

DOENÇA RENAL CRÔNICA: VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DO CUIDADOR

CHRONIC KIDNEY DISEASE: EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE CAREGIVER

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS DEL CUIDADOR

Mayckel da Silva Barreto^I
Sonia Silva Marcon^{II}

RESUMO: O objetivo do estudo foi descrever a vivência dos familiares diante do diagnóstico de doença renal crônica em um de seus membros e identificar suas expectativas relacionadas ao tratamento. Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada em Campo Mourão – PR, junto a nove familiares de doentes renais crônicos. Os dados foram coletados em abril e maio de 2011, e após submetidos a análise de conteúdo do tipo temática. Evidenciou-se que a vivência do diagnóstico foi um momento difícil para os familiares que compreendiam que, apesar do sofrimento, a hemodiálise era a única forma de seu familiar sobreviver. As expectativas em relação ao tratamento variaram desde a crença em uma cura miraculosa até o medo da morte. Ante a complexidade experienciada, recomenda-se à equipe de saúde assistir melhor o doente renal crônico e seus familiares auxiliando-os no processo de adaptação e reestruturação após o diagnóstico.

Palavras-chave: Relações familiares; insuficiência renal; diagnóstico; enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed at describing family experience with the diagnosis of chronic kidney disease affecting a family member, as well as identifying their expectations related to treatment. Descriptive, qualitative research conducted in Campo Mourão, PR, Brazil with nine families of patients with chronic renal failure. Data were collected in April and May, 2011, and were further treated with content-thematic analysis. There was evidence that diagnosis was difficult for families to take. Despite their pain, they realized that hemodialysis proved to be the only survival alternative to their family member. Expectations regarding the treatment ranged from a belief in a miracle cure to death fear. The complex picture requires from healthcare staff and recommends they should better assist the patient with chronic kidney disease and their families in the adaptation process and restructuring after diagnosis.

Keywords: Family relations; renal insufficiency; diagnosis; nursing.

RESUMEN: El objetivo fue describir la experiencia de la familia ante el diagnóstico de enfermedad renal crónica en uno de sus miembros e identificar sus expectativas relacionadas al tratamiento. Investigación cualitativa y descriptiva, realizada en Campo Mourão – PR - Brasil, con nueve familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica. Los datos fueron recogidos en abril y mayo de 2011, y después sometidos al análisis de contenido temático. Los resultados demostraron que la experiencia del diagnóstico fue muy difícil para la familia, que entiende que, a pesar del sufrimiento, la hemodiálisis era la única manera de su familiar sobrevivir. Las expectativas frente al tratamiento variaron de una creencia en una cura milagrosa hasta el miedo de la muerte. Frente a la complejidad experimentada, se recomienda al equipo de salud mejor asistir al paciente renal crónico y sus familias, ayudando a ellos en el proceso de adaptación y reestructuración después del diagnóstico.

Palabras-clave: Relaciones familiares; insuficiencia renal; diagnóstico; enfermería.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de grande magnitude na saúde pública brasileira. No ano de 2010, existiam 92.091 pessoas em tratamento dialítico¹ e os custos com o tratamento desses pacientes chegam a 10% de todas as verbas direcionadas ao setor saúde².

O diagnóstico da DRC tem um impacto profundo nos indivíduos e em seus familiares, com possibilidades de afetar o convívio social da pessoa e pro-

vocar prejuízos físicos e emocionais. Ademais, as famílias com um de seus membros em tratamento dialítico assumem uma carga significativa no cuidado, direto ou indireto ao mesmo, o que tem resultado em estresse³ e sobrecarga, principalmente para aquela pessoa que acompanha mais de perto o doente em sua peregrinação imposta pelo tratamento. Por isso, o mesmo impacto sofrido pelo indivíduo doente também é observado em sua família, culminando com a

^IEnfermeiro. Mestrando em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora em filosofia da enfermagem. Professora da graduação e pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

necessidade de uma assistência multiprofissional diferenciada e eficaz que envolva toda a família, minimizando o sofrimento emocional de ambos. Isto porque um contexto familiar estruturado exerce um importante papel em todo o processo de relação do indivíduo com a sua doença, seu tratamento e a adaptação necessária a um novo estilo de vida⁴.

