam as dimensões estado e contexto^{14,15}.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado em clínica de hemodiálise, situada em hospital público estadual de referência de Fortaleza, Ceará, Brasil, de maio a junho de 2018.

A população dessa clínica era constituída de 130 pacientes. Fizeram parte deste estudo 30 pessoas com doença renal crônica que estavam em tratamento hemodialítico, advindas de amostragem não probabilística por conveniência. Entre os critérios de inclusão, definiram-se: ter diagnóstico de DRC, estar consciente e orientado auto psíquico e halo psicologicamente (por meio do Mini Exame do Estado Mental - MMSE) e ser maior de 18 anos. Adotou-se como critério de exclusão: ser incapaz de se comunicar verbalmente.

A captação dos participantes ocorreu baseada em lista prévia, a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Com isso, estabeleceu-se como protocolo investigar aqueles pacientes que não apresentavam complicações intradialíticas recorrentes, baseando-se nas evoluções dos prontuários destes para minimizar as interrupções possíveis quanto ao manejo de máquinas. Assim, estabeleceu-se com a equipe clínica a necessidade de garantir e resguardar a privacidade e a ética, considerando as interrupções do processo de coleta de dados.

O instrumento para coleta dos dados foi constituído de questões amplas sobre os conceitos apresentados na Teoria do Conforto. As perguntas foram respondidas verbalmente pelos participantes, a partir da mediação da pesquisadora principal que apreendeu os discursos por meio de gravador, após explicitar os objetivos da pesquisa aos partícipes, em abordagem presencial.

Para proceder à coleta de informações, utilizou-se da entrevista semiestruturada, com perguntas que buscaram elencar os contextos em que conforto/desconforto era experienciado pelos pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico.

Ao considerar o referencial teórico, elaboram-se questões norteadoras para os quatro contextos de conforto/desconforto: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental. Deste modo, no tocante às sensações físicas corporais que o doente poderá vivenciar (Como os aspectos físicos lhe trazem mais desconfortos?); da autoestima e do autoconceito (Você sentiu que autoestima/emoções alteraram após iniciado o tratamento de hemodiálise?); dos aspectos e das características do entorno envolvente ao doente (Você considera o ambiente da sala de hemodiálise confortável? Em que sentido?); e das relações interpessoais entre doente, família e sociedade (Você acha que suas relações - familiares, amigos, equipe, relações interpessoais - mudaram após o início do tratamento de hemodiálise?).

A entrevista ocorreu durante as sessões de hemodiálise, com frequência média de duas vezes por semana, em todos os turnos, de forma individual, no ambiente de hemodiálise. As respostas

foram gravadas em aparelho MP4 que, posteriormente, foram integralmente transcritas, preservando as falas dos entrevistados.

O encerramento da interlocução aconteceu a partir da exaustão teórica, quando os 30 participantes responderam aos questionamentos realizados, de forma que os achados se tornaram repetitivos. Assim, este número possibilitou aproximação ao objeto e identificação de temas comuns, que permitiram que se alcançasse o foco do estudo. As falas foram identificadas pela letra E, para identificar os entrevistados, a fim de manter o anonimato.

Em seguida, os achados foram submetidos ao método de análise de conteúdo de Bardin, que descreve como critério de organização de análise as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados¹⁶. Após a transcrição na íntegra das entrevistas, realizou-se leitura flutuante que permitiu a definição do corpus a ser analisado. As categorias analíticas foram definidas *a priori*, de acordo com o referencial da Teoria de Médio Alcance de Conforto, proposta por Katharine Kolcaba, a partir da identificação dos contextos de (des)conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

Este estudo está em consonância com as exigências nacionais e internacionais de pesquisa com seres humanos, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 83521918.9.0000.5054. Ademais, respeitaram-se os aspectos administrativos, com obtenção de termo de anuência pela direção clínica da instituição lócus do estudo e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por pacientes com idades entre 30 e 83 anos, sendo a maioria com 30 a 60 anos (53,2%), do sexo feminino (63,3%), alfabetizada (76,7%), católica (83,4%), não possuía ocupação ativa no momento da coleta, devido às condições clínicas (86,6%). Parte considerável era dependente de auxílio-doença (86,6%), com renda média de R\$ 954,00, morava e dialisava na capital (76,7%) e residia com o núcleo familiar (83,4%). O tempo médio de tratamento em hemodiálise dos pacientes foi de 4,12 anos, com intervalo mínimo de uma semana e o máximo de 19 anos. Os participantes realizavam sessão de hemodiálise no segundo turno, entre 11h30min e 15h30min (43,3%).

