

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM
ASSOCIAÇÃO COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSOS ADAPTATIVOS DO DOENTE RENAL CRÔNICO À HEMODIÁLISE:
NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALISTA ROY

Linha 1 – Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia

Manaus
2018

ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA

**PROCESSOS ADAPTATIVOS DO DOENTE RENAL CRÔNICO À
HEMODIÁLISE: NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALISTA ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, em ampla associação com Universidade do Estado do Pará, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças da Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Gilsirene Scantelbury de Almeida

Manaus
2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586p Silva, Alessandra Cristina da
Processos Adaptativos do Doente Renal Crônico à hemodiálise:
na perspectiva da Teoria de Calista Roy / Alessandra Cristina da
Silva. 2018
104 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Gilsirene Scantelbury de Almeida
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Doença Renal Crônica. 2. Hemodiálise. 3. Qualidade de Vida.
4. Teoria de Adaptação de Roy. 5. Processo de Enfermagem. I.
Almeida, Gilsirene Scantelbury de II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA

**PROCESSOS ADAPTATIVOS DO DOENTE RENAL CRÔNICO À
HEMODIÁLISE: NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALISTA ROY**

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Gilsirene Scantelbury de Almeida (Presidente)
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof.^a Dr.^a Priscila Mendes Cordeiro
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
(Membro Externo)

Prof.^a Dr.^a Noeli das Neves Toledo
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
(Membro Interno)

À minha mãe e irmãos pelo entendimento de minhas ausências, na busca dos meus sonhos;

Ao querido amor presente, Edivaldo, pela partilha
e pelo colo nas horas difíceis,
com doses de café nas madrugadas, amor, sabedoria e persistência;

À Maria Heloisa, nossa filha amada. Gratidão a Deus pelo presente em nossas vidas. Meu
comprimido diário de inspiração. Incondicionalmente companheira e amiga amorosa;

À querida Prof.^a Dra. Gilsirene Scantelbury de Almeida pelas indescritíveis oportunidades no
mestrado e na mobilidade internacional. Gratidão a Deus por sua *bela missão* que
transcendem a relação aluno e professor;

Aos queridos colegas da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Pronto Socorro Joao o
Lúcio Pereira Machado do Instituto de Terapia Intensiva do Amazonas IETI

À querida Aldenira, colega do colegial, que me reconheceu durante a diálise no ato da
entrevista. Um reencontro emocionante;

A Toolsidas, Lélío e a todos os pacientes que me engrandeceram nos momentos das
entrevistas, pelo exemplo de fé, amor, resiliência, inspiração e fraternidade. A vocês minha
eterna gratidão.

Agradecimentos

À família

Aos coordenadores, professores e colegas de turma do Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem de Manaus- EEM, período 2016-2018.

Aos professores e colaboradores da Mobilidade Internacional da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- ESEnfC, minha eterna gratidão à Prof.^a PhD Irma Brito, Prof. Dr. Paulo Queiroz, Prof.^a Dra. Maria Isabel Fernandes, Prof. Dr. Manuel Rodrigues, Prof. Dr. Manuel Batalha e equipe da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - UICISA: E.

Aos amigos e colegas de trabalho da Universidade Estadual do Amazonas UEA, Coordenação de Enfermagem gestão 2016-2019. Prof.^a Anete Leda de Oliveira, Flávia Roberta Dias Coelho, Eveline Menezes Caçote Barbosa, Waldelise Elvas, Elione Ferreira, Graciela Chaves, Mirian Elenit Fachin, Jucimary do Nascimento e ao querido Prof. Dr. Antônio Manoel Souza.

Aos colegas do Instituto de Enfermeiros Intensivistas do Amazonas/IETI, da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado: Adriana Maciel, Claudia Moura, Delma Vilaça, Dianne Saunier. A Eveline Herculano honrada pelo seu apoio, e a todos os demais colegas que compartilharam o crescimento da enfermagem intensiva. E Michelle Loureiro honrada e grata pelo apoio.

Ao querido colega Davi Paranhos Fontes Alves agradeço pela caminhada.

As queridas professoras: Prof.^a Dra. Meire Chucre Tannure, muito honrada por sua plenitude nesta obra, Prof.^a Dra. Noeli das Neves Toledo sinto-me agraciada por seus ensinamentos.

A Lenda viva Enfermeira e Teorista Prof.^a *PhD*. Calista Roy, da Universidade *Boston College Connell School of Nursing* minha eterna gratidão, por seu direcionamento nesta pesquisa.

RESUMO

SILVA, A.C. **Processos adaptativos do doente renal crônico à Hemodiálise: na perspectiva da teoria de Calista Roy.** 2018.

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é atualmente considerada um macro problema de saúde pública com proporções globais, impactando negativamente na expectativa e Qualidade de Vida (QV) dos doentes, demandando parte significativa dos recursos e gastos para a saúde. É definida como anormalidade da função ou estrutura dos rins, atuantes por mais de três meses com repercussões e implicações para a saúde de seus portadores. **Objetivo:** Descrever processos adaptativos dos pacientes crônicos à hemodiálise sob a luz da Teoria de Enfermagem de Calista Roy. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra aleatória simples foi composta por 150 indivíduos. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando-se questionário com questões relativas a dados sociodemográficos, clínicos ao tratamento hemodialítico e instrumento de (QV) (*Kidney Disease-Quality of Life Short Form KDQOL-SF-36*). A coleta dos dados ocorreu entre março e julho de 2018. Os dados foram organizados e analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21. Foram descritos e analisados, conforme as variáveis de interesses. Nas variáveis categóricas constituíram-se em frequência absoluta (n) e relativa (%), e para as variáveis numéricas em medidas numéricas (média, mediana, desvio padrão). **Resultados:** O estudo incluiu 150 participantes, com idade média de 53,67 anos, sendo a maioria homens (54 %), casados (53,40%), média de 3,9 anos de escolarização, 79,3 % reside na capital, 18,7% no interior e 2 % em outros estados da região Norte. Renda familiar, 49,3% recebe um salário mínimo. A maioria 76% recebe benefício por invalidez/doença. Sobre a religião, 48% autorreferiram ser evangélicos. No que se refere a doenças associadas, 85,3% informaram ser hipertensos e 44% ter Diabetes tipo 2. O serviço de saúde mais procurado foi o da rede pública com 87,3% e 12,7% no setor privado. Sobre a quantidade de tempo no tratamento de hemodiálise (HD): 70,6% afirmou está entre um a cinco anos, sendo a Fístula Arteriovenosa (FAV), 80% o tipo de acesso vascular à hemodiálise mais utilizado. Sobre o KDQOL-SF36 dimensões indicou baixa QV para função física (17,39%), sobrecarga da doença renal dos pacientes (36,46%), trabalho (25,33%) e função emocional (37,39%). QV boa dimensões: incentivo da equipe de diálise no tratamento (83,42%) e função sexual (83,85%). As associações entre as dimensões da QV, aspectos sociodemográficos e clínicos apontaram significância com $p > \text{valor } 0,05$ entre: lista dos sintomas e problemas; sobrecarga da doença; suporte social; incentivo da equipe de diálise; função física; dor; saúde geral; bem estar emocional; função social; energia/fadiga. **Conclusão:** A DRC e sua correlação com as dimensões da QV foram afetadas negativamente nas dimensões da saúde. Os determinantes socioeconômicos da saúde/doença evidenciam níveis de prejuízo na QV. Os aspectos socioeconômicos baixos, limitantes e/ou distantes da clínica dos entrevistados, associados à localização da moradia apontou ser prejudicial para quem mora longe da clínica de HD. O modo fisiológico-físico e a interdependência na adaptação aos pacientes em HD junto com o enfrentamento dos pacientes apontam prejuízo no decorrer do tratamento. O papel dos enfermeiros, sobretudo na aplicação de marcos teóricos e coleta de dados pela equipe de enfermagem ao detectar situações de vulnerabilidade, contribuiu para o apoio nesta dimensão, com mais suporte social.

Descritores: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de Vida; Teoria de Adaptação de Roy; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, A.C. **Adaptive processes of the chronic renal patient to the Hemodialysis: from the perspective of the Calista Roy theory.** 2018.

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is currently considered a macro-public health problem with global proportions, negatively impacting patients' expectancy and quality of life (QoL), requiring a significant part of the resources and expenditures for health. It is defined as an abnormality of function or structure of the kidneys, acting for more than three months, with repercussions and implications for the health of its patients. **Objective:** To describe the adaptive processes of chronic patients on hemodialysis under the light of Calista Roy's Nursing Theory. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The simple random sample consisted of 150 individuals. The data were collected through an interview, using a questionnaire with questions related to sociodemographic, clinical data, hemodialysis treatment and (QV) instrument (Kidney Disease-Quality of Life Short Form KDQOL-SF-36). The data were collected between March and July 2018. The data were organized and analyzed statistically in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21, were described and analyzed, according to the variables of interest. The categorical variables were absolute (n) and relative (%), and for numeric variables in numerical measures (mean, median, standard deviation). **Results:** The study included 150 participants, with a mean age of 53.67 years, the majority of whom were men (54,%), married (53.40%), mean of 3.9 years of schooling, 79.3% capital, 18.7% in the interior and 2% in other states in the North. Family income, 49.3% receive a minimum wage. Most 76% receive invalidity / illness benefits. About religion, 48% self-referred to be evangelicals. With regard to associated diseases, 85.3% reported being hypertensive and having 44% Diabetes type 2. The health service most sought was the public service 87.3%, and 12.7% in the private service. Over time in years of hemodialysis (HD) treatment: 70.6% one to five years, and Arteriovenous Fistula (AVF) (80%) is the most used type of vascular access to hemodialysis. About KDQOL-SF36, dimensions indicated low QoL for physical function (17.39%), overload of patients' renal disease (36.46%), work (25.33%) and emotional function (37.39%). QoL good dimensions: encouragement of the dialysis team in the treatment (83.42%) and sexual function (83.85%). The associations between the dimensions of QoL, sociodemographic and clinical aspects showed significance with $p > 0.05$ between: list of symptoms and problems; overload of disease; social support; encouragement of the dialysis team; physical function; pain; general health; emotional well-being; social role; energy / fatigue. **Conclusion:** The CKD and its correlation with the dimensions of QoL were negatively affected in health dimensions. The socioeconomic determinants of health / disease show levels of impairment in QoL. The low socioeconomic, limiting and / or distant aspects of the interviewees' clinic, associated with the location of the dwelling, has been shown to be detrimental to those who live far from the HD clinic. The physiological-physical mode and interdependence in the adaptation to the patients in HD and the confrontation of the patients indicate loss during the treatment. The role of nurses, especially in the application of theoretical frameworks and data collection by the nursing team to detect situations of vulnerability, contributes to the support in this dimension, with more social support.

Keywords: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Quality of life; Roy's Adaptation Theory; Nursing Process.

RESUMEN

SILVA, A.C. Procesos adaptativos del paciente renal crónico al Hemodiálisis: en la perspectiva de la teoría de Calista Roy. 2018.

La enfermedad renal crónica (DRC) es actualmente considerada un macro problema de salud pública con proporciones globales, impactando negativamente en la expectativa y Calidad de Vida (QV) de los pacientes, demandando parte significativa de los recursos y gastos para la salud. Se define como anormalidad de la función o estructura de los riñones, actuantes por más de tres meses, con repercusiones e implicaciones para la salud de sus portadores. Objetivo: Describir procesos adaptativos de los pacientes crónicos a la hemodiálisis bajo la luz de la Teoría de Enfermería de Calista Roy. Método: Se trata de un estudio transversal, descriptivo con abordaje cuantitativo. La muestra aleatoria simple fue compuesta por 150 individuos. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, utilizando cuestionario con cuestiones relativas a datos sociodemográficos, clínicos, al tratamiento hemodialítico e instrumento de (QV) (Kidney Disease-Quality of Life Short Form KDQOL-SF-36). La recolección de los datos ocurrió entre marzo y julio de 2018. Los datos fueron organizados y analizados estadísticamente en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21, fueron descritos y analizados, según las variables de intereses. En las variables categóricas se constituyeron en frecuencia absoluta (n) y relativa (%), y para las variables numéricas en medidas numéricas (media, mediana, desviación estándar). Resultados: El estudio incluyó a 150 participantes, con una edad promedio de 53,67 años, siendo la mayoría hombres (54 %), casados (53,40%), promedio de 3,9 años de escolarización, el 79,3% capital, 18,7% en el interior y 2% en otros estados de la región Norte. Rendimiento familiar, el 49,3% recibe un salario mínimo. La mayoría 76% recibe beneficio por invalidez / enfermedad. Sobre la religión, el 48% auto-refirió ser evangélicos. En lo que se refiere a enfermedades asociadas, el 85,3% informó ser hipertensos y tener 44% de la diabetes tipo 2. El servicio de salud más buscado fue el servicio público el 87,3%, y el 12,7% en el servicio privado. En cuanto al tiempo en años de tratamiento de hemodiálisis (HD), el 70,6% de uno a cinco años, siendo la Fístula Arteriovenosa (FAV) (80%) es el tipo de acceso vascular a la hemodiálisis más utilizado. En el KDQOL-SF36 dimensiones indicó baja QV para función física (17,39%), sobrecarga de la enfermedad renal de los pacientes (36,46%), trabajo (25,33%) y función emocional (37,39%). QV buenas dimensiones: incentivo del equipo de diálisis en el tratamiento (83,42%) y función sexual (83,85%). Las asociaciones entre las dimensiones de la QV, aspectos sociodemográficos y clínicos señalaron significancia con $p > 0,05$ entre: lista de los síntomas y problemas; sobrecarga de la enfermedad; apoyo social; incentivo del equipo de diálisis; función física; dolor; salud general; bienestar emocional; función social; energía / fatiga. Conclusión: La DRC y su correlación con las dimensiones de la QV fueron afectadas negativamente en las dimensiones de la salud. Los determinantes socioeconómicos de la salud / enfermedad evidencian niveles de perjuicio en la CV. Los aspectos socioeconómicos bajos, limitantes y / o distantes de la clínica de los entrevistados, asociados a la localización de la vivienda apuntó ser perjudicial para quien vive lejos de la clínica de HD. el modo fisiológico-físico y la interdependencia en la adaptación a los pacientes en HD y enfrentamiento de los pacientes, apuntan perjuicio durante el tratamiento. El papel de los enfermeros, sobre todo en la aplicación de marcos teóricos y recolección de datos por el equipo de enfermería al detectar situaciones de vulnerabilidad, contribuye al apoyo en esta dimensión, con más apoyo social.

Descriptor: Enfermedad Renal Crónica; hemodiálisis; Calidad de vida; Teoría de Adaptación de Roy; Proceso de Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR – Albumina/Creatinina Urinárias

AU– Ácido Úrico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DE – Diagnóstico de Enfermagem

DCV– Doença Cardiovascular

DRC –Doença Renal Crônica –

ESRD – Doença renal em estágio final

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DP– Dialise Peritoneal

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabetes *Mellitus*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HD – Hemodiálise

KDIGO – *Kidney Disease Improvement Global Outcomes* – KDIGO

KDQOL-SF36 – *Kidney Disease-Quality of Life Short Form*

MAR– Modelo de Adaptação de Roy

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association International*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

QV – Qualidade de Vida

RLAE – Revista Latino-Americana de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBC – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TFGe – Taxa de filtração glomerular estimada

TE – Teoria de Enfermagem –TE

TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Terapia Renal Substitutiva

TxR – Transplante Renal

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	12
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS.....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 DOENÇA CRONICA NÃO TRANSMISSÍVEL.....	17
3.2 Doença renal Crônica	17
3.2.1 Terapia Renal Substitutiva- hemodiálise.....	19
3.3 TEORIAS DE ENFERMAGEM-PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	21
3.4 QUALIDADE DE VIDA DOS DRC.....	28
4. MÉTODO	31
4.1. LOCAL DO ESTUDO	32
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	322
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.4.1 Operacionalização da coleta de dados	35
4.4.2. Equipe de Coleta dos dados	36
4.4.3. Técnica de coleta de dados.....	36
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1. ARTIGO I – QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE UMA ANÁLISE NO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	39
5.2. ARTIGO II - PROCESSOS ADAPTATIVOS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SOB A LUZ DA TEORIA DE ENFERMAGEM DE CALISTA ROY	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7 REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	93
ANEXOS	98

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é atualmente considerada um macro problema de saúde pública com proporções globais, por impactar negativamente na expectativa e qualidade de vida dos doentes e demandar parte significativa dos recursos e gastos para a área da saúde. As Diretrizes para Avaliação e Manuseio da Doença Renal Crônica na Prática Clínica (*Kidney Disease Improvement Global Outcomes - KDIGO*) definem a DRC como anormalidade da função ou estrutura dos rins, por mais de três meses, com repercussões e implicações para a saúde dos portadores (ALVES et al., 2017).

A National Kidney Foundation (2012) recomenda a avaliação da DRC por meio da albuminúria, principalmente pela razão Albumina/Creatinina Urinárias (ACR) igual ou superior a 30mg/g e a avaliação da função renal, por estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73m², utilizando-se conjuntamente os valores de creatinina sérica.

A prevalência entre as comorbidades da DRC, como hipertensão e diabetes *mellitus* classificadas no grupo de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), são preveníveis e tratáveis, se os riscos forem detectados precocemente. No contraponto, seus agravos são insidiosos e irreversíveis (BRASIL, 2011)

A DRC possui fatores associados a saber, a hipertensão, diabetes e obesidade. Cerca de 312 milhões de adultos são obesos, com um elevado índice de massa corporal (IMC) que colabora fortemente para o aumento da DRC em indivíduos não hipertensos e não diabéticos (SILVA et al., 2016).

No mundo, a prevalência dos dados sobre a DRC é estimada em 8-16%. De acordo com o “*2010 Global Burden of Disease Study*”, a DRC se situava na 27^a posição no índice da mortalidade global em 1990, passando para a 18^a em 2010, com mortalidade anual de 16,3 mortes por 100.000 habitantes nos últimos 20 anos. A DRC tem sido diagnosticada de forma crescente em todos os países sendo considerada uma epidemia (LOZANO et al.,2013).

No Brasil, as taxas de incidência e prevalência desta doença crescem de forma acelerada. Sendo que, no ano de 2000, a estimativa de pacientes em TRS foi de 42.695 e em junho de 2012 alcançou a marca de 97.586, apresentando um crescimento de aproximadamente 2,2 vezes mais em 12 anos, correspondendo uma taxa de prevalência de tratamento dialítico de 503 pacientes por milhão da população (PEREIRA et al.,2016).

No Brasil houve um aumento de 5% no número de pacientes em tratamento no período compreendido de 2011-2014. Os dados, porém, sobre a prevalência de DRC são escassos, com graves limitações metodológicas (OLIVEIRA et al., 2014).

A crise econômica enfrentada atualmente no Brasil tem desanimado a abertura de novas clínicas, como também, acarretado o fechamento de unidades, reduzindo dessa forma, o número de vagas para o tratamento e assim, aumentando expressivamente a lista de espera por tratamento nos Centros de referência aos DRC. Tal espera dificulta ainda mais a situação do paciente com DRC que busca a cura através do transplante (MARINHO et al., 2018)

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apontou no censo de 2017 o surgimento de 40.000 casos novos, com um aumento gradativo de pacientes em TRS (126.000 pacientes). Na região Norte em 2011, havia 279 pacientes cadastrados com DRC. Em 2014, este número subiu para 364.

No Amazonas, o censo 2017 da SBN retrata um cenário “dramático” com 202 pacientes na lista de espera, aguardando vaga para diálise. Destes, 138 considerados crônicos, necessitando de diálise e buscando as unidades de urgência, com intervalo interdialítico de até 15 dias. Outro fator agravante, é que não há clínicas de diálise fora da capital, o que obriga as comunidades ribeirinhas e interioranas migrarem para realizar o tratamento em Manaus.

Medidas para a formalização de acordos e planos de ação por parte do estado do Amazonas promovem a Prevenção, Diagnóstico e Tratamento aos Doentes Renais Crônicos. Há 05 unidades cadastradas e habilitadas em Manaus pelo Ministério da Saúde para atendimento ao paciente com DRC e atendem 1.026 usuários. Sendo que 939 desses estão realizando HD e 87 estão em diálise peritoneal (DP). No entanto, 107 pacientes aguardam admissão em unidade especializada, realizando a TRS nas unidades de emergência. A falta de recursos prejudica o planejamento da instalação e reativação do Serviço de Transplante Renal, inativado desde 2015. Neste contexto, os pacientes entram na lista de espera do transplante renal migrando para outras regiões do país, custeados pelo governo do estado por Tratamento Fora do Domicílio (TFD), referenciando os usuários de Manaus aos centros nacionais da DRC em transplante (SUSAM, 2018).

A prática do cuidar de pacientes com DRC, que realiza a terapia de HD, é um grande desafio para a enfermagem, pois ela impacta direta e indiretamente na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Isso exige ainda mais o compromisso deste profissional na busca de conhecimento a fim de prestar uma assistência de enfermagem pautada na prática baseada em evidências científicas e no cuidado integralizado.

A qualidade de vida (QV) é uma terminologia que compreende uma gama de conceitos. Definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais a pessoa encontra-se inserida e os relacionam com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MARINHO et al., 2018).

Destarte, o uso do instrumento *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36) versão abreviada de um questionário do *Medical Outcomes Study*, é uma ferramenta útil para avaliar a QV dos pacientes com DRC. Ele considera os domínios: funcionamento físico, função física e corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações variam de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore (100), o domínio que indica melhor a Qualidade de Vida (BATISTA, 2015).

São escassos os estudos voltados para a assistência de enfermagem, direcionada à qualidade de vida de pacientes submetidos à HD, bem como aqueles desenhados na perspectiva das teorias de enfermagem.

A teoria da adaptação de Calista Roy é um constructo teórico que pode ser utilizado para direcionar a assistência de Enfermagem aos pacientes com DRC.

Alguns estudos apontam que o ciclo da vida nos pacientes com DRC transpassa do viver aparentemente saudável. Pois, a partir do momento em que é diagnosticado como Doente Renal Crônico, o indivíduo passa a necessitar de cuidados especializados de saúde, para o seu processo doentio, como o tratamento hemodialítico. A enfermagem necessita trabalhar esse público, considerando suas especificidades, de modo a identificar se estão conseguindo se adaptar a este novo estilo de vida imposto pela doença.

O processo de enfermagem (método científico da enfermagem) deve ser utilizado para guiar e favorecer a identificação das demandas apresentadas pelos pacientes e as intervenções requeridas para auxiliá-los. O profissional enfermeiro é um dos profissionais que atuam na unidade nefrológica, com competência hábil para identificar as necessidades dos pacientes renais, intervir em resoluções de problemas adaptativos das mais diversas origens, como também, na compreensão do cuidado e de seus significados que surgem no decorrer do tratamento. (FRAZÃO et al 2014)

A Enfermagem deve considerar os impactos que esta transição gera nas vidas dos pacientes, tais como: perda da autonomia, prejuízo da vida social, mudança do estilo de vida, diminuição na qualidade de vida, depressão, adaptação do paciente a nova condição de vida, entre outros (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017).

O Processo de Enfermagem (PE) pode ser compreendido como um modelo ou instrumento metodológico do cuidado, favorecendo o cuidar e criando condições necessárias para sua execução. Novas propostas com destaques assistenciais revelam o propósito e as limitações, direcionando as relações de cuidado que transcendem à profissão (ALMEIDA et al., 2011); (MERINO et al., 2018).

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) é uma Teoria de Enfermagem que favorece a identificação dos processos adaptativos dos pacientes acometidos por estímulos internos e externos e pode ser utilizado para direcionar as seis etapas do PE (avaliação do comportamento, avaliação do estímulo, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento dos objetivos, intervenção e avaliação) e, conseqüentemente, a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com DRC em tratamento dialítico (GEORGE, 2000).

No MAR os quatro modos de adaptação são: físico-fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência. O modo fisiológico elucida as respostas fisiológicas e como a pessoa responde aos estímulos do ambiente. O modo autoconceito são os comportamentos associados ao eu físico, incluindo sensações corporais e imagem corporal; e com o pessoal auto, incluindo autoconsistência, autoideal e eu moral-ético-espiritual. No modo função são observados os comportamentos associados a papéis atribuídos e assumidos, desempenhados ao longo da vida e atividades realizadas dentro de cada função. Por fim, no modo interdependência é observado como comportamentos associados com o dar e receber carinho e apoio em relações com outras pessoas significativas (FRAZÃO et al., 2014; MADEYA, FAWCETT, 2016)

As alterações no ciclo vida do DRC, após o diagnóstico, destinam-se a um tratamento sem cura, quando não se realiza o transplante renal (TRx) e contínuo, com o uso da hemodiálise.

A relevância do estudo é contribuir com mapeando dos indicadores da qualidade de vida dos pacientes com DRC, que viabilizou uma proposta de adaptação à nova situação de enfrentamento dos agravos a saúde, auxiliando em uma assistência de Enfermagem baseada em evidências, na perspectiva do Modelo de Adaptação de Roy.

Entretanto, para verificar se os pacientes estão se adaptando à sua nova condição de vida é preciso adotar as seguintes questões norteadoras:

- ✓ Qual o impacto que a DRC e modalidade terapêutica tem sobre a qualidade de vida do paciente em HD?

- ✓ Qual o Modelo de adaptação de Roy, os modos fisiológicos e interdependência nos pacientes submetidos à hemodiálise?

Ao responder essas questões pode-se contribuir para um cuidado de Assistência de enfermagem baseado na observação das mudanças na qualidade de vida dos pacientes e a adaptação adotada por eles a partir desta nova condição.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever os processos adaptativos fisiológicos e interdependência dos pacientes com DRC em hemodiálise, sob a luz da Teoria de Enfermagem de Calista Roy.

2.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os pacientes em tratamento hemodialítico em Hospital Público de Manaus, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;

Apresentar o nível de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico;

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DCNT

A evolução tecnológica e científica favorece o aumento da longevidade da população, propiciando o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, por sua vez, afetam diretamente a qualidade de vida (QV), pois ocasionam limitações nas atividades laborais, econômicas, recreativas dos pacientes do grupo familiar (ZANESCO et al.,2017).

As DCNT são multifatoriais e, dentre elas, destacam-se aquelas do aparelho circulatório, incluindo a doença renal crônica, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas que, no decorrer do ciclo da vida, desenvolvem-se insidiosamente, tornando-se um grave problema de saúde pública e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, conforme estimativas da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DCNT possuem maior magnitude e alavancam cerca de 72% das causas dos óbitos nas camadas mais pobres e grupos vulneráveis. No ano de 2007, a taxa de mortalidade por DCNT na população Brasileira foi de 540 mortes por 100 habitantes (BRASIL, 2011).

3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA DRC

A DRC é caracterizada por sua evolução com disfunção renal de forma lenta, progressiva e irreversível, pois os rins não conseguem manter a homeostasia das funções endócrinas, metabólicas, o equilíbrio acidobásico e hidroeletrolítico, sendo de grande relevância a realização de exames para o seu diagnóstico precoce (BATISTA, 2015).

