



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – DEDC7 – SENHOR DO BONFIM
COLEGIADO DE ENFERMAGEM

ARLY SILVA OLIVEIRA

PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas
básicas.

SENHOR DO BONFIM – BA

2017

ARLY SILVA OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas
básicas.**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB/DEDC/Campus VII.

Orientadora: Prof. MSc. Christielle Lidianne Alencar Marinho.

**SENHOR DO BONFIM - BA
2017**

ARLY SILVA OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas
básicas.**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado a Banca Examinadora para apreciação e aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Departamento de Educação - Campus VII.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Christielle Lidianne Alencar Marinho- (UNEB) – Orientador

Prof. MSc Alana Mirele Colho Leite- (UNIVASF)

Prof. Dr Rudval Souza da Silva- (UNEB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sempre está presente em minha vida e o responsável por todas minhas conquistas, a quem sou grata por tudo. A minha mãe, Ayda, que sempre foi meu maior espelho, meu exemplo de superação e dedicação, pelo apoio e incentivo para os meus estudos, além de todo carinho, amor e compreensão em todos os momentos de minha vida, por sempre estar presentes tanto nos momentos mais difíceis quanto nos de maior felicidade e por sempre desejar e fazer o melhor para mim.

A todos meus familiares e amigos que de certa forma colaboraram tanto com palavras de incentivo quanto torcendo pela realização deste momento... A minha orientadora, Christielle Alencar, pela colaboração, paciência, dedicação e ensinamentos. Aos responsáveis e funcionários da Clinefro de Senhor do Bonfim por aceitarem a realização da pesquisa e por toda ajuda e disponibilidade. A todos os professores presentes durante a graduação por todos os ensinamentos e conhecimentos compartilhados. A todos meus colegas- amigos da universidade pela convivência que proporcionou aprender a conviver com as diferenças. As minhas amigas Raesa, Ana Paula e Amanda, presentes que a graduação me proporcionou para a vida; por toda convivência, paciência, alegria e companheirismo que dedicaram a mim durante o curso.

GRATIDÃO!

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

IRC- Insuficiência Renal Crnica

NHB- Necessidades Humanas Básicas

SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS- Sistema nico de Saúde

TSR- Terapia de Substituição Renal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	8
3. OBJETIVO GERAL	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO	8
4.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO	8
4.2 O IMPACTO DA HEMODIÁLISE NA VIDA DOS PACIENTES	10
5. METODOLOGIA	12
5.1 TIPO DE ESTUDO	12
5.2 LOCAL DE ESTUDO	12
5.4 COLETA DE DADOS	13
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	14
5.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	14
5.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	15
REFERÊNCIAS	16
ARTIGO	19
RESUMO.....	19
INTRODUÇÃO	20
METODOLOGIA	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES.....	36
ANEXOS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença de evolução progressiva, com elevada morbidade e mortalidade, cuja incidência e prevalência têm aumentado no Brasil no mundo. Trata-se de uma doença que resulta numa perda gradual da capacidade excretora renal e da capacidade do rim para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico (MALDANER *et al* 2008; GOSHORN, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 84% do custo total da Terapia de Substituição Renal (TSR) e de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil, em 2013 existiam 658 centros de tratamento dialítico, estimando-se que nesse período cerca de 100.397 pacientes estavam em tratamento, e destes, 90,8% faziam hemodiálise (SESSO; *et al*, 2014).

A taxa de mortalidade anual estimada dos pacientes com insuficiência renal crônica é de 17,9% (SESSO; *et al*, 2014).

Relacionado à progressão, a IRC evolui em seis diferentes estágios funcionais, sendo que para efeito de tratamento são convencionados cinco estágios (Fase de lesão com função renal normal, Fase de insuficiência renal funcional ou leve, Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada, Fase de insuficiência renal clínica ou severa, Fase terminal de insuficiência renal crônica) e a fase de duração de cada um destes depende da etiologia e do seu manejo. Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal da IRC) a função renal está escassa e os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do indivíduo, havendo assim a necessidade de tratamento substitutivo, através de diálise peritoneal (DP), hemodiálise (HD) ou transplante renal (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Apesar dos avanços tecnológicos no tratamento dialítico, e no aumento da sobrevivência dos pacientes, o nível de qualidade de vida destes vem sendo mais baixo do que o da população geral, já que o diagnóstico da patologia crônica exerce um impacto em seu cotidiano (TAKEMOTO; *et al.*, 2011).

O tratamento dialítico em si e a maneira como o paciente lida com a doença pode ocasionar mudanças no estilo de vida e trazer limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida, atingindo muitas vezes também os familiares desses pacientes (SILVA; SILVEIRA; FERNANDES *et al*, 2011).

O objetivo do estudo é conhecer a vivência de pacientes renais crônicos após a descoberta da patologia e início do tratamento de hemodiálise, relacionando-as à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (NHB).

2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Sabe-se que diversas mudanças ocorrem na vida dos pacientes submetidos ao tratamento dialítico, envolvendo diversos aspectos da vida pessoal relacionadas principalmente ao fisiológico, e também da vida social, portanto torna-se necessário conhecer como esse tratamento vem afetar a qualidade de vida dos pacientes.

Desse modo o presente estudo torna-se relevante, à medida que apresenta uma visão mais abrangente acerca da qualidade de vida dos pacientes atendidos na unidade lócus da pesquisa, permitindo, portanto que o tratamento oferecido pelos profissionais da saúde, em especial pela equipe de enfermagem, possa auxiliá-los a viver com a melhor qualidade de vida possível, independente das limitações da doença e do próprio tratamento e que considerem a importância desses aspectos na sua abordagem e no seu plano de cuidados.

3. OBJETIVO GERAL

Conhecer a vivência de pacientes renais crônicos após a descoberta da patologia e início do tratamento de hemodiálise, relacionando-as à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (NHB).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença de evolução progressiva que decorre de uma perda progressiva e geralmente lenta, da capacidade excretora e metabólica renal (MALDANER *et al* 2008; GOSHORN, 2012).

O tratamento da IRC é composto de duas etapas: na primeira, o tratamento conservador, antes da necessidade da terapia de substituição da função renal, e que possui escassa atenção devida muitas das vezes à demora no diagnóstico da doença e início desse tipo de tratamento; e na segunda, os métodos de substituição renal, incluindo as diversas modalidades de diálise e transplante renal (SOARES *et al* 2003).

Após o diagnóstico dessa patologia, torna-se necessária a implementação de uma terapia substitutiva, que muitas das vezes é a hemodiálise, a qual consiste num tratamento em que ocorre a circulação extracorpórea do sangue, que penetra numa membrana semipermeável artificial, imersa em uma solução eletrolítica que permite a filtração das toxinas do sangue por diferença de concentração e a perda de líquidos por pressão exercida no sistema. Com o processo de hemodiálise o paciente renal tem consequentemente melhoria da qualidade de vida e a manutenção do bem estar físico e da capacidade cognitiva (CAMPOS; TURATO, 2010; ABREU; SANTOS, 2013).

A história de vida de cada paciente e sua individualidade têm influencia direta na forma de vivenciar o tratamento hemodialítico, e apesar dos benefícios, a terapia pode repercutir negativamente nos diversos âmbitos da vida do paciente (fisiológicos, sociais, psicológicos, entre outros) (CAMPOS; TURATO, 2010).

A IRC e o tratamento hemodialítico, causam forte impacto na vida dos pacientes. Diversos estudos demonstram um comprometimento na qualidade de vida destes pacientes nos mais variados aspectos como: situação de trabalho, funcionamento físico, dor em alguma intensidade que interfere no trabalho e/ou em suas atividades cotidianas, sentimento de falta de atividades que antes eram realizadas frequentemente, sendo que

estes podem até mesmo interferir em outras dimensões da vida. (SORTE, MODESTO, 2014; MARTINS, CERQUEIRA, 2014; LOPES, FUKUSHIMA, et al., 2014.)