Aspectos Físicos

Sensações do Corpo

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

Assim, apresentam-se os recortes das falas sobre imobilidade, hipotensão, dor óssea, insônia, dor com a punção da fístula arteriovenosa, fome, cãibra, cansaço, cefaleia, cateter (subclávia/jugular), poliúria, prurido, inchaço, sintomas gastrointestinais, sintomas que afetam o sistema nervoso, sede, ausência de sintomas, respectivamente: [...] *Passar quatro horas sentadas, sem se mexer, sem tomar água, sem mexer o braço.* (E1) [...] *Estou tendo muita crise de coluna, a dor só passa com tramal.* (E2) [...] *Só quando estou pesado, sinto insônia.* (E3) [...] *sinto dor na punção porque eu não sou dormente.* (E3) [...] *cãibra é demais, me dá um nó nas canelas, os pés ficam duros, eu grito de dor.* (E4) [...] *Dor de cabeça é o pior.* (E5) [...] *O problema foi mais no começo com o cateter, porque eu não consegui dormir, tomar banho.* (E4) [...] *Coceira nas costas aparece mais quando vou me deitar.* (E6) [...] *inchaço da barriga.* (E7) [...] *gastura, vontade de provocar e boca amargando.* (E8) [...] *Tontura e desmaio.* (E9) [...] *Não poder beber água.* (E9) [...] *Não sinto nada, não tomo nada, faço só a hemodiálise.* (E10)

Os sintomas e as complicações foram relatados com muita frequência nas entrevistas. Embora a terapia renal substitutiva seja realizada com técnica eficaz, ambiente adequado e arsenal de materiais corretos, esses sintomas são decorrentes das manifestações clínicas e do tratamento da doença renal crônica.

Aspectos Psicoespirituais

Sentimento de Depressão/Labilidade de Humor

Nesta categoria, estão representadas as falas que apresentaram potencial tendência ao humor depressivo e à instabilidade de ânimo. Indicadores: acabou tudo, desespero, choro, sensibilidade, falta de vontade, isolamento social, nervoso. [...] *Sim, acabou foi tudo para mim, às vezes me dá um certo desespero, porque eu começo a pensar nessas coisas que aconteceram comigo e as sequelas que ficaram, fiquei mais chorona.* (E11) [...] *tem dia que amanheço sem vontade, fico pedindo a Deus para não pegar uma depressão.* (E12)

Percebeu-se, a partir dos relatos exemplificados, que os pacientes com doença renal crônica apresentaram, muito comumente, quadros psíquicos alterados, com imersão em estado de abatimento que pode resultar em desmotivação, o qual põe em risco a capacidade de enfrentamento à nova rotina de hemodiálise.

Autoestima e Aparência

Elencaram-se, nesta categoria, as falas que apresentaram autoestima e aparência alterada para mais ou para menos. Indicadores: vergonha, preconceito, ficar feio, magro, não me ajeito, não me cuido, me cuido mais, vaidade. [...] *Eu nunca senti vergonha de fazer hemodiálise, mas o preconceito existe quando você põe o cateter no pescoço e você senta na cadeira do ônibus e tem um lugar sobrando do lado e ninguém senta porque pensam que é uma doença venérea, uma tuberculose.* (E1)

Na fala, percebeu-se o preconceito da sociedade em relação ao paciente com doença renal. Apesar de indicar que não se

sentia envergonhado pela nova situação, depreendeu-se o incômodo com a maneira que era visto.