Em alguns países a DRC é um dos principais problemas de saúde pública do século XXI, impactando na qualidade de vida dos pacientes, além de ocasionar elevadas taxas de mortalidade e elevação dos custos em saúde. Afeta entre 10-16% dos adultos que vivem na Ásia, Europa, Austrália e Estados Unidos. No Brasil, estima-se que a DRC cause 4.500 - 6.000 mortes por ano. É uma doença progressiva e complexa, com danos renais persistentes (BARRETO et al., 2015).

A obesidade é um fator de risco potente para desenvolvimento da DRC, além da hipertensão, diabetes e o tabagismo. Considera-se que em indivíduos obesos, ocorre um mecanismo compensatório de hiperfiltração apenas na tentativa para atender as elevadas demandas metabólicas. Com isso, pode haver comprometimento na taxa de filtração glomerular, estando associadas ao aumento do peso corporal (KOVESDY; FURTH; ZOCCALI, 2017).

Conforme as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema Único de Saúde (SUS) de 2014, a classificação da DRC é realizada da seguinte fórmula na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (BRASIL, 2014):

Estágio 1 – TFG ≥ 90 mL/min/1,73m² com presença de proteinúria e hematúria;

Estágio 2 – TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m²;

Estágio 3A – TFG ≥ 45 a 59 mL/min/1,73m²

Estágio 3B – TFG ≥ 30 a 44 mL/min/1,73m²;

Estágio 4 – TFG ≥ 15 a 29 mL/min/1,73m²,

Estágio 5 – TFG < 15 mL/min/1,73m².

Para Porto et al., (2016) a progressão da DRC é acompanhada por um desequilíbrio hidroeletrólítico, metabólico e do sistema imunológico, além da elevação dos níveis de citocina inflamatória, mecanismos que ainda requerem um maior esclarecimento. Nesse contexto, a DRC é caracterizada pela perda das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo. É secundária ao acúmulo de toxinas urêmicas, surgindo alterações como hiponatremia, hipercalemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia e hipervolemia, bem como, complicações associadas tais como: a anemia, a aterosclerose acelerada, a calcificação vascular, a resistência à insulina, o aumento do metabolismo e catabolismo muscular, a perda de apetite e o aumento da permeabilidade da membrana peritoneal e a doença mineral óssea (DMO). Tudo isso são importantes indicadores de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) e doenças infecciosas neste grupo de pacientes.

Dentre as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes, as principais são: alterações no nível de consciência, estado de alerta diminuído, comprometimento da memória, modificações do comportamento e humor. Essas manifestações podem tornar a pessoa mais irritada e alterar a qualidade do sono. A função cognitiva passa a ser prejudicada e os sinais e sintomas podem estar mais acentuados nas pessoas de mais idade, que também perpassam pelas modificações oriundas do processo do envelhecimento (RIELLA, 2010).

O portador da DRC costuma apresentar limitações físicas para andar, realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas, correr, entre outras. Diante do exposto, a maneira de reagir difere de indivíduo para indivíduo, percebendo-se em alguns, a capacidade de adaptar-se às mudanças e reaprender a viver. Já em outros, tais respostas são ineficientes. O processo de aceitação de sua nova condição de vida (adaptação) não acontece de forma repentina, pois é um processo complexo que demanda tempo e que mobiliza estruturas individuais, sobretudo nos pacientes sob tratamento hemodialítico, os quais apresentam em longo prazo, a redução da capacidade funcional que pode prejudicar o desenvolvimento de atividades básicas, como: lazer, convívio social trabalho, comprometendo sua qualidade de vida (CAVINATTO et al., 2015).

3.2.1 Terapia de Substituição Renal- hemodiálise

Os rins são órgãos pares, localizados na região retroperitoneal, que possuem em sua estrutura mais interna os néfrons que são unidades funcionais dos rins. Cada órgão possui um milhão de néfrons, responsáveis pela filtração do plasma sanguíneo, contribuindo, assim, para a homeostasia do corpo. Esses órgãos, em seu funcionamento adequado, removem substâncias nocivas e desnecessárias, bem como, componentes necessários ao equilíbrio, como o ácido básico e hidroeletrolítico (LEITE, 2014).

A Lesão Renal Aguda (LRA) instala-se tradicionalmente quando há uma deterioração abrupta da função renal, resultando em acúmulo de resíduos metabólicos, líquidos e eletrólitos, podendo acompanhar gradativamente um declínio urinário. No entanto, quando não diagnosticado precocemente, pode evoluir para o quadro mais grave e crônico da doença, como a Doença Renal Crônica DRC, necessitando assim de TRS. Dentre as modalidades de terapia renal, disponíveis no SUS, estão a Diálise Peritoneal (DP), a Hemodiálise (HD) e o Transplante Renal (TxR). Sendo a HD a modalidade escolhida para o estudo (BAIRD et al., 2012).

No Brasil, a terapia hemodialítica foi implantada desde a década de 1950. Santos et al., (2017) complementam que a HD é o método dialítico mais utilizado. Os componentes principais do sistema hemodialítico são o rim artificial e o dialisato, que são dispositivos que bombeiam o sangue do paciente para a circulação extracorpórea. O dialisato líquido específico é usado para a realização da hemodiálise.

O regimento para os critérios de organização e funcionamento do cuidado da pessoa com DRC, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)- é normatizado pelas portarias nº 1168/GM de 15 de junho de 2004 e a portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, que visam ampliar e assegurar o acesso por meio da regulação com cobertura no atendimento ao portador da DRC no Brasil e assim, garantir a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (Diálise Peritoneal, Hemodiálise e Transplante), (BRASIL, 2004)

A hemodiálise é uma espécie de tratamento que substitui de forma artificial parte das funções renais, cujo tratamento delimita-se em depurar e filtrar o sangue. É também, escórias do metabolismo celular. Nesse sentido, utiliza-se uma máquina de hemodiálise, na qual o sangue transcorre por uma circulação extracorpórea e passa por um filtro dialisador composto por membranas semipermeáveis que permitem a extração de componentes nocivos, tóxicos e líquidos em excesso do organismo (SANTOS et al., 2017; LEITE, 2014).

Para que o processo de HD ocorra, é necessária a exposição do sangue às soluções de diálise, conhecida como dialisato, que possuem elementos químicos iguais às concentrações fisiológicas do plasma sanguíneo. Nesse momento, tanto água quanto toxinas presentes e elementos químicos do dialisato transitam pelos poros da membrana do filtro, perpetuando os mecanismos de difusão e ultrafiltração. A difusão consiste no movimento aleatório de moléculas provocadas de gradiente de concentração entre soluções compreendidas, como sangue e dialisato. Assim sendo, a ultrafiltração consiste nas moléculas de água que são muito pequenas e passam sem dificuldades através dos poros da membrana, necessitando para isso de uma força hidrostática e osmótica (LEITE, 2014).

No Brasil, os profissionais necessitam de ações direcionadas à formação permanente, identificando portadores da DRC e familiares na perspectiva de assegurar práticas seguras na prevenção e manutenção de agravos (LEITE, 2014).

Os pacientes com DRC, submetidos à hemodiálise, vivenciam os percalços que propiciam situações de mudanças no estilo de vida e seu cotidiano, como: diminuição de energia física, alterações da aparência pessoal, restrição hídrica e alimentar e ainda são sustentados pelo esquema medicamentoso contínuo e pela dependência da dialise para a manutenção de sua vida. O tratamento em HD interfere diretamente na perspectiva de seus

indivíduos frente ao suporte social, bem como a sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2017; FRAZÃO et al., 2013).

Essa atuação é respaldada pela Resolução da Diretoria Colegiada RDC de nº 11 de 13 de março de 2014, no fomento de boas práticas em funcionamento dos serviços de diálise (BRASIL, 2014).

Uma vez que pacientes em tratamento dialítico costumam apresentar demandas que requerem adaptações contínuas, monitorizá-las tornam-se essenciais. O enfermeiro possui um relevante papel na detecção, monitoramento, apoio, avaliação e educação, identificando as necessidades individuais de cada cliente, na visão de prestar serviços que propiciem a melhor adaptação e aderência ao tratamento. Para tanto, é fundamental que ele faça uso do PE para, de fato, sistematizar o atendimento prestado à essa população (LEITE, 2014; BATISTA, 2015; GARCIA; 2016).

3.3 TEORIA DE ENFERMAGEM (TE)

As Teorias de Enfermagem (TE) em McEwen;Wills (2016), são explicações sistemáticas de eventos, nas quais constructos e conceitos são reconhecidos. Suas relações, propostas e previsões servem para subsidiar, descrever, explicar, prever ou prescrever a prática e a pesquisa. É crucial enfatizar que, sem uma TE, as ações, as atividades e as intervenções são orientadas pela memória, tradição, alguma autoridade externa, palpites ou podem, de certo modo, serem simplesmente aleatórias. As teorias são construídas e elaboradas para descrever, explicar fenômenos ou resolvê-los. No passado, lideranças de enfermagem viam o desenvolvimento de uma teoria como meio de esclarecer a enfermagem como profissão.

No decorrer dos anos, muitos teóricos desenvolveram modelos e teorias para alicerçar a prática, a pesquisa, a administração, o gerenciamento e o ensino de enfermagem. O enfermeiro subsidiado por uma teoria de enfermagem possui instrumentos para entender a sua prática clínica de maneira complexa e discernível, além de fornecer um método de identificação e expressão de ideias-chave à essência na prática clínica da profissão (MCEWEN; WILLS, 2016).

Cianciarullo et al (2012), enfoca a pessoa humana como ponto central da profissão em enfermagem, como também, a necessidade de desenvolver conhecimento, compreensão dos indivíduos, famílias e grupos sociais. Esses modelos têm por finalidade: explicitar a ontologia

da pessoa, por exemplo: a natureza, os valores e princípios morais; definir a ambiência e suas influências no ser humano; descrever o modo como concebem a enfermagem e quais ações práticas são necessárias e ainda explicitam a maneira como são compreendidos/percebidos os estados de saúde e doença, além de seus significados e fatores condicionantes.

A pessoa é, em todos os modelos de enfermagem, apresentada como ser biopsicossocial, espiritual e holístico, tendo o cuidado para alcance das metas, por exemplo: em um provável cenário, o paciente poderá apresentar suas necessidades básicas afetadas, sendo sustentada à luz da teoria de Wanda Horta. Em outro momento, o ser humano que apresenta problemas de adaptação poderá ter suas demandas atendidas à luz da teoria de Calista Roy. A TE guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, as intervenções de enfermagem, bem como, os resultados de um paciente, família/coletividade com necessidades humanas básicas, que precisam ser atendidas com a TE de Wanda Horta, com suas deficiências de oxigenação, nutrição, eliminação, dentre outras. Portanto, o mesmo cliente com problemas de adaptação poderá utilizar os fenômenos e ações adaptáveis ao processo doentio (CIANCIARULLO et al., 2012).

Segundo Tannure e Pinheiro (2017), as Teorias de Enfermagem apoia o enfermeiro quanto às definições dos papéis. A proximação da realidade nas adequações e qualidade do desempenho dos profissionais, num elo de produção do conhecimento. No entanto, para que uma teoria seja implementada, torna-se imprescindível a utilização do método científico, definido como Processo de Enfermagem (PE). A aplicação na prática clínica do PE, orienta-o na tomada de decisões, proporcionando ao profissional e seu cliente (indivíduo, família, comunidade com problemas reais e/ou potências) a possibilidade de prestar cuidados centrados e individualizados, na abrangência das necessidades (psíquicas, sociais, espirituais e biológicas).

3.3.1 Processo de Enfermagem (PE)

O Conceito do processo de enfermagem PE é definido por Kenney (1990) e demais autores, como sendo uma atividade deliberada, lógica, racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente, com cinco componentes interdependentes (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

Alfaro-LeFevre (1986) elucida o processo de enfermagem como um método sistemático e organizado de prestar cuidados de enfermagem enfocando as respostas humanas

de forma individualizada. Os teóricos como Rines e Montag (1976) e Field (1987) compreendem que o processo de enfermagem aborda soluções de problemas, sendo um processo intelectual, deliberativo e estruturado seguindo etapas logicamente ordenadas e utilizadas para planificar cuidados personalizados e assim, almejar a melhoria do estado de saúde dos pacientes (CIANCIARULLO et al., 2012).

Em 1950, Lydia Hall ministrou em uma palestra em New Jersey (EUA), referindo-se à enfermagem como um processo constituído apenas de três distintas etapas: avaliação inicial, planejamento e avaliação. Entretanto, no mesmo período, pela primeira vez, Vera Fry utilizou o termo diagnóstico de enfermagem (SILVA; MEDEIROS; NOBREGA, 2013, CIANCIARULLO et al., 2012).

Na década de 60, Yura e Walsh descreveram o PE em quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação com ênfase em aspectos interpessoais e científicos. (CIANCIARULLO et al., 2012).

A fase do Diagnóstico de Enfermagem (DE) foi a última a ser introduzida ao PE. Mas, já em 1960, Faye Glenn Abdellah e colaboradores desenvolveram uma lista com 21 problemas de enfermagem já identificados por enfermeiros no atendimento aos pacientes (MCEWEN; WILLS, 2016).

QUADRO 01- Faye Glenn Abdellah e colaboradores (1960) com a lista de 21 Problemas de Enfermagem.

21 Problemas de Enfermagem de Abdellah Faye Glenn
1. Para manter uma boa higiene e conforto físico.
2. Para promover a atividade ideal: exercício, descanso, sono.
3. Promover a segurança através da prevenção de acidentes, lesões ou outros traumatismos e através da prevenção da propagação da infecção.
4. Manter uma boa mecânica corporal, prevenir e corrigir a deformidade.
5. Para facilitar a manutenção de um suprimento de oxigênio para todas as células do corpo.
6. Para facilitar a manutenção da nutrição de todas as células do corpo.
7. Para facilitar a manutenção da eliminação.
8. Para facilitar a manutenção do equilíbrio de fluidos e eletrólitos.
09. Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições de doença - patológicas, fisiológicas e compensatórias.
10. Facilitar a manutenção de mecanismos e funções regulatórias.
11. Facilitar a manutenção da função sensorial.
12. Identificar e aceitar expressões positivas e negativas, sentimentos e reações.
13. Identificar e aceitar a inter-relação de emoções e doenças orgânicas.
14. Para facilitar a manutenção da comunicação verbal e não verbal eficaz.
15. Promover o desenvolvimento de relações produtivas interpessoais.
16. Para facilitar o progresso em direção à realização e metas espirituais pessoais.
17. Criar ou manter um ambiente terapêutico.
18. Para facilitar a consciência do <i>self</i> como um indivíduo com necessidades físicas, emocionais, e de desenvolvimento variando.

19. Aceitar as metas ideais possíveis, à luz das limitações físicas e emocionais.
20. Utilizar os recursos comunitários como auxílio na resolução de problemas decorrentes de doenças.
21. Compreender o papel dos problemas sociais como fatores que influenciam na causa da doença.

Fonte: Adaptação MCEWEN; WILLS (p.142, 2016).

Na década de 1970, a terminologia “diagnóstico de enfermagem” foi incorporado por Bloch (1970), Roy (1975), Mundger e Jauron (1975) e Aspinall como fase do processo de enfermagem (CIANCIARULLO et al., 2012).

Cabe, no entanto, destacar que, de acordo com Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1986), diferentes terminologias foram utilizadas para nomear fases, tais como: problemas do paciente, necessidade do paciente e problemas de enfermagem, até que a primeira fosse, de fato, incluída no método científico com esta designação. Os problemas identificados por Faye Glenn Abdellah e colaboradores foram considerados o primeiro sistema de classificação, relevante à prática de enfermagem, sendo inclusive utilizado como modelo nos currículos de ensino em enfermagem dos Estados Unidos da América (CIANCIARULLO et al., 2012; ALMEIDA et al., 2011).

Cianciarullo et al., (2012) retratam as gerações do Processo de Enfermagem que são apresentadas no **QUADRO -2**:

QUADRO 02- Geração temporal do PE

GERAÇÕES DO PE	ANO	RELEVÂNCIA/ FOCO
1º geração	1950 – 1970	O modelo de PE apresentada 04 fases: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Surgimento do primeiro sistema de classificação.
2º geração	1970- 1990	Adição do DE ao processo de enfermagem. Surgimento da sigla ADPIE (<i>Assessment, Diagnoses, Planing, Implementing, Evaluating</i>).
3º geração	1990- 2010	Propositura de um modelo (<i>The OPTmodel-The Outcome-Present States Model</i>) com dinamismo e participação do cliente e os processos de raciocínio diagnóstico e pensamento crítico.
4º geração	2010- 2020	Nos próximos 10 a 20 anos, os hospitais e agências de saúde incorporarão as linguagens de enfermagem padronizadas em sistemas de informação.
5º geração	2020- 2035	Modelos e dados serão refinados conforme a ocorrência e epidemiologia dos DE, intervenções e resultados para populações específicas de pacientes. Surgindo a necessidade de classificar cuidados por: tipo de instituição e nível de ensino.
6º geração	2035- 2050	A enfermagem será capaz de desenvolver planos de cuidados individuais derivados de dados clínicos empiricamente capturados por sistemas de informação clínica e de enfermagem.

Fonte: Adaptação (CIANCIARULLO et al., 2012).

No Brasil, o PE passou a ser trabalhado nas escolas quando Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, lançou sua publicação e contribuição em 1979. O Processo de Enfermagem continua sendo utilizado como literatura clássica. O PE para Horta era constituído por seis etapas inter-relacionadas: o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Horta conceitua o processo de enfermagem como ações sistematizadas e inter-relacionadas de forma dinâmica visando à assistência de enfermagem ao ser humano (TANNURE; PINHEIRO,2017).

Atualmente, o Conselho Federal de Enfermagem COFEN, determina que o PE seja utilizado pelos enfermeiros em toda instituição de saúde, seja ela pública ou privada, e que cinco fases sejam formalmente utilizadas durante sua execução (COFEN, 2009).

Todavia, é importante ressaltar que as evoluções têm ocorrido de diferentes formas, dependendo de estágio de evolução do conhecimento e a devida aplicação do PE, em destaque. Essas gerações nem sempre correspondem ao período cronológico descrito, pois existem ainda instituições que não utilizam o PE ou, quando fazem, realizam apenas algumas de suas etapas (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

3.3.2 Processo de Enfermagem segundo Modelo de Adaptação de Roy - MAR

Os modelos de enfermagem são baseados em suposições científicas e filosóficas com descrições conceituais. O MAR embasa-se nas suposições científicas refletidas na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e na teoria do modelo de adaptação de Helson (1964) conforme (tabela 01) (ROY, ANDREWS, 2001).

TABELA 01- Suposições subjacentes ao Modelo de Adaptação de Roy.

Suposições subjacentes ao Modelo de Adaptação de Roy	
CIENTÍFICO	
Teoria dos Sistemas	Teoria do nível de adaptação
Holísmo Interdependência	Comportamento como adaptável Adaptação como função dos estímulos e nível da adaptação.
Processo de controle Informação de resposta Complexidade dos sistemas	Níveis da adaptação dinâmicas, individuais. Processo de resposta positiva e ativa.

Fonte: ROY e ANDREWS (2001, p.17).

A teoria do modelo de adaptação Helson (1964), se constitui na base como um sistema para a compreensão do indivíduo, no qual tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. Roy identificou quatro suposições específicas associados com dois princípios filosóficos do humanismo e da veracidade. No humanismo crê-se que a) o indivíduo partilha de poder criativo, b) age com objetivo, c) possui holísmo intrínseco e d) luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações. A veracidade crê que o indivíduo na sociedade é visto como: a) objeto de uma existência humana, b) unidade de objeto da humanidade, c) atividade criativa e bem comum e d) valor e significado da vida. Essas suposições constituíram a base e são evidentes na descrição específica dos principais conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (ROY, ANDREWS, 2001)

O Modelo de Adaptação de Roy fundamenta-se em pressupostos científicos, filosóficos e culturais e é composto por quatro modelos adaptativos (MCEWEN; WILLS, 2016; ROY, ANDREWS, 2001):

1. Modo fisiológico-físico: processos físico-químicos envolvidos nas atividades dos organismos vivos. Neste sentido, trata da integridade fisiológica, ou seja, o grau de totalidade alcançado pela adaptação às mudanças nas necessidades biológicas.

2. Modo de autoconceito: enfatiza a integridade psicológica e espiritual, a sensação de unidade, sentido e finalidade no universo.

3. Modo de função do papel: representa os papéis que os indivíduos ocupam na sociedade, como a integridade social e suas necessidades. Relaciona-se com quem a pessoa é e como ela se percebe em relação aos outros.

4. Modo da interdependência: refere-se aos relacionamentos próximos, às suas afinidades, e ao potencial de adaptação nestas relações.

O Modelo de Adaptação de Roy considera o indivíduo um sistema capaz de se adaptar, sendo a pessoa receptora dos cuidados de enfermagem. A saúde é entendida como um estado e um processo de tornar-se uma pessoa em sua totalidade e integralidade. O ambiente engloba todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa. E a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação a quatro modelos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função papel e interdependência) (MEDEIROS et al., 2016).

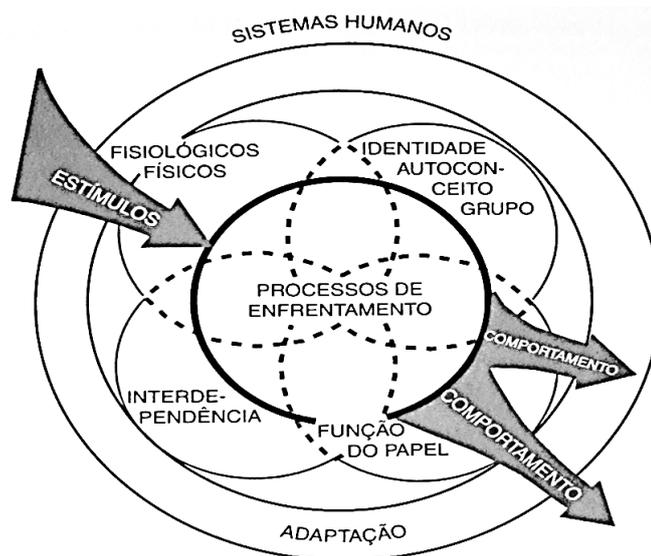


FIGURA 01 Adaptação da representação diagramática dos sistemas adaptativos humanos.
Fonte: MCEWEN;WILLS (2016 p.183).

O sistema de adaptação tem entrada vinda do ambiente externo, assim como a pessoa. Roy identifica estímulos, sistemas, processos e níveis de adaptação. Os estímulos são classificados em três. **Estímulos focais:** estímulo que confronta a pessoa imediatamente. Possui maior grau de mudança. **Estímulos contextuais:** são todos os outros estímulos do mundo interno e externo. **Estímulos residuais:** são fatores interno e externos cujos efeitos atuais não são claros. Estes estímulos combinam-se para estabelecer o nível de adaptação de cada indivíduo com respostas efetivas ou inefetivas (ROY, ANDREWS,2001; GEORGE, 2000)

Roy considera os mecanismos de enfrentamento chamados Regulador e Cognato como subsistemas da pessoa como um sistema adaptativo. Nesse o subsistema regulador são de natureza química, neural ou endócrina. O outro subdimensão de Roy, o subsistema cognato são relacionados às funções cerebrais superiores de percepção ou de processamento das informações, do julgamento e da emoção, descritos no quadro 03 (GEORGE, 2000)

QUADRO 03 - Principais conceitos do modelo da adaptação de Roy:

CONCEITO	DEFINIÇÕES
Ambiente	Condições, circunstâncias que afetam o desenvolvimento e o comportamento dos humanos como sistemas adaptativos.
Saúde	Estado e processo de estar e tornar-se integrado e completo.
Pessoa	O sistema adaptativo humano é conceituado como: um todo com partes que funcionam como uma unidade com algum propósito, envolvendo pessoas, grupos, organizações, comunidades e sociedade como um todo.

Meta da Enfermagem	A promoção da adaptação em cada um dos modos.
Adaptação	O processo e o resultado pelos quais pessoas que pensam e sentem como indivíduos ou em grupos usam a percepção consciente e o arbítrio para criar integração dos humanos e ambientes.
Estímulos focais	Estímulos que são as causas próximas da situação
Estímulos contextuais	Todos os outros estímulos ambientais, internos ou externos, que podem ou não afetar a situação.
Estímulos residuais	Estímulos imensuráveis e desconhecidos que também existem e podem afetar a situação.
Subsistema cognitivo	Importante processo de enfrentamento envolvendo quatro canais cognitivo-emotivos: I processamento perceptivo e de informação; II aprendizado; III julgamento; IV emoção.
Subsistema regulador	Processos adaptativos básicos que respondem automaticamente por meio de canais de enfrentamento neurais, químicos e endócrinos.
Processos de controle estabilizador	Estruturas ou processos que visam à manutenção do sistema e envolve valores e atividades diárias pelos quais os participantes concretizam a finalidade principal do grupo e contribuem para os propósitos comuns à sociedade.
Processos de controle inovador	O subsistema interno que envolve estruturas e processos para o crescimento.

Fonte: MCEWEN;WILLS (2016 p.182)

3.4 Qualidade de vida dos pacientes com DRC

Mudanças adaptativas, oriundas da DRC costumam ocasionar alterações na QV dos seus portadores. A QV é definida pela Organização Mundial de Saúde como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Nesse sentido, é importante considerar a necessidade de avaliar a QV em pacientes portadores de DRC submetidos ao tratamento hemodialítico (ZANESCO et al., 2017).

Mensurar qualidade de vida é um desafio. No entanto, pesquisadores americanos construíram e validaram, em 1997, o instrumento Qualidade da Vida Renal- Forma Curta (KDQOL-SF 36) traduzida para o português por Duarte (2003) e validado em 2005. Trata-se de um instrumento específico para avaliar Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) no contexto da DRC. Possui 80 itens, divididos em 19 dimensões analisadas separadamente. Os escores dos itens do KDQOL-SF36 variam entre 0 e 100. Os valores menores do instrumento correspondem à QV relacionados à saúde desfavorável, sendo o inverso maior qualidade de vida. O KDQOL-SF-36 é um questionário de saúde genérico que contém 36 questões divididas em 9 domínios: 1) atividade física, 2) atividade social, 3) limitações pela incapacitação física, 4) limitações pela capacidade emocional, 5) saúde mental, 6) vitalidade, 7) dores, 8) percepção da saúde em geral e 9) percepção da melhora do problema específico na saúde (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011, BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017).

Esse questionário abrange 43 perguntas específicas da DRC e 36 perguntas do foro genérico, além de uma pergunta de identificação geral de saúde. O instrumento está disponível online e de forma gratuita (ZANESCO et al., 2017; LOPES et al., 2014).

Cavinatto et al., (2015) consideram que o instrumento é amplo e deve ser para avaliar de forma íntegra a qualidade de vida dos pacientes com DRC. Os 36 itens do instrumento englobam em 8 subdimensões, sendo elas: a capacidade funcional (dez itens), os aspectos físicos (dois itens), os aspectos emocionais (três itens), a dor (dois itens), o estado geral de saúde (cinco itens), a vitalidade (quatro itens), os aspectos sociais (dois itens), a saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da evolução da doença sobre o paciente. Esse instrumento avalia tanto aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar).