Nessa perspectiva, o suporte informativo que os profissionais de saúde oferecem ao cuidador familiar pode contribuir para a manutenção de sua saúde física e psicológica, na medida em que o ajuda a encontrar coerência para a própria vida, significado para o papel que desempenha e melhoria na forma de compreender e esperar pelo futuro de seu familiar enfermo⁵.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi descrever a vivência dos familiares diante do diagnóstico de DRC em um de seus membros e identificar suas expectativas relacionadas ao tratamento.

REFERENCIAL TEÓRICO

A família, independente de seu tipo, nuclear ou expandida, se constitui na fonte primária de cuidados e auxílio aos seus integrantes, desde a etapa do nascimento até a morte⁶. Esta função é mais facilmente evidenciada em situações de doença crônica (DC), por esta razão ela deve ser incluída e valorizada no plano assistencial.

Os familiares mais próximos dos doentes renais crônicos lidam com o estresse produzido pela incerteza de cada dia vivido. Muitas vezes apresentam sentimentos de medo, aflição e angústia frente à doença e a possibilidade de terminalidade da vida de seu ente. Apesar disto, são eles que normalmente constituem a maior fonte de apoio social aos pacientes, prevenindo as frustrações e ansiedades advindas do declínio da função física ao longo do processo crônico de adoecer, ou mesmo sendo utilizados como defesa emocional dessas conseqüências negativas^{3,7,8}.

O levantamento de informações acerca da experiência do cuidador no momento do diagnóstico de DRC e quais são as perspectivas que ele possui em relação ao futuro de seu familiar doente, possibilita o conhecimento de como a família vivencia esta fase e como se reestrutura diante de um grande fator estressor, o que leva à reformulação das ações assistenciais, voltando-as para os interesses da família, levando a equipe de enfermagem a desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes no acompanhamento dos indivíduos doentes e seus cuidadores familiares.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa realizada em Campo Mourão, município de médio porte (população de 87.194 habitantes)⁹, localizado na região

noroeste do estado do Paraná e sede da 13ª Regional de Saúde (RS), a qual congrega 25 municípios. O estudo foi realizado no Instituto do Rim de Campo Mourão, que atende 120 pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oriundos de todos os municípios da 13ª RS.

Dos 120 indivíduos em tratamento dialítico apenas 20 residiam no município e estes foram relacionados para serem incluídos no estudo. Entretanto, nove familiares não foram localizados e dois se recusaram a participar da pesquisa. Cabe salientar que não tivemos autorização para realizar o contato inicial com os pacientes no próprio Instituto, só nos sendo fornecida uma relação com os nomes e endereços dos pacientes em tratamento e os nove familiares não localizados se deve à desatualização de endereço do doente.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2011, por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas nos domicílios dos pacientes, seguindo um roteiro composto por duas partes. A primeira com questões referentes à caracterização sociodemográfica da família e a segunda com duas questões norteadoras: *Como foi o momento do diagnóstico de DRC no seu familiar?* e *Daqui para frente quais são as expectativas que você possui em relação à saúde de seu familiar?*

As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos depoentes. Elas foram gravadas, e posteriormente transcritas na íntegra. O processo de análise de conteúdo seguiu as etapas pré-estabelecidas, que incluiu a pré-análise com leituras flutuantes e intensivas, a exploração do material com a categorização e agrupamento conforme suas semelhanças e o tratamento dos dados que se deu a partir da análise da comunicação objetiva e subjetiva desse material, utilizando-se procedimentos sistemáticos para compreender o conteúdo expresso nas falas dos cuidadores¹⁰.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 131/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados com as letras CF de Cuidador Familiar, seguidos de um número arábico indicando a ordem de realização da entrevista e o tempo em anos de tratamento dialítico do familiar (CF1 – 3 anos...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados nove familiares, cujas características reforçam o que tem sido encontrado na literatura¹¹: todos do sexo feminino, sendo quatro esposas, duas filhas, uma irmã, uma sobrinha e um ex-cônjuge. A idade destas variou de 15 a 65 anos, com

média de 47,7 anos. Em relação ao vínculo empregatício, sete não o possuíam e as outras duas trabalhavam apenas meio expediente. Dos nove pacientes sete eram homens.

Por meio da análise das falas, construíram-se duas categorias: Cuidadores familiares e a vivência do diagnóstico de DRC e Expectativas do cuidador relacionadas à saúde do familiar.

