

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTINDO CLIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO:
CONTRIBUINDO PARA SUPERAÇÃO DE SEUS DÉFICITS DE
AUTOCUIDADO E SUA QUALIDADE DE VIDA.**

ANDRÉA DIAS TEIXEIRA
JULIANE GOMES BERTO DOS SANTOS
PAULA MOREIRA LUZ

FLORIANÓPOLIS – SC
2007

ANDRÉA DIAS TEIXEIRA
JULIANE GOMES BERTO DOS SANTOS
PAULA MOREIRA LUZ

**ASSISTINDO CLIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO:
CONTRIBUINDO PARA SUPERAÇÃO DE SEUS DÉFICITS DE
AUTOCUIDADO E SUA QUALIDADE DE VIDA.**

*Relatório do Trabalho de Conclusão de Curso
da Disciplina Enfermagem Assistencial
Aplicada do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina.*

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Supervisoras: Rozanea Maciel Vieira

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj

**Andréa Dias Teixeira
Juliane Gomes Berto dos Santos
Paula Moreira Luz**

**Assistindo clientes em tratamento dialítico: contribuindo para superação de seus
déficits de autocuidado e sua qualidade de vida**

Este Trabalho de Conclusão da disciplina **Enfermagem Assistencial Aplicada**, desenvolvida na 8ª UC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein - Orientadora


Enfa. Rozanée Maciel Vieira - Supervisora


Enf. Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj - Supervisora


Profa. Dra. Suyonara de Fátima Faria Barbosa - 3º Membro

Florianópolis, 12 de julho de 2007.

NOSSOS AGRADECIMENTOS

Ao chegarmos ao final do Curso de Graduação em Enfermagem, agradecemos aqueles que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade.

Em especial agradecemos:

A **Deus**, por nos ter dado a vida, por ter iluminado os nossos caminhos e abençoado a nossa escolha.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, por nos preparar para um futuro profissional.

À orientadora **Miriam Süsskind Borenstein**, que a sua maneira esteve presente contribuindo para construção deste trabalho.

Ao **Hospital Governador Celso Ramos e a Unidade de Rim**, que nos abriu espaço para realizarmos o nosso trabalho.

Às supervisoras **Rozanea Maciel Vieira e Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj**, por nos acolher e compartilhar de nossas idéias. Obrigada por acreditarem em nosso trabalho.

À professora **Sayonara Barboza**, pela sua contribuição no nosso trabalho.

Aos **clientes e familiares**, que convivemos durante a vida acadêmica, em especial, aos que fizeram parte deste trabalho, pela confiança, compreensão e afeto com que nos receberam.

A toda a **equipe da Unidade de Rim**, que contribuiu para o nosso crescimento profissional e para a construção deste trabalho

MEUS AGRADECIMENTOS

Andréa Dias Teixeira

Gostaria de agradecer aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho. Em especial:

A minha querida **mãe Acy**, razão da minha caminhada. Obrigada pelo amor incondicional, pelos conselhos, por me ouvir sempre, por acreditar em mim e por estar sempre ao meu lado. Essa vitória eu dedico à senhora.

A minha **irmã Rosélia**, pelo carinho que sempre me dedicou. Por ser a pessoa que você é e por sempre me apoiar em tudo que eu faço.

A **equipe de Enfermagem da Unidade de Rim**, que me recebeu de braços abertos e que me ensinou a crescer. Muito obrigado por tudo que vocês me ensinaram. Um obrigado especial às colegas: Claudete Vieira, Greice, Marilda, Sidelma, Mari e Claudete Feron, por todo o carinho e incentivo.

A **Enfermeira Rozanea** por dividir o seu conhecimento conosco e pelo seu carinho comigo.

A **Enfermeira Lucélia** pela sua atenção e dedicação comigo. Jamais vou esquecer as suas palavras de carinho nas horas em que mais precisava. Obrigada por todo o apoio que sempre demonstrou a mim.

A **Enfermeira Rochelle**, companheira de Congresso, obrigada pelos conselhos e pela ajuda no trabalho.

MEUS AGRADECIMENTOS

Juliane Gomes Berto dos Santos

Agradeço a **Deus**, por iluminar meus caminhos guiando todos os meus passos, protegendo-me sempre e possibilitando o término desta jornada.

A **minha mãe**, amiga, companheira, meu anjo enviado por Deus. Obrigada pela vida, por estar comigo todos os momentos, pelos ensinamentos, valores passados, dedicação e por todo amor e carinho. Agradeço por tudo que sou e tenho. Esta mulher maravilhosa que é e sempre será o meu exemplo de vida.

Aos **meus irmãos Sérgio e Daniele** por me ajudarem nos momentos que precisei, pelo carinho e compreensão.