4.2 O IMPACTO DA HEMODIÁLISE NA VIDA DOS PACIENTES

Segundo Santos; Rocha; Berardinelli (2011), a IRC e seu tratamento resultam na diminuição da capacidade física e emocional e interferem na vida cotidiana limitando ou impedindo a realização de suas atividades, sendo estas limitações causadas por problemas de saúde físicos ou emocionais; condição de trabalho; capacidade funcional e sobrecarga imposta pela doença renal.

O rebaixamento na qualidade de vida de pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico aparece em aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, sendo que o aspecto físico traz impacto negativo mais significativo, devido à dor física, tratamento médico para levar uma vida diária, e a fadiga no dia-a-dia e pós-dialise; além disso, podem surgir também diferentes adaptações mentais após o início deste tratamento. (SERRATE, 2013; SILVA; ARAUJO; PEREZ; SOUZA, 2011).

Estudos demonstram que o tratamento podem ser também geradas desordens emocionais resultantes do processo de adaptação a situação, que são intensificadas com a sintomatologia da doença e as reações adversas da terapia hemodialítica. A percepção dos pacientes quanto à função cognitiva, suporte social, função sexual e qualidade de interação social são modificadas em menor grau de intensidade em relação ao aspecto físico, a situação de trabalho e a saúde geral; que possuem maiores prejuízos (FUKUSHIMA; INOUE; LOPES; *et al*, 2014; SILVA; SILVA, 2011).

Apesar de a hemodiálise representar uma esperança de vida, já que a doença é um processo irreversível, observa-se que existe entre os pacientes uma dificuldade de adesão ao tratamento, devido a fatores como a não aceitação da doença, a percepção de si próprio e ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007).

4.3 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A teoria de Wanda Horta, sobre as necessidades humanas básicas foi escrita na década de 1970, tendo como objeto a assistência do ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas (BUB; GARCIA, 2010).

Para tanto, Horta criou uma série de definições e operacionalizou uma forma de assistência baseada nas necessidades não satisfeitas do “paciente”, família ou comunidade; trazendo a definição dos três tipos de sujeitos da enfermagem; o ser-enfermeiro (ser humano com conhecimentos habilidades e formação); o ser-cliente (ser que necessita de cuidados de outros seres humanos em diversas etapas do ciclo vital) e o ser-enfermagem (interação entre ser-enfermeiro e ser- cliente, que objetiva atender as necessidades humanas básicas). (HORTA, 1979 apud BUB; GARCIA, 2010).

Segundo Leopardi (1999), Horta percebe o ser humano como integrante do universo, e desta integração é que surgem os estado de desequilíbrio e equilíbrio no tempo e espaço, e por meio desse processo interativo este busca satisfazer suas necessidades humanas básicas.

Horta fundamentou sua teoria na aquisição de conhecimentos sobre o indivíduo, família e comunidade; e nas trocas de energia com seu ecossistema, sua natureza, as leis que regem o universo, no tempo, no espaço, e seu dinamismo sobre o objeto. A classificação das necessidades adotou a denominação de João Mohana para expressar a hierarquia das NHB: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo que apenas os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos, pois o nível psicoespiritual pertence exclusivamente aos seres humanos no contexto da complexidade humana (HORTA, 1979 apud BUB; GARCIA, 2010).

Segundo Horta (1979) apud Bub e Garcia (2010), são definidas três leis gerais que regem sua teoria, sendo elas a lei do equilíbrio que trata da homeostase e define que "todo universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre seus seres"; a lei da adaptação segundo a qual "todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; e a lei do holismo que considera o "[...] universo como um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é uma mera soma das partes constituintes"

Segundo Neves (2006) as necessidades humanas básicas são aspectos, tais como alimento, água, segurança e amor, necessários para a sobrevivência e a saúde, sendo que essas seguem uma hierarquia e podem ser influenciáveis ao comportamento humano, sendo assim o mesmo autor relata que:

“A hierarquia das necessidades humanas organiza as necessidades básicas em cinco níveis de prioridade. O nível mais básico, ou o primeiro, inclui as necessidades fisiológicas, tais como ar, água e alimento. O segundo nível inclui as necessidades de segurança e proteção, compreendendo a segurança física e psicológica. O terceiro nível contém as necessidades de amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual. O quarto nível engloba as necessidades de autoestima, que envolvem a autoconfiança, a utilidade, o propósito e autovalorização. O último nível é a necessidade de auto realização, o estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações de vida. “

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa que busca conhecer a percepções de mudanças na vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise, o que possibilita o compartilhamento de significados, crenças, valores, modo de viver após o início do tratamento dialítico.

Segundo Marconi e Lakatos (2009) a pesquisa exploratória é uma investigação empírica que tem como finalidade desenvolver hipóteses; aumentar a familiaridade do pesquisador com determinado ambiente, fato ou fenômeno; e clarificar conceitos.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa ocorrerá na CLINEFRO, uma clínica especializada, fundada na cidade de Senhor do Bonfim, em 01 de setembro de 2009, a partir da necessidade do município e região em possuir uma clínica que fornece serviços específicos de nefrologia e tratamentos para

pacientes renais crônicos. Trata-se de uma clínica de esfera administrativa privada, que fornece serviço a SUS, atendendo um número de 200 pacientes em uso de hemodiálise, onde operam 38 máquinas, que funciona em três turnos, dando suporte a pacientes com IRC, disponibilizando tratamento de diálise. Sendo composta por um quadro de 43 funcionários entre esses, médicos clínicos, médicos nefrologistas, técnicos em enfermagem, enfermeiros, gerente administrativo, assistente social e psicóloga, nutricionista.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O presente estudo será realizado com pacientes submetidos a tratamento hemodialítico na clínica supracitada.

Será realizado o levantamento das informações com pacientes residentes ou não no município lócus da pesquisa, sendo a escolha destes realizada de forma aleatória e de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter insuficiência renal crônica de qualquer etiologia e estar em tratamento de hemodiálise na CLINEFRO por um período mínimo de 3 meses; ter capacidade de compreensão preservada; ambos os sexos com idade superior a 18 anos e possuir um contato telefônico e ou e-mail para possíveis comunicações sobre a pesquisa. Como critério de exclusão serão adotados: está em tratamento hemodialítico a menos de 3 meses e possuir Insuficiência renal aguda (IRA).

Será adotado o critério de saturação de dados para determinar o número de participantes da amostra. Sendo, segundo Fontanella; Ricas; Turato (2008), a saturação uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigação qualitativa e responsável por estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo optou-se por usá-lo para determinar o número de participantes desta pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados utilizada será a entrevista semi-estruturada (APENDICE A), que é um método de coleta de dados que combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Enfatizando-se que esta técnica possibilita inserir outras questões durante a entrevista, dependente à interação do pesquisador e sujeito e as respostas deste último (MINAYO, 2010).

A entrevista será realizada em momento único e oportuno para os colaboradores da pesquisa, sendo esta coleta realizada antes ou após a sessão de hemodiálise, em ambiente privativo, por meio de gravação de voz. Serão coletados dados relacionados às suas percepções de mudanças de vida relacionadas aos aspectos incluídos na teoria das necessidades humanas básicas (Apêndice B) (**psicobiológicas**- oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas e sexualidade; **psicossociais**- liberdade, amor, segurança, comunicação, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação tempo/espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção; e **psicoespirituais**- religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida) após iniciar o tratamento de hemodiálise.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados será aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Seguindo as etapas de pré- análise, na qual após a transcrição literal dos áudios das entrevistas, será realizada a leitura das entrevistas para assim apreender os sentidos das falas dos sujeitos; exploração do material, onde terá início à separação das ideias, frases e parágrafos que identifiquem as convergências e divergências dos participantes em relação à temática do estudo. Por fim, na etapa de inferência, será feita a organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas dos sujeitos, realizando releituras sucessivas e exaustivas dos textos, para de delinear as primeiras ideias e selecionar as categorias que supostamente responderiam às questões da pesquisa.

