

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3


Atena
Editora
Ano 2021

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

 **Atena**
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Hákillia Pricyla de Jesus Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3 /
Organizadora Hákillia Pricyla de Jesus Souza. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-781-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.816211612>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Souza, Hákillia Pricyla de
Jesus (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresentamos a coleção “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, uma obra dividida em três volumes que têm como objetivo principal desvelar discussões científicas sobre as diversas interfaces de atuação do profissional enfermeiro. Os conteúdos dos volumes perpassam por trabalhos de pesquisas originais, relatos de experiências e revisões da literatura, que foram desenvolvidos em instituições nacionais e internacionais na área de saúde.

O advento da pandemia pela COVID 19 trouxe mais visibilidade e valorização à profissão de Enfermagem, responsável pelo cuidado com vistas às múltiplas dimensões do ser humano. Sabe-se que a Enfermagem deve ter a capacidade de planejar uma assistência baseada em evidências, fundamentada em políticas e práticas que evidenciem seu protagonismo frente às transformações exigidas pela Saúde Pública.

Nesta obra, o primeiro volume traz estudos relacionados ao desenvolvimento da prática de enfermagem em diferentes unidades hospitalares, destacando a importância do trabalho em equipe desde o período pré-natal até a saúde do idoso, além da assistência aos cuidados paliativos. No segundo volume, os artigos associam-se aos fatores psicossociais e políticos envolvidos na atuação do enfermeiro, além daqueles direcionados à liderança e à prática docente. No terceiro volume, são apresentados estudos que demonstram a atuação da enfermagem na Saúde Pública, nestes incluídos os cuidados às famílias e as comunidades.

Ao decorrer de toda a obra “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, é notório observar que os trabalhos envolvem a atuação da Enfermagem de forma holística, com práticas integrativas e complementares para alcançar o bem-estar do paciente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de ações de educação em saúde, com enfoque na humanização do cuidado. Desta forma, firma-se o compromisso da Enfermagem como ciência, e ressalta-se a relevância da divulgação desses estudos, para que os mesmos possam servir de base para a prática dos profissionais, na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a Atena Editora oferece a estrutura de uma plataforma solidificada e segura para que os pesquisadores possam expor e divulgar seus resultados.


Hákilla Pricyla de Jesus Souza

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM IDOSOS


Anny Carolini Dantas da Fonseca
Raquel Dantas de Araújo
Jessica Gabrielly Feliciano da Costa
Joanna Karla Freitas Aquino
Francisco Gabriel Pereira
Gláucya Raquel Souza da Fonseca Dutra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116121>

CAPÍTULO 2..... 10

ATENDIMENTO AO HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS


Clarissa Mourão Pinho
Morgana Cristina Leôncio de Lima
Beatriz Raquel Lira da Fonsêca
Ellen Lucena da Silva
Juliany Fernanda Alves de Souza Silva
Bianca Leal Bezerra
Joana D'Arc de Oliveira Reis
Mônica Alice Santos da Silva
Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado
Maria Sandra Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116122>

CAPÍTULO 3..... 19

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E DE HUMANIZAÇÃO NORTEADORAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Tércia Moreira Ribeiro da Silva
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Maíra Helena Micheletti Gomide
Fernanda Penido Matozinhos
Mhayara Cardoso dos Santos
Luana Andrade Simões
Isabella de Alcântara Gomes Silva
Elton Junio Sady Prates
Delma Aurélia da Silva Simão


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116123>

CAPÍTULO 4..... 28

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO

Karoline de Souza Oliveira
Samara Atanielly Rocha
Kelvyn Mateus Dantas Prates

Ana Clara Rodrigues Barbosa
Natiele Costa Oliveira
Bianca Lima Durães
Nayara Cardoso Ruas
Simone Ferreira Lima Prates
Priscila Antunes Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116124>

CAPÍTULO 5..... 36

AUTOMANEJO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD


David Zepeta Hernández
Higinio Fernández-Sánchez
Nazaria Martínez Díaz
María del Carmen Santes Bastián
Angélica Cruz Mejía
Erika Mayte Del Ángel Salazar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116125>

CAPÍTULO 6..... 44

AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE


Beatriz Rodrigues de Souza Melo
Maria Angélica Andreotti Diniz
Francine Golghetto Casemiro
Ariene Angelini dos Santos-Orlandi
Gustavo Carrijo Barbosa
Fabiana de Souza Orlandi
Aline Russomano de Gouvêa
Aline Cristina Martins Grato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116126>

CAPÍTULO 7..... 59

CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR


Alma Rosa Barrios-Melchor
Alhelí García-Gregorio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116127>

CAPÍTULO 8..... 74

COMPARTILHANDO SABERES E PRÁTICAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS COM METODOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO ATIVA


Elida Borges Lopes
Alcina Frederica Nicol
Layanne Fonseca Pinto
Giúlia Kamille de Medeiros Padilha
Walesca Carvalho Amaral Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116128>

CAPÍTULO 9..... 81

ESTILO DE VIDA DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA ADESÃO AO TRATAMENTO


Elizabeth Colorado Carmona
Jazmín Ortiz Lugo
Gloria Enriqueta Reyes Hernández
Ángela Isabel Espinoza Mesa
Gloria del Rocío Ibargüen Ramón

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116129>

CAPÍTULO 10..... 89

ETNOGRAFIA DOS SABERES DA FAMÍLIA SOBRE DOENÇA RENAL CRÔNICA, HEMODIÁLISE E CUIDADOS DOMICILIARES


Wagner Jaernevay Silveira
Edna Aparecida Barbosa de Castro
Denise Rocha Raimundo Leone