A **todos** que de alguma forma fizeram parte da minha vida e me incentivaram e contribuíram para a minha caminhada. Em especial, a professora e **amiga Ângela Ghorzi** pelas palavras de incentivo que muito me ajudaram de quem, com certeza, nunca me esquecerei.

MEUS AGRADECIMENTOS

Paula Moreira Luz

A **Deus**, que esteve presente em todos os momentos dessa minha caminhada, me dando proteção, coragem e segurança para eu conseguir alcançar meus objetivos e chegar até aqui.

Aos meus pais, **Maria Adelaide e Luiz Carlos** que acreditaram em mim e nunca me deixaram desistir dos meus sonhos e que estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida. O sucesso deste trabalho dedico a vocês.

A minha querida Filhinha, **Gabriela** dedico a você toda a minha felicidade. E que ainda tão pequenininha enche minha vida de Alegria e de Esperança.

Aos meus irmãos, **Carla, Débora e Eduardo** pela ajuda, pela compreensão e por estarmos sempre unidos.

Ao meu Amor, **André Luis** por ser meu companheiro e amigo. Pela paciência e por compreender os muitos momentos em que estive ausente.

A **minha amiga Madileine**, que torceu por mim, que me deu forças para seguir em frente, e mesmo longe se fez presente em meu coração.

À orientadora **Miriam Süsskind Borenstein**, pela força, pela competência por contribuir com a construção deste trabalho e por ser tão especial.

Aos **clientes**, muito obrigada, pela confiança e pela disponibilidade de participarem desse estudo.

A equipe de Enfermagem, em especial a Lara e Claudete Feron pelo apoio, pelo acolhimento e pela amizade que construímos. Muito obrigado.

MOMENTOS

Há momentos onde a tristeza ultrapassa
a doce alegria que nos acompanha
e explodimos em choro.

Há momentos onde
a desistência fala mais alto,
porque sentimos apenas um vazio
sem perspectivas
restando apenas à entrega.

Há momentos onde o cansaço excede
o conforto e a esperança de estar bem.

Há momentos onde somos obrigados
a dar limites, quando na realidade
gostaríamos de seguir livres
pelos caminhos que escolhemos.

Há momentos onde falar mais alto parece
ser mais importante que calarmos
na doçura do silêncio e da compreensão.

Há tantos momentos!

Há momentos bons também, claro!

Onde a alegria, energia, brilho da vida
se fazem presentes.

Mas esse é o momento
que parei para analisar os que doem
peguei esses porque nos últimos tempos,
você esteve presente em minha vida.

Deu ombro, colô, ouvidos, falou, se calou
dividiu forças, dor, chorou comigo

E agora, esse é o momento que,
quero agradecer todo carinho e a dedicação
que tem demonstrado com minha vida.

Você foi e tem sido muito importante
Obrigado por fazer parte de minha vida!
(Autor desconhecido)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 ANATOMIA RENAL - UMA BREVE REVISÃO.....	17
3.2 FISIOLOGIA RENAL - UMA BREVE REVISÃO	20
3.2.1 Filtração glomerular	21
3.2.2 Reabsorção tubular	22
3.2.3 Secreção tubular	23
3.2.4 Avaliação clínica e laboratorial da função renal	23
3.3 LESÃO RENAL AGUDA (LRA)	26
3.3.1 Conceito	26
3.3.2 Tipos de LRA:.....	26
3.3.3 Manifestações clínicas	28
3.4 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)	28
3.4.1 Conceito	28
3.4.2. Fisiopatologia.....	29
3.4.3. Síndrome urêmica.....	30
3.4.4. Manifestações clínicas	30
3.4.5 Tratamento	32
3.5 MÉTODOS DIALÍTICOS.....	42
3.5.1 Hemodiálise.....	42
3.5.2 Descrição do Sistema.....	45
3.5.3 Modalidades de Hemodiálise	50
3.5.4 Complicações	50
3.5.5 Acesso vascular	51
3.6 QUALIDADE DE VIDA	55
3.7 VIVER EM CONDIÇÃO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	56
4. MARCO TEÓRICO.....	58
4.3 TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	61
4.4 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM	62
4.5 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	63
4.6 PRESSUPOSTOS PESSOAIS.....	63
4.7 CONCEITOS INTERRELACIONADOS	64
4.8 PROCESSO DE ENFERMAGEM	67
5. METODOLOGIA	70
5.1 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO.....	70
5.1.1 Unidade de Rim.....	71
5.2 CLIENTELA.....	71
5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:	75
6 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	76
6.1 OBJETIVO 1	76
6.2 OBJETIVO 2	79
6.3 OBJETIVO 3	86
6.4 OBJETIVO 4	88
6.5 OBJETIVO 5	92
VISITA DOMICILIAR 2.....	93