Os dados serão analisados a partir do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

5.6 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo atenderá a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. As informações serão coletadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia- CEP- UNEB, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelo colaborador, a quem será explicado o objetivo da pesquisa, a metodologia, além de riscos e benefícios.

Será assegurado o sigilo e anonimato quanto aos dados pessoais, sendo os participantes citados por pseudônimos.

O material utilizado para a realização da pesquisa (transcrições e TCLE) será guardado durante cinco anos no arquivo pessoal da pesquisadora, em local seguro.

5.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

No estudo ora proposto segundo a Resolução 466/12, a autora desenvolverá ações que incorrerá em riscos mínimos aos seres humanos.

Considera-se nesta pesquisa o risco mínimo de alguns participantes se sentirem constrangidos ao responderem algumas questões sobre sua intimidade; no entanto, os mesmos serão assegurados sobre a confidencialidade dos dados e das informações coletadas, e garantidos de que os resultados serão obtidos apenas para alcançar os objetivos da pesquisa, incluindo a sua publicação na literatura científica especializada.

A beneficência da pesquisa se baseia na contribuição para a construção do conhecimento de enfermagem na área específica da nefrologia, possibilitando conhecer as particularidades dos portadores de IRC, na possibilidade de traçar estratégias e ações específicas futuras voltadas para a melhor qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I.S.; SANTOS, C.B. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 95-100. Jan/mar 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70 LDA; 2004.
- BUB, M. B. C.; GARCIA, T. R. **Necessidade Humana: do mito à enfermagem atual**. In: Garcia, T.R.; Egry, E.Y (Col.). Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 41-63.
- CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. **Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 5. Set./Out. 2010.
- FONTANELLA, B. J .B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de janeiro 2007, v. 24, n.1, pp. 17-27.
- GOSHORN, J. **Tratamento de pacientes com distúrbios urinários e renais**. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem médico - cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1086-1134.
- GRASSELLI, C.S.M; CHAVES, E.C.L; SIMÃO, T.P.; *et al*. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise**. Rev. Bras Clin Med. São Paulo, v.10, n. 6, p. 503-7. Nov-dez 2012.
- LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.
- LOPES, J. M.; FUKUSHIMA, R.L.M.; INOUE, I.; PAVARINI, S.C.I.; ORLANDI, F.S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise**. *Acta Paul Enferm*. 2014; v.27, n.3, pp.230-6.
- LOPES, J.M. et al. **Qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes renais crônicos em diálise**. *Acta paul. enferm*. 2014, v. 27, n.3, pp. 230-236.

MALDANER C.R.; BEUTER M.; BRONDANI C.M.; BUDÓ M.L.D.; PAULETTO M.R. **Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre v.29, n. 4 p.647-53. Dez 2008.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: atlas 2009.

MARTINS, F.C.; CERQUEIRA, C.G. **Avaliação da qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise.** *Revista Eletrônica Multidisciplinar Pindorama IFBA.* 2014, v. 4, n. 5,pp. 101-112.

NEVES, R.S. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta.** Rev. bras. enferm. Brasília, v.59, n.4, Jul/Ago. 2006

ROMÃO, JUNIOR, J.E. **Diretrizes Brasileiras da Doença Renal Crônica. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004, v.26,n.3, pp.4-5.

SANTOS, I.; ROCHA, R.P.F.;BERARDINELLI, L.M.M. **Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado.** Esc Anna Nery. 2011, v.15, n., pp. 131-38.

SERRATE, R.K.R. **Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.** UNICEUB, 2013.

SESSO, R.C.C. et al. **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013.** *J. Bras. Nefrol.* [online]. 2014, v.36, n.4, pp. 476-481.

SILVA, A.S.; SILVEIRA, R.S; FERNANDES, G.F.M. **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 5. Set./Out. 2011.

SILVA, E.M.S.; SILVA, L.W.S. **Impacto da hemodiálise na vida de adolescentes acometidos pela insuficiência renal crônica.** *Adolesc Saude.* 2011, v.8, n.1, pp. 43-50.

SILVA, G.E; * ARAUJO, M.A.N.; PEREZ, F. SOUZA, J.C. **Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS.** *Psicólogo informação.* 2011, v.15, pp. 98-110.

SOARES C.M.B., DINIZ J.S.S., LIMA E.M., VASCONCELOS M.M., OLIVEIRA G.R., CANHESTRO M.R. **Curso clínico da insuficiência renal crônica em crianças e adolescentes admitidos no programa interdisciplinar do HC-UFMG.** *JBN.* 2003;v. 25, n.3, pp.117-25.

SORTE, E.T.B; MODESTO, A.P. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica: uma revisão integrativa.** *Revista Saúde e Desenvolvimento.* 2014, v.6, n.3, pp. 154-166.

SOUZA, E.F.; DE MARTINO, M.M.F; LOPES, M.H.B.M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King.** *Rev. esc. enferm. USP .* São Paulo 2007, v.41, n.4, pp. 629-635.

TAKEMOTO, A.Y., OKUBO, P., BEDENDO, J., & CARREIRA, L. **Avaliação da QV em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico.** *Revista Gaúcha Enfermagem.* 2011, v.32, n.2,pp. 256- 262.

ARTIGO

Os resultados da presente proposta de pesquisa está em formato de artigo.

Arly Silva Oliveira¹
Christielle Lidianne Alencar Marinho²

1. Acadêmica de Enfermagem da UNEB/Campus VII/ arly1@hotmail.com
2. Enfermeira. Mestre em Hebiatria. Professora do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII / christiellealencar@yahoo.com.br

A ser enviado a Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN

VIVÊNCIAS DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE: enfoque na teoria das necessidades humanas básicas

LIVING IN HEMODIALYSIS: a focus on the theory of basic human needs

RESUMO

Objetivo: Conhecer a vivência de pacientes renais crônicos após a descoberta da patologia e início do tratamento de hemodiálise, relacionando-as à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (NHB). **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa envolvendo pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) submetidos à hemodiálise. A organização dos dados foi realizada por meio do método de Bardin e analisadas com base na Teoria das Necessidades humanas Básicas. **Resultados:** Os pacientes em hemodiálise vivenciam diversas alterações em sua rotina de vida ao descobrir-se portador da doença. Isto faz com que várias necessidades humanas básicas sejam afetadas e diante disso, encontram meios de enfrentar essas transformações. **Considerações Finais:** A realização do tratamento e a convivência com a IRC envolvem aspectos complexos e mudanças na vida diária que interferem não somente no ponto de vista físico, bem como psicológico do indivíduo, o que acarreta na insatisfação das NHB psicobiológicas e psicossociais.

Key words: Nursing Theory; Renal Insufficiency, Chronic; Quality of Life.

Palabras clave: Teoría de Enfermería; Insuficiencia Renal Crónica; Calidad de Vida.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Insuficiência renal crônica; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença de evolução progressiva com elevada morbidade e mortalidade, cuja incidência e prevalência têm aumentado no Brasil e no mundo. Trata-se de uma condição clínica que resulta da presença de danos aos rins com perda gradual da capacidade excretora renal e da capacidade de manutenção do equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico⁽¹⁻²⁾.