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161210>

CAPÍTULO 11 103

EXPOSIÇÃO AO CÂNCER DE PÊNIS: A VISÃO DE PORTADORES DE VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO


Maria Lúcia Neto de Menezes
Maria das Neves Figueiroa
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Evelliny da Silva Metódio
Renato Daniel Melo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161211>

CAPÍTULO 12..... 116

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO IDOSO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Graziely Lopes Pantoja
Ivonei Guimarães Menezes
Rarison Bastos Gomes
Sandra Cristina Silva de Souza Cordovil
Wendel da Silva Figueiró
Leslie Bezerra Monteiro
Silvana Nunes Figueiredo
Andreia Silvana Silva Costa
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Hanna Lorena Moraes Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161212>

CAPÍTULO 13..... 132

O ACOLHIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ladyanne Moura da Silva
Creude Maria Moura da Silva

Samuel Pontes
Rodrigo Marques da Silva
Leila Batista Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161213>

CAPÍTULO 14..... 142

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UMA UBS/ESF

Lourdes Bernadete Santos Pito Alexandre
Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas
Maria Inês Nunes
Norma Fumie Matsumoto
Cássia Regina de Paula Paz
Helena Caetano Fontes
Carolina Rodrigues da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161214>

CAPÍTULO 15..... 156

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE COMORBIDADES EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE


Maria Luiza Schons Basei
William Cesar Gavasso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161215>

CAPÍTULO 16..... 164

PESSOAS COM COMORBIDADES E A IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dinayara Teles Conrado Cajazeiras
Lívia Maria dos Santos
Rosângela Rodrigues Moura
Janayle Kéllen Duarte de Sales
Jessyca Moreira Maciel
Lívia Monteiro Rodrigues
Sheron Maria Silva Santos
Edilma Gomes Rocha Cavalcante


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161216>

CAPÍTULO 17..... 173

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Luiza Jorgetti de Barros
Diandra Ushli de Lima
Caroline Terrazas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161217>

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 18..... | 176 |
| PROMOVENDO SAÚDE AOS ALUNOS ESPECIAIS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| Vanessa Maria Silvério Mendes | |
| João Paulo Soares Fonseca | |
| Janaína Marques da Rocha Freitas | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161218 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA..... | 195 |
| ÍNDICE REMISSIVO..... | 196 |

ETNOGRAFIA DOS SABERES DA FAMÍLIA SOBRE DOENÇA RENAL CRÔNICA, HEMODIÁLISE E CUIDADOS DOMICILIARES

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 17/09/2021

Wagner Jaernevay Silveira

Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Enfermagem
<http://lattes.cnpq.br/1637823101998817>

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Enfermagem
<http://lattes.cnpq.br/0919629615453590>

Denise Rocha Raimundo Leone

Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Enfermagem
<http://lattes.cnpq.br/6578591830719845>

RESUMO: Neste capítulo, apresentamos um estudo que objetivou compreender os saberes de familiares de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica, e os cuidados domiciliares. Realizamos uma etnografia ancorada na Etnoenfermagem, orientada por Madeleine Leininger, coletando as informações por observação participante e entrevista em visitas domiciliares a sete pessoas em tratamento por hemodiálise e quinze familiares. Encontramos quatro categorias: a) “Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço”: saberes e práticas de saúde; b) “É assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela”: Doença Renal Crônica; c) “O socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente”: experiência da família no serviço de

hemodiálise e d) “Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada”: Trajetória da família na rede de atenção à saúde. Os familiares sabem o que é uma doença renal crônica, sua predisposição familiar, o tratamento e os cuidados. A principal fonte são os profissionais de saúde, as trocas de experiência com outros pacientes e familiares do serviço de hemodiálise. Compreendemos que mesmo tendo recebido orientações/informações com conteúdo técnico-científico, os familiares explicitaram dificuldades em aderirem às práticas de autocuidado. Como considerações finais, apontamos que características culturais prevalecem nos hábitos básicos e modo de cuidar da saúde e, a partir das experiências de busca de cuidados pelos participantes, em outros serviços de saúde, é relevante uma política de suporte à família do paciente renal crônico em hemodiálise, sobretudo, dos dependentes que vislumbre a prevenção da continuidade da doença entre os familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Cuidados de enfermagem. Hemodiálise. Atenção Primária à Saúde. Doença Renal Crônica.

ETHNOGRAPHY OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE, HEMODIALYSIS AND HOME CARE

ABSTRACT: In this chapter, we present a study that aimed to understand the knowledge of family members of people on hemodialysis about treatment, chronic kidney disease, and home care. We performed an ethnography, anchored in ethno-nursing guided by Madeleine Leininger, collecting information through participant

observation and interviews during home visits to seven people undergoing hemodialysis treatment and fifteen family members. We found four categories: “I’m taking better care of myself, I’m not one hundred percent, but I make an effort”: knowledge and health practices; Chronic Kidney Disease: “It’s scary, but treating, taking care of it is possible to live with it”; “The help they give at first is that it would have to be permanent”: family experience in the hemodialysis service; “Every time you need it is a darn difficulty”: The family’s trajectory in the health care network. Family members know what chronic kidney disease is, their family predisposition; treatment and care. The main source are health professionals, exchanges of experience with other patients and family members of the hemodialysis service. We understand that even having received guidance/information with technical-scientific content, family members explained difficulties in adhering to self-care practices. As final considerations, we point out that cultural characteristics prevail in the basic habits and way of caring for health and, based on the participants’ experiences of seeking care in other health services, a policy to support the family of the Chronic Kidney patient in hemodialysis, especially for dependents and that aims to prevent the continuity of the disease among family members.

KEYWORDS: Family. Nursing care. Hemodialysis. Primary Health Care. Chronic Kidney Disease.