3.5 Modelo de Adaptação de Roy e os Processos adaptativos DRC

O modelo teórico de Roy retrata o cuidado de enfermagem como uma interligação com o meio, elencando a prioridade de transformação a partir da identificação de problemas de adaptação. A utilização desse modelo teórico do cuidado de pacientes com doenças crônicas contribui para a identificação dos modos adaptativos e de promoção da adaptação e integridade da pessoa. Além de fortalecer cientificamente a profissão e subsidiar a assistência por direcionar as etapas do PE. (FRAZÃO et al., 2013).

Blevins e Troutman (2011) afirmam que Roy entendeu o papel crítico da enfermagem no desenvolvimento de processos de adaptação, capazes de auxiliar pacientes. A natureza holística da teoria possui processos dinâmicos que oferecem aos enfermeiros a oportunidade de obter informações e compreender as complexidades das necessidades identificadas em pacientes com DRC. Ela fornece uma forma estruturada, com a qual a coleta de informações passa a ser direcionada para identificar os quatro modos adaptativos dos pacientes e, a partir daí, diagnósticos, planejamento, implementação e ações focadas em promover melhores respostas adaptativas que deverão ser monitorizadas por meio da avaliação.

De acordo com Frazão et al., (2013), na coleta de dados direcionada pelo modelo de Roy, o enfermeiro realiza a avaliação do comportamento e dos estímulos dos pacientes que são expostos e só então, relaciona com a descrição dos diagnósticos de enfermagem, a fim de estabelecer metas, intervir e avaliar.

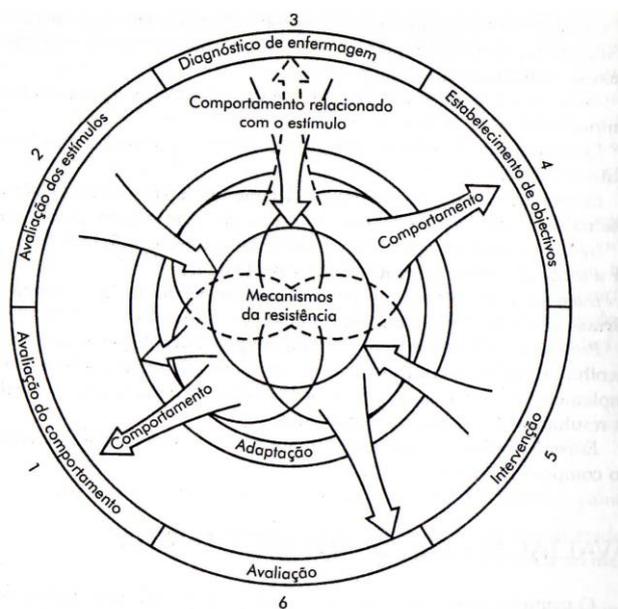


FIGURA 02 Adaptação da representação diagramática dos sistemas adaptativos humanos.
Fonte: ROY, ANDREWS (2001 p.44).

McEwen e Wills (2016), descrevem as etapas do PE conforme Roy:

A Avaliação do Comportamento envolve ações e reações do indivíduo frente às circunstâncias específicas.

A **Avaliação dos Estímulos** relaciona-se com a descrição dos estímulos que provocam as respostas apresentadas pelos pacientes. Os estímulos são classificados como focais, contextuais e residuais. Os **focais** são os que afrontam inicialmente o indivíduo. Os **contextuais** são todos os outros estímulos presentes na situação e que contribuem para o efeito do estímulo focal. E, por fim, os **residuais** são definidos como constituintes do indivíduo, que interagem na situação, porém mostram-se de maneira obscura e difícil de ser mensurada.

O **Diagnóstico de Enfermagem** é o julgamento do enfermeiro sobre o patamar de adaptação da pessoa, podendo ser indicador de adaptação positiva ou problemas adaptativos. Sendo que na primeira, o papel é melhorar o processo positivo promovendo a adaptação. Na segunda, por outro lado, os problemas adaptativos são determinados como grandes áreas de interesse na reação à adaptação e descrevem os desvios dos indicadores de adaptação positiva. Calista Roy reconheceu uma tipologia de indicadores de adaptação e de problemas adaptativos associada com cada um dos quatro modos adaptativos.

Estabelecimento de objetivos: constituem o comportamento final de adaptação que a pessoa deverá alcançar.

Intervenção: é definida como a seleção das prescrições/cuidados de enfermagem.

Avaliação: é o julgamento da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento do sistema humano detectado.

Calista Roy após 30 anos revisa o Modelo de Adaptação de Roy com questões importantes, incluindo mudanças demográficas, aumento da diversidade racial e ética entre os países. Há elevadas variações de idade em alguns países. Uns com maior número de idosos, outros, de jovens. Afirma também, que a crescente globalização inclui interdependência das economias mundiais com muitas pessoas pagando o preço na linha da pobreza. O mundo enfrenta o aquecimento global. Entretanto, os sistemas de tecnologia e informação estão trabalhando para evoluir nos cuidados de saúde do século XXI. Isso inclui mudanças no tocante aos cuidados de base populacional, aumento da complexidade dos cuidados, evidências de cuidados inseguros nas instituições, necessidade de cuidados para um número crescente de pessoas com condições crônicas e disparidades persistentes de saúde nos países, por exemplo, rural, étnica, socioeconômica e global. O crescente mundo socialmente e economicamente polarizado aumenta o imperativo de redefinir o bem social. Enfermeiros que acreditam no bem comum e valorizam a dignidade humana são chamados para assumir o diálogo filosófico necessário para sintetizar essas crenças como base para a prática de enfermagem no presente e no futuro (ROY, 2011).

4. MÉTODO

Esse estudo foi delineado de forma transversal, descritivo com abordagem quantitativa, que se refere a um conjunto de processos sequenciais e comprobatórios, utilizando a coleta de dados. Esses dados geraram hipóteses, que podem ser testados, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nessa pesquisa objetivou-se descrever processos adaptativos dos pacientes crônicos à hemodiálise sob a luz da Teoria de Enfermagem de Calista Roy. Para tanto, foram caracterizados os pacientes em tratamento dialítico em uma Instituição Pública do município de Manaus quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, identificando a qualidade de vida a este público. Em seguida, identificou-se o modelo de adaptação de Roy, nos modos adaptativos: fisiológico e interdependência dos pacientes em tratamento hemodialítico.

4.1. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma instituição pública, sendo selecionada, por estar habilitada pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro de Referência em Alta Complexidade em Nefrologia. Trata-se de uma instituição voltada aos eixos do ensino, pesquisa e extensão que integra o grupo de hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC), conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no município de Manaus, com uma população estimada de dois milhões de habitantes (BRASIL, 2016), mas também, recebe pacientes do entorno da cidade, com abrangência relacionada a 12 municípios e estados circunvizinhos.

O setor de nefrologia possui 35 pontos para fixação das máquinas de hemodiálise no qual funcionam em três turnos, seis dias por semana com o total de 210 pacientes.

As consultas no serviço são agendadas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que possui fluxo contínuo dos pacientes atendidos para cada alteração, inclusão de novos pacientes ao tratamento ou exclusão por transplante ou óbito. A instituição possui ainda um ambulatório de nefrologia, no qual atuam médicos e enfermeiros especializados em nefrologia.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo, no total de 210 indivíduos, foi de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico cadastrados na Fundação Hospital Adriano Jorge. Desse universo foi extraído para a amostra 150 pacientes cadastrados na referida fundação e que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A amostra foi calculada a fim de garantir o mínimo de quantidade representativa de indivíduos estudados em referência da população. Fez-se uso do cálculo estatístico para população finita, uma vez que, a média da população do estudo não ultrapassa cem mil indivíduos, conforme especificado seus elementos abaixo.

$$n = \frac{N.p.q.(Z)^2}{p.q.(Z)^2 + (N-1).E^2}$$

n= Tamanho da amostra de pesquisa.

N= Tamanho da população da pesquisa.

p= Estimador da proporção na população com o atributo da pesquisa (0,5).

q = Estimador da proporção na população sem o atributo da pesquisa (0,5).

Z = Valor de distribuição normal (1,96).

E = Margem de erro, neste caso para o Intervalo de Confiança 95% (0,05).

Ao distribuir os valores na fórmula, verificou-se a necessidade de uma amostra de 150 indivíduos. Para a constituição da amostra foi seguida a técnica da amostragem aleatória simples, isto é, que cada um dos 210 indivíduos tivesse a mesma probabilidade de fazer parte dos 150. A seleção dos sujeitos do estudo se deu de forma voluntária, os quais expressaram o desejo de participar da pesquisa.

Crítérios de inclusão: Apresentar diagnóstico médico de doença renal crônica e estar cadastrado e submetido à hemodiálise na clínica Nefrológica da instituição; além de ter idade acima de 18 anos.

Crítérios de Exclusão: Pacientes renais crônicos com outras doenças não relacionadas ao quadro clínico, identificadas no prontuário e que pudessem alterar o perfil das respostas adaptativas dos indivíduos como: doenças oncológicas e/ou doenças neurodegenerativas e também, pacientes indígenas.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações dos dados foram constituídas por um instrumento, tipo questionário embasando-se de entrevista dos aspectos sociodemográficos e clínicos construídos pelos autores deste estudo, sequenciado ao preenchimento do formulário KDQOL SF-36 nas referidas etapas I e II:

Etapa I: instrumento tipo formulário para a entrevista. A coleta de dados foi realizada num único momento, constituída por dados sociodemográficos que foram empregados num roteiro de entrevista, elaborado pelos pesquisadores deste estudo. O roteiro de entrevista contemplou informações referente à caracterização dos sujeitos (idade, sexo, estado civil, local de residência, moradia, localização da residência, escolaridade, ocupação, renda familiar, religião e número de filhos), à caracterização clínica (doença de base, tabagismo, uso de álcool e serviço de saúde procurado), ao tempo de realização da hemodiálise e exames laboratoriais (Idade, hematócrito, hemoglobina, albumina, creatinina, ferritina, nitrogênio ureico), aos dados atuais do tratamento hemodialítico. Esse foi extraído do prontuário dos pacientes, porém os valores de referência foram embasados pelo sistema *Sof L@b*,

respeitando as especificidades dos marcadores aos métodos de análises, Albumina- material soro e método biureto e verde de bromocresol; Hematócrito e Hemoglobina-material sangue total Ácido etilenodiaminotetracético (ETDA), método de automação; Creatinina-material soro e método por enzimático colorimétrico; Ureia-material soro e método por enzimático U.V; e, por fim, a ferritina material soro e o método por meia . Ainda foram contemplados dados sobre tempo de existência da doença, tempo de realização do tratamento hemodialítico, modalidade da diálise atual, duração em horas, tipo de acesso venoso para HD, localização do acesso, problemas com o acesso, uso de anticoagulante, hemocomponentes e complicações.

Para coleta das informações, foi utilizado o Modelo de Adaptação de Roy, composto por quatro modelos adaptativos: Modo fisiológico-físico, Modo de autoconceito, Modo de função do papel e Modo da interdependência. Identificamos dois modos adaptativos mais afetados (conforme literatura) por conta da dependência do paciente com doença renal crônica à máquina de Hemodiálise, a saber: o modo fisiológico-físico, por identificar processos básicos químicos envolvidos nesta função e nas suas atividades diárias e no grau fisiológico e adaptativo apresentados pelo participante durante a entrevista. Outro aspecto avaliado foi o Modo da Interdependência de relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades, estruturas, desenvolvimento e potencial de adaptação das relações afetivas mais próximas do dia a dia.

Etapa II: KDQOL SF-36. O instrumento tipo formulário foi traduzido e validado por Duarte em (2003) denominado *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36). No formulário *Kidney Disease-Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF-36) utilizou-se a versão abreviada de um questionário do *Medical Outcomes Study*, que avalia a qualidade de vida dos pacientes com DRC por meio dos domínios: funcionamento físico, função física, corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações variam de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore cem, aquela que indica melhor a Qualidade de Vida (QV) (BATISTA, 2015).

Os formulários foram lidos pelos pesquisadores e, a seguir, marcados as respostas correspondentes nos itens com opções fechadas. O SF-36 (*Short Form - 36 Item Health Survey*), que é um instrumento de avaliação geral da QV, mais 11 itens sobre doença renal crônica foi utilizado. O SF-36 é composto de 08 itens, divididos entre as dimensões: 1-Sua Saúde (11 itens); 2-Sua doença renal (três itens); 3- Efeitos da Doença Renal sobre sua vida

diária (oito itens); 4- Satisfação com o tratamento (dois itens); além destes, o instrumento apresenta um item que avalia o estado de saúde atual referente ao último ano.

Para obter o escore de QV, os valores numéricos encontrados no formulário foram transformados em uma escala percentual (0% a 100%) para cada dimensão, segundo o manual para uso e correção do KDQOL SF-36, de modo que altos escores indicam melhor QV na dimensão a ser analisada. Portanto, neste estudo, utilizamos os escores das dimensões presentes no questionário KDQOL SF-36 distribuídos em faixas: **1ª faixa** – escores de 0% a 20%; **2ª faixa** – escores de 20,001% a 40%; **3ª faixa** – escores de 40,001% a 60%; **4ª faixa** – escores de 60,001% a 80%; **5ª faixa** – escores de 80,001% a 100%. Para a análise da prevalência dos pacientes nas diferentes dimensões, a 1ª, a 2ª e a 3ª faixas representarão baixa QV e as 4ª e 5ª faixas, boa QV (**Apêndice B**).

A média dos escores para cada dimensão foi analisada e possibilitou identificar problemas relacionados às determinadas áreas/dimensões, bem como inferir sobre os fatores relacionados a prejuízos na qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, na perspectiva de elucidar novas possibilidades no atendimento assistencial da equipe de enfermagem e/ou saúde.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre março a julho de 2018, nos horários disponíveis pelo serviço em três turnos e em seis dias por semana. A coleta somente ocorreu após a anuência do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas.

Na perspectiva de identificar a unidade e obter aproximação ao público escolhido, optou-se em realizar visitas técnicas no serviço de atendimento ao paciente renal crônico, seguido de treinamento aos acadêmicos de enfermagem e pesquisadores auxiliares. O treinamento ocorreu na Escola de Enfermagem de Manaus com os seguintes conteúdos: fisiopatologia da doença renal crônica, procedimento hemodialítico e aplicação do roteiro de entrevista e do formulário de Qualidade de Vida (QV) - KDQOL SF-36. Apêndice B e Anexo B respectivamente.

A aplicação do formulário KDQOL SF-36, versão 1.3 ocorreu com a carga horária de 60 horas, para minimizar possíveis vieses e adequação de informações no período da coleta. O roteiro de entrevista foi submetido ao pré-teste a 05 pacientes renais crônicos submetidos à

hemodiálise para a obtenção das variáveis de interesse. O pré-teste não foi acrescido ao quantitativo coletado, sendo posteriormente descartado do total dos 150 participantes do referido estudo. Sequencialmente, sendo operacionalizada nas etapas I a V.

Etapas I: Realização da visita técnica no setor de hemodiálise.

Etapas II: Realização do treinamento com acadêmicos de enfermagem voluntários para a aplicação dos formulários, com a carga horária de 60 horas.

Etapas III: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Etapas IV: Início da coleta de dados e entrevistas.

Etapas V: Coleta dos resultados dos exames laboratoriais- marcadores séricos no prontuário.

A aplicação das etapas IV e V foram realizadas pelos acadêmicos de enfermagem voluntários, porém todas as etapas descritas acima foram lideradas e realizadas pelos responsáveis pela pesquisa.

4.4.2. Equipe de Coleta dos dados

O grupo de pesquisadores foi constituído por quatro pessoas, capacitadas no que tange aos aspectos de habilidades, composto pela pesquisadora e três acadêmicos de enfermagem, que auxiliaram nas etapas IV e V, realizando as entrevistas e apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE aos participantes do estudo.

4.4.3. Técnica de coleta de dados

No que tange às etapas de coleta de dados dos entrevistados, a instituição cedeu-nos uma sala, reservada ao atendimento de pacientes em HD, para que as mesmas fossem realizadas garantindo os critérios de sigilo e privacidade dos participantes, permeando a aproximação da veracidade das respostas.

Etapas IV e V- Entrevista do participante do estudo:

A coleta de dados deu-se por entrevista, que consistiu na aplicação do instrumento tipo formulário e com o KDQOL SF 36, sendo preenchido pelo entrevistador de modo que as respostas fossem compartilhadas somente entre entrevistador e entrevistado. No quesito privacidade do paciente, os questionamentos a respeito da sexualidade, modos fisiológicos e interdependência foram realizados em tom mais baixo. Entretanto, pacientes com diminuição

da acuidade visual e/ou auditiva, foram realizadas estratégias no aumento das letras dos formulários, e aumento da voz em sala reservada respectivamente. No entanto, a aplicação das entrevistas também ocorreu quando todos já estavam acomodados, após uma hora em uso da máquina de hemodiálise e apresentavam-se em condições hemodinâmicas e psíquicas estáveis, com duração média de 40 minutos.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados, descritos e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para Windows), versão 21.

Quanto aos dados das variáveis sócio-demográficas e clínicas aplicou-se o roteiro de entrevista, a saber: idade, sexo, moradia, estado civil, escolaridade, renda, religião, anos de estudo, tempo de tratamento, atividade laboral e números de filhos. Na caracterização clínica questionou-se sobre a doença de base, tabagismo, uso de álcool, serviço de saúde procurado, tempo de realização da hemodiálise, tipo de acesso venoso para HD e localização do acesso.

Utilizou-se o roteiro de entrevistas, para a obtenção das variáveis sobre modos fisiológico-físico e interdependência do modelo de adaptação de Roy.

O instrumento utilizado foi o formulário o *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36 1.3) desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality of Life Working Group*, específico para avaliar a qualidade de vida do DRC por meio dos domínios funcionamento físico, função física, corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada resposta foi codificada, recebendo um escore para cada dimensão a ser analisada na escala de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore cem, aquela que indica melhor a Qualidade de Vida (QV).

Inicialmente os dados foram submetidos ao teste de normalidade *Kolmogorof – Sirminov* a fim de verificar a normalidade dos dados. Em seguida, os dados foram descritos e analisados, conforme as variáveis de interesses. Nas variáveis categóricas constituíram-se em frequência absoluta (n) e relativa (%), e para as variáveis numéricas em medidas numéricas (média, mediana, desvio padrão). A respeito das análises, foram utilizados os testes de Qui-quadrado, para as variáveis ordinais e nominais. O nível de significância fixado nos testes estatísticos foi de 5%. Foi utilizado no SPSS o alfa de *Cronbach* (α) para verificar a consistência interna da escala KDQOL-SF36, neste estudo o (α) foi de 0,81 adotando-se o

valor de referência de $\alpha \geq 0,70$ como satisfatório, pois se considera boa confiabilidade, valores de alfa iguais ou superiores a 0,60 (PASQUALI, 2013).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Amazonas, documento nº CAAE: 80564917.2.0000.5020. Considerou-se a Resolução Nº 466/2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes foram convidados a assinar ou demarcar a impressão digital (em casos específicos) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-lhes o sigilo das informações conforme recomendado pela resolução supracitada. (Apêndice A).

É importante salientar que o TCLE foi elaborado sob a forma de convite, em linguagem simples e acessível, em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pela pesquisadora e os benefícios esperados;

Contempla os itens referentes à justificativa, aos objetivos e aos procedimentos que foram utilizados na pesquisa. Os desconfortos e os riscos foram mantidos em sigilo no momento da coleta, além de possíveis riscos como aqueles associados ao aspecto psicoemocional, ou sentir constrangido, ou desconfortável em responder qualquer pergunta do questionário, sendo necessária a invalidação da entrevista caso o paciente expressasse o desejo de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. O acompanhamento à assistência médica e psicológica constituiu-se no próprio serviço, disponibilizado pelo SUS no local da pesquisa, com comunicação prévia no setor, em períodos anteriores aos da coleta de dados. Destarte, dentre os entrevistados (0/150) requereram por este recurso, reservando o direito à indenização para reparação de eventuais danos ou dolos ocorridos no ato da entrevista pelos pesquisadores (BRASIL, 2013).

Como benefícios, o presente estudo pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos nos aspectos da QV e modos adaptativos dos pacientes submetidos à hemodiálise, delineando estratégias na abordagem terapêutica e singularidades do DRC no Amazonas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados neste capítulo os resultados e discussão do estudo, no formato de dois manuscritos, sendo o primeiro a análise da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise nos aspectos sociodemográficos e clínicos e o segundo teve-se em identificar os modos fisiológico-físico e interdependência do modelo de adaptação de Roy na adaptação nos pacientes em hemodiálise. Os referidos manuscritos foram construídos no formato das normas da revista ao qual serão submetidos.

5.1. ARTIGO I – QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE UMA ANÁLISE NO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Alessandra Cristina da Silva¹
Gilsirene Scantelbury de Almeida²

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica se conceitua como uma lesão no parênquima renal, caracterizada por uma diminuição progressiva e irreversível da função renal de causa multifatorial, associada ou não à diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), por três meses consecutivos ou mais, ou TFG $<60\text{ml}/\text{minuto}/1,73\text{m}^2$, por três meses ou mais. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise nos aspectos sociodemográficos e clínicos. **Métodos:** estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi de 150 indivíduos portadores de Doença Renal Crônica, no período de março a julho de 2018. Utilizou-se o roteiro estruturado para a obtenção das variáveis de interesse, e o instrumento (KDQOL-SF36) para avaliar os domínios da qualidade de vida. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade pelo teste Kolmogorof –Sirminov, posteriormente descritos através de medidas de tendência central, frequências apresentadas em tabelas. **Resultados:** 150 participantes da pesquisa, sendo 54,0 % homens 46,0% mulheres. A idade média do grupo foi de $53,67 \pm$ anos. Dentre o total de pacientes, 18,7% são interioranos/ribeirinhos e 79,3% na capital do estado. Comparando a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise nos aspectos sociodemográficos e clínicos verificou-se que os sintomas, a sobrecarga da doença renal, o suporte social, a função física, o bem estar emocional e a percepção de energia apresentaram níveis de prejuízo em relação à renda e o tempo de HD em meses. **Conclusão:** Foram identificadas baixa qualidade de vida referente a função física e na dimensão de sobrecarga da doença renal e estão intimamente ligados aos aspectos socioeconômicos baixos, necessidade de apoio social e representatividade para as medidas de enfrentamento nas atividades diárias da vida e tratamento. No que se refere a boa Qualidade de vida não foram identificados pontos positivos que favoreçam esta dimensão. No entanto, um fato curioso no relato dos participantes é o incentivo da equipe de saúde, em especial, o enfermeiro, que contribui no tratamento, ao detectar situações de vulnerabilidade social.

Descritores: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de Vida; Enfermagem.

Keywords: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Quality of life; Nursing.

Descriptores: Enfermedad Renal Crónica; hemodiálisis; Calidad de vida; Enfermería.

¹ Mestranda, Universidade Federal do Amazonas associada à Universidade do Pará, Manaus, AM, Brasil.
Professora, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

² Dra. Professora Ajunta, Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amamzonas, Manaus, AM, Brasil.

Correspondência:

Alessandra Cristina da Silva

Universidade do Estado do Amazonas. Departamento de Enfermagem Clínica em Saúde do Adulto e do Idoso

Av. Carvalho Leal, 1777, BR.

Bairro: Cachoeirinha. CEP 69.065.001, Manaus, AM, Brasil. E-mail: acrsilva@uea.edu.br

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) possui elevada incidência e prevalência, considerada nos dias atuais um macro problema de saúde pública, com proporções globais, que impacta negativamente na expectativa e qualidade de vida dos portadores da disfunção renal. É de alto custo, demandando mais de 02 bilhões, além de atingir 10% da população mundial. Apresenta elevada taxa de mortalidade. Em 2015 a DRC causou a morte de 2.949 pessoas em nosso país (1-5).

A DRC se conceitua como uma lesão no parênquima renal, caracterizada por uma diminuição progressiva e irreversível da função renal de causa multifatorial, associada ou não à diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), por três meses consecutivos ou mais, ou TFG <60ml/minuto/1,73m², por três meses ou mais⁽²⁾.

A prevalência entre as comorbidades da DRC, como hipertensão e diabetes *mellitus* classificadas no grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), são preveníveis e tratáveis se riscos forem detectados precocemente. Em contrapartida, seus agravos são insidiosos e irreversíveis⁽⁶⁾.

As doenças sistêmicas, como hipertensão e diabetes, favorecem a instalação da lesão secundariamente nos rins com injúrias silenciosas. Principalmente a diabetes tipo 2, que é responsável pelo crescimento no mundo da DRC em estágio terminal. Associado a isso tem-se o envelhecimento da população nos países em desenvolvimento e sua prevalência aumenta paralelamente com a idade e a obesidade, agravando ainda mais o quadro de DRC no mundo (1-3,7).

Cerca de 312 milhões de adultos no mundo são obesos, com um elevado índice de massa corporal (IMC) que, por sua vez, colabora fortemente para o desenvolvimento das DRC em indivíduos não hipertensos e não diabéticos, sendo a circunferência abdominal (CA) um dos fatores mais evidentemente associados⁽³⁾.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) aponta, no censo de 2017, o surgimento de 40.000 casos novos, com um aumento gradativo de pacientes em TRS (126.000 pacientes).

Na região Norte, em 2011, havia 279 pacientes cadastrados com DRC; em 2014, a média foi de 364. A incidência da doença, em 2011, foi de 68 pacientes, sendo que, em 2014, foi de 112 (8).

No Amazonas, o censo 2017 da SBN retrata o cenário “dramático” de 202 pacientes na lista de espera, aguardando vagas para diálise. Desses, 138 pacientes crônicos estão em diálise em unidades de urgência, dialisando com intervalo interdialítico de até 15 dias. Outro fator agravante, é que não há clínicas de diálise fora da capital, o que obriga as comunidades ribeirinhas e interioranas a migrarem por tratamento, afastando-os de suas raízes e perspectivas da qualidade de vida. A ampliação da oferta da Diálise Peritoneal (DP) é vista como uma alternativa para solucionar este problema, possibilitando o retorno migratório, além de parcerias públicas- privadas, que esbarram na viabilidade dos recursos humanos e materiais (8).

Dentre os critérios para a organização e funcionamento do cuidado da pessoa com doença renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, as portarias nº 1168/GM de 15 de junho de 2004, e a portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, visam ampliar e assegurar o acesso por meio da regulação com cobertura no atendimento ao portador da DRC no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (Diálise Peritoneal, Hemodiálise e Transplante) (9,10).

Embora o cenário pareça desanimador, providências estão sendo tomadas através da Comissão Intergestores Bipartite, que visam garantir o cuidado do paciente com DRC instituindo auxílio financeiro no custeio necessário para a implantação e operacionalização da assistência aos pacientes (11).

A formalização de acordos e planos de ação por parte do estado promovem a Prevenção, Diagnóstico e Tratamento aos Doentes Renais Crônicos do Estado do Amazonas. Existem 05 unidades cadastradas e habilitadas pelo Ministério da Saúde para atendimento ao paciente com DRC e atendem 1.026 usuários, desses 939 realizando HD e 87 em diálise peritoneal (DP). Portanto, 107 pacientes aguardam admissão em unidade especializada, realizando a TRS nas unidades de Emergência. A falta de recursos prejudica o planejamento de instalação e reativação do Serviço de Transplante Renal, inativado em 2015. Neste contexto, os pacientes entram na lista de espera do transplante renal migrando para outras regiões e país (11).