Observou-se, também, a relação da autoimagem com a autoestima: [...] *a pessoa que faz hemodiálise fica mais feio, mais magro e mais escuro. Hoje, eu olho no espelho e digo: "Olha como eu estou feio!" Todo mundo chega e a primeira coisa que falam é: "- Valha, como você está magro!" Pensam logo que a gente está com HIV.* (E13) [...] *É, realmente, eu não me ajeito mais, meu cabelo eu cortava, não estou mais nem fazendo o cabelo, nem pinto mais as unhas.* (E14)

Outras falas favoreceram a elevação da autoestima, indicando que os indivíduos absorviam formas distintas de enfrentamento, de modo a alcançar o conforto psicológico. [...] *Não, a autoestima não alterou, continuo me cuidando, eu vou para o salão, ajeito o cabelo, faço sobranceira e unha.* (E15)

Emoções

Agruparam-se, nesta categoria, entrevistas que demonstraram sentimentos de equilíbrio e desequilíbrio emocional, em decorrência do tratamento. Indicadores: revolta, não conformação, raiva, angústia, conformação, não desespero. [...] *Eu sou muito conformada com a doença, eu estou aqui só por um tempo, quando Ele quiser me levar, eu vou. Não me desespero por isso.* (E2) [...] *Sim, já passei por tanta coisa que não está sendo fácil, me dá uma revolta.* (E6)

Percebe-se nas falas que as emoções dos entrevistados se alteraram. Na primeira, o sentimento de revolta foi elucidado, diferindo do relato do outro, estágio psíquico em que se encontram. O primeiro encontrou a aceitação, enquanto o segundo permaneceu em estágio de revolta e raiva.

Aspectos Ambientais

Explicitaram-se, aqui, os aspectos confortáveis e desconfortáveis relacionados ao ambiente e às condições externas, os quais foram divididos em subgrupos que representam os indicadores presentes nas falas dos pacientes entrevistados. Indicadores: luz, barulho, cadeira, frio e sem desconforto ambiental.

[...] *A luz incomoda, eu venho de boné para me proteger.* (E3); [...] *o barulho é ruim, não consigo nem tirar um cochilo.* (E16); [...] *só a cadeira que é ruim, esse plástico maltrata muito a gente, imagina ficar aqui quatro horas!* (E1); [...] *o frio é muito ruim, tem dias que é de quebrar a canela.* (E17); [...] *Só o frio que é ruim, mas aqui eles regulam quando a gente pede.* (E18); [...] *Eu não ligo se tem cadeira, se tem merenda, meu propósito é fazer minha necessidade, me cuidar.* (E18)

O conforto ambiental é algo imprescindível para hemodiálise. Percebe-se que o paciente com doença renal crônica em tratamento refere desconfortos relacionados ao ambiente. Muitas vezes, isso se deve às condições precárias de algumas clínicas, mas nem sempre este, de fato, é o real motivo das insatisfações, pois se observam que as questões ambientais se acentuam ao considerar a frequência e o tempo de duração das sessões, fatores que influenciam nas concepções de bem-estar ambiental. Observou-se sobre o mobiliário a imobilidade somada à extensa

quantidade de tempo sentado, destacando a insatisfação dos pacientes com a cadeira.

Aspectos Socioculturais

Relações Interpessoais

Nesta categoria, estão descritas as entrevistas que mencionaram alterações de relacionamentos interpessoais e de atividades sociais após o início do tratamento. Indicadores: mudança de rotina, deixar de fazer, abdicar de viajar, não ir a festas, não ir à igreja, equipe. [...] *a hemodiálise atrapalha porque não pode isso e não pode aquilo.* (E1) [...] *não participo mais de festas de aniversário.* (E2) [...] *a rotina muda, agora só vou aos domingos para igreja.* (E19) [...] *Não confio viajar não, porque a viagem é longa.* (E19)

As falas indicaram significativa mudança das atividades diárias, das relações interpessoais, dos hábitos e, até mesmo, das atividades que ofereciam prazer. Pode-se inferir que o paciente com DRC tem relações interpessoais alteradas para que possam atender à nova condição imposta pela doença, alterações que podem influenciar nas relações familiares, práticas religiosas, atividades prazerosas, como comemorar aniversários com amigos ou, até mesmo, viajar, podendo acarretar mudanças emocionais e introspecção social. Desta forma, o paciente com doença renal crônica abdica de relações com os outros para priorizar a própria subsistência. *Aqui na clínica falo que é minha segunda casa [...]* (E20) *Gosto muito da equipe, eles são divertidos [...]* (E21)