O tratamento para a DRC envolve a terapia renal substitutiva, por meio de hemodiálise, realizada na maioria dos casos; ou ainda a diálise peritoneal, e quando possível o transplante renal. Diversos fatores como a limitação do lazer, a aceitação da doença, a interferência no trabalho, a restrição hídrica, a dificuldade de entendimento da doença, bem como o horário e tempo de duração da diálise estão diretamente envolvidos no processo de tratamento e também interferem no mesmo⁽⁴⁻⁶⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 84% do custo total da Terapia de Substituição Renal (TSR). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil, em 2013 existiam 658 centros de tratamento dialítico, estimando-se que nesse período cerca de 100.397 pacientes estavam em tratamento, e destes, 90,8% faziam hemodiálise. Ainda segundo a SBN, a taxa de mortalidade anual estimada dos pacientes com DRC é de 17,9%⁽³⁾.

Apesar dos avanços tecnológicos no tratamento dialítico, e no aumento da sobrevida dos pacientes, o nível de qualidade de vida destes vem sendo mais baixo do que o da população geral, já que o tratamento exerce um impacto em seu cotidiano e essas mudanças trazem limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais atingindo muitas vezes também os familiares desses indivíduos⁽⁷⁻⁸⁾.

Considerando esses aspectos, a abordagem desse estudo traz a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, como direcionamento teórico para a análise dos dados.

Esse modelo teórico é regido pelas leis do equilíbrio (homeostase), da adaptação e do holismo e está baseado nas manifestações das necessidades humanas básicas que se revelam como estados de desequilíbrios homeostáticos. Essas necessidades demonstram-se flexíveis, cíclicas, se interrelacionam e são universais a todos os seres humanos, entretanto a forma de supri-las é individualizada a cada ser⁽⁹⁾.

Nesse sentido faz-se necessário considerar a relevância dessas questões para o paciente em terapia renal substitutiva, de modo a manter uma abordagem cada vez mais especializada e individualizada, para que o plano terapêutico, especialmente da equipe de enfermagem, venha suprir ao máximo as necessidades desses pacientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria de Wanda Horta sobre as necessidades humanas básicas foi escrita na década de 1970, tendo como objeto a assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas. Para tanto, Horta criou uma série de definições e operacionalizou uma forma de direcionamento da assistência baseada nas necessidades não satisfeitas do paciente, família ou comunidade⁽¹⁰⁾.

Deste modo classificou as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo que apenas os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos, pois o nível psicoespiritual pertence exclusivamente aos seres humanos no contexto da complexidade humana⁽⁹⁾.

As necessidades psicobiológicas relacionam-se aos aspectos necessários à vida do ponto de vista biológico e constitui-se o alicerce para as demais necessidades humanas. É o nível mais elementar para ser atendido pelo enfermeiro ao oferecer o cuidado de enfermagem, constituindo-se em: oxigenação, nutrição, hidratação, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo mucosa, integridade física, regulação, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica⁽⁹⁻¹¹⁾.

O aspecto psicossocial reflete os anseios do ser humano presente a partir das relações e interações sociais. Relacionam-se à convivência com os outros seres humanos, família, nas instituições sociais e políticas⁽¹¹⁾. Wanda Horta considerou como necessidades psicossociais amor, segurança, gregária, atenção, auto-estima, auto-realização, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, recreação e lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, autoimagem, atenção e participação. Essas Estas estão intimamente relacionadas às

necessidades psicobiológicas e espirituais e o desequilíbrio em uma delas, atinge o indivíduo como um todo^(9,11).

As Necessidades Psicoespirituais estão ligadas a questão teológica, religiosa e espiritual, e envolvem a tentativa de compreensão do homem sobre o que ele vive de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência no mundo⁽¹²⁾.

OBJETIVO

Conhecer as vivências de pacientes renais crônicos após a descoberta da patologia e início do tratamento de hemodiálise, relacionando-as à teoria das NHB de Wanda Horta .

METODOLOGIA

Aspectos éticos

De acordo com o estabelecido na Resolução 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, em junho 2016, sob parecer de Nº 158303/16. Para participação no estudo os pacientes em tratamento de hemodiálise foram consultados acerca da disponibilidade de participação na pesquisa e esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e sigilo de sua identidade. A participação foi voluntária e autorizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue em duas vias, permanecendo uma com o respondente e outra com o pesquisador. A representação do nome dos sujeitos foi através da letra P seguida do número da entrevista (P1 a P10),garantindo o sigilo e anonimato dos mesmos durante todo o processo de pesquisa.

Tipo de estudo

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa envolvendo pacientes com IRC submetidos à hemodiálise.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O cenário de pesquisa foi uma Clínica de Nefrologia, localizada na cidade de Senhor do Bonfim, no estado da Bahia.

A unidade atende diariamente cerca de 100 pacientes nos turnos da manhã, tarde e noite (6h, 11h, 16h), sendo que esses pacientes frequentam a unidade para realização do tratamento 3 vezes por semana em dias alternados (segunda, quarta e sexta e terça, quinta e sábado).

Fonte de dados

Participaram do estudo dez pacientes em tratamento hemodialítico os quais atenderam aos critérios de inclusão que foram: ter insuficiência renal crônica de qualquer etiologia e estar em tratamento de hemodiálise por um período mínimo de 3 meses, ter capacidade de compreensão preservada, idade superior a 18 anos e possuir um contato telefônico e ou e-mail para possíveis comunicações sobre a pesquisa.

Os indivíduos foram selecionados conforme interesse em participação do estudo e a coleta de dados foi encerrada quando houve saturação do conteúdo das falas⁽¹³⁾.

Coleta e organização dos dados

As entrevistas foram realizadas durante a sessão de hemodiálise, próximo ao paciente, de maneira a manter sua privacidade nas respostas, no período de dezembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi utilizado um instrumento semiestruturado contendo perguntas relacionadas às percepções de mudanças na vida do paciente que realiza hemodiálise após o início do tratamento, com enfoque na teoria das NHB e sua influência no modo de viver. As entrevistas foram gravadas em áudio, com tempo médio de duração de 15 minutos e posteriormente foram transcritas na íntegra.

As entrevistas foram organizadas segundo o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin⁽¹⁴⁾ seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e inferência através da organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas dos sujeitos, realizando releituras sucessivas e exaustivas dos textos, para delinear as primeiras ideias e selecionar as categorias que supostamente responderiam às questões da pesquisa.

Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizado como referencial teórico a Teoria das NHB de Wanda Horta⁽⁹⁾.

A partir dos dados que foram ordenados e da metodologia de análise, foram viabilizados os seguintes eixos temáticos: Mudanças na rotina de vida e Estratégias de enfrentamento do tratamento, os quais foram divididos respectivamente nas subcategorias: Restrições da dieta e ingestão hídrica, Alterações no sono com o início do tratamento, Desagregação familiar, Atividades de lazer prejudicadas, para o primeiro eixo; e O tempo, Suporte positivo da Equipe de saúde, A Espiritualidade e A percepção da melhora dos sintomas para o segundo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez (10) pacientes, destes, seis (6) eram do sexo feminino e quatro (4) do sexo masculino. A idade dos pacientes do estudo variou entre de 31 e 65 anos (média 47,4 anos). O tempo mínimo de tratamento foi de 04 meses e máximo foi de 11 anos.

Todos os pacientes residiam na região do Piemonte Norte do Itapicuru, no estado da Bahia, e a maioria deles segue a religião católica. Todos os pacientes do estudo têm baixo grau de escolaridade, a maioria completou apenas o ensino fundamental. Quanto à renda familiar mensal, a maioria possui até um salário mínimo.

A análise das entrevistas transcritas revelou que os pacientes renais crônicos em hemodiálise vivenciam diversas mudanças em sua rotina de vida ao descobrir-se portador da doença. Isto faz com que várias necessidades humanas básicas sejam afetadas. Diante disso, os indivíduos encontraram meios de enfrentar essas modificações, o que favorece uma melhor qualidade de vida. Tais aspectos serão discutidos nas categorias e subcategorias a seguir.