A política de saúde do estado, em conjunto com a política de TRS, vem planejando intervenções para minimizar os problemas sucedidos apesar das dificuldades econômicas, geográfica e socioculturais da região Amazônica, o que agrava a resolutividade das ações destinadas aos pacientes com DRC ⁽¹²⁾.

Uma realidade distante da nossa região, mas que vale a pena ressaltar é o plano exitoso de assistência ao DRC em Portugal, o modelo de gestão integrada da doença renal crônica (GIDRC) implementado desde 2008, que possui princípios incorporando maior rigor na gestão clínica, definição de perfis de cuidado, reorganização do modelo de prestação de cuidados, financiamento específico, sistema de informação partilhado para monitorização e avaliação dos resultados e envolvimento ativos dos prestadores e das associações dos DRC, tornando-se um bom exemplo de política, sendo adotado por outros países ⁽¹³⁾.

A crise econômica enfrentada atualmente no Brasil tem desanimado a abertura de novas clínicas e provocado o fechamento de unidades. Com isso, acarretando a redução do número de vagas para o tratamento e um expressivo aumento na lista de espera por tratamento nos centros de referência aos DRC. Essa espera agrava ainda mais a situação do paciente com DRC que busca a cura através do transplante ⁽¹⁴⁾.

Desse modo, a situação econômica, a cronicidade da DRC afetam sobremaneira a realização de atividades da vida diária, dentre as principais limitações estão as físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais. A opção para minimizar os agravos do DRC é a hemodiálise que favorece o bem estar e melhora a qualidade de vida destes pacientes ⁽¹⁵⁾.

O portador de DRC é exposto a um complexo regime terapêutico, constituído por TRS, restrição dietética e líquida, e à administração de medicamentos coadjuvantes que configuram pilares para o tratamento, interferindo direta/indiretamente na qualidade de vida dos pacientes. Estima-se que o número de pacientes em TRS representa em torno de 112.000 brasileiros em 2017 ^(1,12).

A qualidade de vida (QV) é uma terminologia que compreende uma ampla gama de conceitos e é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais a pessoa encontra-se inserida e os relacionam com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ⁽¹⁴⁾.

Mensurar a QV é um desafio, porém a *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* buscou construir uma ferramenta que atendesse a esta necessidade. O instrumento *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36), validado no Brasil desde 2003 por Duarte, é um instrumento utilizado para avaliar a

qualidade de vida dos pacientes com DRC, por meio dos domínios funcionamento físico, função física, corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações variam de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore cem, aquela que indica melhor a Qualidade de Vida (QV) ⁽¹⁶⁾.

A qualidade de vida dos pacientes com DRC transpassa do viver aparentemente saudável, sem a real necessidade de cuidados especializados de saúde, para o processo doentio no qual há a necessidade de tratamento hemodialítico, com equipes de saúde interdisciplinar, considerando as dimensionalidades e os impactos que esta transição gera em suas vidas como perda da autonomia, prejuízo da vida social, mudança do estilo de vida, diminuição na qualidade de vida, depressão, entre outros ⁽¹⁷⁾.

As mudanças no estilo de vida dos pacientes requerem um apoio incondicional da família, amigos e profissionais de saúde. O papel importante do enfermeiro no processo é ressaltado, principalmente no momento de transição do paciente saudável para paciente com DRC. O enfermeiro favorece a promoção, prevenção e/ou minimização dos danos e reabilitação dos agravos em saúde, na perspectiva de implementação de práticas gerenciais, assistenciais, educativas, refinamento das reais necessidades do indivíduo com DRC, apoio à família e coletividade ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As alterações no ciclo vida do DRC após o diagnóstico destinam-se a um tratamento sem cura, quando não se realiza o transplante renal ou um tratamento contínuo com o uso da hemodiálise. A relevância para a realização do referido estudo, se faz pelo desconhecimento da qualidade de vida dos pacientes renais nesta região, bem como visa subsidiar através deste estudo, o fortalecimento de políticas públicas no atendimento a esses pacientes. Objetivou-se então: Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes com DRC em hemodiálise, com ênfase na qualidade de vida.

Método

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado nos meses de março a julho de 2018, em um Centro de Hemodiálise de um Hospital Público, na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. Foi realizada uma visita técnica para a adequação do formulário. Após, foi realizado o treinamento, com a carga horária de 60 horas, para minimizar possíveis vieses de informação no momento da coleta pelos pesquisadores responsáveis do estudo aos acadêmicos de enfermagem. Neste treinamento, foram abordados os seguintes conteúdos:

fisiopatologia da doença renal crônica, procedimento hemodialítico e aplicação do roteiro de entrevista e do instrumento de Qualidade de Vida (QV).

O roteiro de entrevista foi submetido ao pré-teste em 05 pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise e foi utilizado o roteiro estruturado para a obtenção das variáveis de interesse, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão. No entanto, esses pacientes foram excluídos da amostra. Outra amostra foi calculada na população de 210 pacientes em hemodiálise que resultou em 150 pacientes. Para a obtenção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de DRC e estar cadastrado e submetido à hemodiálise na clínica Nefrológica da instituição e ter idade acima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: pacientes renais crônicos com outras doenças não relacionadas ao quadro clínico, identificadas no prontuário que poderiam alterar o perfil das respostas tais como: doenças oncológicas e/ou doenças neuro-degenerativas e pacientes indígenas. Os pacientes foram selecionados conforme e chegada para a realização da sessão de hemodiálise na instituição pública.

Para manter a privacidade do paciente, os questionamentos a respeito da sexualidade, modos fisiológicos e interdependência foram realizados em tom mais baixo em sala reservada. Entretanto, pacientes com diminuição da acuidade auditiva e/ou visual foram realizadas estratégias do aumento do volume da voz e aumento das letras nos formulários respectivamente.

Quanto aos dados das variáveis sócio-demográficas e clínicas foi aplicado roteiro de entrevista contendo informações sobre: idade, sexo, moradia, estado civil, escolaridade, renda, religião, anos de estudo, tempo de tratamento, atividade laboral, números de filhos. Na caracterização clínica questionamos sobre a doença de base, tabagismo, uso de álcool, serviço de saúde procurado, tempo de realização da hemodiálise, tipo de acesso venoso para HD e localização do acesso.

Foi utilizado o instrumento o *Kidney Disease Quality of Life Short Form-36* (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36 1.3), desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality of Life Working Group*, específico para avaliar a qualidade de vida do DRC por meio dos domínios: funcionamento físico, função física, corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada resposta foi codificada, recebendo um escore para cada dimensão a ser analisada na escala de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore cem, aquela que indicar melhor a Qualidade de Vida (QV) ⁽¹⁶⁾.

A aplicação das entrevistas ocorreu na sala de hemodiálise, com duração média de 40 minutos. Todos acomodados e em uso das respectivas máquinas. Os dados coletados foram organizados, descritos e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para Windows), versão 21.

Esses dados foram submetidos ao teste de normalidade pelo teste Kolmogorof – Sirminov, posteriormente descritos através de medidas de tendência central, frequências apresentadas em tabelas. Foram também analisados através do teste estatístico de qui-quadrado. Para a verificação da consistência interna da escala KDQOL-SF36 foi utilizado o teste de alfa de *Cronbach* (α) tendo o valor de referência de $\alpha \geq 0,70$ como satisfatório, pois considera-se boa confiabilidade valores de alfa iguais ou superiores a 0,60 ⁽²⁰⁾ tendo em nosso resultado de pesquisa um alfa de 0,81.

Resultados

A população do estudo foi de 210 pacientes. Desses, 150 aceitaram participar da pesquisa, sendo 81(54,0 %) homens e 69 (46,0%) mulheres. A idade média do grupo foi de 53 a 67anos, com significância na estatística das idades ($p = 0,003$). Em relação ao estado civil, 80 (53,40 %) eram casados e 70 (46,6%) solteiros. Quanto à moradia, 119 (79,3 %) residem na capital, 28 (18,7%) no interior e 03(2 %) em outros estados da região Norte. No quesito residência, os que residem na capital em casa própria são 90 (60,0%), 40 (26,7%) alugada e 20 (13,3%) cedida. Quanto à localização na área urbana da capital são 36 (24%) na zona sul, 33 (22%), zona leste, 30 (20 %), zona norte, 29 (19,3 %), zona oeste e 22 (14,7%) no centro sul. Quanto aos DRC do interior do estado, 18,7% são interioranos/ribeirinhos: 13 (46,4%) possuem casa própria, 10 (35,7%) moram alugadas e 05 (17,9%) em casas cedidas. Houve diferença de estatística. Quanto à escolarização 14 (9,3%) não possui grau de instrução, 40(26,7%) tem o ensino fundamental incompleto, 14 (9,3%), ensino fundamental completo, 11 (7,3%), ensino médio incompleto, 51 (34%), ensino médio completo, 08 (5,3%), superior incompleto, 12 (8%), superior completo. A média é de 3,9 anos de estudo.

Portanto, a renda familiar em salários mínimos (baseado no salário mínimo brasileiro em 2018), corresponde a R\$954,00). Sendo que 27(18%) recebe menos que um salário, 74 (49,3%) ganham um salário, 33(22%) entre dois a três salários, 05(3,3%) possuem de quatro a cinco salários, 08(5,3%) mais de cinco salários, 03(2,0%) não souberam informar. Desses 114 (76%) recebem aposentadoria por invalidez/doença, 11 (7,3%) estavam desempregados e 25

(16,7%) estavam desalentados. No que se refere à religião 72 (48%) declaram ser evangélicos, 64 (42,7%), católicos, 05 (3,3%) afirmam outras (Espírita e/ ou Testemunha de Jeová), 09 (6,0%) ateus. Quanto ao número de filhos, 27 (18%) não têm, 15 (10%) apenas um filho e 108 (72%) dois ou mais.

Com relação aos aspectos de condição de saúde, 128 (85,3%) são hipertensos e 66 (44%) diabéticos tipo 2. Sobre os hábitos como consumo de tabaco, 5 (3,3%) afirmaram fazer uso, 89 (59,3) negam o uso e 56 (37,3%) afirmaram já ter feito uso do tabaco. No quesito consumo de álcool, 80 (53,3%) apontam já ter feito uso. No que se refere ao tratamento da DRC no Serviço Único de Saúde - (SUS), 131 (87,3%) são usuários do SUS e 19 (12,7%) utilizam o serviço privado, conforme mostra a tabela 01.

Tabela 01- Distribuição de frequência absoluta e relativa do conhecimento da doença de base, hábitos, serviço de saúde na detecção da DRC, tempo de hemodiálise, tipos de acesso, localização do acesso à hemodiálise, problemas com o acesso e queixas autorreferidas pelos entrevistados em hemodiálise (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Doença de Base	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS	128	85,3
Diabetes tipo 2	66	44
Hábitos como o tabagismo		
Sim	5	3,3
Não	89	59,3
Já fez uso	56	37,3
Hábitos como o consumo de álcool		
Sim	8	5,3
Não	62	41,3
Já fez uso	80	53,3
Serviço de Saúde		
Serviço de Saúde Público- SUS	131	87,3
Serviço de Saúde Privado	19	12,7
Tempo de hemodiálise em anos		
< de um ano	32	21,3
Entre 1 e 5 anos	106	70,6
Entre 6 e 10 anos	7	4,6
Entre 11 e 15 anos	4	2,8
Entre 16 e 17 anos	1	0,7

Tipos de acesso à hemodiálise

Fístula Arteriovenosa (FAV)	120	80
Cateter de Shilley para hemodiálise de curta permanência	25	16,7
Cateter de longa permanência	5	3,3

Localização do acesso à hemodiálise

MSD	42	28
MSE	78	52,0
Veia Jugular Interna D	16	10,7
Veia Jugular Interna E	6	4,0
Subclávia D	6	4,0
Femoral E	2	1,3

Problemas com o acesso

Sim	26	17,3
Não	124	82,7

Queixas autorreferidas de complicações da**DRC em hemodiálise**

Dor no acesso vascular	04	2,8
Dor articular	02	1,4
Deficiência do sentido primário- Acuidade visual diminuída ou prejudicada	16	11,2
Dispneia	05	3,5
Infecção (cateter/ Fav)	05	3,5
Hipotensão	03	2,0
Fadiga	10	7,0
Constipação	01	0,7
Cardiovasculares (ICC, Ascite e IAM)	09	6,0
Complicações Lúpus eritematoso Sistêmico (LES)	09	6,0
Cefaleia durante a HD	02	1,3
Deambulação prejudicada	04	2,6
Sem queixas autorreferidas	80	52

Ainda sobre a tabela 01, quanto ao tempo de hemodiálise: 106 (70,6%) estavam no período de um a cinco anos de HD. Sobre o tipo de acesso vascular à hemodiálise, a Fístula Arteriovenosa (FAV) (80%) é mais utilizada, sendo que 25 (16,7%) são por cateter de Shilley

para hemodiálise de curta permanência e 5 (3,3%) cateter de longa permanência. Sobre a localização do acesso, identificamos que o uso da FAV prevalece na mão não dominante, 78 (52%). Quanto aos dispositivos invasivos 16 (10,7%) na subclávia direita. No quesito problemas com o acesso, 26 (17,3%) referiram que sim e 124 (82,7%), não. Dentre as principais queixas referidas de complicações da DRC em hemodiálise, 04 (2,8%) disseram sentir dor no acesso vascular, 02 (1,4%) dores articulares, 16 (11,2%) afirmam ter problemas de acuidade visual diminuída ou prejudicada após o início do tratamento em HD, 05 (3,5%) sentiram dispneia, 05 (3,5%) referiram infecção no cateter ou fístula, 3 (2,0%) hipotensão, 10 (7,0%) fadiga, 1 (0,7%) constipação, 09 (6,0%) problemas cardiovasculares dentre eles ICC, ascite e IAM, 09 (6,0%) complicações do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), 02 (1,3%) cefaleia durante a HD, 04 (2,6%) deambulação prejudicada e 80 (52%) não apresentaram queixas.

Tabela 02- Associação da Dimensão do Funcionamento Físico SF-36 (pesquisa de saúde) entre as comorbidades prevalentes do estudo, dentre os DRC com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Dimensão do Funcionamento Físico SF-36 Estado de saúde atual	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 02
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche ou caminhar mais de uma hora.	0,477	0,020 ¹
Levantar ou carregar compras do supermercado	0,556	0,031 ¹
Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se.	0,514	0,010 ¹
Caminhar mais de um quilômetro.	0,807	0,022 ¹
Caminhar vários quarteirões.	0,698	0,005 ¹
Caminhar um quarteirão.	0,352	0,002 ¹

Legenda: ¹Teste de qui-quadrado.

Na dimensão funcionamento físico e nas atividades da vida diária foram significantes quanto as comorbidades prevalentes do estudo, os diabéticos tipo 2 apresentando valores significativos em comparação aos hipertensos.

O instrumento KDQOL SF-36 é desmembrado em dimensões e cada uma foi avaliada isoladamente para a análise estatística, conforme é demonstrado na Tabela 3. Em média, na 1ª faixa os escores de 0% a 20% classificam baixa QV. Neste prevaleceu a função física (17,39%), representando um grau de pontuação menor entre as demais dimensões, o que

engloba os possíveis problemas com atividades habituais diárias. Devido à saúde física, revelou que, para este parâmetro, uma parcela considerável da amostra apresentou baixo escore, contribuindo de forma negativa para as dimensões da QV dos entrevistados.

Ao analisar as médias das dimensões da 2ª faixa com escores de > 20,001% a 40% baixa QV, tem-se sobrecarga da doença renal dos pacientes (36,46%), o trabalho (25,33%) e função emocional (37,39%), apontando baixa QV e comprometimentos destas dimensões que influenciam diretamente nos aspectos da QV dos entrevistados.

Entre os itens que compõem a 3ª faixa estão os escores de > 40,001% a 60% que indicam baixa QV. As dimensões detectadas foram o funcionamento físico (44,29%), saúde geral (57,97%) e fadiga/energia (58,60%). Na 4ª faixa, as dimensões com escores de 60,001% a 80% são caracterizadas por boa QV. Nestes foram encontrados lista de sintomas e problemas. Em média prevaleceu (71,13%), os efeitos da doença renal (63,45%), função cognitiva (75,87%), qualidade das interações sociais (77,56%), sono (67,10%), suporte social (75,78%), e satisfação do paciente ao tratamento (71,11%).

Finalmente, a 5ª faixa aponta boa qualidade de vida QV nos escores de > 80,001% a 100%, com resultado nos aspectos de incentivo da equipe de diálise no tratamento de HD. 150 (83,42%) informaram grande satisfação. Em relação à função sexual, 65 (83,85%) afirmaram ter atividade sexual ativa; porém, 85 dos entrevistados afirmaram não realizar a atividade no mês de coleta, conforme descrito na tabela 03.

Tabela 3- Avaliação das dimensões de qualidade de vida por meio do KDQOL SF-36 (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Componentes do KDQOL SF-36	n (%)	Média dos Escores (%)	Desvio-padrão	Faixas de Escore do KDQOL SF-36	Classificação da Qualidade de vida (QV)
Lista de sintomas e problemas	150 (100%)	71,13	17,61	4ª faixa	Boa QV
Efeitos da doença renal	150 (100%)	63,45	22,05	4ª faixa	Boa QV
Sobrecarga da doença renal	150 (100%)	36,46	27,42	2ª faixa	Baixa QV
Trabalho	150 (100%)	25,33	31,59	2ª faixa	Baixa QV
Função Cognitiva	150 (100%)	75,87	22,34	4ª faixa	Boa QV
Qualidade das interações sociais	150 (100%)	77,56	21,60	4ª faixa	Boa QV
Função Sexual	65(43,33%)	83,85	25,74	5ª faixa	Boa QV
Sono	150(100%)	67,10	21,45	4ª faixa	Boa QV
Suporte social	150(100%)	75,78	33,25	4ª faixa	Boa QV
Incentivo da equipe de diálise	150(100%)	83,42	25,23	5ª faixa	Boa QV
Satisfação do paciente ao Tratamento	150(100%)	71,11	20,40	4ª faixa	Boa QV
Funcionamento físico	150(100%)	44,14	30,79	3ª faixa	Baixa QV
Função Física	150(100%)	17,39	29,12	1ª faixa	Baixa QV
Dor	150(100%)	61,07	32,36	4ª faixa	Boa QV
Saúde Geral	150(100%)	57,97	20,23	3ª faixa	Baixa QV
Bem-estar emocional	150(100%)	69,23	21,66	4ª faixa	Boa QV
Função emocional	150(100%)	30,00	37,39	2ª faixa	Baixa QV
Função Social	150 (100%)	49,67	18,14	3ª faixa	Baixa QV
Energia/fadiga	150 (100%)	58,60	24,00	3ª faixa	Baixa QV

Legenda: 1ª faixa – escores de 0% a 20% baixa Qualidade de Vida (QV); 2ª faixa – escores de 20,001% a 40% baixa QV; 3ª faixa – escores de 40,001% a 60% baixa QV; 4ª faixa – escores de 60,001% a 80% boa QV; 5ª faixa – escores de 80,001% a 100% boa QV.

Os resultados na tabela 4 evidenciaram a análise de associações estatísticas entre as dimensões da qualidade de vida e os aspectos sociodemográficos e clínicos. Submetidos à hemodiálise nos domínios do KDQOL-SF- 36, a significância entre as variáveis foram Lista dos sintomas e problemas, Sobrecarga da doença, Suporte social, Incentivo da equipe de diálise, Função física, Dor, Saúde geral, Bem-estar emocional, Função social; Energia/fadiga

Tabela 4- Associação estatística entre os domínios da qualidade de vida e os aspectos sociodemográficos e clínico, submetidos à hemodiálise (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Domínios da Doença Renal Crônica	Idade	Sexo	Estado civil	Moradia	Localização	Nível escolar	Atividade Profissional	Renda familiar	Religião	Meses HD
Lista dos sintomas e problemas	0,994	0,337	0,891	0,098	0,475	0,172	0,156	0,004	0,205	0,002
Efeitos da doença renal	0,841	0,472	0,368	0,92	0,857	0,77	0,14	0,594	0,574	1
Sobrecarga da doença renal	0,063	0,554	0,031	0,439	0,582	0,305	0,471	0,001	0,295	0,001
Trabalho	0,182	0,578	0,701	0,79	0,954	0,512	0,066	0,141	0,349	0,835
Função Cognitiva	0,898	0,585	0,621	0,091	0,393	0,554	0,741	0,621	0,206	0,982
Qualidade das interações sociais	0,71	0,273	0,082	0,147	0,703	0,672	0,234	0,441	0,107	0,985
Função Sexual	0,917	0,681	0,791	0,188	0,58	0,078	0,398	0,999	0,474	0,337
Sono	0,996	0,721	0,778	0,416	0,94	0,335	0,16	0,129	0,93	0,068
Suporte Social	0,897	0,071	0,096	0,111	0,137	0,89	0,197	0,001	0,000	0,982
Incentivo da equipe de diálise	0,789	0,626	0,91	0,798	0,000	0,401	0,345	0,789	0,513	0,201
Satisfação do paciente	0,976	0,781	0,958	0,129	0,836	0,103	0,245	0,846	0,167	0,257
Domínios SF-36										
Funcionamento Físico	0,491	0,104	0,119	0,649	0,637	0,055	0,4	0,06	0,666	0,087
Função Física	0,002	0,582	0,026	0,504	0,598	0,537	0,878	0,685	0,017	0,178
Dor	0,594	0,314	0,339	0,532	1	0,34	0,418	0,010	0,000	0,000
Saúde Geral	0,947	0,187	0,576	0,691	0,104	0,096	0,992	0,928	0,038	0,156
Bem-estar emocional	0,983	0,384	0,476	0,184	0,881	0,926	0,737	0,001	0,000	0,994
Função emocional	0,383	0,592	0,39	0,635	0,81	0,222	0,154	0,278	0,576	0,493
Função Social	0,008	0,791	0,013	0,751	0,074	0,213	0,75	0,194	0,842	0,333
Energia/fadiga	0,12	0,456	0,308	0,141	0,698	0,19	0,458	0,072	0,006	0,861

Legenda: Teste de qui-quadrado.

Discussão

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida é definido como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽²¹⁾.

O DRC, no tocante da QV, possui interfaces que podem ser alterados por fatores físicos, emocionais, socioeconômicos, culturais, psicológicos e biológicos, refletindo negativamente aos DRC, podendo culminar em limitações impostas pela doença e tratamento⁽¹⁵⁾.

A amostra do estudo assinala a predominância do sexo masculino (54,0 %), com idade média de 53,67 anos. Desses homens, 53,40% são casados, confirmando estudos realizados no Brasil e em outros países como Chile, Arábia Saudita e México, que afirmam que a DRC é mais prevalente em homens adultos e jovens em plena idade para desenvolver atividade laboral^(14,17, 21-23)

A escolarização média foi 3,9 anos no ensino médio; a renda concentra-se em um salário e dependentes do benefício por invalidez, são evangélicos e com mais de três filhos em domicílio próprio. Corroborando com outros estudos, a situação econômica determinada pela renda, ocupação, educação, habitação do indivíduo, baixa escolaridade, é um dos fatores agravantes na progressão da doença, e conseqüentemente, baixa qualidade de vida. Tudo isso, pode repercutir nas dificuldades do acesso à saúde especializada, o que contribui sobremaneira para a ineficiência do tratamento e o aparecimento de agravos. Tal evento adverte sobre a importância de ações multi e interdisciplinares pelos profissionais, no sentido de inteirar as necessidades dos indivíduos submetidos à HD. A acessibilidade do DRC ao serviço público de saúde aponta que a maioria foi atendida pelo SUS e está no tempo de um e cinco anos de HD.^(18, 22- 23)

A despeito das comorbidades dos DRC houve prevalência de 85,3% de HAS e 44% de Diabetes tipo 2. Com a associação estatística significativa na dimensão funcionamento físico, identificou-se que a realização das atividades diárias são comprometidas principalmente para os pacientes diabéticos. No estudo prospectivo com mais de 4000 pacientes diabéticos por 25 anos em Bruxelas e Bélgica confirmam a prevalência das complicações microvasculares do diabetes estando associada à duração da doença e o grau da importância de controle glicêmico^(23,25).

Dentre os acessos vasculares venosos a Fístula Arteriovenosa (FAV), no antebraço médio não dominante foi predominante, seguido de cateter de Shilley em veia jugular interna direita. Evidências científicas apontam que os cateteres venosos centrais, introduzidos e guiados por ultrassom em via infraclavicular tem menor risco de complicações, como infecções, quando comparados com cateteres venosos centrais colocados por punções cervicais⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O resultado do estudo entre árabes e judeus, mostrou a conexão à diálise por fístula ou enxerto (em vez de cateter). Foi positivamente associada a escores mais altos de QV. A adoção dessa técnica está associada a menores taxas de infecções e complicações geralmente empregadas em casos menos complexos, o que pode explicar, pelo menos em parte, os altos escores de QV desses pacientes ⁽²⁸⁾.

Neste estudo foram identificadas as queixas autorreferidas, sendo prevalente a deficiência e ou acuidade visual diminuída. Corroborando com um estudo na Austrália com 2.971 participantes, um estudo de base populacional (240 com 2731 sem diabetes). Evidências de sinais microvasculares da retina, como dilatação venular e lesões de retinopatia, estão intimamente associados à DRC em pessoas com e sem diabetes, sinalizando indicadores de doença microvascular generalizada, mesmo na ausência de diabetes. Isso reforça a ligação entre as microcirculações retinianas e renais ⁽²⁹⁾.

Um estudo de revisão em 2018 reforça evidências para intervenções com o potencial, melhoria do controle glicêmico e gestão de risco vascular, além de triagem para outros danos microvasculares e suas complicações da DRC ⁽²⁵⁾.

No que se refere à QV dos entrevistados com DRC submetidos à HD, é afetada por fatores físicos, psíquicos, cognitivos, socioeconômicos, sócio afetivo e cultural. Corroborando, o presente estudo identificou a baixa QV na 1ª faixa na função física (17,39%). Considerando que o estado físico interfere no desempenho das atividades diárias e de trabalho. Essas mudanças na QV comprometem negativamente para os pacientes com DRC ⁽¹⁵⁾.

A sobrecarga da doença renal apontou baixa QV na 2ª faixa (36,42%), na vida dos pacientes. Conseqüentemente, influência de forma negativa, uma vez que o dano já foi instalado, afetando diretamente o DRC com surgimento de sintomas agudos ou crônicos e complicações. Posteriormente, seguidos de função emocional (30,00%) e da dimensão do trabalho (25,33%). Ambas retratam mudança ao paciente em idade produtiva. O trabalho afeta direta e indiretamente nas relações profissionais e familiares, sendo necessário

abandonar o trabalho e receber benefício do governo. Certamente, terá repercussões em outras áreas como lazer, perda da autonomia, alterações da imagem corporal, dependência do cuidador, medo, alimentação, transporte e bem-estar. Nesta perspectiva, é válido ressaltar que o enfermeiro desenvolve habilidades pertinentes à comunicação, identificação e orientação ao paciente, família/coletividade no desenvolvimento de intervenções atentando as singularidades de cada pessoa em contexto e cenários diferentes ⁽¹⁵⁻¹⁴⁾.