Cuidadores familiares e a vivência do diagnóstico de DRC

A doença aparece como uma grande ameaça à integridade da família, sendo considerada um caos quando se instala, interferindo no equilíbrio familiar⁴, deste modo, receber o diagnóstico de uma DC não é fácil para o indivíduo, tampouco para seus familiares.

Nossa o diagnóstico foi bem difícil, Deus nos livre, fiquei bem triste. (CF4 – 3 anos)

Para a família sempre é um choque, um problema há mais para resolver. (CF1 – 3 anos)

A gente tentou acalmar ele, porque para ele tinha acabado tudo, falamos que não era assim, que tinha tratamento, talvez tivesse um transplante, falei para ele levantar, para não parar ali. (CF3 – 8 anos)

O diagnóstico da DRC faz emergir sentimentos de medo diante do desconhecimento da doença, desencadeando incertezas quanto ao futuro e o pensar na possibilidade de morte, provocando um impacto profundo nas pessoas e em suas famílias. A cronicidade da doença, o tratamento doloroso, as alterações corporais e o medo contínuo da perda podem desencadear prejuízos físicos, mentais e afetar o convívio social do indivíduo³.

Em muitos casos, a natureza inesperada da DRC exige dos familiares a tomada de decisões e adoção de estratégias para prestar a devida assistência ao doente, seja no âmbito emocional, financeiro ou simplesmente acompanhá-lo em seu itinerário terapêutico. É uma adversidade que transforma o cotidiano do indivíduo e da família como um todo, provocando diferentes impactos em seus membros⁴. Observou-se que a necessidade do tratamento hemodialítico foi um dos aspectos que causou maior apreensão.

A hemodiálise foi uma preocupação muito grande, mas agora ele está com o problema dele estabilizado, não que não deixa de dar preocupação, mas agora está mais tranquilo. (CF2 – 4 anos)

Foi difícil para a gente receber o diagnóstico e começar a hemodiálise, mas depois vimos o tanto que foi ótimo para ele, ele está bem melhor. (CF6 – 5 anos)

Apesar do medo, as cuidadoras demonstraram ter compreendido que apenas com o seguimento da terapêutica existiria a possibilidade de sobrevivência de seu familiar. Entretanto, perceberam também que, para os pacientes, a submissão a este tratamento constituía fonte de estresse e especialmente pelos proble-

mas ocasionados como: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, dificuldade de locomoção, diminuição da atividade física e de lazer, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer¹². Todas essas alterações influenciam substancialmente a dinâmica familiar, mormente quando o doente é o chefe da família, por este representar o suporte e o sustentáculo da estrutura familiar.

Foi uma surpresa porque a gente não sabia, ele trabalhava direto e correndo sempre, cuidando de tudo aqui em casa, só descobriu porque deu uma canseira nele[...]. (CF8 – 3 anos)

Diante dessa situação, a equipe de saúde multiprofissional, principalmente o enfermeiro, deve orientar o indivíduo com o diagnóstico de DRC e sua família, mesmo em situações em que o tratamento dialítico é instituído em caráter emergencial. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro desenvolver e implementar estratégias educativas capazes de informar suficientemente pacientes e familiares sobre a enfermidade, manifestações clínicas, estilo de vida saudável, características e efeitos do tratamento, cuidados com o acesso venoso, entre outros aspectos. O enfermeiro, portanto, necessita reconhecer o cliente e seus familiares como agentes de autocuidado¹³.

Em estudo realizado com quatro famílias de pacientes com DRC no Rio Grande do Sul¹⁴, foi observado que a superação do momento do diagnóstico e a reestruturação da família foram facilitadas a partir da rede social de apoio que a família nuclear recebeu dos outros membros da família extensa e do serviço de saúde, sendo este apoio ainda preponderante para a melhor aderência do paciente à terapêutica, por meio das facilidades de acesso ao tratamento que são alcançadas com o auxílio de outros familiares.

Assim, deve-se, após a avaliação clínica inicial do paciente, estabelecer um plano terapêutico para o controle da doença e prevenção de outras complicações crônicas¹⁵. A aproximação da família com a equipe de saúde neste momento é saudável tanto para os indivíduos com DC e seus familiares, quanto para a equipe multiprofissional, pois possibilita uma assistência direcionada para suas reais necessidades, favorecendo conseqüentemente, a adesão ao tratamento¹⁶. No entanto, os familiares entrevistados, em sua maioria, não receberam nenhuma orientação ou acompanhamento por parte dos profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou no Instituto do Rim onde realizam o tratamento especializado.