MUDANÇAS NA ROTINA DE VIDA

Toda doença crônica acarreta em mudanças para seu portador, seja pelos próprios sintomas da patologia ou pelo tratamento por ela imposta. Diversas foram as modificações ocorridas na rotina dos entrevistados com a descoberta da insuficiência renal crônica e o início do tratamento de hemodiálise, passando por várias necessidades básicas de cunho psicobiológico e psicossocial, percebidas nas subcategorias abaixo:

Restrições da dieta e ingestão hídrica

Os pacientes relataram grandes mudanças relacionadas ao padrão alimentar e ingestão hídrica após o início do tratamento dialítico. A dificuldade para manter uma dieta regrada, além da necessidade de uma ingestão hídrica restritiva gerou um sofrimento aos pacientes, principalmente por eles entenderem que estas restrições influenciam na sua piora clínica.

Por que eu não posso tomar água, assim, é o que eu acho mais absurdo, aqui pra nós. Tirar a água de nós é como tirar a vida, a gente sente muita sede, muita, muita, muita mesmo, é tanto que eu cheguei aqui hoje com 3kg, e é água, esses 3kg é água que eu não controlo, eu não controlo, quem diz que controla tá mentindo, porque a sede é demais você sente o lábio seco. P09

Não me sinto bem, por que tem muita coisa que a gente tem vontade de comer e não pode mais. A gente tem vontade de comer igual aos outros e não pode, coisas que não pode nunca mais, e a gente pra viver tem que cumprir o tratamento (...) ou segue, ou então fica pior. P10

Líquido eu não posso beber de jeito nenhum. Me sinto mal, às vezes me dá vontade de beber água e eu não posso mas é assim. P06

Mudou só assim algumas coisas nas frutas e na comida balanceada. Não é uma comida muito potássio essas coisas, fósforo, é balanceada. Mas eu como tudo moderado. P07

As restrições impostas pela IRC e, conseqüentemente, seu tratamento, são rigorosas. Ocorre a necessidade de mudanças de hábitos na alimentação e ingestão hídrica, exigindo um controle maior por parte do indivíduo, a fim de evitar complicações. A não adesão eficaz às restrições de dieta, referente ao sódio, proteínas, potássio e líquidos vem como fator decisivo no ganho de peso entre as sessões de hemodiálise, trazendo como consequência o desequilíbrio de necessidades básicas destes indivíduos⁽¹⁵⁾.

Além do citado, fatores individuais como crenças, e a forma como o paciente confronta a doença e seus problemas de saúde influenciam diretamente nos níveis de adesão à dieta e à ingestão hídrica⁽¹⁶⁾.

O conhecimento por parte dos pacientes do risco da não adesão à dieta e ingestão hídrica para sua condição clínica consiste em um elemento que embasa a autogestão do cuidado à saúde e a doença, através da escolha e tomada de decisão necessária e complementar ao tratamento dialítico. A equipe de enfermagem tem papel importante no auxílio dessa população na tomada de decisão em favor do seu autocuidado, através de orientações e esclarecimentos.

Alterações no sono no início do tratamento

O sono é um processo complexo, que ocorre diariamente no ser humano sem o qual não é possível viver. Foi percebido em algumas falas que ao iniciar o tratamento, os pacientes apresentaram dificuldades para dormir, necessitando até mesmo do apoio de medicações para tal. “Agora eu to dormindo um pouquinho, mas no começo tinha que ser no calmante, a médica passou o calmante e agora eu não tomo mais não, hoje já durmo.” P10 ; “Agora eu durmo bem mesmo.” P08.

Este fato pode estar relacionado à nova situação imposta ao paciente pela descoberta de uma doença crônica e pelo medo do desconhecido, uma vez que o indivíduo não tem tempo para elaborar um novo significado a sua vida e já necessita realizar o tratamento.

A privação do sono pode trazer consequências físicas e psíquicas, como perda de concentração, cansaço, fadiga, aumento das dores, perda de apetite, alteração da pressão arterial, além de afetar negativamente sentimentos, ideias e motivações do indivíduo⁽¹⁷⁾.

No paciente com DRC, a ansiedade e a dificuldade em conciliar o sono estão interligadas, principalmente porque o paciente tem dúvidas sobre o futuro. Este conflito relacionado ainda aos fatores físicos, como volume excessivo de líquidos, dores e fadiga, intensificam ainda mais a insegurança, gerando ansiedade e perturbação no sono⁽¹⁸⁾.

Desagregação familiar

No que se diz respeito à família, percebeu-se pelas falas que a relação familiar foi afetada negativamente após o tratamento dialítico e o paciente sente falta deste suporte psicoemocional ofertado pelos familiares, conforme demonstrado nas falas a seguir:

Meu marido, ele era ate bom comigo, mas depois que eu comecei a fazer o tratamento ele ta péssimo dentro de casa, ele me xinga, eu chego lá ele não tá em casa, vai pro bar, pra festas, ele bebe e quando eu chego dentro de casa ele não tá, na hora que eu mais preciso no mundo ele não tá... ai ele fala que não vai ficar dentro de casa fazendo sentinela, não vai ficar esperando eu, que eu vou chegar doente... ai ele me maltrata direto, agora deu pra brigar comigo... direto só me maltratando... não tenho amizade com ninguém,... pra ter amizade com qualquer tipo de pessoa é melhor sair sozinha.P10

(...) Tem um bocado de irmã que nem pergunta se eu tô boa ou não. Só minha mãe mesmo, e meus filhos. Só mais os estranhos que pergunta como eu tô, do que a própria família. P02

A minha família uns ficaram com dó de mim, depois eles não acham que eu sou doente, não são de me visitar, eu moro de um lado e eles de outros, no mesmo bairro, não se preocupam não...P09

Com o adoecer, as relações sociais e familiares podem ser afetadas diretamente, e isso se torna desafiador na manutenção da estrutura psicossocial do indivíduo, muitas vezes pela dificuldade de compreensão e adaptação a nova realidade diante da doença e do tratamento⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O apoio familiar, em particular dos pais, filhos e esposos, exerce uma influência positiva na vivência em hemodiálise e permite que as dificuldades, sofrimentos e angústias sejam, ao menos, amenizados⁽²¹⁻²²⁾.

É importante salientar que com a descoberta da doença do ente familiar, os indivíduos também enfrentam mudanças em seu cotidiano, seja no aspecto de rotina diária, por ter que acompanhar o familiar ao tratamento, seja na questão financeira, que pode ocorrer sobrecarga ou no aspecto psicossocial ao dar apoio ao enfrentamento da doença. Assim, o familiar também precisa de um suporte para que consiga enfrentar todas as modificações ocorridas em seu núcleo familiar. A aproximação da família com a equipe de saúde é saudável tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para a equipe multiprofissional, possibilitando uma assistência direcionada às suas necessidades.

Atividades de lazer prejudicadas

Outra mudança bastante significativa relaciona-se a questão de recreação e lazer, onde são citadas muitas restrições que o próprio tratamento e a patologia impõem, que, além disso, acabam interferindo em outras necessidades como amor, gregária e autoestima. Ademais, o desconforto físico determinado pelas manifestações clínicas da doença e do tratamento foi citado nos depoimentos, e pode interferir na satisfação de necessidades citadas anteriormente, bem como nas de caráter físico como exercício e atividades físicas e mecânica corporal.

A obrigação de realizar a hemodiálise de duas a três vezes por semana, com duração de três a quatro horas cada sessão, e as consequências físicas do tratamento, influenciam nas oportunidades de realizar atividades de lazer. Os pacientes relataram, com frequência, a impossibilidade de viajar devido à periodicidade do tratamento e a dificuldade em realizá-lo em outra cidade.