Na faixa 3ª baixa QV estavam as dimensões energia e fadiga (58,60%), confirmando em outros estudos o que observou ser comum a sensação de cansaço e de esgotamento físico, impactando negativamente na QV dos DRC ⁽¹⁴⁾.

Funcionamento físico (44,14%) foi identificado como baixa QV, concordando com estudos multicêntricos entre gregos, iranianos, europeus, americanos e brasileiros. Na dimensão função social 49,67% confirmam os dados de outros estudos entre árabes ⁽³⁰⁾.

Na 4ª faixa identifica-se boa qualidade de vida. O estudo evidenciou a lista de sintomas e problemas com 71,13%, efeitos da doença renal e 63,45, causa de condições da vida diária desfavoráveis.

Na dimensão dor 61,07% mostrou-se neste estudo evidenciada como boa QV. Porém, no contexto brasileiro, apesar de ser um dado subjetivo, aponta o inverso, com a dor crônica baixa QV, sendo uma problemática que pode estar associada ao estresse, bem como, altos níveis de citocinas pro-inflamatórias, alertando as equipes de saúde no surgimento de depressão de mortalidade ⁽¹⁵⁾.

A dimensão função cognitiva 75,87% e qualidade, as interações sociais, 77,56%. Comprova-se que os estudos dos DRC possuem um elevado risco para o agravamento da função cognitiva, sendo necessárias intervenções à assistência de saúde multifacetada nos aspectos de monitoramento, detecção, avaliação e planejamento do cuidado na redução dos agravos ⁽¹⁴⁾.

Satisfação do paciente ao tratamento (71,11%), determinando um importante vínculo entre pacientes, equipe de saúde e sistemas de saúde nas estratégias de condutibilidade terapêutica.

Na 5ª faixa, função sexual (83,85%) é positiva. Confirmado em um estudo nacional, no qual demonstra boa satisfação sexual e capacidade de ficar sexualmente excitado, proporcionado por estruturas conjugais estáveis ⁽²⁴⁾. Em outro estudo, mudanças na vida sexual afetam os cônjuges que possuíam vida sexual ativa. Essa mudança está associada a uremia, medo de “falhar” no ato sexual, comorbidades, drogas, presença de cateteres,

enchendo-os de angústia e desespero, além de não conseguirem conversar sobre o assunto e não buscar ajuda especializada ⁽³¹⁾.

O incentivo da equipe de tratamento (83,42%) significa um papel acolhedor dos profissionais de saúde. Com certeza, culmina na maior adesão ao tratamento com a redução de agravos, presente em estudos brasileiros, demonstrando vínculo entre a equipe e paciente, estimulando-o na progressão dos agravos, na promoção de medidas preventivas ou reabilitativas ⁽²⁴⁾.

Lista de sintomas e problemas

No presente estudo verificou-se uma correlação ($p=0,004$) entre lista de sintomas, que é uma dimensão da QV e níveis de prejuízo em relação à renda e o tempo de HD em meses ($p=0,002$). Tudo isso é confirmado nos estudos ao ratificar o comprometimento de agravos em decorrência da DRC e a renda (benefício previdenciário) que a maioria dos participantes recebem. Entretanto, no tempo do DRC, os fatores de risco elevavam-se ao tempo de exposição a HD. Isso é confirmado por alguns autores sobre o agravamento da DRC ^(15,23).

Sobrecarga da doença renal

Houve na dimensão da QV, uma correlação significativa ($p=0,001$) entre sobrecarga da doença, renda e o tempo de HD em meses ($p=0,001$). Neste, o peso dos agravos em decorrência de DRC são fatores negativos com malefícios entre as associações, uma vez que a sobrecarga da doença e a renda, bem como a lista de sintomas e problemas estão minuciosamente interligados nas repercussões sistêmicas, regulatórias e metabólicas.

Suporte social

As restrições relacionadas aos aspectos sociais mostraram-se alteradas e verificou-se uma correlação ($p=0,001$) entre suporte social e renda. A literatura aponta que dentre as áreas mais afetadas, são: o peso da doença renal ao paciente, a conjuntura de interação social e o trabalho. Fatores limitantes de trabalho em conjunto com o baixo nível socioeconômico, afetam significativamente, além dos altos custos no tratamento, podendo gerar colisão com estado psicológico. Sendo isso prejudicial às demandas de interação social ⁽¹⁵⁾.

As associações do suporte social mostraram-se positivas quando associados à religião ($p=0,001$). O suporte social, condições sociais, apoio da família e amigos podem contribuir para os DRCs em sua sobrevivência, bem como, cuidadores ou familiares no processo terapêutico e em grupos de frentes religiosas. Neste estudo grande parte dos DRC autorreferem-se evangélicos, seguido de católicos. Todavia, em decorrência dos agravos e complicações da DRC, são impedidos de participar das práticas em grupos ou frentes religiosas de forma mais ativa. Entretanto, esta correlação não foi encontrada nos atuais estudos.

Incentivo da equipe de diálise

Neste estudo, verificou-se uma correlação ($p=0,001$) entre equipe de diálise e a localização da moradia dos participantes. O incentivo da equipe de saúde, na dimensão do KDQOL SF36, aponta a 5ª faixa, com boa QV, corroborando com outros autores. Porém, quando analisado com a localização, evidenciou-se neste grupo, um prejuízo em relação a deslocamento, devido aos aspectos socioeconômicos baixos, limitantes e/ou distantes da clínica na qual realizam a HD. Necessitando assim, de mais apoio social e representatividade como frentes religiosas, associações e grupos sociais de apoio na perspectiva de enfrentamento das atividades diárias no decorrer do tratamento.

Função física

As dimensões da QV neste estudo evidenciou a correlação negativa ($p= 0,002$) entre função física e idade. Um estudo em Cingapura (2013) aponta que as funções físicas e emocionais da QV apresentaram significância e indicaram sintomas mais altos de depressão ($p = 0,027$) e pior saúde física. Neste estudo, verificou-se uma correlação ($p=0,008$) entre a função social e a idade. Num estudo de revisão, a presença de sintomas físicos e impactos sociais não surpreende porque o envelhecimento aumenta o fardo de doenças crônicas. Em outro estudo, os pacientes de idade inferior a 47 anos apresentam melhor capacidade funcional, comparado ao presente estudo, na qual a média de idade foi de 53,67. Entretanto, os estudos recomendam a prática de exercícios com orientação especializada, possibilitando resultados promissores ^(24,28,32-33).

Neste estudo as funções físicas associadas ao estado civil ($p=0,026$) e a função social ($p=0,013$) e estado civil apresentaram significância. Evidenciaram a um prejuízo, no tocante a

prevalência dos entrevistados serem casados. Implicações do convívio matrimonial, social e suas conjunturas estão associadas e necessitam de mais estudos que possam corroborar ou refutar em outros grupos sociais explicitando a diversidade.

A QV neste estudo evidenciou a correlação ($p=0,017$) entre função física e a religião. O mesmo verificou-se uma correlação significativa ($p=0,038$) entre saúde geral e religião, indicando que a qualidade de vida neste domínio diminui à medida que a progressão física debilita impedindo a possibilidade das práticas religiosas promissoras ^(24,28,32-33).

Dor

A dimensão dor no presente estudo evidenciou ($p=0,010$) associada à renda, sendo prejudiciais ao manejo terapêutico e sua cronicidade, afetando diretamente na dor. Alguns estudos afirmam sobre a dor crônica, geralmente associada à osteodistrofia renal, provocada pelas mineralização óssea, propiciando o aumento de fraturas. Além de apresentarem-se com baixa renda e tratamento de alto custo ⁽¹⁸⁾.

Dor e meses de HD ($p=0,000$) apresentam significância, apontando prejuízo da dor e o tempo de HD em meses. Estudos clínicos apontam medidas a equipes de saúde para a avaliação da dor manejo em terapias ocupacionais e integrativas. Em estudo, um dos principais fatores de risco associados a dor foi à idade avançada. Pacientes mais jovens (<40 anos de idade) possuem melhor autoeficácia de dor do que pacientes mais velhos. Um estudo de metanálise sugere que autogestão seja o recomeço para o atendimento eficaz das doenças crônicas ⁽³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁾.

Dor e religião apresentaram significância ($p=0,000$). O estudo retrata a dor como uma vivência pessoal, geralmente afetada por fatores psicológicos, físicos, cognitivos, socioformativos e religiosos. A dor é subjetiva do corpo, descrita como uma “experiência sensorial e emocional”, desagradável e associada a dano tecidual real ou potencial. Uma dimensão importante que influencia a QV dos pacientes em hemodiálise é a dor que eles experimentam com impactos negativos em diversas áreas da vida, incluindo estado mental e capacidade de responder ao seu papel social diário ⁽³⁶⁾. Entretanto, não foi encontrado estudos atuais de correlação entre as variáveis.

Alguns estudos quantitativos apoiaram a influência da espiritualidade na qualidade de vida, no ajuste psicossocial, no bem-estar, no enfrentamento adaptativo. Os estudos

qualitativos elucidam a relevância de expressões, crenças espirituais, valores, luto, morte e outras transições das doenças crônicas ⁽³⁷⁾.

Bem-estar emocional

Verificou-se uma correlação ($p=0,001$) entre bem-estar emocional, renda ($p=0,000$) e religião. Essa conexão afeta a população propensa a aflições emocionais, relacionadas ao bem-estar físico, deficiências físicas e emocionais, carências socioeconômicas e religiosas. Há uma necessidade de estratégias de ação e atenção nessas evidências que requerem um maior cuidado e enfrentamento da cronicidade. ⁽¹⁵⁾.

Energia e fadiga

Verificou-se uma correlação ($p=0,006$) entre energia/fadiga e religião. A intolerância à atividade é confirmada em outro estudo. A DRC apresenta fadiga, dificuldade nas atividades da vida diária, nas quais podem estar conexas à redução de células vermelhas do sangue ⁽¹⁸⁾. Porém a DRC são fontes de estresse com alterações no estilo de vida, como o isolamento social ⁽²³⁾. Entretanto, no que concerne à religião, não há pesquisas atuais que indiquem relação com a fadiga.

O KDQOL SF 36 é largamente utilizado em diversos estudos e associados a vários importantes indicadores, fomentando a necessidade de instituir este protocolo para a avaliação dos DRC em HD, evidenciando-se indicadores quantitativos que propiciem nos serviços de saúde, programas de autogestão para pacientes com DRC terminal, que “abrange (a) um programa de treinamento de autoeficácia, (b) terapia cognitivo-comportamental, (c) um programa de empoderamento, (d) intervenção educativa e (e) contratação comportamental e intervenção de contato telefônico semanal, além da “enfermagem baseada em evidências é a tendência”⁽³⁸⁾. Um estudo na Tailândia, possui resultados similares com autor supra referenciado, pontuando a enfermagem como importante papel no autogerenciamento, na alfabetização em saúde e apoio social com efeitos nos comportamentos de autogestão por meio de intervenções de enfermagem ⁽³⁹⁾

Conclusões

A DRC e sua correlação com as dimensões da QV, identificadas estatisticamente neste estudo, reforça que os pacientes submetidos à HD, sofrem influências de variáveis

sócio-demográficas e clínicas. A DRC possui repercussões deteriorantes e limitantes nos aspectos da QV e, ao avançar da idade, problemas microvasculares retiniais e renais apontam danos irreversíveis. Neste estudo foi observado que QV dos pacientes foi afetada negativamente, pois as dimensões da QV saúde são baixas. Os resultados alertam para que haja intervenções para o fortalecimento da ciência em enfermagem, na construção de estratégias com foco no paciente/família, equipe de saúde.

Este estudo sobre os determinantes socioeconômicos da saúde/doença, evidencia várias dimensões da QV que se relacionam com estes: a sobrecarga da doença renal, o suporte social, a função física, o bem-estar emocional e a percepção de energia. Todos esses apresentaram níveis de prejuízo em relação à renda e ao tempo de HD em meses.

Neste estudo, verificou-se também uma associação entre a equipe de diálise e a QV dos participantes. O incentivo da equipe de saúde na dimensão do KDQOL SF36 aponta boa QV, corroborando com outros autores. Porém, quando se analisa a variável localização da moradia, evidenciou-se neste grupo, um prejuízo em relação ao deslocamento, devido aos aspectos socioeconômicos baixos, limitantes e/ou distantes da clínica na qual realizam a HD. Necessitando assim, de mais apoio social e representatividade, como frentes religiosas, associações e grupos sociais de apoio na perspectiva de enfrentamento das atividades diárias no decorrer do tratamento.

Tal fato aponta para o papel crucial dos enfermeiros, sobretudo na aplicabilidade do processo de enfermagem, durante a coleta de dados, delineando o cuidado individualizado co-participativo, paciente/família. Além da criação de estratégias de apoio à dimensão suporte social, no qual detectam pessoas com vulnerabilidade social, sendo esta a mola propulsora aos demais agravos.

No contexto das políticas públicas do estado, quanto aos cuidados com a pessoa portadora de DRC no âmbito do SUS, faz-se necessário intensificar estratégias na prevenção às doenças crônicas, preveníveis, se possível, desde a primeira infância. Entretanto, o gerenciamento dos recursos direcionados aos portadores de DRC é algo que desperta importância na transparência fiscal quanto à abertura de novas vagas e ao acesso ao tratamento em tempo hábil com equipe multidisciplinar, especializada com dimensionamento adequado. Propiciar também o direito à escolha da TRS que contemplem aspectos individuais/sociais/econômicos/ e geográficos singulares do DRC em nosso estado, expansão

de clínicas e logística para interior do estado, participação das representações ativas da sociedade, fomentando o controle social, no engajamento da execução das políticas públicas e dos pesquisadores na perspectiva de abranger regiões singulares do Amazonas, pautados em evidências científicas.

Agradecimentos

A todos os pacientes e à clínica de hemodiálise, onde as coletas foram realizadas, pela atenção de seus funcionários no fornecimento dos registros dos pacientes.

Referências

1. Alves LF, Abreu.TT, Neves NCS, Moraes FA, Rosiany IL, Oliveira Júnior WV, et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. J Bras Nefro [Internet]2017.[citado02denovembrode2018].39(02):126134.Disponivelem:<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n2/pt_0101-2800-jbn-39-02-0126.pdf>.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney [Internet]. Suppl. 2013. [citado em 11 de novembro de 2018]; 3: 1–150.Disponivel em:< <https://www.kidney.org/pdf> .
3. Silva SB, Caulliraux HM, Araújo CAS, Rocha E. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. Jul. 2016. [Citado em 08 de novembro de 2018] 32(6):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605005&script=sci_abstract&tlng=pt> .
4. Alcalde PR, Kirsztajn GM. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. Braz. J. Nephrol. [Internet]. 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 40(2):122-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v40n2/pt_2175-8239-jbn-3918.pdf>.
5. Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Al Al Z. Análise da Global Burden of Disease estudo destaca as tendências globais, regionais e nacionais de crônica renal doença epidemiologia de 1990 para 2016. Kidney International. [Internet]. set. 2018. [Citado em 10 de setembro de 2018] 94(3):567 – 81. Disponível em: <[https:// www.Science direct .com / science/ article/pii/S0085253818303181](https://www.Science direct .com / science/ article/pii/S0085253818303181)>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. [Citado em 20 de setembro de 2018] – Brasília (DF), 2011.

7. Tonelli M, Riella M. Doença Renal Crônica e População Envelhecida. *Journal of Renal Care*. [Internet]. Fev.2014. [Citado em 18 de outubro de 2018] 4 1: 1-5. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jorc.12053>>.
8. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB). [Internet]. Abril 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 25 (18): 1-28. Disponível em: www.sbn.org.br.
9. _____ Ministério da saúde (BR). PORTARIA Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*. [Internet]. Junho 2004. [Citado em 18 de setembro de 2018] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>.
10. _____ Ministério da saúde (BR). PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial União*. [Internet]. Jul. 2018 [citado em 18 de setembro de 2018]. Seção: 1.
11. Governo do Estado do Amazonas. Comissão Intergestores bipartite. Resolução CIB/AM N 001/2018 de 31 de Janeiro de 2018. Dispõe sobre a habitação da Fundação Hospital Adriano Jorge / AM Para A Prestação de Serviço de Hemodiálise. *diário oficial da união*. [Internet]. Janeiro de 2018. [citado em 20 de setembro de 2018] Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2018_001.pdf>.
12. Oliveira ACD. Política Pública De Saúde Na Alta Complexidade: Um Estudo da Política de Transplante No Estado do Amazonas. [dissertação]. Amazonas. [Internet]. [citado em 05 de novembro de 2018] Universidade Federal do Amazonas. 2014.
13. Coelho A, Diniz A, Hartz Z, Dussault G. Gestão integrada da doença renal crônica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Internet]. (2014) [citado em 11 de novembro de 2018] 32 (1) 69-79 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000108>>
14. Marinho CLA, Oliveira JFD, Borges JEDS, Fernandes FECV, Silva RSD. Associação Entre Características Sócio-demográficas e Qualidade De Vida De Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise. *Revista Cuidarte*. [Internet]. 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 9 (1):2017-29. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904788>>.
15. Nogueira ILA, Tinôco JDDS, Paiva MDGMND, Trindade ADOP, Lira ALBDC, Enders BC. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Ver. Min. Enferm* [Internet]. 2018. [citado em 16 de setembro de 2018] 22:e-1080. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1218>>.
16. Batista, MA. Fragilidade e qualidade de vida de idosos com doença renal crônica. [Dissertação]. São Paulo. [Internet]. [citado em 05 de setembro de 2018] Universidade de São Paulo. 2015.

17. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017. [citado em 18 de dezembro de 2017] Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.27442>>.
18. Frazão FDQ, Maria C, Paiva MND, Graças MD, Sá DD, Bezerra JB, et al. Pacientes renais crônicos em hemodiálise: um estudo sobre o modo psicossocial da teoria de Roy. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. [Internet]. Jan. 2014. [citado em 18 de dezembro de 2017] 6(4):1455-1463. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770012>>.
19. ____Ministério da Saúde (BR). Resolução N° 466, De 12 De Dezembro De 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. [Internet]. jun. 2013. [citado em 18 de dezembro de 2017] Seção 1.
20. Pasquali L. Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação. Rio de Janeiro 2013.
21. Poersch FR, Porcher AF, Dal BA, Rovedder ERPM. Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. ComScientiae Saúde. [Internet]. 2015. [citado em 18 de setembro de 2018] 14(4):608-616. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92945642012>>.
22. Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. J Bras Nefro [Internet]. 2015. [citado em 18 de outubro 2018] 37(4):467-474. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n4/0101-2800-jbn-37-04-0467.pdf>>.
23. Silva SCDJ, Silva EFAD, Nagarol CJP, Bortolotto LA, Lima JJGD. Qualidade de Vida de Pacientes em Hemodiálise com Doença Renal Crônica Versus sem Doença Coronariana. Rev. Soc. Cardiol. [Internet]. 2018. [citado em 18 de outubro 2018] 28(2):224-9. Estado de São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/2018282802224-9>>.
24. Batista JCL, Lisboa CB, Lucio IML, Ferreira ALC, Lacerda LF, Santos JKS. Qualidade de Vida de pacientes com doença renal crônica em Hemodiálise. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. Recife 2016 [citado em 18 de outubro 2018]. 10(6) Disponível em file: <C:/Users/GLAUBHER/Downloads/11209-25149-1-PB%20(2).pdf>.
25. L Whitehead. Interventions to increase attendance for diabetic retinopathy screening: A cochrane review summary. Int. J. Nurs. Stud [Internet]. 2018. [citado em 18 de outubro 2018] Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.002>>.
26. Hemachandar R. Análise do acesso vascular em pacientes em hemodiálise - experiência do centro. Jornal de Pesquisa Clínica e Diagnóstica. [Internet]. 2015. 9 (10), 01–04. Disponível em: <<https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13342.6611>>. Acessado em: 12.05.2018.
27. Schwanke AA, Danski MTR, Pontes L, Kusma SZ, Lind J. Central venous catheter for hemodialysis: incidence of infection and risk factors. Rev Bras Enferm. [Internet].

2018.[citado em 18 de outubro 2018] 71(3):1115-21. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0047>>.

28. Griva K, AW Kang , Yu ZL, Mooppil NK, M Foo, Chan CM, et al.,Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. Qual. Life Res. [Internet]. Fev. 2014. [citado em 18 de outubro 2018] 23:5766. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez2.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2Fs11136-013-0431-8.pdf>>.

29. Park YH, Shin JA, Han JH, Park YM, Yim HW. The Association between Chronic Kidney Disease and Diabetic Retinopathy: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey. 2008-2010. PLoS ONE. [Internet]. abril de 2015. [citado em 18 de outubro 2018] 10(4). Disponível em: <[doi:10.1371/journal.pone.0125338](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125338)>.

30. Zelekha OR, Golan E, Ifrah A, Weinstein T, Shohat T. Differences in quality of life between Jewish and Arab patients on hemodialysis. Qual Life Res. [Internet]. Dez. de 2017. [citado em 18 de outubro 2018] 26:3343–3352. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez2.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11136-017-1661-y#enumeration>>.

31. Ramírez-Perdomo CA, Solano Ruíz MC. Social construction of the experience of living with chronic kidney disease. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2018; [citado em 18 de outubro 2018] 26:e3028. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>.

32. Seki A, Rasheed MBBSB, Philbrick J, Abdel Rahman E. Acesso Total Qualidade de vida, percepções e satisfação com a saúde de idosos com doença renal em estágio terminal: uma revisão sistemática. Jornal da Sociedade Americana de Geriatria. [Internet]. Dez de 2016. citado em 18 de outubro 2018]. Volume 65, edição 4 Disponível em:<https://doi-org.ez2.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jgs.14659>.

33. Lemos CF, Rodrigues MP, Veiga JR. A renda familiar está associada à qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica na fase pré-dialítica: um estudo transversal. Health and Quality of Life Outcomes. [Internet]. 2015. [citado em 18 de outubro 2018] 13, 202. Disponível em:< DOI 10.1186/s12955-015-0390-6

34. Lin, MY, Megan F. Hsu LLF, Tsai PS. Efeitos do autogerenciamento na doença renal crônica: uma meta-análise. Revista Internacional de Estudos em Enfermagem. [Internet]. setembro de 2017. [citado em 18 de outubro 2018] Vol 74 páginas 128-137 Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.008>>

35.Lowney AC, Myles H , Bristowe K, Lowney EL, Pastor K, Murphy M, et al.,Understanding What Influences the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Collaborative Study in England and Ireland. Journal of Pain and Symptom Management. , Volume 50, Issue 6, Pages 778-785, 2015 American Academy of Hospice and Palliative Medicine [Internet]. 2015-12-01. [citado em 18 de outubro 2018] Disponível <<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010>.

36. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathouls J, Aroni A, Theofilou P, et al. Manejo da Dor e Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. Pain Manag Nurs. [Internet]. 2015 Out. Epub [citado em 18 de outubro 2018] 16 (5): 712-20. Disponível < doi: 10.1016 / j.pmn.2015.03.004.

37. Dobratz, Marjorie C. “Construindo uma teoria de alcance médio da espiritualidade adaptativa”. *Nursing Science Quarterly* . [Internet]. abril de 2016. [citado em 07 de novembro de 2018]; 29, não. 2, pp. 146-153, Disponível em: <https://doi: 10.1177 / 0894318416630090> .
38. Wu SFV, Lee MC, Hsieh NC, Lu KC, Tseng HL, Lin LJ. A Effectiveness of an innovative self-management intervention on the physiology, psychology, and management of patients with pre-end-stage renal disease in Taiwan: A randomized, controlled trial *Japan Journal of Nursing Science*. [Internet]. Out de 2018. [citado em 07 de novembro de 2018]; 15, 272–284. Disponível < doi:10.1111/jjns.12198
39. Photharos N, Wacharasin C, Duongpaeng S. Modelo de Autocuidado Comportamento em Pessoas Vivenciando Estágio Inicial Doença Renal Crônica. *Revista Pacific Rim Internacional de Pesquisa em Enfermagem* [Internet]. 28set.2018 [citado em 11 de novembro de 2018]; 22 (4): 360-71. Disponível em: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/85799>.

5.2. ARTIGO II - PROCESSOS ADAPTATIVOS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SOB A LUZ DA TEORIA DE ENFERMAGEM DE CALISTA ROY

Alessandra Cristina da Silva¹
Gilsirene Scantelbury de Almeida²

RESUMO

Introdução: As Teorias de Enfermagem (TE), com o passar dos anos, podem ser definidas como uma conceituação articulada e comunicada da realidade, como o desígnio de descrever, prever e prescrever o cuidado de enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy- MAR, proposto por Callista Roy, objetiva elucidar o processo de adaptação de uma pessoa (indivíduo, família-cuidador e/ou comunidade) em situações agravantes do eixo saúde-doença, à promoção da adaptação. **Objetivo:** Identificar os modos fisiológico e interdependência do modelo de adaptação de Roy na adaptação dos pacientes em HD. **Métodos:** estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi de 150 indivíduos portadores de Doença Renal Crônica, no período de março a julho de 2018. Utilizou-se o roteiro estruturado para a obtenção das variáveis sociodemográficas e o instrumento sobre modos fisiológico-físico e interdependência do modelo de adaptação de Roy para avaliar os domínios da qualidade de vida. Os dados foram submetidos à análise descritiva e inferencial e posteriormente descritos através medidas de tendência central e comparados através dos testes estatísticos de qui-quadrado. **Resultados e discussão:** Dentre os 150 entrevistados, 68% estavam na idade entre 25 a 59 anos, 54% eram homens e 46% mulheres. Sobre a renda familiar, 18% relataram receber menos de um salário mínimo e 49,3% cerca de um salário mínimo. Dentre as doenças de base, 85,3% possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e 44% Diabetes tipo 2 e 6,0% doença autoimune Lúpus Eritematoso Sistêmico. Quanto à HD 21,3% em tratamento há menos de um ano, 70,6% entre um a cinco anos; 80% possuía fístula arteriovenosa, 52% MSE no braço não dominante. Identificou-se no mapeamento do estado clínico hematológico dos pacientes com DRC, a variabilidade dos valores entre os sexos como: ferritina, albumina, hemoglobina e hematócrito. Os pacientes em HD, segundo o modelo de adaptação de Roy, apresentam as seguintes características de modos fisiológico-físico e interdependência: 11,2% possuíam deficiência do sentido primário, 7,0% fadiga, 6,0% edema/ fluídos e eletrólitos, 3,5% déficit na oxigenação, 3,5% déficit de segurança e proteção para infecção de cateter, 2,8% dor aguda no acesso vascular, 1,4% dor crônica, 1,3% cefaleia durante a HD, 2,6% deambulação prejudicada, 2,0% com hipotensão e 0,7% constipação. **Conclusão:** Os modos fisiológicos e de interdependência apontaram adaptação e enfrentamento dos pacientes, segundo a renda e localização, no qual apontam prejuízos durante o tratamento. O Enfermeiro, no processo do cuidar, é a força propulsora, criando estratégias de adesão aos pacientes, gestão e políticas dos serviços, ensino e pesquisa.