Ninguém veio orientar, orientou só ele na hemodiálise, eles deram um livrinho, pra ver o que ele podia comer. (CF9 – 3 anos)

Acho que faltou orientação, só mandaram uma revista pra ela, não vieram pessoalmente. (CF2 – 4 anos)

A família deve ser parte integrante no cuidado aos indivíduos com DRC, sendo necessário oferecer a ela subsídios para que possa atuar de forma correta. A instituição onde os pacientes fazem o tratamento presta um serviço especializado a um segmento restrito da população, o que teoricamente favorece o fortalecimento do vínculo entre família/paciente e serviço de saúde/profissionais. Porém, isto não parece estar ocorrendo, pois, segundo os familiares, as informações e orientações não foram realizadas pessoalmente e individualmente, mas sim de modo impessoal e escrita. Além disso, o fato de muitos endereços estarem desatualizados, conforme identificado por ocasião da inclusão dos indivíduos no estudo, também constitui indicativo da ausência de vínculo com o serviço.

Em estudo, realizado no interior de São Paulo com quatro familiares de pacientes com DRC, observou-se que o apoio informativo, advindo dos profissionais de saúde, acerca da doença e da promoção à saúde do familiar enfermo, era falho, ora pelo conflito, ora pela ausência de informações³. Isto também foi constatado no presente estudo, visto que a única forma de orientação relatada foi a entrega de uma cartilha com informações referentes à alimentação do doente renal crônico.

Independentemente do fato de os pacientes realizarem o acompanhamento de saúde em Instituição especializada ou serviços particulares, os profissionais da ESF devem realizar visitas domiciliares aos doentes crônicos de sua área adscrita, pois no domicílio as famílias se sentem mais seguras e com maior domínio da situação. Isto pode torná-las mais receptivas a compartilhar informações com a equipe de saúde¹⁶ e a seguir melhor os cuidados recomendados

É importante inserir a família no cuidado ao doente renal crônico, o que a faz sentir-se acolhida e, na medida de suas possibilidades, busca o serviço de saúde para esclarecer dúvidas relacionadas à promoção e manutenção da saúde do familiar enfermo e prevenção de agravos. Na prática, entretanto, observa-se que isto dificilmente ocorre.

Até ele ter o problema, eu nunca tinha ido à clínica. Eu não sabia da alimentação, essas coisas, só depois que ele teve o AVC que eu comecei a levar ele e comecei a conversar com a nutricionista e ela me passou as tabelas. Se eu tivesse acompanhado desde o começo, ele não tinha tido o AVC. (CF3 – 8 anos)

Esclarecimentos sobre a doença, o tratamento e os procedimentos são necessários para minimizar as angústias dos familiares e também para que esses, cientes do que acontece com seu familiar, possam efetivamente apoiá-lo e tornarem-se parceiros da equipe de saúde¹⁷. Os esclarecimentos devem ter início no momento do diagnóstico e ser continuamente lembrados, a fim de se evitar as complicações a longo prazo acarretadas pela DRC.

Os profissionais de saúde, mormente os enfermeiros, devem executar com responsabilidade o papel de educador para a saúde, a fim de preparar e treinar os familiares para que estejam aptos a lidar com as diversas situações que um paciente em tratamento dialítico pode vivenciar no curso de sua doença. Desse modo, a família terá maior habilidade e se sentirá mais confiante para realizar os cuidados necessários ao seu ente enfermo. A busca pelo serviço de saúde será menor, uma vez que saberão reconhecer sinais e sintomas comuns da doença e do tratamento, e como atuar nestes casos.

O enfermeiro, portanto, é responsável por desenvolver estratégias educativas para orientar o indivíduo recém diagnosticado com DRC e seus familiares, conforme suas reais necessidades. É esse profissional quem desenvolve um atendimento destinado à integralidade do cliente, garantindo-lhe e à sua família o direito à informação, contribuindo, assim, para a melhoria na qualidade de vida de ambos¹⁷.

Expectativas do Cuidador Sobre a Saúde do Familiar em Tratamento Dialítico

Ao deparar-se com o diagnóstico de DRC, o paciente sente-se amedrontado diante da dualidade entre a morte e a dependência do tratamento, da máquina e de outras pessoas. Essas vivências geram desestabilizações importantes no estado físico, psicológico, emocional e social do indivíduo, fazendo com que sua família perceba seu futuro como diferente dos demais membros¹⁸.