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

Atividades Laborais

As entrevistas capturadas se relacionaram pelas alterações dos vínculos empregatícios e das atividades domiciliares dos pacientes, depois de submetidos ao tratamento de hemodiálise. Indicadores: emprego, trabalho. [...] *quem é que vai querer dar um trabalho para quem tem só três dias por semana?* (E22) [...] *Sinto muita falta de trabalhar, hoje fico parada sem fazer nada, isso é o que mais mata a gente, fica dependendo dos outro para tudo.* (E17) [...] *Eu era dona de casa, modificou mais porque a gente tem que ter cuidado coma fístula, tem que manejar mais o trabalho.* (E18) [...] *Eu tenho tanta vontade de trabalhar, se eu tivesse como voltar, eu voltaria, mas a gente não aguenta mesmo, o dia que a gente está em casa, a gente quer descansar.* (E23) [...] *Eu trabalho ainda normalmente com vendas, estou conseguindo levar porque trabalho para mim.* (E24)

Suporte Familiar

Agruparam-se os relatos indicativos ao suporte familiar recebido pelos pacientes, imediatamente após o diagnóstico e no início do tratamento de hemodiálise. Indicadores: família, filhos, marido,

esposa, irmãos, apoio, suporte, cuidado, abandono. [...] *Com a família alterou, porque eu vejo assim, que eles me acham tão forte que eles acham que eu não necessito de tanto cuidado, mas eu queria que fosse mais perto.* (E25) [...] *minha mulher me deixou quando eu vim o primeiro dia aqui.* (E26) [...] *Sim, minha família fica mais apreensiva que eu, a preocupação deles comigo aumentou.* (E24)

DISCUSSÃO

Os dados analisados revelaram que a experiência de estar confortável esteve relacionada com o bem-estar físico, psíquico, ambiental e sociocultural. Neste contexto, no aspecto físico, o estudo evidenciou, por meio dos relatos dos participantes, que os pacientes apresentaram desconfortos referentes às sensações do corpo. Do mesmo modo, outro estudo identificou que pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise apresentaram alterações negativas na qualidade de vida, principalmente na função física, decorrente da sobrecarga da doença, ocasionando prejuízos na saúde geral¹⁷.

No concernente aos pacientes com doença renal crônica hemodialíticos, pesquisa demonstra que as questões físicas mais comumente apresentadas são quedas de pressão, câimbras, cefaleias, fraqueza, cansaço, indisposição, mal-estar geral¹⁸. Outras queixas estão associadas ao uso do cateter de hemodiálise, em comparação com a fístula arteriovenosa; o cateter causaria incômodo e é esteticamente desagradável, enquanto a fístula arteriovenosa proporcionaria maior conforto e segurança no tratamento hemodialítico¹⁹.

Pesquisas sinalizam que sintomas agudos e complicações sempre estão presentes na rotina de pacientes renais em tratamento, contudo, medicamentos, cuidados técnicos com o procedimento e hábitos do enfermo, em termos de prevenção, fazem parte do arsenal de medidas que podem dispor para evitar complicações²⁰. Desta forma, pode-se depreender que conhecer os principais sintomas decorrentes da terapia proporcionará estabelecer medidas de aprimoramento das questões de conforto referentes às sensações corporais.

Os resultados deste estudo convergem com de outro, em que se observou em indivíduos acometidos por afecções cutâneas que a promoção do conforto perpassa pelas dimensões da teoria de Kolcaba. Assim, qualquer doença que cause dor resulta, frequentemente, em imobilidade e alteração no padrão de sono. Deste modo, enfermeiros nefrologistas devem eleger intervenções de conforto, baseando-se nessa tríade, com intuito de promover relaxamento, a fim de reduzir incapacidades físicas e aumentar a qualidade de vida desses indivíduos²¹.

Por sua vez, a comodidade, associada ao bem-estar psíquico, foi associada aos índices sentimento de depressão e labilidade de humor, autoestima, aparência e emoções. A mudança na rotina de pacientes causa impacto no modo de viver, ocasionando o desenvolvimento de sentimentos negativos, afetando o contentamentopsíquico²².