6.6 ATIVIDADES REALIZADAS NÃO PREVISTAS.....	94
6.6.1 Gincana	94
6.6.2 Confeção de carteiras de identificação dos clientes da unidade de rim.....	95
6.6.3 Visita a clínica APAR VIDA.	96
6.6.4 Visita a Clinirim	98
6.6.5 Visita a Associação dos Pacientes Renais – APAR.....	99
6.6.6 Congresso brasileiro multidisciplinar de acesso vascular para hemodiálise.	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104

RESUMO

O presente trabalho relata nossa vivência, enquanto acadêmicas da VIII Unidade Curricular, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada. Teve como objetivo desenvolver assistência de Enfermagem, através da educação em saúde, aos clientes em tratamento hemodialítico e seus cuidadores, visando à promoção da qualidade de vida dessas pessoas. A prática assistencial foi desenvolvida na Unidade de Rim, do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007. Utilizamos como marco teórico a Teoria de Autocuidado de Dorothea E. Orem e como conceitos norteadores: ser humano, saúde/doença, sociedade/meio ambiente, desvio de saúde, enfermagem, educação em saúde e cuidadores. Realizaram-se durante o período de estágio nove processos de Enfermagem baseados na teoria do autocuidado, contendo as seguintes etapas: histórico, diagnóstico de enfermagem, plano de ação e evolução; duas atividades de educação em saúde com clientes, conversas informais com os cuidadores e uma atividade com os funcionários da Unidade. Todos os objetivos propostos foram alcançados, pois conseguimos realizar todas as atividades planejadas no projeto assistencial, além de outras não previstas como: visitas a outras instituições e confecção de carteiras de identificação aos clientes da unidade. Com este trabalho, compreendemos que os clientes com Doença Renal Crônica apresentam déficits de autocuidado principalmente, pela falta de conhecimento e motivação para melhorar a qualidade de vida. Percebemos que esta vivência oportunizou experiências significativas para nossa formação acadêmica e crescimento pessoal, além de contribuir para a capacitação dos clientes, tornando-os protagonistas do seu próprio cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O relatório que apresentamos compreende a prática assistencial, desenvolvida na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada na oitava unidade curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Teve como proposta assistir o cliente com Doença Renal Crônica (DRC) e ao seu cuidador em uma unidade de tratamento hemodialítico, ajudando-os a superar seus Déficits de Autocuidado.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006), quase um milhão de brasileiros tem problemas renais e 70% deles não sabem disso. As doenças renais matam pelo menos 15.000 pessoas por ano no Brasil. Os gastos com esses doentes variam em torno de R\$ 1,4 bilhões ao ano, 10% de toda a verba destinada a hospitais, clínicas, médicos e remédios. Aproximadamente 70.000 brasileiros fazem diálise no País, mas pelo menos 150.000 deveriam ser submetidos ao tratamento e 20.000 iniciam o tratamento dialítico a cada ano. Somente 3.000 são transplantados por ano no país e 25.000 atualmente dos transplantados estão em acompanhamento. É importante ressaltar que 34 milhões são diabéticos e hipertensos, 6,6% destes são portadores de problemas renais.

Durante o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, observamos um grande número de pessoas com diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC). Pessoas estas, que necessitam de muitos cuidados e atenção pela complexidade da sua patologia. Sentimos a necessidade de aplicar os conhecimentos aprendidos durante o curso de Graduação, além disso, aprender mais sobre o que é a doença, como se sentem os clientes acometidos por essa doença, o que os levam a fazer hemodiálise, quais as suas necessidades, quais os seus medos e anseios, assim como o que sentem os seus cuidadores.

Tendo em vista a longa permanência dessas pessoas em sessões semanais de Hemodiálise, na maioria das vezes, é realizada três vezes por semana, durante quatro horas, sentimos a necessidade de buscar o que elas sabem sobre a doença, sobre a dieta que devem seguir os cuidados que devem ter quando está conectada a máquina, e também, o que devem fazer quando saem da mesma, para que possamos auxiliar na educação em saúde, visando promover a qualidade de vida.

Além dos aspectos descritos anteriormente, a decisão de realizarmos este trabalho, partiu da experiência vivenciada por duas das acadêmicas durante o estágio de Clínica

Médica, realizado na quinta unidade curricular no ano de 2005, quando foi realizada uma visita na Unidade de Rim no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR). E também por uma das acadêmicas trabalha atualmente na Unidade de Rim e perceber a necessidade de atuar junto a essas pessoas.

Acreditamos que a educação em saúde é uma atividade central do Enfermeiro, pois ele é o membro da equipe de saúde que mais convive com os clientes e possui um conhecimento adequado esta atividade. Esta convivência lhe possibilita identificar a melhor maneira de compartilhar certas informações específicas a este grupo de pessoas. Acreditamos ainda que, o conhecimento que as pessoas têm sobre o tratamento e a doença, facilita o entendimento dos cuidados que devem ser tomados e estimula a prática do autocuidado.