O futuro pode ser entendido como um tempo que está por vir, que pode ou não acontecer. Por sua vez o futuro é influenciado por diversas situações e sentimentos que o indivíduo vivencia no presente. No caso de pacientes com DRC, muitas vezes esses sentimentos são a angústia, o desapontamento e a desesperança, sendo os mesmos, também, percebidos em seus familiares mais próximos. As cuidadoras relataram suas expectativas em relação à saúde de seus familiares.

Eu espero dias melhores, que ele fique bom ou que Deus faça o que achar melhor; espero que fique bom, para que eu volte a ter a vida de antes, que eu possa sair, viajar, o que hoje eu não posso. (CF2 – 4 anos)

O desejo de melhora do paciente para que a cuidadora recupere sua vida de antes decorre do fato de a DRC ser uma condição progressivamente incapacitante, que necessita da instituição de cuidados, gerando isolamento na vida social do doente e de seu cuidador.

Estudo realizado em Fortaleza (CE) com 12 cuidadores familiares de pacientes com DC⁵ constatou que o cuidado é vivenciado como castigo por aqueles familiares mais isolados socialmente, que necessitavam

lidar de modo ininterrupto com a dependência física ou a incapacidade mental do indivíduo doente. Nesses casos, a ausência ou mesmo limitação no apoio recebido constitui motivo de esgotamento físico-emocional, fazendo com que o cuidado seja encarado como sacrifício.

Diante da doença e da possibilidade de finitude da vida, as pessoas podem vivenciar crises subjetivas intensas. Nesse contexto, a espiritualidade serve ao propósito de elaborar novos sentidos e significados para a vida, apoiando a pessoa na difícil tarefa de cuidar, no enfrentamento das situações adversas e na manutenção da saúde⁵.

Nas falas das cuidadoras, evidencia-se também a forte e marcante presença da fé em um Ser superior, no qual elas depositam a esperança de cura de seus familiares, para que possam resgatar a vivência em família, juntamente com a re-estabilização do convívio social.

A única coisa que eu espero é a vontade de Deus mais nada, porque é difícil [choro]. (CF5 – 4 anos)

Para Deus nada é impossível, porque eu sei, que se ele fizer por merecer, Deus pode fazer uma grande obra por ele e de uma hora para outra ele pode ficar curado. (CF6 – 5 anos)

Ele fala assim pra mim: “Olha vou ficar bom, vou renovar minha carteira de motorista e nós vamos passear de novo”. Mas, eu não sei se um dia vai dar. Pra Deus nada é impossível, porque ele pode estar hoje assim e amanhã pode estar bom. (CF9 – 3 anos)

A busca pela fé auxilia tanto o doente quanto os familiares e amigos mais próximos no enfrentamento das situações desencadeadas pela doença¹⁹. Estudo realizado com 18 cuidadores familiares de doentes crônicos⁵ evidenciou que a religião e a fé são percebidas como uma forma de aliviar os conflitos internos, de favorecer a aceitação por parte do cuidador familiar da situação vivenciada no presente e de melhorar as expectativas que ele possui em relação ao futuro de seu familiar doente e de seu próprio futuro.

Considerando a dimensão emocional do apoio social, constata-se que a religião e a religiosidade funcionam, para muitos cuidadores, como um amortecedor dos impactos danosos à saúde, sendo que a propriedade de administrar os sentimentos é preponderante na determinação de adoecimento (ou não) do cuidador.

Por outro lado, houve casos em que as cuidadoras demonstram grande sofrimento ante a desesperança em relação ao futuro de seus familiares.

Acho que o tratamento dele é para o resto da vida, eu acho que transplante, pela idade compensaria, mas o problema é o diabetes. (CF4 – 3 anos)

A gente torce para ele não ficar cego. (CF1 – 3 anos)

É um sentimento muito triste porque a gente sabe, vê que as pessoas que fazem hemodiálise morrem em situação muito triste e vai mais cedo. A expectativa da gente é a pior. (CF8 – 3 anos)

As cuidadoras não vislumbravam chances de melhora ou cura de seus familiares. Na realidade, buscavam forças para suportar os percalços advindos com a doença e o tratamento, que demonstravam saber que seria para o resto da vida de seus entes.