Os relatos no índice depressão e labilidade de humor demonstraram que os pacientes apresentaram alterações psíquicas

relacionadas a um estado de abatimento e desmotivação. Estudo realizado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, observou que 20% dos participantes com DRC apresentaram sintomas depressivos, sendo 12% sintomatologia depressiva leve, 6% moderado e 2% graves²³.

As falas dos participantes no índice autoestima e aparência revelaram o sentimento de preconceito vivenciado no dia a dia, devido à autoimagem. Verifica-se que inquietações psicológicas e emotivas, advindas do tratamento, também impactam no conforto⁶. Em contrapartida, por mais debilitante que o tratamento hemodialítico possa ser, proporcionando, também, preconceito, as situações estressoras puderam ser contornadas, favorecendo melhor qualidade de vida e desenvolvimento da resiliência. Essa concepção de conformação enquanto estratégia de enfrentamento expõe que bem-estar e qualidade de vida podem ser compatíveis com pessoas que vivem em condição de adocimento renal crônico²⁴⁻²⁶.

Dessa forma, as transformações do corpo, somadas à baixa autoestima, levam o paciente renal a passar por desconfortos de contexto psicológico. Estudo anterior constatou que as mudanças psicológicas resultam em desconforto ao paciente, em virtude da dependência da terapia hemodialítica, provocando modificações significativas que repercutem na vida cotidiana²⁵. Neste contexto, pesquisa evidenciou que o paciente com doença renal crônica desenvolve estratégias que possibilitam enfrentar e conviver melhor com a doença, apesar das dificuldades e limitações impostas pela insuficiência renal crônica²⁴.

As questões psicoespirituais estão representadas na literatura por nuance de sentimentos que permeiam desde raiva, irritação e frustrações a sentimentos de medo e ansiedade. Tristeza foi o sentimento mais relatado, as falas levantadas neste estudo repercutem para ratificar o quanto as mudanças psicológicas são reais e resultam em desconfortos ao paciente, uma vez que dependente do tratamento²⁵.

Com isso, enfermeiros devem considerar a exposição a situações constrangedoras, em virtude da autoimagem, motivando os indivíduos na escolha de artifícios que reduzam a vitimização da doença, por meio de roupas longas que diminuam a exposição do corpo e de cateter e fístula²⁷. Entretanto, é indispensável que o indivíduo renal crônico seja motivado a desenvolver estratégias para proporcionar melhor convivência no contexto familiar e social²¹.

As questões sociais são representadas pela ruptura no estilo de vida e necessidade de se adequar a uma nova condição. Dificuldade em viajar; abandono do emprego, devido à rotina da hemodiálise; situação financeira difícil, aliada às restrições das atividades de lazer, são alguns dos desconfortos no contexto social do doente renal crônico²⁵.

Nesse grupo formado, observaram-se alterações de trabalho em diferentes espectros, visto que os relatos demonstraram diferentes olhares sobre o processo. No primeiro relato, o paciente demonstrou profunda tristeza ao ter que abandonar o trabalho diário, mostrando prazer nas atividades. O segundo relato apontou que o abandono ao trabalho decorreu da rotina extenuante a

qual o doente renal estava submetido, três vezes por semana, durante quatro horas, impossibilitando o estabelecimento de contratos empregatícios.

Em relação ao índice aspecto ambiental, as falas dos pacientes sugeriram que apesar do tratamento hemodialítico ser realizado em clínicas com ambientes adequados e profissionais qualificados, o desconforto este presente, devido a fatores do entorno, como luz, barulho, cadeira e frio. Esses dados corroboram com estudo de insatisfação ambiental, mensurado em uma escala de 1 a 10, cujos pacientes em tratamento hemodialítico apresentaram insatisfação quanto aos sinais sonoros emitidos pela máquina (média de 5,98), seguida de desconforto ocasionado pela cadeira (média de 6,79). Além disso, os entrevistados relataram que esses dois fatores causam desconforto, pois dificultam o sono durante a sessão²⁸.