Segundo Smeltzer e Bare (2006), o maior grupo de pessoas que necessita de educação para a saúde hoje, é o daquelas com doenças crônicas. A educação em saúde pode auxiliar estas pessoas a se adaptarem a doença, prevenir complicações, aderir à terapia prescrita e aprender a resolver os problemas quando se depararem com novas situações, de modo a poderem manter ou alcançar uma vida com mais qualidade.

Para guiar nossa prática assistencial utilizaremos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elisabeth Orem, pois acreditamos que os clientes com Doença Renal Crônica são capazes de realizar o autocuidado desde que estejam bem orientados e amparados para isso.

O local de realização do estágio foi a Unidade de Rim do Hospital Governador Celso Ramos, no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007, obedecendo a uma carga horária de 220 horas, conforme o estabelecido pela disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada. Escolhemos a Unidade de Rim desta instituição, por ser um serviço que dispõe de uma infraestrutura adequada e um grande número de clientes, formando assim uma população heterogênea.

Durante o período de estágio na Unidade de Rim percebemos a importância de compartilhar com os clientes acometidos pela DRC e seus familiares, o planejamento e a implementação das ações em saúde, a fim de que os mesmos pudessem assumir gradativamente o seu autocuidado.

Por meio da assistência, com ênfase na educação em saúde, foi possível identificar os déficits de autocuidado, sensibilizar e encorajar os envolvidos a recuperar e preservar a autonomia, fortalecendo ações de autocuidado e oportunizando, com isso, melhorias na qualidade de suas vidas.

Entendemos assim que, o cliente por meio do conhecimento e compreensão de sua condição de saúde pode desenvolver ações de autocuidado para prevenir, retardar ou minimizar as possíveis complicações, bem como, usufruir de uma vida mais saudável.

Concretizamos nossa proposta assistencial cumprindo os seguintes objetivos, descritos no capítulo a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver assistência de Enfermagem, através da educação em saúde, aos clientes em tratamento hemodialítico e seus cuidadores, com base na teoria de autocuidado, visando à promoção da qualidade de vida dessas pessoas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer a estrutura física e administrativa do setor de hemodiálise do Hospital Governador Celso Ramos.

2. Realizar o levantamento dos déficits de autocuidado dos clientes com Doença Renal Crônica.

3. Planejar, executar e avaliar as atividades assistenciais junto aos clientes com Doença Renal Crônica.

4. Realizar atividades lúdico-educativas (palestras, oficinas, jogos) aos clientes e aos cuidadores, integrando a equipe de Enfermagem, e a troca de conhecimentos, oportunizando momentos de alegria entre todos os envolvidos.

5. Realizar visitas domiciliares, para consolidação das ações de autocuidado dos clientes e seus cuidadores.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA RENAL - UMA BREVE REVISÃO

Os rins são órgãos vitais, localizados no espaço retroperitoneal, sobre a porção posterior do abdômen, desde a 12^o. vértebra torácica até a 3^o. vértebra lombar (fig. 1). O seu peso varia de 125 a 170 g no homem adulto e 115 a 155g na mulher adulta, sendo o rim esquerdo geralmente maior que o direito (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

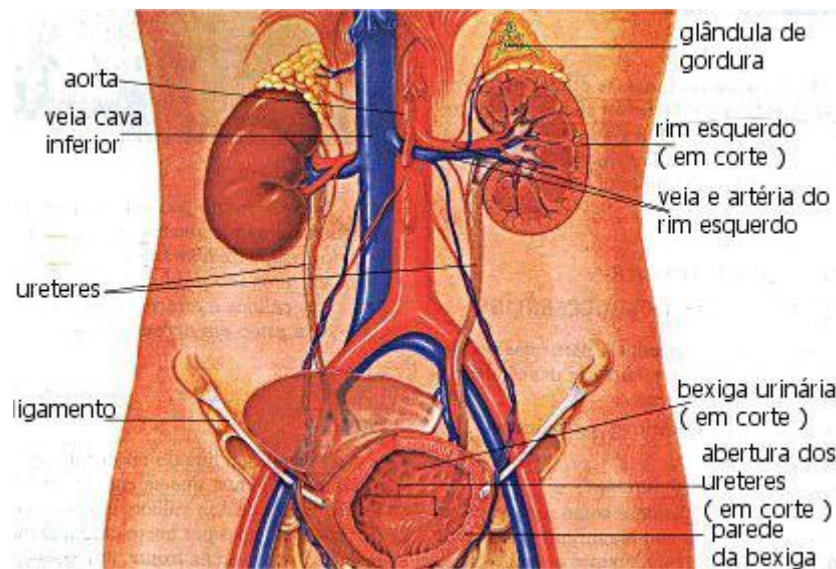


Fig. 1: O trato urinário inclui os rins, os ureteres e a bexiga. (CASSI, 2006).