Descritores: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Teoria de Adaptação de Roy; Processo de Enfermagem

Keywords: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Roy's Adaptation Theory; Nursing Process

Descriptor: Enfermedad Renal Crónica; hemodiálisis; Teoría de Adaptación de Roy; Proceso de Enfermería

¹ Mestranda, Universidade Federal do Amazonas associada à Universidade do Pará, Manaus, AM, Brasil. Professora, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

² Dra. Professora Ajunta, Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Introdução

A enfermagem tem desenvolvido suas práticas por meio de aceção de conceitos baseados em referenciais teóricos e metodológicos que embasam visibilidade científica, sobretudo para transcender sua essência tecnicista. Os suportes epistemológicos buscam delinear a construção e orientação do conhecimento à prática profissional. Os modelos teóricos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão baseados em evidências científicas. Novas propostas com destaques assistenciais revelam o propósito, as limitações e direcionam as relações de cuidado que transcendem à profissão ⁽¹⁾.

As Teorias de Enfermagem (TE), vista pelos pesquisadores desenvolveram-se com o passar do tempo à disciplina científica específica da profissão que, alicerçados às teorias: orienta a pesquisa, melhora a prática e, por conseguinte, os resultados dos cuidados sensíveis às intervenções de enfermagem, embasadas nas evidências científicas ao público estudado. Nesta evolução, as teorias e as pesquisas determinam um empenho para definir o que já foi realizado, o que está sendo feito e o que necessita ser edificado para amparar e prosseguir à disciplina de enfermagem como ciência e profissão ⁽²⁻³⁾.

O Modelo de Adaptação de Roy- MAR, proposto por Callista Roy, objetiva elucidar o processo de adaptação de uma pessoa (indivíduo, família-cuidador e/ou comunidade) em situações agravantes do eixo saúde-doença, à promoção da adaptação ⁽³⁻⁴⁾.

No MAR, a pessoa é entendida como um sistema holístico, com respostas adaptativas positivas ou ineficientes; o ambiente é compreendido como todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa. A saúde é revelada como um estado e um processo de ser e, por fim, as metas de enfermagem são vistas como promoção de respostas adaptativas da pessoa no universo ⁽⁵⁻⁶⁾.

A Enfermagem, no olhar de Roy, contribui para a restauração e manutenção da adaptação do paciente por meio da mudança ou manipulação dos estímulos internos e externos, através de suas respostas adaptativas ou ineficientes. Os estímulos podem ser focal, contextual e residual. Os estímulos focais são os que confrontam a pessoa constituindo o mais alto grau de mudança. Os contextuais são todos os outros estímulos presentes na situação e que contribuem para o efeito do estímulo focal. Os estímulos residuais são constituintes da pessoa, que interferem na situação, porém mostram-se obscuros. Assim, os comportamentos resultantes dos estímulos são organizados por Roy em modos adaptativos ⁽⁷⁾.

Os quatro modos de adaptação são: físico-fisiológico, autoconceito, função de função e interdependência. O modo fisiológico elucida as respostas fisiológicas e como a pessoa responde aos estímulos do ambiente ⁽⁷⁾. O modo autoconceito são os comportamentos associados ao eu físico, incluindo sensações corporais e imagem corporal; e com o pessoal auto, incluindo autoconsistência, autoideal e eu moral-ético-espiritual. No modo função são observados como os comportamentos associados a papéis atribuídos e assumidos, desempenhados ao longo da vida e atividades realizadas dentro de cada função. E, por fim, no modo interdependência são observados comportamentos associados com o dar e receber carinho e apoio em relações com outras pessoas significativas ⁽⁸⁾.

No Brasil, alicerçado na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN Nº 358/2009), fundamentou-se a Sistematização da Assistencial de Enfermagem (SAE) e aplicabilidade do Processo de Enfermagem (PE) ⁽⁹⁾. Neste modelo teórico, o enfermeiro executa o papel de mediador a um paciente- cliente, na promoção adaptativa positiva, desenvolvendo o processo de enfermagem em seis fases, sendo elas: avaliação do comportamento, avaliação dos estímulos, diagnóstico de enfermagem, planejamento de metas, intervenção e avaliação ⁽⁷⁾.

O Processo de Enfermagem é uma ferramenta fundamental para o cuidado do paciente com doença crônica. A doença crônica e suas mudanças ocasionam dificuldades no autocuidado e controle da doença, podendo gerar estresse e sofrimento para o elo paciente/família e comunidade. Todavia, percebe-se que, ao longo do tratamento, algumas pessoas conseguem superar as dificuldades, enfrentando a doença e seus agravos nos diversos âmbitos da sua vida. A estas ações podemos conceituar de resiliência. A resiliência é um campo pouco estudado na literatura científica na área da Enfermagem. No entanto, alguns avanços da saúde estão despontando, com ênfase em situações traumáticas e em condições crônicas ⁽¹⁰⁾.

Contudo, a resiliência é ponte para a reflexão sobre a evolução tecnológica e científica que favorece o aumento da longevidade da população, propiciando o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT. As DCNT são multifatoriais que, por sua vez, afetam diretamente a qualidade de vida (QV), ocasionando limitações nas atividades físicas, sexuais, psicológicas, familiares, sociais, laborais, econômicas e recreativas dos pacientes do grupo familiar ⁽¹¹⁻¹³⁾

Sabe-se que, no desenvolvimento do ciclo da vida, pacientes com DRC transpassam do viver aparentemente saudável, sem a real necessidade de cuidados especializados de saúde, para o processo doentio no qual há a necessidade de tratamento hemodialítico, com equipes de

saúde interdisciplinar. Neste estudo considera-se as dimensionalidades e os impactos que esta transição gera em suas vidas: perda da autonomia, prejuízo da vida social, mudança do estilo de vida, diminuição na qualidade de vida, depressão, dentre outros ⁽¹⁴⁾.

O portador de DRC é exposto a um complexo regime terapêutico, constituído por Terapias Renais Substitutivas (TRS), que podem ser a Diálise Peritoneal (DP), a Hemodiálise (HD) e o Transplante Renal (TxR). A restrição dietética e líquida e a administração de medicamentos coadjuvantes configuram pilares para o tratamento, interferindo direta/indiretamente na qualidade de vida dos pacientes ^(1,7).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) aponta, no censo de 2017, o surgimento de 40.000 casos novos, com um aumento gradativo de pacientes em TRS (126.000 pacientes) (SBN 2017). Na região Norte, em 2011, havia 279 pacientes cadastrados com DRC; em 2014, foi de 364. A incidência da doença, em 2011, foi de 68 pacientes; sendo que, em 2014, foi de 112 ⁽¹⁵⁾.

Nos Estados Unidos, o panorama internacional evidencia que, a despeito dos altos custos iniciais, das despesas acumuladas do transplante renal, são inferiores aos dos tratamentos de diálise no real cenário. Em nosso país, as TRSs, representam gastos anuais levemente ascendentes ⁽¹⁶⁾.

O Brasil atualmente enfrenta a crise econômica, o que resultou no cancelamento da abertura de novas clínicas e no fechamento das unidades, com redução do número de vagas para o tratamento e um expressivo aumento na lista de espera por tratamento nos centros de referência aos DRC ⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se o papel importante da enfermagem, como integrante da equipe da saúde na liderança destes processos de transição, promoção, prevenção e/ou minimização dos danos e reabilitação dos agravos em saúde, na perspectiva de implementação de práticas gerenciais, assistenciais, educativas. Salienta-se ainda em pesquisas científicas ao público de interesse no refinamento das reais necessidades do indivíduo, família e coletividade humana ^(18,7).

Nesta perspectiva, o enfermeiro, através do processo de adaptação de enfermagem de Roy (MAR), contribuirá para a adaptação aos problemas, às limitações aproximando-o da real necessidade do DRC submetido à hemodiálise. A aplicação de modelos teóricos tem sido interessante para pesquisadores de enfermagem em ambientes clínicos, pois, se aplicadas corretamente, são modelos mais utilizados e confiáveis na obtenção de resultados na enfermagem. À luz do modelo de adaptação de Roy, constitui-se o conhecimento do paciente sobre os comportamentos de autocuidado, enfrentamento renal e adaptação ao plano de diálise

em longo prazo ^(3,19). Compreender o MAR evoca muito interesse na identificação, no delineamento de estratégias à singularidade nefrológica, bem como, necessidades e/ou limitações do DRC. À luz do modelo de adaptação de Roy, objetivou-se então, identificar os modos fisiológicos e de interdependência, bem como os aspectos clínicos dos DRC em hemodiálise, à luz do Modelo de Adaptação de Roy.

Métodos

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado nos meses de março a julho de 2018, em um Centro de Hemodiálise de um Hospital Público, na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. Foi realizada uma visita técnica e treinamento para aplicação do questionário com a carga horária de 60 horas para minimizar possíveis vieses de informação no momento da coleta. Neste treinamento, foram abordados os seguintes conteúdos: fisiopatologia da doença renal crônica, procedimento hemodialítico e aplicação do roteiro de entrevista.

O roteiro de entrevista foi submetido ao pré-teste a 05 pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. A amostra foi calculada baseada na população de 210 pacientes em hemodiálise, que resultou em 150 pacientes. Na obtenção da amostra foram utilizados os seguintes critérios: intervalo de confiança de 95%, com o nível de significância de 5% (sensibilidade de $p < 0,05$) para os indicadores mais importantes. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de doença renal crônica e estar cadastrado e submetido à hemodiálise na clínica Nefrológica da instituição e ter idade acima de 18 anos. E os de exclusão: pacientes renais crônicos com outras doenças não relacionadas ao quadro clínico, identificadas no prontuário e que possam alterar o perfil das respostas dos indivíduos como: doenças oncológicas e/ou doenças neuro-degenerativas.

Os pacientes foram selecionados conforme a chegada para a realização do procedimento hemodialítico. A aplicação das entrevistas ocorreu na sala de hemodiálise, com duração média de 30 minutos, todos acomodados e em uso das respectivas máquinas. No quesito privacidade do paciente, os questionamentos a respeito dos modos fisiológicos e interdependência foram realizados em tom mais baixo. Entretanto, pacientes com diminuição da acuidade visual e/ou auditiva foram realizadas estratégias do aumento das letras nos formulários, e aumento da voz em sala reservada respectivamente. Quanto aos dados das

variáveis sócio-demográficas e clínicas foi aplicado o roteiro de entrevista, a saber: sexo, idade, religião, renda familiar, tempo de tratamento hemodialítico. Na caracterização clínica questionou-se sobre doença de base, tipo de acesso venoso à HD, localização do acesso à HD, queixas autorreferidas, exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, albumina, Ferritina, creatinina e ureia) e, por fim, modelo de adaptação de Roy os modos fisiológicos (oxigenação, nutrição, hidratação e eliminação) e modo de interdependência (família, trabalho e amigos).

Os dados coletados foram organizados, descritos e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para *Windows*), versão 21. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade pelo teste Kolmogorof –Sirminov, posteriormente descritos através medidas de tendência central, frequências apresentadas em tabelas e analisados através do testes estatístico de qui-quadrado, com 95% de significância.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil (região amazônica). Documento nº CAAE: 80564917.2.0000.5020 Considerou-se a Resolução 466, de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo manifestaram o aceite para participar da pesquisa através da assinatura ou impressão digital, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dentre os entrevistados (tabela 01), no quesito idade, 102 (68%) entre 25 a 59 anos, 45 (30%) \geq a 60anos e 03(2%) entre 18 a 24 anos. Entre o sexo, 81 (54%) homens e 69(46%) mulheres. Sobre a religião, 72 (48%) autorreferem-se Evangélicos, 64 (42,7%) Católicos, 02 (1,3%) Espíritas, 3 (2,0%) Testemunha de Jeová e 09 (6,0%) do Candomblé. Sobre a renda familiar, 27(18%) relataram receber menos de um salário mínimo, 74 (49,3%) um salário mínimo, 33 (22%) entre dois e três salários, 5 (3,3%) entre quatro e cinco salários e 11 (7,3%) acima de cinco salários.

Tabela 01- Distribuição de frequência absoluta e relativa do conhecimento da idade, sexo, doença de base, tempo de hemodiálise, tipos de acesso, localização do acesso à hemodiálise, queixas referidas pelos entrevistados em hemodiálise (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Idade	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
18 a 24 anos jovens	3	2
25 a 59 anos adultos	102	68
≥ a 60 anos idosos	45	30
Sexo		
Masculino	81	54
Feminino	69	46
Religião		
Evangélico	72	48
Católico	64	42,7
Espiritismo	2	1,3
Testemunha de Jeová	3	2
Afro-Brasileira: Candomblé	9	6
Renda familiar		
Menos de um salário	27	18
Um salário	74	49,3
Entre dois e três salários	33	22
Entre quatro e cinco salários	5	3,3
Acima de cinco salários	11	7,3
Doença de Base		
Hipertensão Arterial Sistêmica	128	85,3
Diabetes tipo 2	66	44
Tempo de hemodiálise em anos		
< de um ano	32	21,3
Entre 1 e 5 anos	106	70,6
Entre 6 e 10 anos	7	4,6
Entre 11 e 15 anos	4	2,8
Entre 16 e 17 anos	1	0,7
Tipos de acesso à hemodiálise		
Fístula Arteriovenosa (FAV)	120	80
Cateter de Shilley para hemodiálise de curta permanência	25	16,7
Cateter de longa permanência	5	3,3
Localização do acesso à hemodiálise		
Membro Superior Direito-MSD	42	28
Membro Superior Esquerdo-MSE	78	52
Veia Jugular Interna Direita- VJID	16	10,7
Veia Jugular Interna Esquerda - VJIE	6	4
Veia Subclávia Direita	6	4
Veia Femoral Esquerda	2	1,3

Dentre as doenças de base, 128 (85,3%) possuem Hipertensão Arterial Sistêmica HAS, 66 (44%) Diabetes tipo 2. Quanto ao tempo de HD em anos, 32 (21,3%) estava há menos de um ano, 106 (70,6%) entre uma cinco anos, 7 (4,6%) entre seis e dez anos, 4 (2,8%) entre onze e quinze anos, 1(0,7%) até dezessete anos de HD. No tocante aos tipos de acesso à HD, 120 (80%) possuía fístula arteriovenosa, 25 (16,7%) cateter de Shilley para hemodiálise de curta permanência e 5 (3,3%) cateter de longa permanência. Quanto a localização do acesso à HD 42 (28%) estavam no MSD, 78 (52%) MSE no braço não dominante, 16 (10,7%) VJID, 6 (4,0%) VJIE, 6 (4,0%) veia subclávia direita, 2 (1,3%) veia femoral esquerda.

Entre os depoentes, identificou-se no mapeamento do estado clínico hematológico dos DRC, a variabilidade dos valores entre os sexos, como ferritina, albumina, hemoglobina e hematócrito. Neste, os valores de referência foram do método de amostras de sangue para a extração do material, através do soro sanguíneo, seguindo-se a sequência de cada marcador específico e método conforme legenda da tabela 02.

A albumina, proteína produzida no fígado que é responsável por manter a pressão hidrostática e coloidosmótica estava em (10) 52,6% dos homens abaixo dos valores de referência, (69) 55,2% na faixa de normalidade e 2 (33,3%) acima da referência. Nas mulheres, (9) 47,4% estavam abaixo da referência, (56) 44,8% na faixa de normalidade e (4)66,7% acima da referência.

No marcador Hematócrito, que indica a quantidade de células vermelhas no sangue, no sexo masculino, (68) 52,3% estavam abaixo da referência e (13) 65% na faixa de normalidade. Nas mulheres, (62) 47,7% estavam abaixo dos valores de referência e (7) 35% na faixa de normalidade. Em ambos os sexos não foram identificados valores acima da faixa de normalidade.

O marcador Hemoglobina, responsável pelo transporte de moléculas de oxigênio a todas as regiões do corpo, nos homens, (69) 57,5% estavam abaixo da referência e (12) 40% na faixa de normalidade. Nas mulheres, (51) 42,5% estavam abaixo da referência, sendo que (18) 60% na faixa de normalidade. Porém, em ambos os sexos, não foram encontrados valores acima das referências.

A Creatinina é um produto de degradação da fosfocreatina muscular e em (81) 54% homens e (69) 46% mulheres os valores de referência estão acima, com média de 9,9 entre os depoentes. A Ureia produto natural da degradação das proteínas, possuiu os mesmos valores

supracitados de creatinina entre os sexos; os valores abaixo e de normalidade não foram detectados para creatinina e ureia.

Ferritina, a mais importante proteína de reserva de ferro, no sexo masculino, (1) 50% estava abaixo dos valores de referência (43) 60,6% na faixa normal e (37) 48,1% estavam acima dos valores de referência. Nas mulheres, (1) 50% estava abaixo dos valores de referência, (28) 39,4% faixa de normalidade e (40) 51,9% na faixa acima dos valores referenciais. O marcador ferritina é uma proteína que serve como reservatório de moléculas de ferro e (43) 60,6% dos homens apresentaram valores normais. No entanto (40) 51,9% das mulheres apresentaram-se acima dos valores de referência, indicando a probabilidade de processos inflamatórios.

Tabela 02- Distribuição de frequência absoluta e relativa entre os sexos e os marcadores Albumina, Hematócrito, Hemoglobina, Creatinina, Ureia e Ferritina dos depoentes em hemodiálise (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018. Máquina: Pulse-SoftL@b.

Exames Laboratoriais	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
¹ Albumina	Frequência absoluta (N) / Frequência relativa Valores de referência 3,5 a 5,5 g/dL	Frequência absoluta (N) / Frequência relativa (%) Valores de referência 3,5 a 5,5 g/dL	
Abaixo dos valores de referência	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19 (100%)
Valores normais	69 (55,2%)	56 (44,8%)	125 (100%)
Acima dos valores de referência	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100%)
² Hematócrito	Valores de referência 37 a 49%	Valores de referência 36 a 46%	
Abaixo dos valores de referência	68 (52,3%)	62 (47,7%)	130 (100%)
Valores normais	13 (65%)	7 (35%)	20 (100%)
Acima dos valores de referência	-	-	-
² Hemoglobina	Valores de referência 13 a 16% g/dL	Valores de referência 12 a 16%g/dL	
Abaixo dos valores de referência	69 (57,5%)	51 (42,5%)	120 (100%)
Valores normais	12 (40%)	18 (60%)	30 (100%)
Acima dos valores de referência	-	-	-
³ Creatinina	Valores de referência 0,4 a 1,3 mg/dL	Valores de referência 0,4 a 1,3 mg/dL	
Abaixo dos valores de referência	-	-	-
Valores normais	-	-	-
Acima dos valores de referência	81 (54%)	69 (46%)	150 (100%)

⁴ Ureia	Valores de referência 15 a 40 mg/dL	Valores de referência 15 a 40 mg/dL	
Abaixo dos valores de referência	-	-	-
Valores normais	-	-	-
Acima dos valores de referência	81 (54%)	69 (46%)	150 (100%)
⁵ Ferritina	Valores de referência 23,9 a 336,2 ng/ml	Valores de referência 11,0 a 306,8ng/ml	
Abaixo dos valores de referência	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Valores normais	43 (60,6%)	28 (39,4%)	71 (100%)
Acima dos valores de referência	37 (48,1%)	40 (51,9%)	77 (100%)

Legenda: ¹Material: soro, Método: Biureto e verde de bromocresol; ²Material: sangue total ETDA, Método: automação; ³ Material: soro, Método: enzimático colorimétrico; ⁴ Material: soro, Método: enzimático U.V; ⁵ Material: soro, Método: meia.

Em relação aos problemas adaptativos de Roy e queixas autorreferidas em pacientes submetidos à hemodiálise, com a Classificação Diagnóstica de Enfermagem NANDA-I (quadro 01) verifica-se que 16 (11,2%) dos entrevistados possuíam deficiência do sentido primário – problemas com a visão com correlação ao diagnóstico de enfermagem de sobrecarga ao estresse nível de evidência 3.2 e déficit no autocuidado para vestir-se com nível de evidência 2.1.

Na sub-dimensão intolerância à atividade, a fadiga 10 (7,0%), é uma das queixas relatadas pelos depoentes. Na sub-dimensão edema/ fluídos e eletrólitos com 09 (6,0%), neste grupo, os aspectos cardiovasculares são os prevalentes. Na mesma sub-dimensão havia 09 (6,0%) de as mulheres que possuem doença autoimune Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). A sub-dimensão oxigenação 05 (3,5%). Segurança e proteção infecção de cateter 05 (3,5%). Dor aguda dor no acesso vascular 04 (2,8%), cefaleia durante a HD 02 (1,3%) e dor crônica 02 (1,4%). Na atividade e repouso aponta a deambulação prejudicada com 04 (2,6%). Segurança e proteção 03 (2,0%) com hipotensão. E, por fim, eliminação alterada com 01 (0,7%) apontando a constipação.

Quadro 01- Problemas adaptativos e distribuição de frequência absoluta e relativa das queixas autorreferidas e Classificação Diagnóstica de enfermagem NANDA-I em hemodiálise. (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Problemas de adaptação do modo físico-fisiológico	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Classificação NANDA-I 2018
Dor aguda/ sentidos			
Dor aguda no acesso vascular Comportamento Dor no acesso vascular, ar rígido. Estímulo focal Dor em incisão cirúrgica. Estímulo contextual Confeção de FAV Estímulo residual Sexo- as mulheres toleram a dor mais tempo que os homens	04	2,8	Dor aguda Nível de evidência 2.1*
Dor aguda durante a HD Comportamento Dor cefálica durante a HD Estímulo focal Dor, Ar rígido, ansiedade. Estímulo contextual Imobilidade, fotofobia, posição de proteção Estímulo residual Sexo- as mulheres toleram a dor mais tempo que os homens	02	1,3	Dor aguda Nível de evidência 2.1*
Dor crônica / sentidos			
Dor crônica articular/ osteodistrofia renal Comportamento Dor crônica e ansiedade. Estímulo focal Osteodistrofia Estímulo residual Sexo- as mulheres toleram a dor mais tempo que os homens Estímulo contextual Imobilidade osteoarticular	02	1,4	Dor crônica Nível de evidência 2.1*
Privação dos sentidos- visão			
Deficiência do sentido primário- Acuidade visual diminuída ou prejudicada Comportamento Visão prejudicada Estímulo focal Privação-cegueira Estímulos residuais Idade avançada Sexo- as mulheres toleram as perturbações mais tempo que os homens	16	11,2	Sobrecarga ao estresse Nível de evidência 3.2* Déficit no autocuidado para vestir-se Nível de evidência 2.1*

Estímulo contextual Mobilidade reduzida e limitada			
Oxigenação			
Comportamento Dispneia Estímulo focal Dispneia e redução do suprimento sanguíneo cardíaco Estímulo contextual Alteração fisiológica do envelhecimento	05	3,5	Troca de gases prejudicada #
Segurança e proteção			
Comportamento Infecção (cateter/ fav) agente infeccioso Estímulo Focal Agente infeccioso, hiperemia. Integridade da pele inefetiva Estímulo contextual Efeitos adversos relacionados ao tratamento: punções repetitivas, antisepsia e/ ou iatrogênicas.	05	3,5	Risco de trauma vascular Nível de evidência 2.1*
Comportamento Hipotensão Estímulo focal Redução dos níveis pressóricos sanguíneos cardíacos Estímulo contextual Efeitos adversos relacionados ao tratamento	03	2,0	Débito cardíaco diminuído #
Intolerância a atividade			
Comportamento Fadiga Estímulo focal Hemodiálise; Anemia. Estímulo contextual Efeitos adversos relacionados ao tratamento	10	7,0	Fadiga #
Eliminação alterada			
Comportamento Constipação Estímulo focal Hemodiálise, desidratação, tipo e quantidade de dieta Estímulo contextual Não segue dieta alimentar rica em fibras Diminuição ou ingestão de fluidos Questões culturais e/ou emocionais, sociais ou hábitos.	01	0,7	Constipação funcional crônica Nível de evidência 2.2*

Edema/ fluídos e eletrólitos			
Edema de origem cardiovasculares (ICC, Ascite e IAM) Comportamentos Anúria Aumento de peso em curto período Presença de ruídos adventícios Retenção de líquidos Veia Jugular distendida Estímulo focal Lesão renal crônica Estímulo contextual Não segue restrição hídrica/alimentar	09	6,0	Volume de líquidos excessivo Nível de evidência 2.1*
Edema decorrente do Lúpus eritematoso Sistêmico (LES) Comportamentos Anúria Aumento de peso em curto período Estímulo focal Lesão renal crônica Estímulo contextual Não segue restrição hídrica/alimentar	09	6,0	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Nível de evidência 2.1*
Atividade e repouso			
Deambulação prejudicada Comportamentos Marcha prejudicada Estímulo focal Lesão renal crônica Estímulo contextual Diferença nos movimentos, medo de cair.	04	2,6	Mobilidade física prejudicada Nível de evidência 2.1*
Sem queixas autorreferidas	80	52	

Legenda: *Nível de evidência, # Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Os dados relativos na tabela 04 dos 150 entrevistados mostram que a associação entre os modos físico-fisiológicos e de interdependência com dos dados renda e localidade, apresentaram significância nos quesitos:

-Na sub-dimensão hidratação ($p= 0,028$), autorreferidas como ruim, apresenta prejuízo significativo quando associado à renda, ou seja, pessoas com um salário ou menos autorreferem hidratação deficiente.

-No modo interdependência na sub-dimensão família ($p=0,000$) os depoentes que não possuem apoio familiar durante o tratamento em HD estão vulneráveis ao associar com a renda.

-No modo interdependência na sub-dimensão amigos ($p=0,035$) apontam resultados relevantes na localidade de moradia, pacientes que não possuem o apoio dos amigos estão propensos a mais danos durante o tratamento.