1 | INTRODUÇÃO

No âmbito da família de adultos que convivem com uma doença renal crônica (DRC) e que dependem de cuidados no domicílio, observa-se a necessidade de avançar nos conhecimentos sobre as relações entre a família que convive com um familiar dependente de procedimentos especializados com seus saberes, numa dimensão cultural e a adesão às orientações de profissionais sobre comportamentos e cuidados de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

Estudos ressaltam à magnitude da DRC tanto quanto no mundo, sendo vista como um problema de Saúde Pública no Brasil, uma enfermidade potencialmente grave, com altas taxas de morbimortalidade e custos elevados para a sociedade e para os sistemas de saúde (FERRAZ *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2018, havia 133.464 pessoas em diálise crônica, destas 92,3% realizam à hemodiálise (HD) e 7,7% fazem à diálise peritoneal (DP). Cabe ressaltar que, considerando o intervalo entre os anos de 2009 e 2018, a prevalência global de pessoas em tratamento dialítico aumentou em 58% e que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a fonte pagadora de 80% destas modalidades terapêuticas (NEVES *et al.*, 2020).

O tratamento dialítico impõe à necessidade do indivíduo frequentar o serviço de diálise para fazer o tratamento e, ou acompanhamento, gerando a dependência obrigatória de tecnologias avançadas para a sobrevivência, repercutindo em mudanças no processo de vida, no pensar e no agir do sujeito, com reflexo direto no núcleo familiar e na qualidade de vida relacionada à saúde (CALDERAN *et al.*, 2013; ROCHA; SANTOS, 2009).

As sintomatologias constantemente observadas nas pessoas submetidas à hemodiálise, traduzem-se em graus variados de limitações fisiológicas, com impacto direto nas condições emocionais e sociais das pessoas. As mudanças na aparência física geradas pela necessidade de utilizar um acesso vascular para a realização do tratamento, contribuem para as alterações biopsicossociais e interferem, de maneira importante, nas interações sociais do sujeito doente e de sua família (CALDERAN *et al.*, 2013).

Aponta-se para uma visão multifatorial da DRC, sob suas dimensões orgânica, socioeconômica e psicológica. Essa realidade determina um novo rumo no processo de viver e ser saudável, de acordo com o significado atribuído aos estressores, com a orientação de vida, com as forças, necessidades e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos envolvidos (CALDERAN *et al.*, 2013).

No entorno da abordagem clínica a uma pessoa com DRC, recomenda-se a compreensão do contexto de vida do indivíduo e de sua família a fim de subsidiar o tratamento, que engloba processo do cuidar da Enfermagem. Sendo assim, nesta pesquisa utilizou-se o referencial teórico da Etnoenfermagem a partir dos pensamentos de Madeleine Leininger. Em sua teoria da universalidade e diversidade cultural, a autora apresenta seu conceito de cultura: “[...] história de vida de um indivíduo ou grupo, tomando como referência seus valores, crenças, padrões, normas e práticas que são aprendidos, compartilhados e transmitidos entre gerações [...]” (LEININGER, 1997, p. 38).

Diante dessa concepção teórica, buscamos compreender, de modo pioneiro e inovador, a relação entre “cuidado” e “cultura”, fenômeno que, para a autora, seria o elo que faltava para a Enfermagem oferecer um cuidado adequado, centrado na pessoa e congruente à sua cultura de vida. Assim, o cuidado de enfermagem está focado na pessoa, entendida como sujeito autônomo no processo saúde-doença, no qual o enfermeiro empreende as ações no sentido de buscar à preservação e à manutenção da cultura de cuidados (GOMES; CAVALCANTE; ALEXANDRE, 2019).

Consonante a esse pensamento, tem-se que as maneiras pelas quais um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doenças não estão dissociados da visão de mundo desse grupo, bem como de suas experiências a respeito dos demais aspectos, em particular da dimensão cultural experimentada por eles (BRIÑEZ ARIZA; RODRIGUES, 2016).

Observa-se no cotidiano da prática de enfermagem nos serviços de hemodiálise, que o cuidar de uma pessoa com DRC e incapaz de realizar parcial ou totalmente o próprio cuidado, gera e intensifica a demanda de trabalho, especialmente, para a família, gerando um desarranjo no modo de ser e viver do familiar.

Assentado nos fatores hereditários da DRC os familiares apresentam importante fator de risco para o desenvolvimento desta doença (ALMEIDA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014). A possibilidade de adoecimento pode ser intensificada pela sobrecarga física e emocional quando assumem as funções de cuidadores. Assim, o familiar não deve ser visto apenas

como cuidador, que precisa de apoio para suprir as responsabilidades e exigências no cuidar do ente querido, mas como alguém que apresenta reais possibilidades para adoecer (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Esse aspecto expõe a relevância de trazer o familiar para o foco do cuidado, compreender suas percepções, anseios e saberes sobre a doença. Conhecer suas experiências de vida no âmbito saúde e doença, suas condições socioeconômicas e culturais a fim de ofertar o cuidado de enfermagem integral e resolutivo a essa clientela (KALANTAR-ZADEH *et al.*, 2021).

Do paradoxo de cuidar e adoecer, se estabelece um questionamento entre os saberes existentes sobre a doença e a utilização de ferramentas para impedir o surgimento de novos casos de DRC entre os familiares. Diante disso, tomamos como ponto de partida, a premissa de que é preciso ouvir a família da pessoa em programa de hemodiálise.

Logo, observa-se a necessidade de dispensar mais tempo, emoções e esforços para a apropriação de novos conhecimentos e tecnologias, proporcionalmente ao grau de dependência para a realização das ações demandadas pelo tratamento.