O rim é revestido por uma cápsula fibrosa. Em corte transversal, consiste em duas regiões distintas: o córtex renal, onde são encontrados os glomérulos, os túbulos proximais e distais e a outra parte é a medula renal, onde se encontram os túbulos coletores. Na porção medial de cada rim encontram-se o hilo renal, local onde passam a artéria e a veia renal, vasos linfáticos, plexos nervosos e ureter que transporta a urina do rim até a bexiga, onde é armazenada até ser eliminada. Este se estende dentro do seio renal formando a pelve renal (fig. 2) (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).



Fig. 2: Secção longitudinal de um rim. (CASSI, 2006).

No rim considerado saudável, consegue-se definir com facilidade a cápsula renal do resto do órgão, o mesmo não acontece quando o rim está acometido (doente).

Na região mais central do rim, este apresenta prolongamento do córtex formando colunas radiadas que são as colunas renais, entre as quais se intercalam pirâmides mais escuras, as pirâmides renais, de base dirigida para a periferia do rim. Após as pirâmides renais, encontramos os cálices renais menores e os cálices renais maiores. Os cálices renais maiores juntam-se formando a pelve renal que dá origem ao ureter.

Os néfrons são as unidades funcionais dos rins, nos quais acontecem os mecanismos básicos da formação da urina, a filtração glomerular, a reabsorção e a secreção tubular (fig. 3). É constituído pelo corpúsculo renal (glomérulo e cápsula de Bowman), túbulo proximal, alça de Henle, túbulo distal e porção do ducto coletor (COVIELLO, 2004). Um néfron é formado por um glomérulo e seu túbulo renal. Há aproximadamente de 700.000 a 1,2 milhões de néfrons em cada rim (RIELLA, 2003).

O glomérulo é uma rede capilar glomerular, que emerge de uma arteríola aferente, responsável pela produção de filtrado a partir do plasma. Os capilares glomerulares são revestidos pela cápsula de Bowman, que é contínuo com a primeira parte do néfron. O sangue é ultra filtrado pelas paredes dos capilares glomerulares, para o espaço de Bowman, representando a primeira etapa do processo de formação da urina (COSTANZO, 1999). O corpúsculo renal é formado por: células endoteliais, células mesangiais com sua matriz, epitélio visceral, membrana basal e camada de células parietais da cápsula de Bowman (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

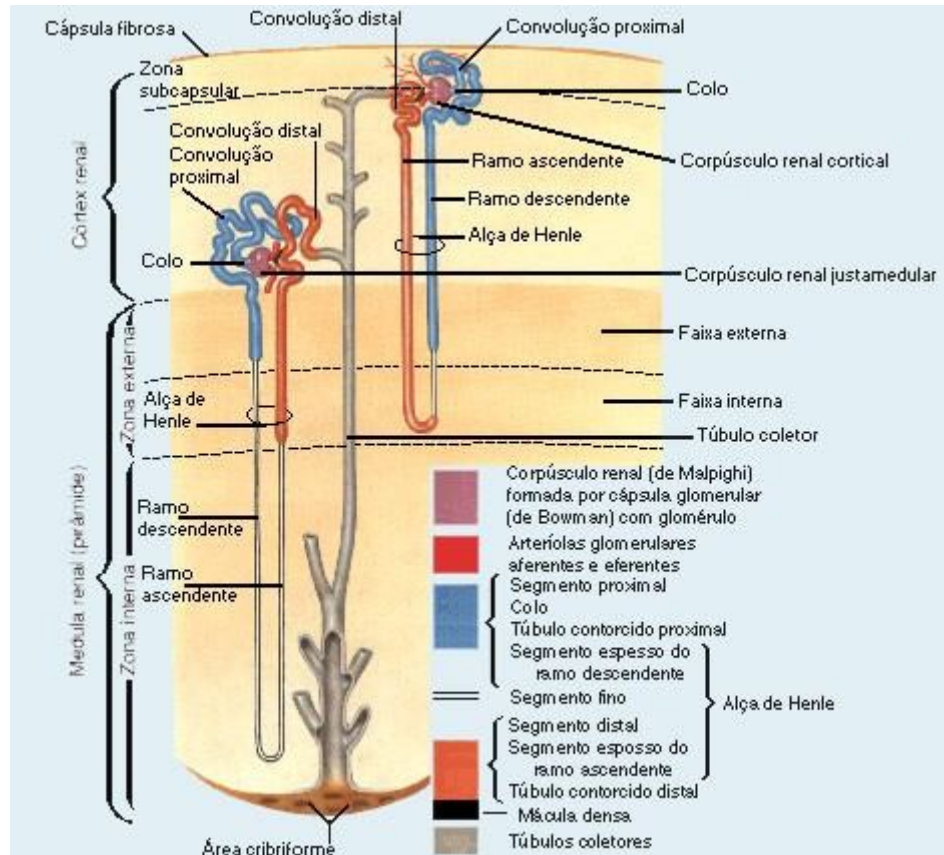


Fig. 3: Representação de um néfron (CASSI, 2006).