Tabela 04- Distribuição de frequência absoluta e relativa das queixas autorreferidas com os aspectos socioeconômicos renda e localização pelos entrevistados em hemodiálise (n=150). Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variáveis dos Processos Adaptativos		Renda							p-valor	Localização/moradia			p-valor
		N	%[150]	< SM	1 SM	2-3 SM	4-5 SM	>5 SM		Cidade	Interior	Outros estados	
Modo fisiológico													
Oxigenação	Bom	80	53,3	9,3	31,3	6,7	1,3	4,7	0,076	40	11,3	2	0,506
	Ruim	18	12	2	6,7	3,3	0	0		11,3	0,7	0	
	Normal	52	34,7	6,7	11,3	12	2	2,7		28	6,7	0	
Nutrição	Bom	81	54	9,3	28	10	0,7	6	0,143	40,7	11,3	2	0,55
	Ruim	20	13,3	3,3	7,3	2	0	0,7		10	3,3	0	
	Normal	49	32,7	5,3	14	10	2,7	0,7		28,7	4	0	
Hidratação	Bom	45	30	5,3	15,3	4,7	0,7	4	0,028	22	7,3	0,7	0,172
	Ruim	63	42	8,7	20	12	0	1,3		35,3	6,7	0	
	Normal	42	28	4	14	5,3	2,7	2		22	4,7	1,3	
Eliminação	Bom	44	29,3	6,7	12	8	1,3	1,3	0,607	23,3	5,3	0,7	0,893
	Ruim	70	46,7	6,7	24,7	11,3	0,7	3,3		37,3	8	1,3	
	Normal	36	24	4,7	12,7	2,7	1,3	2,7		18,7	5,3	0	
Modo de Interdependência													
Família	Não	5	3,3	0,7	1,3	0	0	0	0,000	1,3	0,7	0	0,994
	Sim	145	96,7	17,3	48	22	3,3	6		78	18	2	
Amigos	Não	119	79,3	15,3	40	16	2	6	0,648	64,7	14	0,7	0,035
	Sim	31	20,7	2,7	9,3	6	1,3	1,3		14,7	4,7	1,3	
Trabalho	Não	143	95,3	16,7	47,3	21,3	3,3	6,7	0,229	75,3	18	2	0,967
	Sim	7	4,7	1,3	2	0,7	0	0,7		4	0,7	0	

Legenda: 1Teste de qui-quadrado, SM: Salário Mínimo

Discussão

A Enfermagem, no olhar de Roy, contribui para a restauração e manutenção da adaptação do paciente por meio da mudança ou manipulação dos estímulos internos e externos, através de suas respostas adaptativas ou ineficientes. Quanto aos processos de adaptação das pessoas com DRC entrevistadas, verificou-se que a doença foi uma situação agravante do eixo saúde-doença, obrigando o paciente a se adaptar forçosamente, a sua nova etapa de vida.

Identificou-se que as pessoas com baixa renda, um salário mínimo ou menos, tem maior dificuldade de adaptação, pois a situação econômica é limitante para satisfazer às suas necessidades pessoais, principalmente as que moram fora da capital. Salienta-se que, no MAR, a pessoa é entendida como um sistema holístico, com respostas adaptativas positivas ou ineficientes. Por outro lado, o ambiente é compreendido como todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa. A saúde é revelada como um estado e um processo de ser e, por fim, as metas de enfermagem são vistas como promoção de respostas adaptativas da pessoa no universo ⁽⁸⁾.

Dentre os entrevistados (tabela 01), no quesito idade, 102 (68%) estavam na idade entre 25 a 59 anos. Entre o sexo, 81 (54%) homens e 69 (46%) mulheres. Corroborando com o estudo no nordeste brasileiro com 105 participantes ⁽¹⁹⁾.

Sobre a religião, 72 (48%) autorreferem-se evangélicos e 42% católicos, porém os minoritários foram 02 (1,3%) espíritas, 3 (2,0%) testemunha de Jeová e 09 (6,0%) do candomblé. No contexto de religião e espiritualidade, um estudo quantitativo realizado com 21 famílias de enlutados, realizados através da Escala de Bem-Estar Espiritual, apontou benefícios, como também, detectou os estímulos contextuais para o enfrentamento ⁽²⁰⁾.

Em outro estudo qualitativo, *Wieland*, com 23 famílias mexicanas-americanas, observou a importância da oração, que foi implementada na enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, sendo uma das formas de oferecer apoio à família e categorizou a espiritualidade como um estímulo de focal ou o que confronta o indivíduo. Contudo, estudos qualitativos e quantitativos apresentam o ajustamento psicológico, o bem-estar e melhoram a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas. Neste prisma, implicações da prática atravessam populações e pluralidades em vários contextos. No entendimento de reforçarem pesquisas sobre a espiritualidade e seus impactos no plano de cuidados, são desafiadores e limitantes ⁽²⁰⁾.

Nos aspectos de doenças crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi prevalente 128 (85,3%), seguido de diabetes *mellitus* com 66 (44%)⁽¹⁹⁾. Todavia, 6,0%, das mulheres possuem doença autoimune Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Nesta, não foram encontrados estudos que explicitam a singularidade desta pesquisa.

No quesito anos de HD, prevaleceu entre um a cinco anos 106 (70,6%), com tipos de acesso vasculares à HD com FAV (80%), localizado maioritariamente em braço não dominante. Conforme o estudo com judeus e árabes, corroborando no tipo de acesso vascular, aspecto benéfico aos pacientes⁽²¹⁾.

Dos exames laboratoriais, comparando entre os sexos, os valores de albumina, hematócrito, hemoglobina, creatinina, ureia e ferritina dos depoentes em hemodiálise, verifica-se: a albumina em homens 69(55,2%) e nas mulheres 56 (44%) na faixa de normalidade em ambos os sexos. Já o hematócrito e a hemoglobina em ambos os sexos apontaram índices abaixo dos valores de referência. Quando se trata da ureia e creatinina, os valores despontaram acima dos valores de referência, em homens e mulheres, respectivamente, (81) 54% e 69 (46%) A doença crônica possuiu simetria em ambos. A ferritina no sexo masculino possuía os valores de referência adequados em 43 (60,6%), já no sexo feminino, a prevalência foi 40 (51,9%), indicando complicações ou agravos decorrentes do processo inflamatório⁽²²⁾.

Em um estudo com 85 pacientes na Espanha, no período de quatro anos, analisou o efeito da carboximaltase de férrica, com melhoras significativas dos marcadores supracitados, assinalando ao grupo estudado ser segura e eficaz na recuperação dos níveis de hemoglobina e depósitos de ferro. Sua administração é fácil, por um tempo de 30 minutos, via intravenosa e com poucos efeitos colaterais. Além de economia resumida do tempo da equipe de enfermagem em comparação com a administração de agentes estimuladores de eritropoetina, no qual, requerem, por semana, de três a cinco administrações entre 85 a 170 horas, respectivamente, durante estes quatro anos⁽²²⁾.

No Brasil, o medicamento estimulante para a produção de células vermelhas é a eritropoetina, normatizado no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da anemia na doença renal crônica com critério para seu uso⁽²³⁾.

Quanto ao modo físico-fisiológico sobre problemas adaptativos e distribuição de frequência absoluta e relativa das queixas autorreferidas e correlação com a Classificação Diagnóstica de enfermagem NANDA-I em hemodiálise, apontaram como mais prevalente a

deficiência de sentido primário-visão com 16 (11,2%). A fadiga com 10 (7,0%) na sub-dimensão de intolerância a atividade e na sub-dimensão edema/fluídos e eletrólitos. As doenças cardiovasculares e autoimunes lideraram os estímulos focais da DRC. Seguidos de oxigenação e infecção no cateter ou FAV com 5 (3,5%), em ambos. A deambulação prejudicada e dor crônica com 4 (2,6%) ambas e a hipotensão 03 (2,0%). Com cefaleia durante a HD e dor crônica 02 (1,3%).

Os processos adaptativos de Roy confirmam um estudo realizado no nordeste brasileiro com 178 pacientes, apontando similaridade entre problemas adaptativos, alertando para problemas de sentido primário- visão deteriorada que indica a associação entre doença renal crônica e retinopatia, com ou sem a presença de diabetes *mellitus*, evidenciando a microcirculação da retina e a comprometimento renal, para a propensão de quedas, fraturas e traumatismo de crânio encefálico.

A fadiga aponta a intolerância à atividade, podendo estar relacionada com as complicações da anemia. Evidências afirmam que a anemia acelera a decadência da função renal ⁽²⁴⁾.

A distribuição de frequência absoluta e relativa das queixas autorreferidas com os aspectos socioeconômicos e localização da moradia dos pacientes em HD evidenciou, no modo fisiológico, a sub-dimensão hidratação que apresentou significância entre as variáveis.

Na sub-dimensão hidratação ($p= 0,028$), autorreferida como ruim apresenta prejuízo significativo quando associado à renda.

Todavia, no modo de interdependência na sub-dimensão família, certa de 145 (96,7%) afirmaram ter ajuda da família durante as sessões de HD. Porém, o valor significante de ($p=0,000$) evidencia apoio social reduzido ou negado da família do paciente com 3 (2,0%) em HD quando a renda familiar é baixa, o que aponta para os prejuízos e vulnerabilidade aos agravos no processo saúde/doença.

No modo interdependência na sub-dimensão família ($p=0,000$) os depoentes que não possuem apoio familiar durante o tratamento em HD estão vulneráveis ao associar com a renda familiar. No modo interdependência, na sub-dimensão amigos, 119 (79,3%) relatam não ter apoio, visita, ligação dos amigos após o tratamento em HD; porém, quando associado aos aspectos da localização da moradia, houve significância ($p=0,035$), confirmando não possuir o apoio dos amigos. Pré-dispõe a agravos físicos, psicológicos, isolamento social, depressão e tristeza, em conformidade com o MAR. Identificou-se ainda, que durante a coleta de dados,

entre março a junho período do verão Amazônico, o desconforto térmico autorreferidos pelas altas temperaturas, que pode estar relacionado ao aquecimento global e só reafirmam a teoria de Roy ⁽²⁷⁾.

É muito importante a participação da equipe de saúde no tratamento e adaptação do DRC. Assim como os aspectos socioeconômicos baixos e morar distantes da clínica na qual realizam a HD são fatores limitantes na adaptação, pois afetam diretamente a QV dos pacientes que necessitam de mais apoio social para as medidas de enfrentamento nas atividades diárias da vida e tratamento.

Portanto, ficou evidente neste estudo que os determinantes socioeconômicos da saúde/doença influenciam várias dimensões da QV. Tal fato aponta para o papel crucial dos enfermeiros. Sobretudo, quando da coleta de dados pela equipe de enfermagem que, ao detectar essas situações de vulnerabilidade, podem dar apoio nesta dimensão assim como mais suporte social.

Conclusão

O cuidado de enfermagem orientado por um modelo teórico pode evidenciar aspectos específicos da adaptação das pessoas à doença, sobretudo quando esta é crônica e incapacitante como a DRC. Este estudo permitiu compreender os processos adaptativos nos pacientes em hemodiálise à luz da Teoria de Enfermagem de Calista Roy. Identificou-se os modos fisiológico e de interdependência na adaptação nos pacientes em HD, segundo a renda e a localização. Este modelo permitiu compreender a realidade destes pacientes com DRC com mais consistência e clareza, com vistas ao aprimoramento do cuidado de enfermagem. A utilização do modelo de adaptação, proposto por Calista Roy, apresentou validade e aplicabilidade no estudo em questão, uma vez que possibilitou a determinação de aspectos importantes para a assistência de enfermagem a pacientes em HD, considerando-os como um ser biopsicossocial, adaptativo e holístico. Por isso, destacamos a importância da aplicação de marcos teóricos para a construção do conhecimento em enfermagem, tanto no âmbito assistencial quanto no ensino, na pesquisa, e gestão dos sistemas e políticas públicas de saúde.

Referências

1. Merino MDFGL, Silva PLDARD, Carvalho MDDBD, Peloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2018;19.[citado2018Maio18].Recuperadode:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783013>. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193363
2. Pinheiro ML, Costa SMB, Fernandes SJ, Medeiros MMD, Soares CJW, Fernandes CIK. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2015;16(1):132140.[citado2018Agosto,11]Recuperadode:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185016>DOI:10.15253/21756783.2015000100017
3. Ardashir A, Zohreh K, Parkhideh H. Educação de Pacientes com Base no Modelo de Adaptação de Roy para Promover a Adaptação de Pacientes de Hemodiálise Irã Crescente Vermelho Med J. [Internet]. 2013 jul; 15(7): 566-572.[citado2018Jul,05] Recuperado de: Doi:10.5812 /ircmj.12024: PMC3871743PMID: 24396575.
4. Cardoso BAP. Os enfrentamentos vividos pelos adultos jovens hemodialisados no processo de transição saúde-doença: uma abordagem do cuidado na perspectiva adaptativa de Roy.[Dissertação]. Niterói. [Internet]. [citado em 07 nov 2018] Universidade Federal Fluminense. 2016.
5. Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Nunes MGM, Sá JD, Lopes MVO, Lira ALBC. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013[citado em 07 out 2018] 34(4):45-52. Recuperado em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=serial&pid=>
6. Diaz LJR, Cruz D ALM Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 04] ; 26(4): e0970017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400609&lng=en.Epub Jan 08,2018. <http://dx.doi.org/10.1590/01040707201700>.
7. Frazão FDQ, Maria C, Paiva MND, Graças MD, Sá DD, Bezerra JB, et al. Pacientes renais crônicos em hemodiálise: um estudo sobre o modo psicossocial da teoria de Roy. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.* [Internet]. Jan. 2014. [citado em 18 de dezembro de 2017] 6(4):1455-1463.Disponívelem:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770012>.
8. Madeya DS, Fawcett J. Healing and Transcendence: A Roy Adaptation Model-Guided Comparison. *Nursing Science Quarterly.* sagepub.com/journalsPermissions.nav [Internet]. 2016 [citado em 18 de dezembro de 2016]29 (3), pp. 219-226. Recuperado de: DOI: 10.1177/0894318416647166
9. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2016 [citado em 30 de agosto de 2018] 20(1):5-10 Recuperado de DOI:10.5935/1414-8145.20160001.

10. Böell JEW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet].2016;24:e2786. [Citado 02 Out2018]; Available in:DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>.
- 11.Zanesco C, Giachini E, Abrahão CAF, Silva DTR. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™ *Rev. Saúde.Com* [Internet].2017; 13(1): 818-823. [Citado 02 Out2018] Available in: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i1.397>.
- 12.Tonelli M, Riella M. Doença Renal Crônica e População Envelhecida. *Journal of Renal Care*. [Internet]. Fev.2014. [citado em 18 de outubro de 2018] 4 1: 1-5. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jorc.12053>.
13. Nogueira ILA, Tinôco JDDS, Paiva MDGMND, Trindade ADOP, Lira ALBDC, Enders BC. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Ver. Min. Enferm*[Internet]. 2018. [citado em 16 de setembro de 2018] 22:e-1080. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1218>>.
14. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017. [citado em 18 de março de 2018]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.27442>>.
15. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB). [Internet]. Abril 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 25 (18): 1-28. Censo. Disponível em: www.sbn.org.br.
16. Pereira ERS, Pereira AC, Andrade GB, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista S R et al . Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Nefrol.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Nov 08] ; 38(1): 22-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002016000100022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160005>.
17. Marinho AWGB, Penha AP, Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2017 July [cited 2018 Nov 08] ; 25(3): 379-388. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000300379&lng=en. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030134>.
18. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet].2017 [cited 2018 Nov 08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.27442>.
- 19.Marinho CLA, Oliveira JFD, Borges JEDS, Fernandes FECV, Silva RSD. Associação Entre Características Sócio-demográficas e Qualidade De Vida De Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise. *Revista Cuidarte.* [Internet]. 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 9 (1):2017-29. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904788>>.

20. Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. [Internet]. jun. 2013. [citado em 18 de dezembro de 2017] Seção 1
21. Roy C, Andrews HA. Teoria da Enfermagem — o modelo de adaptação de Roy. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2001
22. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação (2018-2020). 11.ed.-Porto Alegre: Artmed; 2018.
23. Dobratz, Marjorie C. “Building a Middle-Range Theory of Adaptive Spirituality.” *Nursing Science Quarterly* (April 2016) [Citado em 12.11.2018]29, no. 2: 146–53. Disponível em: <http://doi:10.1177/0894318416630090>.
24. Zelekha OR, Golan E, Ifrah A, Weinstein T, Shohat T. Differences in quality of life between Jewish and Arab patients on hemodialysis. *Qual Life Res.* [Internet]. Dez. de 2017. [citado em 18 de outubro 2018] 26:3343–3352. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez2.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11136-017-1661-y#enumeration>>.
25. García EG, Romero MAG, Mendoza SM, Gómez AG. Avaliação da administração endovenosa de carboximaltose por ferro no controle da anemia na doença renal crônica avançada. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 junho [citado em 12 de dezembro de 2018]; 19 (2): 113-117. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200002&lng=en.
26. BRASIL. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Portaria SAS/MS nº365, de 15 de fevereiro de 2017. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas anemia na doença renal crônica – alfaepoetina.
27. Roy, C. Estendendo o Modelo de Adaptação de Roy para atender às necessidades globais em mudança. *Nursing Science Quarterly*, [Internet]. 2011. [citado em 10 de nov de 2018]; 24 (4), 345 – 351. Available from: DOI: 10.1177 / 0894318411419210.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de pesquisa alcançados neste estudo evidenciam que os pacientes Renais Crônicos em TRS, submetidos à hemodiálise, possuem fatores socioeconômicos iguais à média nacional. No entanto, comparando a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise nos aspectos sociodemográficos, socioeconômicos e clínicos, verificou-se que a sobrecarga da doença renal, o suporte social, a função física, o bem-estar emocional e a percepção de energia apresentaram níveis de prejuízo em relação à renda e o tempo de HD em meses. Nessa evidência podem estar envolvidos aspectos socioeconômicos baixos, limitantes e/ou distantes da clínica na qual realizam a HD. O paciente necessitará de mais apoio social e representatividade para as medidas de enfrentamento nas atividades diárias da vida e tratamento. Na dimensão incentivo da equipe de saúde aponta boa QV. Tal fato aponta para o papel crucial dos enfermeiros, sobretudo na coleta de dados pela equipe de enfermagem que, ao detectar estas situações de vulnerabilidade, podem apoiar nesta dimensão assim como, dar mais suporte social.

Os pressupostos teóricos são necessários para o fortalecimento da erudição em enfermagem no Modelo de Adaptação de Roy. Esse modelo permitiu compreender a realidade destes pacientes com DRC com mais consistência e clareza, com vistas ao aprimoramento do cuidado de enfermagem. A utilização do modelo de adaptação, proposto por Calista Roy, apresentou validade e aplicabilidade no estudo em questão, uma vez que possibilitou a determinação de aspectos importantes para a assistência de enfermagem a pacientes em HD, considerando-os como um ser biopsicossocial, adaptativo e holístico. O Enfermeiro no processo do cuidar é a força propulsora na inovação e na criação de estratégias para a adesão do tratamento aos pacientes. Ressalva-se a importância das equipes de saúde e enfermagem no processo de práticas de educação em saúde, estratégias de autogestão com foco no paciente/família, equipe e serviços de saúde. Neste prisma, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática, na perspectiva de alicerçar evidências científicas que acaloram por mudanças, no benefício do tratamento ao paciente em hemodiálise, nos diversos seguimentos da gestão e políticas dos serviços públicos, no ensino, na assistência e na pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: Fundamentos para o raciocínio clínico**/ Rosalinda Alfaro-Lefevre. Tradução: Regina Machado Garcez Revisão técnica Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araújo 8ed. Porto alegre Artmed 2014.

ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ALMEIDA, MAB. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa** / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il. Modo de acesso ao texto: <http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade_vida.pdf>

ALVES LF, A.TT, Neves NCS, Morais FA, Rosiany IL, Oliveira Júnior WV, et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. **J Bras Nefrol** 39(02):126.Disponível em:< Acesso em 12.07.2017.

BAIRD,M.S. **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções de enfermagem e condutas colaborativas**:[tradução Maria Inês Correa nascimento...et al]. 6 ed.Rio de Janeiro; Elsevier,2012.

BARRETO. SM, Ladeira RM, Duncan BB, Schmidt MI, Lopes AA, Benseñor IM, et al. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. **J Epidemiol Community Health** 2016;70:380 Acesso em 03.01.2017

BATISTA, Marcelo Aparecido. **Fragilidade e qualidade de vida de idosos com doença renal crônica**. Ribeirão Preto,2015. 135 p.; 30 cm Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Kusumota. Acesso em 03.05.2017

BETTONI LC, OTTAVIANI AC, ORLANDI FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2017 [acesso em:11/07/2017];19:h14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.27442>.

BLEVINS, C., Troutman, M.F. Successful aging theory and the patient with chronicrenal disease: Application in the clinical setting. **Nephrology Nursing Journal**, Copyright 2011 American Nephrology Nurses' Association 38(3),255-260, 270.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2012[citado 2017 julho 05]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>Acesso em: 22 mai.2017.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC – no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de atenção à

Saúde. Departamento de atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P37. Disponível em:<<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versaofinal2.pdf>> Acesso em: 05 Jul. 2017.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

____BRASIL. **Resolução RDC n 11**, de 13 de marco de 2014b. Dispõe sobre os requisitos de boas praticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção1 n 5, sexta feira, 14 de Marc. de 2014 pg 40-41. Acesso em 02.03.2017

CAVINATTO, TR et al., Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal **J Bras Nefrol** 2015;37(1):47-54 Acesso em 03.03.2017

CORSONELLO A, TAP L,WIRNSBERGER RR, WIRNSBERGER G, ZOCCALI C, KOSTKA T. et al. Concepção e metodologia do rastreo para DRC em doentes idosos em toda a Europa (SCOPE): um estudo observacional de coorte multicêntrico.**Nefrologia BMC** 2018**19** :260Acessoem01.11.2018<https://doi-org.ez2.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12882-018-1030-2>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN -**Resolução COFEN 358/2009**, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Cofen: 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 07 abr. 2017.

CENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) 2014 [Citado 2015 Dez 17]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/inicio>. Acesso em 08 abr. 2017.

CIANCIARULLO. **Sistema de Assistência de Enfermagem: Evolução e Tendências/** Organizadoras Tamara Iwanow Cianciarull, Dulce Maria Gualda, Marta Maria Melleiro, Marina Hideko Anabuki. 5 ed revista atualizada e ampliada SP. Icone 2012.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017/ **NANDA International**; Organizadoras: T.Heather Herdman, Shigemi Kamitissuru; Tradução Regina Machado Garcez; Revisão Técnica Alba Lúcia Botura Leite de Barros et al. Porto Alegre Artmed, 2015.

DUARTE OS, et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. **Rev Assoc Med Bras.** 2003; 49 (4): 375-81. Acesso em 07 abr. 2017.

FRAZÃO CMFQ, Fernandes MICD, Nunes MGM, Sá JD, Lopes MVO, Lira ALBC. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013;34(4):4552. Acesso em 07 abr. 2017.

FRAZÃO FDQ, MARIA C, PAIVA MND, GRAÇAS MD, Sá DD, BEZERRA JB, et al. Pacientes renais crônicos em hemodiálise: um estudo sobre o modo psicossocial da teoria de Roy. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.** [Internet]. Jan. 2014. [citado em 18 de dezembro de 2017] 6(4):1455-1463. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770012>>

GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional **Esc Anna Nery** 2016; 20(1):5-10 Acesso em 03.07.2017

GEORGE JB. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.** Julia B. George Tradução: Ana Maria Vasconcellos, Thorell 4 ed Porto Alegre: Artes medicas Sul, 2000.

GONÇALVES MA et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba - PR **J Bras Nefrol** 2015;37(4):467-474. DOI: 10.5935/0101-2800.20150074 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n4/0101-2800-jbn-37-04-0467.pdf> Acesso 15/05/2017

KIDNEY DISEASE FOUNDATION: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney inter.**, Suppl. 2013; 3: 1–150. Disponível em: <https://www.kidney.org/> Acesso em 22/03/2017

KOVESDY CP, FURTH SL; ZOCCALI C. Obesidade e doença renal: conseqüências ocultas da epidemia. **J Nephrol.** 2017 fev; 30 (1): 1-10. Doi: 10.1007 / s40620-017-0377-y. DISPONIVEL EM <HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/28214961> (2017) ACESSO: 12/04/2017

LEITE, Érida Maria DINIZ. **No domínio de nutrição em pacientes submetidos à hemodiálise.** Natal-RN, 2014. Dissertação universidade federal do rio grande do norte. Centro de ciências da saúde programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Acesso em 03.07.2017

LOPES, Jéssica Maria et al . Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 230-236, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002014000300230&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 12 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400039>

MEDEIROS LR. **Construção e validação da escala do nível de adaptação do ostomizado.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte Natal, Rio Grande do Norte, 2016.

MARINHO CLA, OLIVEIRA JFD, BORGES JEDS, FERNANDES FECV, SILVA RSD. Associação Entre Características Sócio-demográficas e Qualidade De Vida De Pacientes

Renais Crônicos em Hemodiálise. **Revista Cuidarte**. 2018 9 (1):2017-29. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904788>>.

MERINO MDFGL, SILVA PLDARD, CARVALHO MDDBD, PELLOSO SM, BALDISSERA VDA, HIGARASHI IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** 2018;19 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783013>. DOI: 10.15253/2175-6783.201819336

MCEWEN, Melanie. **Bases Teóricas de Enfermagem**/ Melanie McEwen, Ewelina M. Wills; Tradução. Regina Machado Garcez. Revisão técnica Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araújo 4 ed. Porto Alegre Artmed, 2016.

OLIVEIRA ACD. Política Pública De Saúde Na Alta Complexidade: Um Estudo da Política de Transplante No Estado do Amazonas. [dissertação]. Amazonas. [Internet]. [citado em 05 de novembro de 2018] Universidade Federal do Amazonas. 2014.

PASQUALI L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2013.

PEREIRA, ERS et al., Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família **J Bras Nefrol** 2016;38(1):22-30

PORTO, RA et al, Hiperparatireoidismo secundário: uma complicação da Doença Renal Crônica. Secondary hyperparathyroidism: a Chronic Kidney Disease Complication. 2016; 48(3):182-8 Quality of Life- Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Brazil. **J Med Biol Res**. 2005; 38(2): 26170. Acesso em 03.02.2017

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROY C, Andrews HA. Teoria da Enfermagem — **o modelo de adaptação de Roy**. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2001

ROY, C. Estendendo o Modelo de Adaptação de Roy para atender às necessidades globais em mudança. **Nursing Science Quarterly**, [Internet]. 2011. [citado em 10 de nov de 2018]; 24 (4), 345 – 351. Available from: DOI: 10.1177 / 0894318411419210.

SANTOS, Bianca Pozza et al; Doença Renal Crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise Chronic kidney disease: relation of patients with hemodialysis. **ABCS Health Sci**. 2017; 42(1):8-<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943> Acesso em 03.02.2017

SANTOS, dos IRACI, Berardinelli Lina Márcia Miguéis, ROCHA, Renata de Paula FARIA. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):31-38 Acesso em 02.02.2017

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**, 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SESSO RC, LOPESAA, THOMÉFS, LUGON RJ. MARTINS TC. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica **J Bras Nefrol** 2017;39(3):261-266. Acesso em 15/02/2018 DOI: 10.5935/0101-2800.20170049

SCHMITT R, MELK A. Molecular mechanisms of renal aging. **Kidney Int.** 2017; 92(3):569–79 **Rim Internacional**. V. 92, Edição 3, setembro de 2017. Acesso em 08 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2017.02.036>

SILVA.RS; BANDEIRA. WCO; LIMA. MOM. **Enfermagem Avançada um guia para a Prática**/ Organizadores Rudival Souza da Silva, Isane Santos Bittencourt e Gilvania do Nascimento Paixão. Salvador, Sanar 2016.

SILVA. R. S; MEDEIROS, A. C. T; NOBREGA, M. M. L. **Processo de Enfermagem na perspectiva dos Cuidados Paliativos** In: Enfermagem em Cuidados Paliativos cuidando para uma boa morte. São Paulo SP- Martinari, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA CENSO (SBN) 2014 [Citado 2015 Dez 17]. Censo 2014. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/inicio>. Acesso em 08 abr. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB). [Internet]. Abril 2018. [citado em 18 de setembro de 2018] 25 (18): 1-28. Censo 2017. Disponível em: www.sbn.org.br.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, June 2007 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2017.