Atividade de lazer faço às vezes também. Porque tem dias que a gente não tá com disposição para ir. Se sente mais cansada e não está afim também. Eu saio sempre todo mês, uma vez ou outra. Na hora me sinto normal, mas depois me sinto cansada. P05

Eu me divertia, eu gostava de viajar, eu vivia em Brasília, São Paulo eu trabalhava fora. aí eu fiquei assim. Comecei a passar mal, aí foi o fato de eu

vir pra cá... eu gostava de tomar uma cervejinha... não posso mais fazer nada disso. P03

É... só ficou ruim porque agora não dá porque agora não dá pra eu ir pro pilar pra ver meu filho final de semana... eu ia passar o final de semana com ele,mas agora não estou indo mais não... P02

As mudanças no modo de viver e as limitações físicas dos pacientes acabam por impedir atividades de lazer e levam os pacientes ao afastamento do convívio social, limitando-os e interferindo na qualidade de vida^(23,24). Além do mais, pode ocorrer o fato de priorizar a satisfação de outras necessidades essenciais a sobrevivência em detrimento as atividades sociais⁽²⁵⁾.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO

Apesar das dificuldades e limitações enfrentadas, os pacientes encontraram formas para o enfrentamento eficaz das mudanças impostas pelo tratamento como demonstrado a seguir:

O tempo

Com o passar do tempo os pacientes aceitam o quanto é importante se adequarem ao tratamento hemodialítico. Apesar do relato dos participantes sobre a dificuldade para seguir a terapia, percebeu-se que com o tempo ocorre adaptação à rotina: “Já acostumei mais, mas no início foi muito difícil logo no início do tratamento eu me sentia triste, revoltada, mas agora não me importa mais não tem pessoas pior do que eu P05; “Mudou tudo... é foi um período muito difícil mas agora eu já tô mais acostumada... “Foi um período muito difícil, mas agora eu já tô mais acostumada.” P06; “...A gente tem que entender que nossa vida é assim o que você pode você faz, o que não pode não faz.” P08; “Eu me sinto bem agora, mas antes quando entrei no tratamento, que eu não sabia como era, eu ficava meio nervoso, mas depois quando você passa a conhecer.... pronto, você fica sossegado.” P04.

A adaptação ao diagnóstico e a convivência com a doença vem como um processo complexo, onde o paciente necessita lidar e aceitar as formas de enfrentamento impostas, sendo que muitas vezes ocorre o conformismo em relação a mesma, mas nem sempre configurado como aceitação positiva⁽²⁶⁾.

As situações adversas que surgem no início do tratamento, trazem consigo medo, dúvidas e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver⁽²⁷⁾. Com o passar do tempo, percebeu-se a ambivalência de sentimentos entre os pacientes. Ao mesmo tempo em que o tratamento é sua forma de sobrevivência, eles o vêem também como uma forma de sofrimento necessário, nesse sentido ocorre uma ressignificação do tratamento.

Assim, os pacientes tendem a aceitar a doença e o tratamento como uma forma de não agravar sua condição ao longo do tempo, e embora sofram com as repercussões em suas vidas, aprendem a se adaptar às alterações e com o tempo demonstram vivenciar o adoecimento e o tratamento com maior tranquilidade e conforto, apresentando-se nesse sentido, resilientes^(23,28).

A aceitação do paciente torna-se deste modo essencial para garantia de uma estabilidade psicológica e o enfrentamento da IRC, e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida e das relações interpessoais. A enfermeira pode nesse processo, criar grupos de apoio e discussão sobre temas relacionados à hemodiálise nos ambientes de compartilhamento social, incluindo a família, o paciente e a sociedade em geral, a fim de minimizar os estigmas e a falta de informações relacionadas à IRC.

Estudos apontam que a aceitação do tratamento passa por fatores internos da pessoa e externos a ela, e definem as redes de apoio, família e os amigos como apoio social no processo terapêutico como e um fator fundamental a segurança do paciente⁽²⁹⁾.

Suporte positivo da Equipe de saúde

O apoio da equipe de enfermagem ao paciente em hemodiálise pode surgir como uma oportunidade de suprir parte das necessidades psicossociais deste. O fato de se achar importante para alguém pode vir a melhorar aspectos como autoestima e autorealização do paciente, contribuindo assim para o suprimento dessas NHB.

O acolhimento no serviço de saúde foi percebido como uma das NHB alcançadas pelos entrevistados. Eles relatam receber suporte social da equipe:

O tratamento é vip mesmo. O pessoal da higienização, os técnicos, enfermeiros todo mundo aqui é gente boa. Os médicos tudo... a gente não tem que falar, tá entendendo? Somos bem tratados aqui se alguém falar que é maltratado aqui tá mentindo. P03

Sou bem atendida por todo mundo graças a Deus. Tanto faz médico, como enfermeira tudo me atende bem".P01

É fundamental que a equipe de enfermagem invista na educação em saúde constante com os pacientes renais crônicos, favorecendo para a convivência destes com seus limites, dentro de sua doença e tratamento. É essencial identificar as suas necessidades, incentiva-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos, possibilitando aos pacientes assumir os cuidados e controle do seu tratamento. Toda a teia de relações do indivíduo se altera com o tratamento hemodialítico, assim sendo, é relevante que o profissional se sensibilize para captar as necessidades e dificuldades da clientela assistida⁽²⁵⁾.

A Espiritualidade

O ser humano necessita de uma crença psíquicoespiritual, na qual expressa a dimensão religiosa ou teológica, ética e de visão de mundo⁽⁹⁾.

No estudo eles relatam a fé em um Deus, a qual ajuda no enfrentamento da doença de diversas formas, seja pela própria busca de força nessa crença, seja pelo apoio de terceiros quando voltados para um ambiente de apoio espiritual (igreja), seja pela esperança de cura. Apesar do citado, a fé não foi relacionada nas falas dos indivíduos a uma mudança exclusiva após o tratamento hemodialítico, ou seja, não houve uma relação temporal de aumento da fé após a constatação da doença e o início do tratamento: “O que eu tenho que tá passando estou passando. Só Deus que pode me curar.” P08; “Tá nas mãos de deus... se for pra meus rins voltar de novo a funcionar como eu já vi muitos aqui voltar a funcionar e sair daqui. Eu vou sair desse sofrimento, e eu creio.” P10; “Tem dias que choro bastante, outros dias não, deus me dá força eu fico aqui com as meninas vendo vídeo, vejo muito vídeo da igreja passo as 4 horas que nem vejo.” P09.

A religião/espiritualidade pode impactar positivamente na vivência do adoecimento crônico interferindo diretamente na aceitação e enfrentamento da doença⁽²³⁾, o que se reflete pela esperança de cura citada pelos pacientes.

Diversos autores⁽²¹⁻²⁴⁻³⁰⁾ abordam a ideia de que a espiritualidade neste contexto surge como um mecanismo que ajuda na convivência com o problema e suas limitações, além disso, auxilia no desenvolvimento de mecanismos e sentimentos para enfrentamento da doença.

Nesse contexto outro fator importante é a presença de profissionais preparados para lidarem com esta temática. Cabe ressaltar, no entanto, que muitas vezes os próprios profissionais não estão preparados para lidar com os aspectos espirituais e aceitar as práticas religiosas de outras pessoas, destituindo-se de qualquer influência pessoal, sendo este fato um desafio para a equipe de saúde.

A Percepção da melhora dos sintomas

Apesar dos pacientes se sentirem presos ao tratamento, algumas pessoas enfatizaram a diminuição dos sintomas anteriores à realização da hemodiálise, afirmando que o tratamento proporcionou alívio e maior bem-estar: “Eu fiquei bem melhor, graças a Deus, não é isso?, e ... eu desinchei toda, e... graças a Deus fiquei boa a vista o que eu cheguei aqui.” P01; “Tive uma vida melhor, eu sentia muito cansaço, muito inchaço, e depois daí fiquei bem, bem melhor, isso ai foi muito bom pra mim.” P08; “Se eu não tivesse aqui (na hemodiálise) eu já tinha morrido.” P04.