Os túbulos renais podem ser divididos conforme sua estrutura e função celular. O túbulo proximal absorve 50-55% do sódio e da água filtrada e praticamente toda glicose, fósforo, aminoácidos e outros solutos orgânicos. Qualquer doença que atinja esta região causa desequilíbrio hidroeletrolítico importante. Este pode ser dividido em três diferentes segmentos: os segmentos S1 e S2 constituem-se na parte contorcida e o S3, na parte reta do túbulo. O segmento delgado da alça de Henle tem grande importância no mecanismo de concentração da urina, participando no mecanismo de contra corrente gerando um interstício medular hipertônico. É responsável pela reabsorção de 35-40% de sódio e cloro do filtrado glomerular e o local de maior reabsorção de magnésio. Possui um segmento fino descendente e um fino ascendente. O segmento ascendente é impermeável a água, mas bastante permeável a sódio e cloro. No segmento descendente a água passa passivamente para o interstício hipertônico. Sódio e cloro praticamente não passam. (RIELLA, 2003).

O túbulo distal é responsável pela reabsorção de 5-8% do sódio e cloro filtrado. É relativamente impermeável a água e participa ativamente das funções de regulação hemodinâmica e hormonal (RIELLA, 2003). É dividido em porção espessa ascendente,

mácula densa e túbulo contorcido distal. A porção reta do túbulo distal pode encontrar-se tanto na porção medular como na cortical, dependendo da localização do glomérulo (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

Os túbulos coletores têm um papel importante na reabsorção de sódio, água e secreção de potássio. Apresenta um segmento de conexão, ligado ao túbulo distal, seguido pelo ducto coletor cortical. A continuação do túbulo coletor na medula renal apresenta o segmento da zona da medula externa e o ducto coletor da medula interna (BARROS, MANFRO; GONÇALVES, 1999).

3.2 FISILOGIA RENAL - UMA BREVE REVISÃO

Segundo Coviello (2004), os rins são órgãos vitais, sendo responsáveis por desempenhar funções importantes para a manutenção da vida, como:

- Manter o volume e a osmolaridade do líquido extracelular através de osmorreceptores e de receptores de volume que permitem a eliminação de uma urina diluída e/ou concentrada.
- Manter o equilíbrio de eletrólitos no corpo humano, tais como: sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, hidrogênio, cloro e outros, por meio de mecanismos hormonais.
- Manter o equilíbrio ácido-básico: pois o rim regula a concentração de bicarbonato e de íons hidrogênio. Na acidose, o rim forma bicarbonato, o qual é incorporado no sangue, eliminando íons de hidrogênio na forma de sais de amônia e de fosfato diácido. Na alcalose, diminui a reabsorção do bicarbonato filtrado e excreta íons hidrogênio.
- Eliminar as substâncias tóxicas oriundas do metabolismo: são eliminados pela urina, compostos hidrossolúveis decorrentes do metabolismo protéico, como a uréia, creatinina, ácido úrico e outros elementos, como compostos que não são metabolizados no organismo e que devem ser excretados como corantes e pesticidas e também muitos medicamentos que têm sua eliminação pelo rim.
- Produzir hormônios (renina, eritropoetina, calicreína) e autacóides, como as prostaglandinas e o óxido nítrico. O rim é local de ação de vários hormônios (aldosterona, ADH, ANP, endotelinas).

- Formar uma forma de vitamina D: o 25-hidroxicolecalciferol em um composto de maior atividade biológica (1,25-diidoxicolecalciferol).
- Controlar a pressão arterial: Através da função endócrina (sistema renina-angiotensina), e também por meio de sua função excretora.
- Realizar gliconeogênese para regular a glicemia no caso de jejum prolongado.