SUSAM. Secretaria do Estado do Amazonas. Resolução Comissão Intergestores Bipartide CIB/ AM N° 00/2018. Amazonas, 31 jan. 2018. Disponível em: www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2018_001.pdf. Acesso em 12.10.2018

TANNURE. Meire Chucre. **Semiologia: Bases clinicas para o processo de enfermagem**/ Meire Chucre Tannure, Ana Maria de Freitas Pinheiro 1 ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2017.

ZANESCO, CAMILA et al. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™ **Rev. saúde.com** 2017; 13(1): 818-823. Acesso em 22.04.2017

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAAE: 80564917.2.0000.5020

APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de um estudo da Universidade Federal do Amazonas em Associação com a Universidade do Pará – UEPA intitulado **“Processos Adaptativos do Doente renal Crônico em Hemodiálise: na perspectiva da Teoria de Calista Roy”**, realizado pela pesquisadora Alessandra Cristina da Silva (e-mail: cristina.alessandra15@gmail.com, aluna do curso de mestrado acadêmico da Universidade Federal do Amazonas UFAM sob a orientação da Profa. Dra. Gilsirene Scantelbury de Almeida e-mail: gscantelbury@gmail.com, docente da Escola de Enfermagem de Manaus e do programa de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Amazonas, ambas podem ser encontradas pelos endereços: Rua Terezina, n.495, Bairro Adrianópolis CEP: 69.057-070 telefone: (92) 33051181/ Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus - AM, 69065-001, Brasil Telefone: (92) 3878-4351.

“A pesquisa tem como objetivo descrever processos adaptativos dos pacientes crônicos em hemodiálise à luz da Teoria de Enfermagem de Calista Roy”. A sua participação consiste em responder dois instrumentos. O primeiro refere-se a um roteiro de entrevista, composto por 39 questões sobre os processos adaptativos. O outro refere-se a um instrumento para avaliar a sua qualidade de vida, composto por 24 itens. A aplicação dos instrumentos durará em média 60 minutos, podendo ser interrompido a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos a pesquisa, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Conseqüentemente as informações que aparecerão no texto serão de forma anônima e em conjunto com as respostas dos outros participantes da pesquisa, mantendo o sigilo de seu nome, e a imagem da instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Vale ressaltar que todas as pesquisas com seres humanos envolvem riscos, Os riscos em participar desta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados a possibilidade de desconforto emocional relacionado à reflexão das atividades práticas e sua experiência de vida, contudo estamos dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista se assim você desejar, retornando a coletar os dados tão logo se sinta à vontade para continuá-la ou caso necessite você será imediatamente encaminhado à equipe multiprofissional (psicólogo, enfermeiro e médico) da Instituição, sendo assegurado o seu direito a indenizações e cobertura material para qualquer possível dano decorrente da pesquisa.

Esta pesquisa não gerará custo nenhum para o (a) senhor (a), apenas precisaremos de alguns minutos para que responda o roteiro de entrevista e o instrumento para avaliar sua qualidade de vida. Este estudo não lhe trará benefícios diretos, porém para a sociedade e profissionais da saúde é muito importante. Você estará contribuindo para o aprimoramento profissional e melhoria das ações e cuidado da pessoa com doença renal crônica, baseada na integralidade do cuidado.

Este documento está redigido em duas vias, e deverá ser assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras e se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração 42 no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

APÊNDICE B – Instrumento

- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1. **Nome:** (Apelido): _____
2. **Pseudônimo:** _____
3. **Idade:** _____ (Anos)
4. **Sexo:** 1- () Masculino 2- () Feminino
5. **Estado civil:** 1- () Casado(a) 2- () Solteiro(a) 3- () Viúvo(a) 4- () União Estável 5- () Divorciado
6. **Moradia:** 1- () própria 2- () alugada 3- () cedida.
7. **Localização da residência:** 1- () cidade 2- () área urbana 3- () Interior do estado
4- Zona Leste () 5- Zona Norte () 6- Zona Sul () 7- Zona Oeste () 8- Outros _____
8. **Anos de estudo:** _____
9. **Ocupação /profissão:** _____
1- () Desempregado 2- () Aposentado/Beneficiário 3- () Outros
10. **Renda familiar (salários mínimos):** _____
11. **Religião:** 1- () Católico 2- () Evangélico 3- () Espírita 4- () Testemunha de Jeová 5- () Nenhuma
12. **Número de filhos** _____

2) CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

2.1 Doença de Base:

- 1- () Hipertensão arterial
 - 2- () Diabetes mellitus II
 - 3- () Genéticas/Hereditárias
 - 4- () Outros: _____
- 2.2 **Tabagismo:** 1 () sim 2 () Não 3 já fez uso ()
- 3.3 **Uso de álcool:** 1() sim 2 () Não 3 já fez uso ()

2.4 Qual foi o serviço de saúde que você procurou?

1. público ()
2. privado ()

3) TEMPO DE REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE E EXAMES LABORATORIAIS

- 3.1 **Idade (anos):** _____
- 3.2 **Tempo de Hd*(meses):** _____
- 3.3 **Hematócrito:** _____
- 3.4 **Albumina:** _____
- 3.5 **Creatinina :** _____
- 3.6 **Ferritina:** _____
- 3.7 **Nitrogênio ureico:** _____

4) DADOS ATUAIS DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

- 4.1 **Quantos anos possui a doença renal?** _____
- 4.2 **Quanto tempo realiza o tratamento hemodialítico?** _____
- 4.3 **Medicamentos:** _____
- 4.4 **Modalidade da dialise atual:**
1- () hemolenta 2- () clássica 3- () outra _____
- 4.5 **Duração em horas?** _____

4.6 Tipo de acesso Venoso para a HD? _____

4.7 Localização de acesso? _____

4.8 Problemas com o acesso? _____

4.9 Uso de anticoagulante? _____

5.0 Hemocomponentes durante a sessão de HD? _____

6.0 Complicações relacionada à DRC? _____

5) PERGUNTAS DE PESQUISA – MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY:

2. Modo fisiológico: Como você se vê antes e após o tratamento em hemodiálise?

1. Oxigenação: Como esta sua respiração? 1.() bom 2.() ruim 3.() normal

2. Nutrição: Como esta sua alimentação? 1.() bom 2.() ruim 3.() normal

3. Hidratação: Como esta seu consumo de água? 1.() bom 2.() ruim 3.() normal

4. Eliminação: Como esta sua urina? 1.() bom 2.() ruim 3.() normal

2. Modo de interdependência: Quais as pessoas lhe dão mais apoio neste momento?

1. Família ()

2. Amigos ()

3. Trabalho ()

APÊNDICE C

Solicitação de ajuda no envio de material auxiliar

callista.roy@bc.edu

Dissertação de Mestrado em Enfermagem UFAM - MANAUS -AMAZONAS-BRASIL

Alessandra Cristina Silva <crisrina.alessandra15@gmail.com>
para callista.roy

qua, 5 de jul de 2017 05:08

Olá Prezada Professora Dr. Callista Roy!

É um imenso orgulho enviar-lhe este e-mail, peço desculpas por não escrever-te em inglês, pois não domino a língua ainda.

Me chamo Alessandra Cristina da Silva, sou aluna de mestrado e irei utilizar sua teoria de adaptação em meu trabalho:

PROCESSOS ADAPTATIVOS AO DOENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE: NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALISTA ROY
este estudo será com doentes renais crônicos em um hospital de Manaus.

Minha pergunta é saber se a senhora poderia fornecer materiais de sua nova revisão da MAR, ou qualquer outro material, que possa me auxiliar na avaliação dos seus quatro modelos : fisiológico; autoconceito; função do papel e interdependência.

Ficaria muito grata em seu retorno.

Att: Alessandra Cristina da Silva, Mestranda pela Escola de Enfermagem de Manaus-AM

Resposta: Teorista Profa. Dra Callista Roy

callista.roy@bc.edu

Sr Callista Roy <callista.roy@bc.edu>
para eu

13 de jul de 2017 11:38

inglês > português > [Ver mensagem original](#) [Sempre traduzir: inglês](#)

Prezada Sra Silva,
I apreciam ouvir de você sobre sua pesquisa e seu interesse em meu trabalho.
Estudando pacientes que estão doentes crônicos e em hemodiálise utilizando o Modelo de Adaptação de Roy é um approach. We promissor ter lido outros estudos em Inglês que fizeram isso.
Há duas maneiras de abordá-lo. Você pode olhar para todos os 4 modos adaptativos uma vez que todos são afetados. Além disso, é possível selecionar apenas um ou dois que podem ser mais afetados para simplificar a pesquisa. Sua revisão da literatura pode dizer quais são os mais importantes. Nós ainda não ter boas ferramentas de pesquisa para medir os resultados em quatro modos.
No entanto, estou anexando um artigo que estuda os instrumentos mais utilizados com o Modelo de Adaptação de Roy.
Além disso, o instrumento para medir lidar agora tem um pequeno formulário e traduções em várias línguas, mas ainda não português. Vou anexar os CAPS-SF (Coping e Forma de Processamento de Adaptação Scale-Curto e o Manual do Utilizador.
Desejo-lhe felicidades com os estudos dos seus mestres e suas contribuições contínuas para a enfermagem.
Paz,
Sr. Callista Roy

Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Professor & enfermeira Theorist
Escola de Enfermagem de Connell Boston College
140 Commonwealth Ave.
Chestnut Hill, MA 02467
617-552-8811

3 anexos

ANEXOS
ANEXO A
TERMO DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA Nº. 118/2017

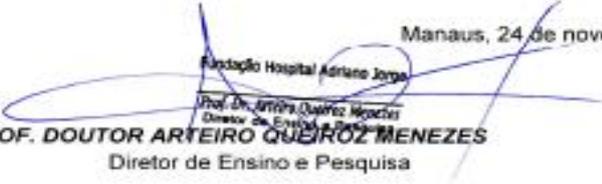
Utilizo-me desta para informar que o projeto de pesquisa intitulado "**PROCESSOS ADAPTATIVOS AO DOCENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALISTA ROY**", tendo como Pesquisadora Responsável a Doutora **GILSIRENE SCANTELBURY DE ALMEIDA**, tem autorização para realizar coleta de dados nesta Fundação.

Informamos ainda que a referida pesquisa só **deverá ser iniciada após parecer de aprovação emitido pelo CEP** ao qual foi submetido e a cópia do Parecer Consubstanciado deverá ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Fundação para apreciação e outras providências.

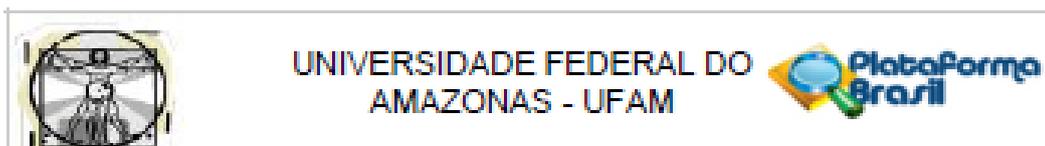
A Fundação Hospital Adriano Jorge não será responsável pelos custos da pesquisa e todos os procedimentos referentes à mesma serão de responsabilidade do Pesquisador e das instituições de vínculo.

O Pesquisador Responsável também se compromete, mediante esta autorização, enviar ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Fundação **os resultados finais e relatório referente à pesquisa realizada e, sempre que necessário, deverá responder quaisquer questionamentos** sobre a mesma de acordo com o Regimento Interno deste Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge.

Manaus, 24 de novembro de 2017.


 Fundação Hospital Adriano Jorge
 Prof. Dr. Artur Queiroz Menezes
 Diretor de Ensino e Pesquisa
PROF. DOUTOR ARTEIRO QUEIROZ MENEZES
 Diretor de Ensino e Pesquisa

PARECER CONSUSBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer 2472/091

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows), versão 22.0. Resultados esperados
 Caracterizar os pacientes em tratamento dialítico em Hospitais de Manaus, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos. Descrever o nível de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico. Identificar, a partir do modelo de adaptação de Roy, os modos adaptativos afetados nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL-Descrever processos adaptativos dos pacientes crônicos em hemodiálise à luz da Teoria de Enfermagem de Galista Roy.

ESPECÍFICOS - Caracterizar os pacientes em tratamento hemodialítico em Hospital Público de Manaus, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos.- Descrever o nível de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico. - Identificar, a partir do modelo de adaptação de Roy, os modos adaptativos afetados nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS - Conforme Resolução do CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, contudo, nesta pesquisa riscos são considerados mínimos e estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante o processo da entrevista, ao recordar de situações experienciadas no seu cotidiano, mas terá a liberdade de não responder e parar a entrevista a qualquer momento, e assim que desejar estaremos à disposição para conversarmos sobre o assunto. Cabe ressaltar que esta pesquisa não gerará custo nenhum ao participante, apenas serão necessários alguns minutos para responder o roteiro de entrevista e o instrumento. Os resultados obtidos por meio desta pesquisa, não lhe trarão como benefícios diretos, porém para a sociedade e profissionais da saúde será muito importante, pois será através deste estudo, que poderemos apropriar a realidade local, nas possibilidades de um cuidado integrativo. Você estará contribuindo para o aprimoramento profissional e melhoria das ações de promoção, prevenção, e cuidado da pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, bem como seus processos adaptativos baseados na integralidade do cuidado, sem penalização alguma e sem prejuízo; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Reservando o direito a indenização para reparação de eventuais danos decorrentes da pesquisa (BRASIL, 2013).O participante da pesquisa, e/ou acompanhante (se houver) entrevistado terá assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação a danos, causados pela pesquisa, caso seja solicitado durante a realização da entrevista, prevista na resolução 466/12 CNS. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adriadópolis

CEP: 69.067-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.472.091

em (anexo A), informa sobre a responsabilidade inclusiva em obter indenizações por danos eventuais no ato da entrevista. No caso em que for identificado desequilíbrio emocional os sujeitos serão imediatamente encaminhados à equipe multiprofissional (psicólogo, enfermeiro e médico) da Instituição Fundação Adriano Jorge no setor do ambulatório para o acompanhamento ao atendimento especializado necessário. Entretanto os setores serão previamente informados, quanto à atividade de coleta de dados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1 TIPO DE ESTUDO- Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, que refere-se a um conjunto de processos sequenciais e comprobatórios, utilizando a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Nesta pesquisa objetivamos descrever processos adaptativos dos pacientes crônicos em hemodiálise à luz da Teoria de Enfermagem de Callista Roy. Para tanto, iremos caracterizar os pacientes em tratamento hemodialítico em uma Instituição Pública do município de Manaus, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos identificando a qualidade de vida destes pacientes em seguida, iremos comparar com o modelo de adaptação de Roy, os modos adaptativos mais afetados nos pacientes em tratamento hemodialítico dos entrevistados, que aceitarem participar da pesquisa.

População e amostra do estudo - A população do estudo serão os pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico cadastrados na Fundação Hospital Adriano Jorge. Espera-se entrevistar o universo de 175 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico cadastrados na referida fundação e que aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).A amostra será estratificada da população de pacientes com Doença Renal Crônica maiores de 18 anos, em tratamento hemodialítico, atendidos no Centro de Hemodiálise de um Hospital Público na cidade de Manaus no período de março a maio de 2018 por meio de um instrumento de entrevista que aproxime os aspectos adaptativos e um instrumento de qualidade de vida. Estimamos que sejam coletadas informações de aproximadamente cento e setenta e cinco (175) pacientes renais crônicos.O N desta pesquisa será submetido à análise estatística do Laboratório de Bioestatística da UFAM a fim de caracterizar a realidade das informações colhidas e estimar a proporção de pacientes com DRC em hemodiálise.N= 175 (total estimado de atendimentos pacientes com DRC em hemodiálise).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Inclusão: Apresentar diagnóstico médico de doença renal crônica e estar cadastrado e submetido à

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

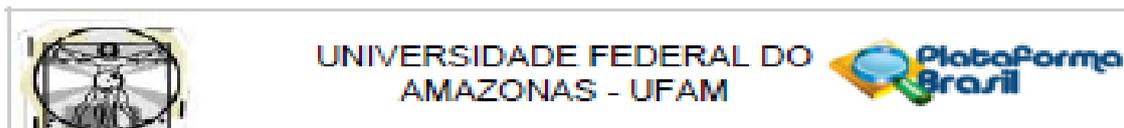
CEP: 69.087-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.472.091

hemodiálise na clínica Nefrológica da Instituição; -Ter Idade acima de 18 anos.

Exclusão: Pacientes renais crônicos com outras doenças não relacionadas ao quadro clínico, identificadas no prontuário e que possam alterar o perfil das respostas adaptativas dos indivíduos como: doenças oncológicas e/ou doenças neuro-degenerativas e pacientes indígenas.

Local do estudo - O estudo será realizado em uma Instituição pública Fundação Hospital Adriano Jorge. Esta Instituição foi selecionada, pois esta habilitada pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro de Referência em Alta Complexidade em Nefrologia. Trata-se de uma Instituição voltada aos eixos do ensino, pesquisa e extensão que integra o grupo de hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC), conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no município de Manaus, com uma população estimada de dois milhões de habitantes (BRASIL, 2016), mas também recebe pacientes do entorno da cidade, com abrangência relacionada a 12 municípios. A Instituição está habilitada pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro de Referência em Alta Complexidade em Nefrologia. O setor de nefrologia possui 35 pontos para fixação das máquinas de hemodiálise no qual funcionam em dois turnos. As consultas no serviço são agendadas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que possui fluxo contínuo dos pacientes atendidos, para cada alteração, inclusão de novos pacientes ao tratamento ou exclusão por transplante ou óbito. A Instituição possui ainda um ambulatório de nefrologia, no qual atuam médicos nefrologistas e enfermeiros especializados em nefrologia. Em média são realizadas de 300 atendimentos/mês.

Coleta de dados - Tem como propositura ocorrer no Centro de Hemodiálise de um Hospital Público na Cidade de Manaus no período de março a maio de 2018 por meio de um instrumento de entrevista que aproxime os aspectos adaptativos do modo fisiológico-físico e modo de interdependência e um instrumento de validado que avalie a qualidade de vida dos portadores da DRC o instrumento é o KDQOLSF-36.

Instrumento e coleta de dados- Para a coleta de dados será utilizado um único momento de entrevista, no qual serão empregados dois instrumentos, um roteiro de entrevista, elaborado pela pesquisadora principal deste estudo e outro denominado Kidney Disease Quality of Life Short Form-36 (Qualidade da Vida Renal-Forma Curta) (KDQOL-SF 36). O roteiro de entrevista contemplará informações referente à caracterização dos sujeitos (idade, sexo, estado civil, local de residência, moradia, localização da residência, escolaridade, ocupação, renda familiar, religião e número de filhos) caracterização clínica (doença de base, tabagismo, uso de álcool e serviço de saúde procurado), tempo de realização da hemodiálise e exames laboratoriais (idade, tempo de Hd, hematócrito, albumina, creatinina, ferritina, nitrogênio ureico) dados atuais do tratamento hemodialítico (tempo de existência da doença, tempo de realização do tratamento hemodialítico,

Endereço: Rua Teixeira, 495

Bairro: Adrianópolis

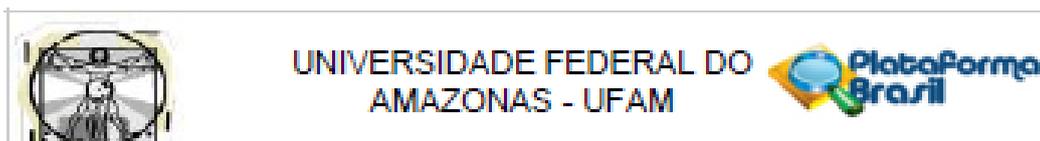
CEP: 69.067-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2472/091

medicamentos, modalidade da diálise atual, duração em horas, tipo de acesso venoso para Hd, localização do acesso, problemas com o acesso, uso de anticoagulante, hemocomponentes e complicações) e uma questão referente ao modelo de adaptação de Roy (Apêndice B). Para coleta de informações quanto ao Modelo de Adaptação de Roy composto por quatro modelos adaptativos: Modo fisiológico-físico; Modo de autoconceito; 3. Modo de função do papel; Modo da interdependência. Iremos analisar dois modos adaptativos mais afetados (conforme literatura) por conta da dependência do paciente com doença renal crônica na máquina de Hemodiálise, a saber: o modo fisiológico-físico, identificar processos básicos químicos envolvidos nesta função e nas suas atividades diárias no grau fisiológico e adaptativo apresentados pelo participante durante a entrevista. Outro aspecto a ser avaliado será o Modo da interdependência relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades, estruturas e desenvolvimento e potencial de adaptação das relações do dia a dia. O roteiro de entrevista será submetido ao pré-teste como um dos pacientes da clínica, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, no entanto não farão parte dos participantes da amostra. O objetivo é adequação do instrumento à compreensão dos pacientes. Quanto ao instrumento *Kidney Disease-Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36)* utilizaremos a versão abreviada de um questionário do *Medical Outcomes Study*, que avalia a qualidade de vida dos pacientes com DRC, por meio dos domínios funcionamento físico, função física, corporal, dor, estado geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações variam de 0 a 100, sendo o mais próximo do escore cem, aquela que indica melhor a Qualidade de Vida (QV) (BATISTA, 2015). Os dois instrumentos que serão lidos pelo pesquisador e a seguir marcadas as respostas correspondentes, nos itens com opções fechadas.

Este instrumento inclui o SF-36 (Short Form - 36 Item Health Survey), que é um instrumento de avaliação geral da QV, mais 43 itens sobre doença renal crônica. O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em quatro dimensões: 1-Sua Saúde (11 itens); 2-Sua doença renal (três itens); 3- Efeitos da Doença Renal sobre sua vida diária (oito itens); 4- Satisfação com o tratamento (dois itens); além destes, o instrumento apresenta um item que avalia o estado de saúde atual referente ao último ano. Para obter o escore de QV, os valores numéricos encontrados no questionário serão transformados em uma escala percentual 0% a 100% para cada dimensão, segundo o manual para uso e correção do KDQOL SF-36, de modo que altos escores indicam melhor QV na dimensão a ser analisada. Portanto, neste estudo, utilizaremos os escores das dimensões presentes no questionário KDQOL SF-36 distribuídos em faixas: 1ª faixa – escores de 0% a 20%; 2ª faixa – escores de 20,001% a 40%; 3ª faixa – escores de 40,001% a 60%; 4ª faixa – escores de 60,001% a 80%; 5ª faixa – escores de 80,001% a 100%. Para a análise da prevalência dos pacientes nas

Endereço: Rua Teixeira, 405

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3308-1181

CEP: 69.067-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.472.091

diferentes dimensões, a 1ª, a 2ª e a 3ª faixas representarão baixa QV e as 4ª e 5ª faixas, boa QV. A média dos escores para cada dimensão a ser analisada, possibilitará identificar problemas relacionados às determinadas áreas, bem como inferir sobre os fatores relacionados a prejuízos na qualidade de vida dos pacientes.

Tratamento e análise dos dados - Quantitativo: - Os dados da escala KDQOL-SF-36 serão digitados e transportados para a análise no programa software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows), versão 22.0. Serão calculados a média, mediana e desvio padrão; e o valor do p do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com intuito de verificar se a distribuição dos dados segue uma distribuição normal ou não normal. Será utilizado no SPSS o alfa de Cronbach (α) para verificar a consistência interna da escala KDQOL-SF36 adotando-se o valor de referência de 0,70, como satisfatório, pois considera-se boa confiabilidade valores de alfa iguais ou superiores a 0,60 (PASQUALI, 2013).

Modelo de adaptação de Roy e os processos adaptativos do DRC - Os dados coletados a partir do roteiro de entrevista do Modelo de adaptação de Roy, serão analisados: a frequência absoluta dos problemas adaptativos identificados nos dois componentes dos modos propostos a saber: o modo fisiológico-físico e modo de interdependência e, em seguida serão cruzados os resultados com os dados do Kidney Disease Quality of Life Short Form-36 (Qualidade da Vida Renal- Forma Curta) (KDQOL-SF 36).

Gronograma

CRONOGRAMA

Nº	Set	Out	Nov	Dez	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago									
				DESCRÇÃO		2016		2017							
1	Revisão Bibliográfica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Elaboração do projeto						X	X	X	X	X	X	X	X	
3	Qualificação								X	X	X				
4	Submissão ao Comitê de Ética														X

X

X

Endereço: Rua Teixeira, 405

Bairro: Adrianópolis

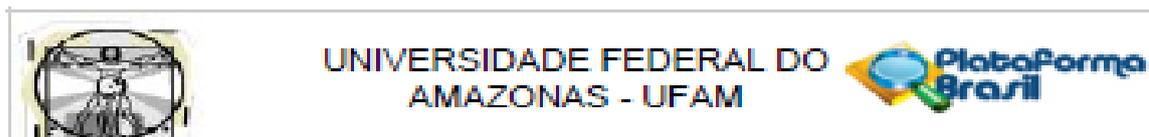
UF: AM

Telefone: (92)3305-1101

Município: MANAUS

CEP: 69.067-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2-472.091

5 Coleta de Dados

6 Análise dos dados

7 Discussão dos resultados e conclusão

X

8 Elaboração e submissão do artigo

X

9 Defesa da Dissertação

X

Orçamento Financeiro Total - R\$ 211,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela é uma versão 2 de uma dissertação de mestrado e contém todos os elementos de um estudo científico com: Introdução, Objetivos, Metodologia, Cronograma, Orçamento Financeiro,

Folha de Rosto - Contemplada e assinada pela Diretora em exercício da Escola de Enfermagem da UFAM, profa. Dra. Noeli Toledo,

TCLE - Contemplado,

Instrumento de coleta de dados - Contemplado,

Termo de Anuência - Contemplado e assinado pelo Diretor da FUAJAM, Médico Esp. Artério Meneses,

Riscos e Benefícios - Contemplados.

Recomendações:

Não se Aplica

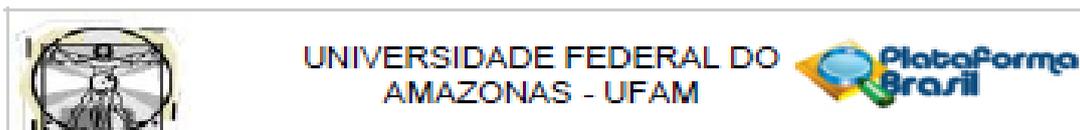
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto somos de Parecer pela Aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Teresina, 408	CEP: 69.067-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1101	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.472.091

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1042305.pdf	05/01/2018 16:20:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PB_Informacoes_Basica_doProjeto_comalteracoes.doc	05/01/2018 16:18:39	Alessandra Cristina da Silva	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_processosadaptativos.doc	05/01/2018 16:02:05	Alessandra Cristina da Silva	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2432679.pdf	05/01/2018 15:31:20	Alessandra Cristina da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhad RostoCONEP.pdf	29/11/2017 00:51:58	Alessandra Cristina da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

MANAUS, 23 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Ellana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 405
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.067-070
UF: AM Município: MANAUS E-mail: cep.ufam@gmail.com
Telefone: (02)3305-1181