Assim, aponta-se que esses fatores são modificáveis e que, segundo a teoria de Kolcaba, os enfermeiros podem alterar características ambientais, como ruído e móveis, para proporcionar conforto ao paciente¹⁰. Outrossim, para melhorar o aspecto ambiental, é preciso realizar treinamentos entre a equipe multiprofissional e investir na infraestrutura da sala de hemodiálise, com melhoria na iluminação, temperatura, ruído da máquina e desconforto da cadeira²⁸.

Além disso, destaca-se que a atuação de enfermeiros nesse cenário envolve múltiplos fatores que são responsáveis pela qualidade de vida de pacientes e pelo desfecho do tratamento, pois é responsável pela supervisão da equipe de enfermagem, controle do ambiente com verificação do funcionamento das máquinas de diálise, vigilância de medicamentos e controle de infecção²⁹.

Identificaram-se nos relatos, também, pacientes que não se importaram com as características do entorno, pois para esses o maior conforto que poderia alcançar seria o acesso ao tratamento propriamente dito, conforme exemplo da última categoria: “sem desconforto ambiental”.

No aspecto sociocultural, verificaram-se relações sociais fragilizadas. Tais dados corroboram com outro estudo que demonstrou que a doença interfere de forma negativa nas relações sociais, principalmente devido às restrições hídricas e alimentares da doença, fazendo com que o paciente se sinta desconfortável em festas e confraternizações entre familiares e amigos³⁰.

Ademais, o estudo evidenciou que apesar das relações fragilizadas, o paciente com doença renal se sente mais seguro quando tem vínculo com os diversos profissionais responsáveis pela assistência¹⁴, pois relação holística e pautada nas necessidades do paciente favorece assistência resolutiva e com melhora na qualidade de vida, sendo necessário mais intervenções da equipe multiprofissional para melhorar a vida de pacientes em tratamento de hemodiálise³¹.

Estudo de intervenções evidenciou que a educação em saúde, baseada em orientação verbal e esclarecimento de dúvidas sobre DRC, sinais e sintomas de hiperfosfatemia, uso de quelantes de fósforo, nutrição, melhorou o funcionamento

físico, função física, dor, saúde geral, bem-estar emocional, lista de problemas/sintomas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal e sono³². Destarte, a educação em saúde consiste em intervenção eficaz, segura e sensível sobre as variáveis intervenientes do contexto físico, psicoespiritual e sociocultural, a qual maximiza os estados de conforto.

Acerca das intervenções de enfermagem no contexto sociocultural para promover conforto nesse domínio, deve-se assegurar que as relações interpessoais, familiares e sociais sejam intensificadas e não diminuídas, conforme falas dos entrevistados, na busca pela integridade do conforto social. Ainda, intervenções de educacionais e apoio devem ser continuamente realizadas, a fim de alcançar alívio, calma e atingir a transcendência pessoal do conforto nessa condição em tela²¹.

Ao contrário dos resultados encontrados, estudo aponta que as variáveis intervenientes em pacientes renais crônicos, passíveis a atuação de enfermeiros, no contexto ambiental, são risco de infecção, sangramento, contaminação, resposta alérgica e temperatura²⁹. Contudo, esta pesquisa emergiu novas variáveis intervenientes no contexto ambiental, sujeitas à atuação de enfermeiros, as quais devem ser verificadas, posteriormente, em novos estudos.

Destacam-se como limitações do estudo, restrições da pesquisa as expressões regionais que podem reduzir a extensão da representatividade das falas ou do impacto para vida de pacientes para outros contextos sociais e culturais diferentes da realidade investigada. Ademais, a ausência de estudos analíticos qualitativos na referida população, quanto ao contexto de estar e sentir confortável ao vivenciar essa doença, na ocasião da terapia hemodialítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os dados analisados, baseados na teoria de Katharine Kolcaba, revelaram que o significado do conforto para pacientes em tratamento hemodialítico se configurou como necessidade humana básica, associado com aspectos relacionados ao bem-estar físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Essas dimensões não agem individualmente, ao invés disso, combinam-se de forma a gerar em cada indivíduo respostas singulares quanto às próprias necessidades.