Mediante as considerações anteriores, investimos na proposição desta investigação, que envolve o tema do cuidar em enfermagem, com ênfase para a família da pessoa com DRC em programa contínuo de diálise. No campo desta temática, a questão que nos propusemos a investigar foi o conhecimento do familiar sobre a DRC, tomando como referência o processo de cuidar do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS). Motivados pelo conhecimento sobre a predisposição genética dentre os fatores etiológicos da DRC, seus fatores de risco, a predisposição familiar, observações assistemáticas sobre baixa adesão aos cuidados preventivos quando já se tem um familiar em tratamento. Nosso estudo objetivou compreender os saberes de familiares de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica e os cuidados domiciliares.

2 | METODOLOGIA

Realizamos uma pesquisa qualitativa, com o método da Etnoenfermagem (LEININGER, 1991). Os participantes foram familiares nucleares de sete pacientes (adultos ou idosos) em programa contínuo de hemodiálise, que, juntos, constituíram-se em vinte e dois informantes-chave. Os indivíduos em tratamento hemodialítico foram identificados na Unidade de Terapia Renal Substitutiva de um hospital público, de Ensino de Minas Gerais. Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e abril de 2014, por meio de observação participante e de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado em visitas domiciliares aos participantes da pesquisa.

Adotamos como critérios de inclusão para a participação na pesquisa, sujeitos com idade a partir de 18 anos, independente de gênero, etnia, religião, classe social e posição política. No momento da pesquisa, deveriam estar lúcidos, conscientes e orientados no

tempo e espaço. A negação deles em participar da pesquisa proposta ou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram consideradas como critério de exclusão.

Realizamos a observação, com participação e a reflexão durante o trabalho de campo, segundo a perspectiva da Etnoenfermagem proposta por Leininger, da seguinte forma: observação primária com escuta ativa, não ocorrendo participação ativa; observação primária com participação limitada; participação primária com continuidade das observações; reflexão primária e reconfirmações dos resultados e informações (LEININGER, 1991).

Adotamos pseudônimos para os informantes a fim de garantir-lhes o anonimato. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital e, posteriormente, transcritas. A observação participante foi expandida considerando-se as notas e registros em um diário de campo. A análise seguiu as fases descritas por Leininger.

Inicialmente, coletamos os dados, transcrevemos gravações, expandimos notas de campo e fizemos descrições. A análise dos dados sobre conhecimento dos participantes iniciava durante o trabalho de campo, seguindo para uma segunda fase na qual identificamos e categorizamos os descritores e componentes mais relevantes ao propósito da pesquisa. Na terceira fase, fizemos uma análise contextual e, por fim, na quarta e última fase definimos as categorias mais expressivas que para discussões (LEININGER, 1991).

Nesta investigação, seguimos as recomendações éticas orientadas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto da pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos vinculados à Plataforma Brasil, conforme o Parecer nº 338.460/2013.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao final do processo de interpretação e síntese dos dados, emergiram quatro categorias que possibilitaram-nos a compreensão da questão da pesquisa: a) “Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço”: saberes e práticas de saúde; b) Doença Renal Crônica: “é assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela”; c) “O socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente”: experiência da família no serviço de hemodiálise e d) “Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada”: Trajetória da família na rede de atenção à saúde.

A seguir, apresentaremos uma discussão dos principais achados que possibilitaram estas categorias.

3.1 “Estou me cuidando melhor. Não tô cem por cento, mas eu me esforço”: saberes e práticas sobre saúde

A frase acima, que nomeia essa categoria, expõe a existência de um movimento empreendido pelo participante desde que recebeu o diagnóstico de DRC no sentido de cuidar melhor de si, o que lhe exige esforço, e lhe permite uma avaliação sobre o seu

estado de saúde, demonstrando que para isso, faz comparações com um estado de saúde ideal que seria o percentual de “cem por cento”.

Estar cuidando melhor de si pode significar uma acomodação obtida pelo processo de enfrentamento das consequências da doença e seu tratamento, tomando por base conhecimentos, saberes e a realização de práticas a este relacionada. Assimilar os saberes e as práticas que o usuário e sua família possuem, pode ser a base para o cuidado de enfermagem efetivo, coerente com o contexto da vida e cultura.

O conceito de DRC, sob a ótica dos participantes, perpassa pela expressão “É a doença dos rins. Pelo o que a minha mãe explicou faz os rins parar. A pessoa para de urinar, para de filtrar o sangue. E ocorre de ter que fazer diálise [...]” (NÚBIA).

Compreendemos que as concepções manifestadas pelas famílias são provenientes, de maneira enfática, do cenário da HD na qual o familiar encontra-se cadastrado, protagonizando o conhecimento do leigo sobre a DRC.

Leininger compreende que o enfermeiro precisa assimilar e valorizar a visão popular do leigo, para construir o cuidado de enfermagem congruente com sua cultura. A autora faz menção a um conhecimento biomédico que é hegemônico, mas que não é a única forma de expressão do saber em saúde. Com isso, é necessário fazermos uma contraposição das concepções ditas “científicas” e que circulam no interior das instituições de saúde em prol da saúde do indivíduo, família e comunidade com os saberes e práticas emanados pelos usuários dos serviços de saúde (LEININGER, 1991).

Leininger debate a existência de sistemas de saúde diversificados, de um lado os sistemas populares e do outro os sistemas profissionais, com conhecimentos em saúde próprios que se deixam interagir, permitindo trocas. Ela nos alerta sobre a existência das práticas de saúde popular (*generic care practices*), ou seja, não profissional, e que se configuram no modo de cuidado ao ser humano, que é inerente à sua existência, por meio de uma prática nova de cuidado alternativo que tem sido usada pelas pessoas e que traz benefícios para elas (LEININGER, 1997).