O sangue chega a cada um dos rins pela artéria renal, que se ramifica nas artérias interlobares, artérias arqueadas e em seguida, nas artérias radiais interlobares. Os menores ramos arteriais se subdividem no primeiro grupo de arteríolas, as arteríolas aferentes. Estas levam sangue para a primeira rede capilar, os capilares glomerulares, que é o local onde ocorre a ultrafiltração. O sangue sai dos capilares glomerulares, por meio de um segundo grupo de arteríolas, as arteríolas eferentes, que levam o sangue para uma segunda rede capilar, os capilares peritubulares, que circulam os néfrons. Os solutos e a água são reabsorvidos para os capilares peritubulares, enquanto alguns solutos são secretados a partir do sangue nos capilares peritubulares. O sangue dos capilares peritubulares flui para pequenas veias, que drenam para a veia renal. O suprimento sanguíneo para os néfrons corticais superficiais, difere dos que servem os néfrons justamedulares. Nos néfrons superficiais, os capilares peritubulares, se ramificam a partir das arteríolas eferentes, levando nutrientes para as células epiteliais tubulares, atuando também, como suprimento sanguíneo para a reabsorção e para a secreção. Nos néfrons justamedulares, os capilares peritubulares apresentam uma especialização, chamada de vasos retos, que são longos vasos sanguíneos, em forma de grampo em U, com trajeto semelhante ao das alças de Henle. Estes atuam como trocadores osmóticos para a produção de urina concentrada (COSTANZO, 1999).

3.2.1 Filtração glomerular

É a primeira etapa na formação da urina. Conforme o fluxo sanguíneo renal atinge os capilares glomerulares, fração desse sangue é filtrada para a cápsula de Bowman, a primeira parte do néfron. O líquido filtrado é semelhante a líquido do tipo intersticial, e é chamado de ultrafiltrado. Este contém água e todos os pequenos solutos do sangue, mas não contém proteínas e células sanguíneas (COSTANZO, 1999).

O volume de urina produzido diariamente, em média 1,51 (ou 1 ml/min), é o produto da ultrafiltração de 180l/dia de plasma (ou 125 ml/min) e da reabsorção de mais de 99%, deste

filtrado por vários processos de transporte, nas células tubulares renais. O fluxo sanguíneo renal corresponde a aproximadamente 20% do débito cardíaco, 1000 a 1200 ml/min de sangue, ainda que o rim represente apenas 1% do peso corporal total (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

A força inicial que determina a formação do ultrafiltrado glomerular, através da parede capilar glomerular para o espaço urinário, é derivada do desequilíbrio da pressão hidráulica gerada pelo coração e da pressão oncótica dentro dos capilares glomerulares (força de Starling). A pressão hidráulica dentro do capilar glomerular favorece a filtração, enquanto a pressão oncótica intracapilar e a pressão hidráulica na cápsula de Bowman opõem-se a ela. Uma diminuição da taxa de filtração glomerular pode ser esperada quando ocorre:

- Diminuição da pressão hidráulica glomerular. Exemplo: Hipotensão, choque.
- Elevação da pressão tubular. Exemplo: Obstrução urinária.
- Elevação da pressão oncótica. Exemplo: Hemoconcentração, mieloma.
- Diminuição do fluxo sanguíneo. Exemplo: Insuficiência cardíaca.
- Diminuição da permeabilidade capilar glomerular. Exemplo: Glomerulonefrites.
- Diminuição da área de superfície de filtração. Exemplo: Perda de néfrons, cirurgias ou Doença Renal Crônica (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.2.2 Reabsorção tubular

O filtrado glomerular que alcança os túbulos do néfron, flui através do túbulo proximal, alça de Henle, túbulo distal e canal coletor, até atingir a pelve renal. Ao longo desse trajeto, mais de 99% da água filtrada no glomérulo é reabsorvida, e o líquido que penetra na pelve renal constitui a urina propriamente dita. O túbulo proximal é responsável pela reabsorção de cerca de 65% da quantidade de água filtrada nos capilares glomerulares, sendo o restante reabsorvido na alça de Henle e no túbulo distal. A reabsorção nos túbulos renais, obedece à diferença de concentração das substâncias entre o espaço intersticial peritubular e os vasos retos peritubulares. A reabsorção da água é dependente da reabsorção do íon sódio, que é o soluto mais reabsorvido nos túbulos renais. Outros dois mecanismos muito importantes são as trocas de íon sódio pelo íon hidrogênio, nos túbulos, como parte dos mecanismos de regulação renal do equilíbrio ácido-básico e a reabsorção de íons cloreto. Em cada segmento

dos túbulos renais, ocorrem movimentos ativos (com gasto de energia) e passivos (sem gasto de energia) para reabsorção de água e eletrólitos (RIELLA, 2003).

3.2.3 Secreção tubular

Atua em direção oposta à reabsorção. As substâncias são transportadas do interior dos capilares para a luz dos túbulos, onde são eliminados pela urina. Os mecanismos de secreção tubular são semelhantes aos mecanismos de reabsorção. Podem ser ativos ou passivos, quando incluem a utilização de energia pela célula, para a sua execução ou não. Os mais importantes processos de secreção estão relacionados ao íon hidrogênio, potássio e amônia. Os processos de reabsorção e secreção são influenciados, por hormônios, pela quantidade total de solutos, pela dieta, pelo equilíbrio ácido-básico e pelo fluxo de filtrado (RIELLA, 2003).