Assim, nota-se que os indivíduos com doença renal crônica vivenciam diferentes contextos de estar confortável/desconfortável, entre esses contextos, verificou-se nas falas a questão dos contextos físicos, socioculturais, ambientais e psicoespirituais. Observou-se relação entre a sintomatologia e as intercorrências clínicas, durante o período interdialítico, sendo de suma importância a atuação da equipe de enfermagem nesses contextos, com intuito de proporcionar conforto ao paciente.

Além disso, averiguaram-se dimensões externas ao cuidado que podem influenciar no desconforto, a exemplo disso, estão as alterações da rotina do paciente e o abandono das atividades laborais, corroborando em condições estressantes de saúde.

Por sua vez, as dimensões que influenciam no conforto estão associadas com aspectos psicoespirituais e socioculturais, relacionados com a espiritualidade e o vínculo com a equipe de saúde.

Neste estudo, evidenciaram-se contribuições quanto à consistência dos contextos em que o conforto é experienciado conforme proposto pela teórica, mostrando-se congruentes à prática clínica em hemodiálise. Ainda, constatou-se que este estudo foi capaz de testar de forma empírica os contextos de estar e sentir confortável ao vivenciar doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise. Deste modo, reconhece-se que as proposições defendidas pela teórica foram observadas neste estudo, atingindo o critério de adequação empírica.

Assim, compreende que os resultados desta pesquisa possibilitam que profissionais de saúde direcionem o processo de cuidado a pacientes renais crônicos, dependentes de terapia renal substitutiva, para promoção do conforto, de forma holística, por meio da descrição, explicação e predição desse fenômeno.

Portanto, dentre que as variáveis intervenientes no conforto, estão monitorar e reduzir as complicações inter e intradialíticas, por meio do controle de fluxo da máquina e outros parâmetros clínicos, orientação em saúde, visando mudança de comportamentos inadequados, aumento da autoestima e autoconceito, promoção do desenvolvimento de estratégia de enfrentamento, controle de humor, resiliência, socialização e apoio social por familiares e outros membros, redução da ansiedade, fortalecimento de vínculos e controle ambiental, na garantia da qualidade e segurança da assistência. Somado a isso, sugere-se realização de novas pesquisas, voltadas para o desenvolvimento de artefatos ou intervenções para promoção do bem-estar de pacientes em tratamento hemodialítico.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Aquisição, análise de dados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Sinara de Menezes Lisboa Freire

Desenho do estudo. Análise e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Desenho do estudo. Interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Geórgia Alcântara Alencar Melo.

Interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Magda Milleyde de Sousa Lima. Joselany Áfio Caetano.

Análise e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Renan Alves Silva.