A hemodiálise, encarada pelo paciente como uma obrigação, é, portanto a alternativa para continuar vivendo. Mesmo sofrendo com as reações adversas do tratamento e o cansaço físico que este impõe, prevalece o movimento em direção à sobrevivência⁽²³⁾.

Para aquelas pessoas que encontram um significado positivo para o tratamento, a doença se torna mais uma parte de suas vidas que se une a tantas outras, fazendo com que o indivíduo busque permanentemente a ressignificação positiva de suas experiências de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram perceber as mudanças ocorridas na vida dos pacientes decorrentes da descoberta da IRC e do tratamento de hemodiálise através de suas vivências, e sua análise conforme o referencial teórico das NHB de Wanda Horta possibilitou observar de maneira eficiente a representatividade destas mudanças.

A realização do tratamento e a convivência com a IRC envolvem aspectos complexos e mudanças na vida diária que interferem não somente no ponto de vista físico, bem como psicológico do indivíduo, o que acarreta na insatisfação das NHB psicobiológicas e psicossociais.

Necessidades psicobiológicas como oxigenação; eliminação; exercício e atividades físicas; motilidade; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; locomoção e sensopercepção, e psicossociais de segurança, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, espaço, orientação no tempo e espaço e sexualidade, discutidas na teoria não foram citadas como aspectos que tiveram mudanças após o início do tratamento hemodialítico, ou até mesmo, não foram citados nas falas dos participantes. O que chama atenção nesse fato é principalmente a questão da eliminação não ter sido citada como um fator

em que ocorreram mudanças após o início do tratamento hemodialítico, pelo fato da maioria dos pacientes tornarem-se anúricos.

A família, os amigos, a equipe de saúde e fé/religião podem ser importantes fontes de apoio e enfrentamento da doença e contribuintes para a satisfação das necessidades psicossociais.

Espera-se que as identificações das NHB afetadas nos pacientes, bem como a identificação de dificuldades para seguimento da terapêutica, contribuam para melhorar a assistência, facilitando as intervenções da equipe e a adaptação dos pacientes ao tratamento hemodialítico. O enfermeiro, nesse sentido, tem um papel importante para a aceitação das restrições impostas pela doença e no cuidado, enfrentamento e controle da mesma, proporcionando suporte emocional e escuta terapêutica; e, além disso, possibilitar a inclusão dos familiares no cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Goshorn J. Tratamento de pacientes com distúrbios urinários e renais. In: Smeltzer S C, Bare B G. Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem médico - cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 1086-1134.
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 Int (Suppl)* 2013;3:1-150.
3. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. *J BrasNefrol.* 2014;36(4):476-481. DOI: 10.5935/0101-2800.20140068
4. Martins MV, Mata AMLL, Camerini DM, Murta AR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para doença renal crônica. *Revista Científica da Faminas* . 2017 jan./abr; 12(1):5-15
5. Weinhandl ED LJ, Gilbertson DT, Arneson TJ, Collins AJ. Survival in daily home hemodialysis and matched thrice-weekly in-center hemodialysis patients. *J Am SocNephrol.* 2012;23: 895–904. PubMed; PMID 22362906

6. Lacson E, Xu J, Suri RS, Nesrallah G, Lindsay R, Garg AX, Lester K, Ofsthun N, Lazarus M, Hakim, RM. Survival with three-times weekly in-center nocturnal versus conventional hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2012;23(4):687-695. PubMed; PMID 22362905
7. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta paul. enferm*. 2014 may/june;27(3):230-6.
8. Madalosso FD, Mariotti MC. Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2013; 21(3): 511-520.
9. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.
10. Bub MBC, Garcia TR. Necessidade Humana: do mito à enfermagem atual. In: Garcia, T.R.; Egry, E.Y (Col.). *Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 41-63
11. Leopardi MT. *Teorias e método em assistência de enfermagem*. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
12. Marques DKA, Moreira GAC, Nóbrega MML. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. *RevEnferm UFPE OnLine*. 2008;2(4):410-16.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*. 2007;24(1):17-27.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70 LDA; 2004.
15. Morais GCP, Miorin LA. Ganho de peso interdialítico e sintomas depressivos. *ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo*. 2016;61:13-6.
16. Silva LM, Bueno CD. Adherence to dietary treatment from the perspective of patients with chronic renal failure on hemodialysis. *NutrireRevSocBrasAliment Nutr*. dez 2014;39(3):283-283.

17. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev. esc. enferm. USP*. Feb 2013;4(1):46-52.
18. Guimarães GL, Mendoza IYQ, Goveia VR, Baroni FCA, Godoy SCB, Matos SS. Nursing diagnoses in hemodialysis based on Horta's theory. *Rev enferm UFPE on line*. Out 2014;8(10):3444-51.
19. Oliveira VA, Schwartz E, Soares MC, Santos BP, Garcia RP, Lise F. Family relationships of women on hemodialysis. *Rev. Aten. Saúde*. Jan./mar2016; 14(47):36-42.
20. Barreto MS, Marcon SS. Doença renal crônica: vivências e expectativas do cuidador. *Revenferm UERJ*. 2012;20(3):374-9.
21. Silva JCC, Paiva SSC, Almeida RJ. Hemodialysis and its psychosocial impacts in childbearing age women. *Saúde (Santa Maria)*. Jan/abr2017;43(1):189-198.
22. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Esc Anna Nery* 2016;20(1):147-154.
23. Guzzo F, Boing E, Nardi AL. Da paralisação dos rins ao movimento da vida: percepções de pessoas em tratamento de hemodiálise. *Rev. abordagem gestalt*. [online]. 2017;23(1):22-31.
24. Silva CF, Santos TR, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Experiencing the hemodialysis by the bearer of chronic renal failure. *Revista Cubana de Enfermería*. 2014;30(3).
25. Silva Junior RF, Freitas LO, Viera BQQ, Santos SPP, Barbosa HA, Teles MAB. "We live on the edge": meanings of hemodialysis for the chronic kidney disease patient. *Journal of Nursing UFPE online*. 2015;(9).
26. Cavalcante MCV, Santos EC, Lamy ZC, Costa JM. Patients with chronic kidney disease in productive phase: perception of limitations resulting from illness. *Rev. méd. Minas Gerais*. jan. 2015;25(4).

27. Coutinho, M. P. L & Costa, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*. [Internet]. 2015 ; 27(2), 449-459.
28. Santos RI, Costa ORS. Assessment of Resilience in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Revista Ciências em Saúde*. 2016;6(1).
29. Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC, Garcia TR. Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. *Rev. bras. Enferm* [internet]. 2013;66(2): 180-9.
30. Correia ALR, Barbosa IV, Lima FET, Cestari VRF, Studart RMB, Martins FLM. Use of a spirituality self-rating scale in patients with kidney disease undergoing hemodialysis. *Cogitare Enferm*. Jul/set 2015;20(3):489-495.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - CAMPUS VII
COLEGIADO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____

Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: ____ CEP: _____ Telefone: _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas básicas.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Cristielle Lidianne Alencar Marinho
Cargo/Função: Professora Auxiliar

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

III O (A) senhor (a) ETA sendo convidado a participar da pesquisa: PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas básicas de responsabilidade da pesquisadora Cristielle Lidianne Alencar Marinho, docente da Universidade do estado da Bahia, que tem como objetivo conhecer as percepções dos pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) acerca das mudanças ocorridas em sua rotina decorrentes do tratamento de hemodiálise, relacionando-as a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A realização dessa pesquisa trará ou poderá trazer benefícios para a construção do conhecimento de enfermagem na área específica da Nefrologia, possibilitando conhecer as particularidades dos portadores de IRC, e a possibilidade de traçar estratégias e ações

específicas futuras voltadas para a melhor qualidade de vida desses pacientes. Caso aceite o senhor (a) será submetido a uma entrevista gravada em áudio pela aluna Arly Silva Oliveira do curso de Bacharelado em Enfermagem. Devido à coleta de informações pessoais o senhor (a) pode se sentir constrangido (a) ao responder algumas perguntas sobre sua intimidade. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto o Sr(a) não será identificado. Caso queira (a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e, caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o Sr (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Christielle Lidianne Alencar Marinho
Telefone: (87) 98867-0668 **E-mail:** christiellealencar@yahoo.com.br

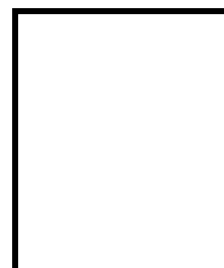
PESQUISADOR EXECUTANTE: Arly Silva Oliveira
CARGO/FUNÇÃO: graduanda/pesquisadora **E-MAIL:** arly1@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA.
CEP: 41.150-000. Tel.: 71 3117-2445 e-mail: cepuneb@uneb.br

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa como voluntário e consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a via a mim.