Emerge a imperatividade de construção em conjunto com as famílias, em questão de uma base de informações que ampliem as ferramentas para o cuidado com a saúde, em especial, porque a DRC assenta-se no fator hereditário e os familiares dos pacientes renais crônicos estão incluídos no grupo de risco importante para desenvolver a referida doença.

Entretanto, acreditamos que não seria suficiente ao profissional apenas “passar conhecimento”. Para Azevedo *et al.* (2018), a prática educativa entre profissional e família deve ocorrer de forma integrada, valorizando o diálogo, a problematização e a liberdade de expressão na busca do processo de conscientização.

O enfermeiro, na concepção de Leininger, colabora para que o ser que encontra sob seus cuidados avance em seus saberes, respeitando seus valores, suas crenças, enfim, sua cultura. As informações existentes no campo da saúde são relevantes para os sistemas de saúde popular e profissional, em particular, no contexto das doenças crônicas, nos quais

que mudar comportamentos culturalmente instituídos, torna-se relevante para o controle dos fatores de risco desta patologia.

Observamos este aspecto imbricado nos relatos, como no seguinte trecho:

Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço. Tento tomar meus remédios nos horários todos os dias. Como melhor porque antes eu só comia na rua, agora eu tenho até medo de comer na rua. Quando eu vou comer... Assim... É... Porque eu esqueço, aí, eu lembro e se tem um pouquinho de sal eu largo para lá. Antes, eu emburacava mesmo! Eu trabalhava com festa, comia torresmo [...] (SÍLVIO).

Observamos a sinalização de um novo comportamento, convergente para a saúde e o bem-estar. Por isso, a reestruturação ou repadronização do cuidado deve ocorrer, segundo Leininger, com o objetivo de darmos assistência, apoio e suporte para o indivíduo ou habilitação profissional nas decisões e ações que o auxilie a reordenar, mudar, modificar ou reestruturar seus hábitos de vida para instituir melhores práticas, visando benefícios para a saúde do ser cuidado, respeitando suas crenças e seus valores (LEININGER, 1997).

Reforça-nos o entendimento de que o enfermeiro deve incluir em sua prática com os familiares de pessoas com DRC, ações direcionadas à educação para a saúde que lhes estimulem o desejo de se cuidarem e assumirem comportamentos preventivos e de promoção da saúde.

3.2 Doença renal crônica: “é assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela”

Um entendimento que tivemos ao observarmos o contexto familiar foi que o adocimento de um dos integrantes, principalmente os que estão em tratamento hemodialítico, provoca alterações importantes na vida destes sujeitos, gerando uma desordem em sua organização e funcionamento.

A hemodiálise mexe com a estrutura da família. Não só pela hemodiálise, mas pelos outros problemas que ela [a mãe] tem. Acompanhamos ela na hemodiálise, ela vai de ônibus. Tem que pegar duas conduções. É cansativo. Para ir na HD, tem que dá volta na cidade, é complicado. A gente fica preocupada dela passar mal na rua, sentir alguma coisa, né? Dentro de casa, por exemplo ela já passou mal comigo um monte de vezes. Agora estou presa por causa do cuidado com a filha e com a mãe [...] (ROSÁRIA).

Isso corrobora para o de que o adocimento se estabelece como uma experiência particular e única para o indivíduo e sua família, constituído por vários significados experimentados por cada sujeito em seu cotidiano sociocultural, sendo compartilhada de forma intensificada com a família.

Observamos ao vivenciarmos o ambiente da HD, na primeira etapa da pesquisa, que ele é envolto por uma variedade de sentimentos, oportunidades e restrições. Identificamos juntamente com os informantes que os benefícios oriundos do tratamento hemodialítico são vários, principalmente, a manutenção da vida. A fala abaixo evidencia a importância do

tratamento hemodialítico para a vida do indivíduo.

Lógico! *Não é um mar de rosa, mas para* o tamanho socorro que é trazer a função de um órgão, eu acho que tá sendo tudo, porque se não tivesse o que seria deles, só seria a morte. É um socorro assim excelente. Precisa de muitos cuidados. É assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela [...] (ROBERTA).

Ficou claro para nós, que os informantes manifestam a existência de pontos positivos inerentes ao tratamento hemodialítico, em particular para o organismo do indivíduo, embora este tratamento mostra-se como sendo desafiador para o sujeito que dela depende, repercutindo no contexto de vida de suas famílias, configurando-se como um paradoxo.

O enfermeiro tem o desafio da negociação, enquanto um elemento que compõe o pensamento de Leininger sobre a vivência das pessoas com o processo saúde doença. O processo de negociação ou acomodação do cuidado cultural é definido por Leininger como à promoção de cuidados e decisões profissionais para assistir, dar suporte, facilitar ou habilitar o profissional nas decisões e ações que o auxilie às pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com outras formas culturalmente congruentes, seguras e eficazes no cuidado à saúde, ou para lidar com a doença ou a morte (LEININGER, 1997).

Diante da possibilidade imaginária dos familiares virem a necessitar de HD, em algum momento de sua vida transparece a dificuldade e a resistência deles em aceitarem o tratamento. Assimila-se que as pessoas e a sociedade apresentam culturalmente dificuldades para lidar e enfrentar as doenças crônicas que precisam de tratamento contínuo (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018; VIEGAS *et al.*, 2016).

Podemos compreender que os familiares de pessoas com DRC, que as acompanham rotineiramente sem sua trajetória para obtenção do tratamento de hemodiálise, necessitam de suporte e não reconhecem em suas experiências de buscas de cuidados, que existam políticas ou serviços de apoio.

3.3 “Num primeiro instante, o socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente”: experiência da família no serviço de hemodiálise

O cuidado de enfermagem apareceu como uma categoria de análise e torna-se relevante trazê-lo à tona, correlacionando-o com as estratégias de cuidados entre o indivíduo em tratamento hemodialítico, sua família e a equipe de enfermagem.