EDITOR ASSOCIADO

Rafael Celestino da Silva

REFERÊNCIAS

- Ranasinghe AV, Kumara GWGP, Karunarathna RH, De Silva AP, Sachintani KGD, Gunawardena JMC et al. The incidence, prevalence and trends of Chronic Kidney Disease and Chronic Kidney Disease of uncertain aetiology (CKDu) in the North Central Province of Sri Lanka: an analysis of 30,566 patients. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):338. <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-019-1501-0>. PMID:31462219.
- Castro MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *J Bras Nefrol*. 2019;41(1):95-102. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0028>. PMID:30048562.
- Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J Bras Nefrol*. 2019 abr-jun;41(2):208-14. PMID:30968930.
- Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Chronic kidney disease: relation of patients with hemodialysis. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):8-14. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>.
- Estridge KM, Morris DL, Kolcaba K, Winkelman C. Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2018;45(1):25-60. PMID:29470003.
- Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):889-95. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0120>. PMID:31432943.
- Debone MC, Pedruncci ESN, Candido MCP, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):800-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0117>. PMID:28793111.
- Fidan F, Alkan BM, Tosun A, Altunoglu A, Ardiçoglu Ö. Quality of life and correlation with musculoskeletal problems, hand disability and depression in patients with hemodialysis. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(2):159-66. <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.12171>. PMID:24176031.
- Medeiros RC, Sousa MNA, Santos MLL, Medeiros HRL, Freitas TD, Moraes JC. Epidemiological profile of chronic renal patients in treatment. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2015 [citado 2020 jan 28];9(11):9846-52. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10777/11921>
- Boudiab LD, Kolcaba KY. Comfort Theory unraveling the complexities of veterans' health care needs. *ANS Adv Nurs Sci*. 2015;38(4):270-8. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.000000000000089>. PMID:26517339.
- Kolcaba KY. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*. 2001;49(2):86-92. <http://dx.doi.org/10.1067/mno.2001.110268>. PMID:11309563.
- Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):237-40. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>. PMID:1937522.
- Leandro TA, Silva VM, Lopes MVO, Guedes NG, Nunes MM, Sousa TM et al. Impaired comfort in children and adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):934-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0050>. PMID:29924175.
- Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(6):1178-84. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>. PMID:7930099.
- Kolcaba KK. Holistic comfort: operationalizing the construct as nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci*. 1992;15(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199209000-00003>. PMID:1519906.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Blood Press Res*. 2017;42(4):717-27. <http://dx.doi.org/10.1159/000484115>. PMID:29049991.
- Bouya S, Ahmadidarehsima S, Badakhsh M, Balouchi A, Koochakzai M. Effect of aromatherapy interventions on hemodialysis complications: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;32:130-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.008>. PMID:30057040.
- Nogueira FLL, Freitas LR, Cavalcante NS, Pennafort VPS. Perception of patients with chronic kidney disease regarding care towards their hemodialysis access. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2016 [citado 2019 out 7];3(21):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628>
- Arhuidese IJ, Orandi BJ, Nejim B, Malas M. Utilization, patency, and complications associated with vascular access for hemodialysis in the United States. *J Vasc Surg*. 2018;68(4):1166-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2018.01.049>. PMID:30244924.
- Brandão ES, Santos I. Theories of nursing in promotion of comfort in dermatology. *Rev enferm UERJ*. 2019; 27:e38330. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38330>.
- Müller HH, Englbrecht M, Wiesener MS, Titze S, Heller K, Groemer TW et al. Depression, anxiety, resilience and coping pre and post kidney transplantation - initial findings from the Psychiatric Impairments in Kidney Transplantation (PI-KT)-Study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0140706. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140706>. PMID:26559531.
- Costa FG, Coutinho MPL. Doença renal crônica e depressão: um estudo psicossociológico com pacientes em hemodiálise. *Psicol Saber Soc*. 2016;5(1):78-89. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.13815>.
- Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):147-54. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>.
- Pham TV, Beasley CM, Gagliardi JP, Koenig HG, Stanifer JW. Spirituality, coping, and resilience among rural residents living with chronic kidney disease. *J Relig Health*. 2019. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-019-00892-w>. PMID:31392626.
- Noghan N, Akaberi A, Pournamdarian S, Borujerdi E, Sadat Hejazi S. Resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Hamedan, Iran. *Electron Physician*. 2018;10(5):6853-8. <http://dx.doi.org/10.19082/6853>. PMID:29997771.
- Coelho ECS, Pompeu HHFA, Ferreira IP, Souza AS, Castilho FNF, Santos VLC et al. Knowledge of patients in hemodialysis as to self-care with central venous catheter. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2018;11(2):1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e141.2019>.
- Grebin SZ, Echeveste MES, Magnago PF, Tanure RLZ, Pulgati FH. Estratégia de análise para avaliação da usabilidade de dispositivos médicos na percepção do usuário: um estudo com pacientes em tratamento de hemodiálise. *Cad Saude Publica*. 2018;34(8):1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074417>. PMID:30133654.
- Aguiar LL, Guedes MVC. Nursing diagnoses and interventions of the safety/protection domain for hemodialysis patients. *Enferm Glob*. jun 2017;16(47):1-37. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.248291>.
- Schick-Makaroff K, Molzahn AE, Kalfoss M. Symptoms, coping, and quality of life of people with chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J*. 2018;45(4):339-55. PMID:30303644.
- Warsame F, Ying H, Haugen CE, Thomas AG, Crews DC, Shafi T et al. Intradialytic activities and health-related quality of life among hemodialysis patients. *Am J Nephrol*. 2018;48(3):181-9. <http://dx.doi.org/10.1159/000492623>. PMID:30176670.
- Stumm EMF, Benetti ERR, Pretto CR, Barbosa DA. Effect of educational intervention on the quality of life of hyperphosphatemic chronic renal patients on hemodialysis. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180267. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0267>.