Senhor do Bonfim, _____ de _____ de 2016.



Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador discente
(orientando)

Assinatura do professor (a) responsável
(orientador)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS SOCIOECONÔMICOS:		
Nome:		E-mail/Tel:
Sexo: () Masculino () Feminino	Idade:	Tempo de Tratamento:
Religião:	Cidade de residência:	Renda:
Escolaridade: () Analfabeto () Básico () Fundamental () Médio () Superior () Pós-graduação		

PERGUNTAS NORTEADORAS:

- 1) Qual foi a principal mudança na sua vida após o tratamento?
- 2) Como se sente fisicamente em relação ao tratamento?
- 3) Como é a sua alimentação e ingestão de líquido? O que mudou após o tratamento?
Como se sente em relação a isso?
- 4) Você consegue dormir bem?
- 5) Como é a relação com a sua família? Mudou após o tratamento?
- 6) Você participa de eventos familiares? Como se sente?
- 7) Você participa de eventos sociais e lazer? Com que frequência? Como se sente?
- 8) O relacionamento com outras pessoas foi afetado após o tratamento?
- 9) Como você se sente diante desse tratamento?
- 10) A religião te ajuda a enfrentar a doença?

ANEXOS

ANEXO I – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM- REBEN

Preparo dos Manuscritos Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma: salvo em arquivo do *Microsoft® Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências.
- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, o mesmo procedimento dever ser adotado.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos – Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

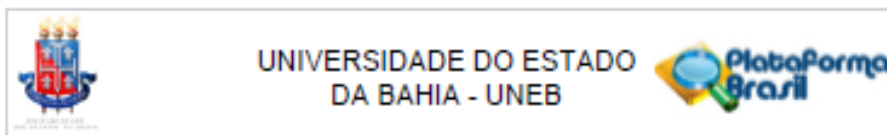
Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

ESTURUTA

- 1) **Título do artigo:** no máximo de 12 palavras em português.
- 2) **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**. Logo abaixo do resumo incluir, respectivamente, três descritores, três *palabras clave* do DeCS <<http://decs.bvs.br>> e três *key words* do MeSH <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>;
- 3) **Corpo do texto:** Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;
- 4) **Agradecimentos:** Opcionalmente, devem ser colocados agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores
- 6) **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine - NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas básicas.

Pesquisador: Christelle Lidiane Alencar Marinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56324816.9.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.583.031

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa "PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas básicas" é um projeto de pesquisa vinculado ao curso de bacharelado em Enfermagem, UNEB, Campus VII, no qual se pretende realizar um estudo qualitativo, exploratório, com coleta de dados a partir de entrevistas semi-estruturadas, com 10 participantes submetidos a hemodiálise, no município de Senhor do Bonfim, BA.

Objetivo da Pesquisa:

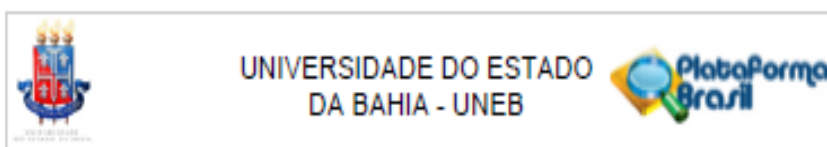
Conhecer as percepções dos pacientes com insuficiência renal crônica acerca das mudanças ocorridas em sua rotina de vida decorrentes do tratamento de hemodiálise, relacionando-as à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: constrangimento com a entrevista.

Sugiro acrescentar: sofrimento diante de eventual lembrança (família, doença) e cansaço durante entrevista (facilmente contornável por pausas).

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2445 Fax: (71)3117-2415 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 1.503.031

Benefícios: contribuição para a construção do conhecimento de enfermagem na área específica da nefrologia, possibilitando conhecer as particularidades dos portadores de IRC, na possibilidade de traçar estratégias e ações específicas futuras voltadas para a melhor qualidade de vida desses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa é de grande relevância e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das Instituição proponente.

Sobre os termos, o OK indica que estão presentes entre os documentos exigidos:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: OK.
- 2 – Termo de autorização Institucional da proponente: OK.
- 3 – Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: OK.
- 4 - Termo de confidencialidade: OK.
- 5 - Folha de rosto: OK.
- 6 - TCLE: OK

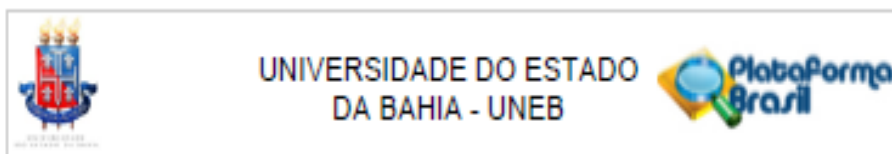
Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise consideramos que o projeto encontra se aprovado para a execução uma vez que

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2445 Fax: (71)3117-2415 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 1.503.031

atende ao disposto nas resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos não havendo pendências ou inadequações a serem revistas

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

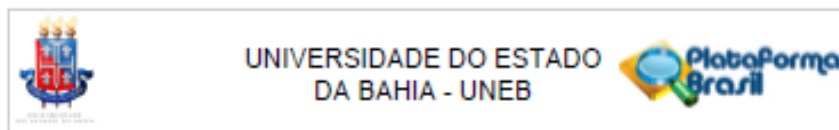
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_703730.pdf	20/05/2016 12:52:48		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeConsentimentoUNEB.pdf	20/05/2016 12:48:36	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	01.pdf	20/05/2016 12:47:44	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/05/2016 22:04:41	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoARLYOLIVEIRA.doc	11/05/2016 22:04:15	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoCinefro.pdf	11/05/2016 21:52:50	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	03.pdf	11/05/2016 21:51:57	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	02.pdf	11/05/2016 21:46:53	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	11/05/2016 21:41:54	Christielle Lidianne Alencar Marinho	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2445 Fax: (71)3117-2415 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 1.503.001

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Junho de 2016

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador)

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cebule CEP: 41.195-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2445 Fax: (71)3117-2415 E-mail: cepuneb@uneb.br

ANEXO III – CARTA DE ANUENUENCIA**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que concordo em disponibilizar a CLINEFRO, para o desenvolvendo de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado **PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: um enfoque nas necessidades humanas básicas**, sob a responsabilidade da professora pesquisadora **CHRISTIELLE LIDIANNE ALENCAR MARINHO**, pelo período de execução previsto no referido Projeto, não tendo nenhuma restrição ou interesse de fins lucrativos.

Senhor do Bonfim, 22 de abril de 2016

Dr. Edvaldo Costa Neto
Nefrologista - CRM 21748
CPF 016192871379

Representante da Instituição

Avenida Antônio Carlos Magalhães, 255, Senhor do Bonfim - BA, 48970-000