No cenário da HD, do ponto de vista dos familiares participantes, o papel da equipe de enfermagem é fundamental. Rosa, a mãe de MARIA iniciou uma abordagem sobre a sua percepção sobre o trabalho da enfermagem na hemodiálise:

Eu acho que merecia nota mil, são os enfermeiros, porque eles estão o tempo todo ali, com eficiência, quando os médicos chegam, muitas vezes, eles já resolveram o problema. Então, nós temos que dar um valor grande, principalmente para os enfermeiros. É dom mesmo mexer com nefrologia, principalmente com hemodiálise. Acho que é o pedacinho mais difícil da

profissão deles [...] (MARIA).

Extraímos no trecho da fala de Maria, a existência de uma avaliação positiva do trabalho da Enfermagem no âmbito do tratamento hemodialítico, em especial, relacionados aos procedimentos técnicos envolvidos com esta modalidade de tratamento.

Porém, observamos que há um tempo ocioso em que a equipe aguarda o curso da sessão de HD e que na visão de alguns informantes-chave, este tempo poderia ser utilizado para ações de educação em saúde, comunicação, escuta terapêutica, além de momentos de entretenimentos.

Já que a gente fica lá quatro horas, eu não enxergo bem, mas ter atividades, tipo aula de leitura. Uma pessoa que tivesse lá para deixar o pessoal mais aceso, levantar o astral da gente... Sei lá, arrumar alguma pessoa que já foi transplantada para dar uma palestra, para mostrar o pessoal que o transplante existe... Pegar um livro para ler, não é só colocar a televisão, não tem mais atividade nenhuma, ou você vê a televisão ou você dorme [...] (SÍLVIO).

Encontramos nas respostas desses pacientes, várias situações que poderiam ser trabalhadas, para que a sessão de HD se transformasse em um momento que transcende o procedimento técnico e trouxesse outros ganhos para as pessoas submetidas a esta terapêutica.

O avanço tecnológico que envolve o tratamento pode favorecer a mecanização da assistência e o distanciamento entre a equipe de enfermagem da pessoa cuidada, culminando com a perda de momentos ricos de interação e trocas com eles, que, por sua vez, manifestam desejos de receberem cuidados para além dos procedimentos técnicos, e os reconhecem, como ilustramos com uma citação da participante Roberta:

Num primeiro instante, o socorro que eles dão no primeiro momento é que teria que ser permanente. Eu vi que não é. Quando cheguei lá fiquei muito assistida... Aquela segurança que eu tive nos primeiros dias, porque eu falei nem tudo aqui tá perdido meu Deus, aqui eles dão assistência à família. Num tem mais, eu não vejo mais [...] (ROBERTA).

Analizamos que este e outros relatos semelhantes expõem a necessidade de que o cuidado de enfermagem aborde não apenas o paciente, estendendo-se ao familiar com sentido de escutá-los, confortá-los, problematizar suas vivências, orientá-los, encaminhá-los aos serviços mais específicos ou, quando em condições limitadas, ao menos transmitir que se está junto. Ao refletir sobre este aspecto indagamos: como a Enfermagem, cuja essência é o cuidado, tem estado próxima ou cuidando para além do paciente e incluindo sua família, considerando-se a sua inserção cultural?

Ventura *et al.* (2012) propuseram que o enfermeiro na edificação do seu papel na sociedade deve desenvolver ações que transcendem as efetivações das técnicas específicas da Enfermagem para uma prática social, transformando-se em um agente político e de cidadania, defendendo o ser cuidado no contexto da saúde.

Ao observarmos e ouvirmos estas famílias, torna-se significativa a expressão, por

vezes fluente, no discurso acadêmico de nossa formação, de que “cuidarmos do ser humano e não apenas da sua doença”. Pareceu-nos, ainda insipiente, a interlocução entre a prática profissional, que oferta cuidados pelo manuseio dos avanços tecnológicos (tratamento em hemodiálise), com a prática que ressignifica o cuidado para dimensões mais afetivas e apoiada por referenciais próprios.

3.4 “Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada”: trajetória da família na rede de atenção à saúde

Leininger defendeu a valorização da atuação integrada e interdisciplinar na prática a ser cultivada nos serviços de saúde, como estratégias para a articulação entre os diferentes saberes, buscando ações colaborativas e solidárias com os usuários, abordando-os em sua totalidade (LEININGER, 1997).

Desde os anos 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem alcançado relevantes vitórias neste sentido, alicerçadas na busca de uma nova formação social, almejando a promoção do bem-estar de todas as pessoas. Acreditamos que a ação em saúde deve instituir-se em uma relação de respeito e solidariedade entre os atores envolvidos, a fim de resultar em uma responsabilidade mútua, a partir de um agir transformador, emancipatório e humanizado (MERCADO-MARTINEZ *et al.*, 2015).

Contudo, mesmo com os avanços do SUS, possibilitar uma assistência integral e resolutiva as pessoas em hemodiálise, tem sido um desafio. Tal como observamos, outro estudo também encontrou a existência de fragmentação da assistência ao usuário, quando considerado os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tornando esta muitas vezes exclusiva do serviço de diálise (LEONE; FARAH; CASTRO, 2021).

Entretanto, a experiência de Joel, registrada a seguir, deixa uma preocupação:

O que acontece... é igual o dia que fiquei sabendo... lá as doutoras falaram porque eu não procurei o médico antes, sabendo que eu *tava* com aquilo ali. A médica falou: você sempre soube que era crônico, então por que você não procurou? Mas quem quer isso? Ir para uma máquina. A médica falou que eu que *tava* errado, sempre chamando atenção. Aí, tinha um exame do ano anterior. Levei lá, o médico e até conhecido dela. Mas o nefro é o último médico que a gente chega, porque é encaminhado, mesmo nesse grau da doença, eu quase que eu não consegui [...] (JOEL).