Para alguns doentes, a possibilidade de transplante é inviabilizada por vários motivos. Nesses casos, a única possibilidade de vida é o próprio tratamento hemodialítico. Estudo realizado com renais crônicos em tratamento hemodialítico no interior de São Paulo demonstrou que, em alguns casos, não existia a possibilidade de realizar o transplante em razão de outros problemas de saúde e também pela idade avançada dos pacientes, evidenciando que a hemodiálise é inevitavelmente necessária na realidade da vida cotidiana desses doentes. Desse modo, a vida futura ou o planejamento desta é apenas uma casualidade que pode ou não vir a ser⁷.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo revelaram que, apesar de a vivência do diagnóstico pelas cuidadoras variar de acordo com o papel do doente na família, foi marcada por ansiedade, angústia e medo diante do desconhecimento da doença e do início do tratamento hemodialítico. Dessa forma, foi evidenciado como um período de intensa dificuldade. Contudo, observou-se também que o passar do tempo possibilitou adaptações à nova condição do doente, reestruturação da família para facilitar esta adaptação e compreensão de que o tratamento era necessário para a manutenção da vida do familiar.

A expectativa das cuidadoras relacionada ao tratamento de seus familiares perpassou desde a fé e a esperança por uma intervenção Divina, com a cura da doença, até a total resignação e desesperança. Diante da discrepância de sentimentos relacionados ao futuro e ao tratamento do familiar, cabe aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, oferecer uma assistência diferenciada e qualificada a essas famílias, buscando compreender seus medos, anseios, esperanças e necessidades; fazendo-as vivenciar, de maneira o mais saudável possível, a condição de vida imposta pela doença ao familiar, levando-as a encarar o futuro de modo encorajador.

Além disso, é preciso estar atento para o fato de que a família nem sempre está preparada para cuidar da pessoa com DRC devido à especificidade dos cuidados a serem dispensados. Contudo, a família terá mais condições de cuidar de seu familiar se ela também for cuidada e devidamente instrumentalizada para prestar o cuidado. Nesse sentido, a realização de outros estudos sobre a temática poderão subsidiar a implementação de estratégias que visem minimizar a ansiedade e o sofrimento das famílias que vivenciam o cuidado ao doente renal crônico.

Por fim, acreditamos que o número reduzido de entrevistados, decorrente da dificuldade em localizá-los, constitui uma limitação no estudo, porém não diminui o valor dos achados e a aplicabilidade dos resultados na prática da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo: centro de diálise no Brasil. [serial in internet] 2010 [citado em 9 mar 2011]; Disponível em: <http://www.sbn.org.br/index.php?censos>
2. Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte FS, Galvão RIM, Martins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *Rev Bras Cienc Farm.* 2008; 44:315-25.
3. Paula ÉS, Nascimento LC, Rocha SMM. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16:692-9.
4. Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saude Soc.* 2008; 179:153-69.
5. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16:945-55.
6. Perlini NMO, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev esc enferm USP.* 2007; 41:229-36
7. Machado LRC, Car MR. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Rev esc enferm USP.* 2003; 37:27-35.
8. Dyniewicz AM, Zanela E, Kobus LSG. Narrativa de uma paciente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Rev eletrônica enferm.* [Biblioteca Virtual de Saúde – Enfermagem: BVS-Enfermagem] 2004 [citado em 9 mar 2011]. 6:199-212. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/narrativa.html
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [site de Internet]. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Paraná, cidades. [citado em 10 abr 2011] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
10. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa (Por): Edições 70; 2008.
11. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15:2815-24. Parte inferior do formulário
12. Kusomoto L, Marques S, Hass VI, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21:152-9.
13. Pacheco GS, Santos I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. *Rev enferm UERJ.* 2005; 13:257-62.
14. Schwartz E, Muniz RM, Burille A, Zillmer JGV, Silva DA, Feijó AM, Bueno MEN. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. *Rev Min Enferm.* 2009; 13:183-92.
15. Travagim DSA, Kusumota L, Teixeira CRS, Cesarino CB. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18:291-7.
16. Elsen I; Souza AII, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc cuid saude.* 2009; 8:11-22.
17. Rocha RPF, Santos I. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev pesq: cuid é fundamental.* 2009; 1:423-33.
18. Cavalcante FA, Saar GQ, Ramos LS, Lima AAM. O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. *Rev eletrônica Facimed.* 2011; 3:371-84.
19. Valadares GV, Barbosa GS. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2009; 13:17-23.