Ao analisar a citação de Joel, observamos que o profissional de saúde que o atendeu o culpabiliza por ter procurado o serviço especializado de nefrologia apenas na fase avançada da DRC. Embora, como relatou, ele já tivesse passado por atendimentos de outros profissionais e realizado exames. Contudo, a doença não tinha sido diagnosticada de forma precoce. Além disso, mesmo estando em fase avançada da doença, houve dificuldade para o seu problema ser compreendido, bem como para o encaminhamento ao serviço especializado em nefrologia.

Este aspecto possibilita-nos concordar que a atenção básica ainda não se

estabelece em sua plenitude (VIACAVA *et al.*, 2018), colocando a mostra a dificuldade para a reorientação do modelo assistencial, circulando a concepção de saúde do usuário voltada para a doença e medicalização e não se preocupando, de maneira ideal, com as ações de promoção da saúde e de prevenção de doença, repetindo um “hábito/comportamento” aprendido em seu cotidiano.

Consideramos pertinente, no âmbito desta discussão, apresentarmos como os participantes conceberam o sistema de saúde, considerando-se as suas experiências de busca de cuidados em outros serviços, contribuindo para uma compreensão de como tem sido a atuação da atenção básica:

O posto tem o lado bom e ruim, principalmente, na demora de encaminhamento [...] (DAVI).

A saúde entra todo ano e eles falam que vai melhorar, mas nunca melhora nada. Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada. Eu acho, para mim é precário, para mim não mudou nada, tá sempre a mesma coisa [...] (DIEGO).

Corroborando com nosso achado, em estudo realizado com 19 pessoas em diálise peritoneal, evidenciou-se que os cuidados de pessoas com DRC demandam a interface de entre o serviço especializado e a atenção básica. Contudo, por vezes estes pacientes ficam desatendidos devido às particularidades do tratamento e da doença, sendo essa situação também relacionada à falta de conhecimento dos profissionais da atenção básica no que se refere à diálise (LEONE; FARAH; CASTRO, 2021).

Frente a essa complexidade, o enfermeiro tem um desafio para sua atuação. Em primeiro lugar, precisa lutar politicamente pela efetivação prática do SUS em sua totalidade, trabalhar para que a população tenha acesso à saúde e colaborar para a integralidade da assistência.

Estes aspectos possibilitam-nos reforçar a importância de compreendermos nossos pacientes e seus familiares estão inseridos em um contexto cultural e demandam ações em um sistema de saúde que se organiza também segundo uma cultura de oferta de cuidados, que põe à mostra fragilidades.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou-nos compreender os saberes de familiares e de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica, e cuidados domiciliares. Assimilamos a importância da cultura no contexto de vida dos informantes, seus reflexos no processo saúde/doença e, conseqüentemente, nas construções de ferramentas para a busca do bem estar.

Compreendemos que as famílias valorizam o cuidado de enfermagem numa dimensão técnica, em particular no contexto da hemodiálise, porém carecem de um cuidado que se faz de modo interativo e horizontal entre sujeitos valorizando o humano e

sua cultura.

Esta etnografia não estudou especificamente a prática do enfermeiro que atua na APS sob o seu ponto de vista, mas refletiu sobre ela, tendo por base a experiência e pontos de vista de um grupo de pessoas que vivenciam a DRC e seu tratamento, e demandam-lhes os serviços. Este aspecto limita as generalizações sobre outras realidades até mesmo fazermos proposições mais contundentes para prática do enfermeiro, entretanto nossos achados instigam reflexões sobre ela, alicerçada numa dimensão cultural.

Contribuem, também, com reflexões que possibilitam fomentar um cuidado de enfermagem que dê relevância ao acolhimento das pessoas, à interação, ao compartilhamento de saberes e as experiências entre os sujeitos culturais. No que se refere ao paciente com DRC, é necessário avançarmos para a abordagem à pessoa, incluindo a família e a comunidade com vistas à promoção da saúde, ao enfrentamento da Doença Renal Crônica, tanto no que se refere à sua prevenção quanto no tratamento, facilitando os processos de mudanças necessários para a aquisição do bem-estar.

Ciente da relevância destas interlocuções, e consciente da dimensão cultural em que está inserida, a Enfermagem deve afinar-se com os saberes de pacientes e familiares, tomando como instrumento orientador de sua prática, os aspectos culturais que determinam o estilo de vida e modo de se autocuidar.

Novas questões surgiram sinalizando para desenvolvimento de outras pesquisas dentre elas, a prática educativa na ótica de enfermeiros que dispensam cuidados a pessoas com DRC numa concepção de saúde da família, prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. de *et al.* Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controlado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 471-478, fev. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.03572014>. Acesso em: 16 set. 2021.

AZEVEDO, P. R. de *et al.* Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 260-267, jan. 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5013>. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2014. p. 37. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

BRIÑEZ ARIZA, K. J.; RODRÍGUES L. M. Experiencias de cuidado cultural em personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. **Cultura de los Cuidados**, Alicant, v. 20, n. 45, p. 81-90, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.09>. Acesso em: 15 set. 2021.

CALDERAN, C. *et al.* Self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, p. 3394-3402, 1 jan. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2030/pdf_699. Acesso em: 28 ago. 2021.

FERRAZ, F. H. R. P. *et al.* Diferenças e desigualdades no acesso a terapia renal substitutiva nos países do BRICS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2175-2185, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.00662017>. Acesso em: 14 set. 2021.

FERREIRA, J. K. de A. *et al.* Knowledge: disease process in patients undergoing hemodialysis. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medelin, v. 36, n. 2, p. 1-10, 15 jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e04>. Acesso em: 09 set. 2021.

GOMES, M. M. B; CAVALCANTE, S; ALEXANDRE, A. C. Etnoenfermagem: um diálogo entre enfermagem e cultura. **Ciênc. Saúde**, São Luís, v. 21, n. 2, p.15-24, 2019. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/viewFile/9263/9446>. Acesso em: 14 set. 2021.

KALANTAR-ZADEH, K. *et al.* Chronic kidney disease. **The Lancet**, , v. 398, n. 10.302, p. 786-802, ago. 2021. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00519-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00519-5). Acesso em: 01 set. 2021.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. *et al.* Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, , v. 25, n. 1, p. 59-74, jan. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000100005>. Acesso em: 14 set. 2021.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York: Jones and Barlett Publishers, 1991.

_____. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **Journal of transcultural nursing**, Memphis, v. 8, n. 2, p. 32-52, jan./jun.,1997. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104365969700800205>. Acesso em: 04 out. 2021.

LEONE, D. R; FARAH, B. F; CASTRO, E. A. B. de. Home peritoneal dialysis: interlocations between users and health care network services. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1316-1322, 1 set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcco.v13.10001>. Acesso em: 15 set. 2021.

LUYCKX, A. V.; TONELLI, M.; STANIFER, J. W. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. **Policy & Practice**, v. 96, n. 6, p. 414-422, 20 abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.17.206441>. Acesso em: 10 set. 2021.

NEVES, P. D. M. de M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Brazilian Journal of Nephrology**, p. 191-200, 2020. Disponível em: https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-2019-0234/2175-8239-jbn-2019-0234-pt.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

ROCHA, R. de P. F.; SANTOS, I. dos. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 423-433, set./dez., 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/444>. Acesso em: 17 set. 2021.

SILVA, P. A. B. *et al.* Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>. Acesso em: 10 ago. 2021.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZfDGS7CPNvMbrrYpkrTzPBS/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2021.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2018.

VIEGAS, A. C. *et al.* Expectativas sociais vivenciadas pelo adulto jovem com a doença renal crônica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4850-4856, jul. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4411>. Acesso em: 05 mai. 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 13, 15, 28, 33, 100, 117, 123, 125, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 173, 195

Adesão ao tratamento 14, 15, 37, 81, 83, 87, 88

Alimentação 26, 86

Ansiedade 161, 169, 173, 174

Atenção básica 3, 5, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 34, 47, 98, 99, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 136, 137, 140, 142, 144, 145, 153, 154, 162, 173, 174, 175

Atenção integral à saúde da criança 19, 20, 24, 26

Atenção primária 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 89, 92, 111, 122, 127, 129, 133, 135, 136, 138, 141, 144, 149, 153, 175

Atenção primária à saúde 8, 9, 10, 11, 12, 13, 29, 30, 34, 37, 89, 92, 111, 127, 129, 135, 136, 138

Atividades cotidianas 45

Autogestão 37

C

Câncer de colo uterino 29

Câncer de pênis 103, 104, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

Cognição 8, 45, 49, 50, 53, 55

Comorbidade 156, 157, 160, 161, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171

COVID 19 27

Criança 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 159, 178, 179, 180, 195

Cuidados de enfermagem 59, 89

Cuidados primários 37

D

Descentralização 11, 14, 16, 18, 133

Doença renal crônica 89, 90, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 167

Doenças sexualmente transmissíveis 74, 113, 114

E

Educação em saúde 5, 25, 74, 76, 77, 79, 80, 97, 112, 113, 117, 118, 123, 124, 125, 128, 134, 162, 176, 178, 179, 190, 195

Enfermagem 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 33, 34, 35, 37, 44, 57, 59, 74,

76, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144, 154, 164, 165, 166, 167, 169, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 193, 195

Equipe de enfermagem 96, 97, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 126, 128, 133, 195

Estratégia saúde da família 23, 111, 118, 122, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 144, 154

F

Família 18, 21, 23, 24, 26, 30, 52, 53, 54, 59, 74, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 111, 113, 118, 119, 122, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 148, 150, 151, 154, 178

H

Hemodiálise 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 101

Hipertensão arterial 53, 81, 83, 100, 156, 161, 162, 164, 167, 168

HIV 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 75, 79, 115

Humanização 9, 19, 20, 21, 25, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154

Humanização da assistência 131, 143

I

Idoso 2, 4, 6, 7, 8, 9, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 81, 84, 87, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Infecções sexualmente transmissíveis 12, 17, 21, 74, 75, 77, 79, 80

M

Motivação 180

N

Neoplasias da mama 29, 30

Neoplasias penianas 103

O

Obesidade 37, 161, 164, 167, 168

P

Papiloma vírus humano 114

Perfil epidemiológico 13, 17, 156, 157, 158, 159

Política de saúde 127, 131, 133, 143

Prática de enfermagem 91

Práticas integrativas e complementares 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 173, 174, 175

Prevenção 1, 6, 7, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 45, 53, 76, 77, 79, 89, 90, 99, 100, 102, 104, 111, 112, 113, 114, 115, 127, 144, 162, 166, 179

S

Saúde da mulher 25, 29, 30

Saúde do homem 103, 105, 112, 113

Saúde Pública 14, 17, 18, 19, 20, 27, 30, 34, 47, 56, 57, 75, 80, 90, 102, 104, 119, 138, 140, 151, 153, 154, 161, 165, 171, 195

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 11, 21

T

Tratamento paliativo 1

V

Vacinas 165, 166, 170

Vínculo 5, 13, 22, 23, 119, 133, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 173, 180, 185

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora
Ano 2021

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br