3.2.4 Avaliação clínica e laboratorial da função renal

A importância da detecção precoce de uma Doença Renal Crônica reside na possibilidade de ser secundária a uma causa reversível. Como em qualquer outra enfermidade, o diagnóstico de uma enfermidade do aparelho urinário, depende de uma avaliação: dados subjetivos da pessoa, dados objetivos, obtidos pelo médico por exames físicos e laboratoriais (RIELLA, 2003).

Segundo Riella (2003), a história deve conter uma pesquisa de todos os sintomas urinários prévios: sintomas de infecção urinária, cólica renal, eliminação de cálculos e ingesta de analgésicos. Devem incluir ainda, dados sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, surdez, gota, etc. O exame físico deve seguir os princípios gerais de qualquer avaliação clínica.

3.2.4.1 Os dados subjetivos são:

▪ Alterações na micção: Polaciúria, disúria, nictúria e incontinência urinária. A polaciúria é variável e mal definida pela maioria dos clientes, mas a nictúria mais intensa do que uma vez por noite, geralmente indica anormalidade. Esta pode ser devida a uma irritação da bexiga ou da mucosa uretral, ou a uma inversão do ritmo diurno da produção de urina, que ocorre em uma série de doenças renais. A incontinência pode estar associada a uma infecção urinária.

- Alterações no volume urinário: Oligúria, poliúria e anúria. A poliúria pode ser devida a um defeito de concentração, resultante de um distúrbio do parênquima renal, a drogas como diuréticos, à diurese osmótica do Diabetes Mellitus ou a polidipsia.

- Alterações na coloração da urina: Urina turva, hematúria, hemoglobínúria, mioglobínúria, bilirrubinúria. A hematúria pode surgir como sangue puro no início ou no final das micções, no trato urinário inferior, na bexiga ou na uretra, ou pode vir misturada com a urina, causando uma variedade de alterações da cor, de rosa a marrom escuras. Mioglobina, hemoglobina e outros pigmentos podem ser confundidos com sangue.

- Dor renal: Localiza-se no flanco ou região lombar entre a décima segunda costela e a crista ilíaca, às vezes podendo irradiar-se anteriormente. Pode ser de dois tipos: uma originária da cápsula renal e dos tecidos perinefréticos e outra característica da cólica ureteral. Qualquer situação que produza distensão da cápsula renal pode causar dor, que normalmente é contínua, fraca e mal localizada. Podem ocorrer nas infecções agudas, obstruções, nefrolitíases, na trombose da veia renal ou na embolia renal, sendo estas assintomáticas. A dor da cólica ureteral é causada por cálculos renais, mas também pode ser resultante de migração de coágulos sangüíneos, pus, obstrução parcial, ou papila necrosada. É geralmente severa, com cólica, surgindo em ondas que se sobrepõem a uma dor surda de menor intensidade. Pode iniciar-se anteriormente ou posteriormente ao rim e normalmente irradiar-se anteriormente para a virilha, estendendo-se para a coxa, escroto ou lábios maiores.

- Edema: Pode ser generalizado ou de menor intensidade, predominando no rosto. Clientes com Doença Renal avançada, que não podem excretar os fluidos ingeridos, são facilmente reconhecidos pelo quadro clínico. Uma boa história torna possível a distinção entre edema devido a causas cardíacas, mas em certas circunstâncias, a insuficiência cardíaca ou doenças pericárdicas, podem ser responsáveis pelo edema em clientes renais. Ortopnéia e dispnéia paroxística noturna são características do edema renal. A ingestão de sódio deve ser revista. Várias drogas incluindo estrógenos, anti-hipertensivos e inibidores da síntese de prostaglandinas predisõem ao edema.

- História pregressa: Presença de hipertensão arterial e doenças sistêmicas, procedência do cliente e traumatismo ou cirurgia prévia (MORRIN, 1999).

3.2.4.2 Os dados objetivos são:

- Hálito do Cliente: A pessoa urêmica encontra-se com odor amoniacal.
- Pele: É pálida, e muitas vezes amarelada. Em clientes intensamente urêmicos pode haver deposição de cristais de uréia na face, descrita como “orvalho urêmico”.
- Unhas: Quebradiças e frágeis.
- Pressão arterial: Quando a média de três determinações separadas excede 145 mmHg (sistólica) ou 95 mmHg (diastólica) são consideradas hipertensão arterial.
- Fundo de olho: Verifica-se se há lesões na retina, decorrentes de arteriosclerose e hipertensão.
- Aparelho cardiopulmonar: Derrame pleural ou congestão pulmonar são comuns a várias doenças. No coração, observa-se sinal clássico de sobrecarga de volume circulante ou de pericardite urêmica.
- Exame dos rins: Palpação, ausculta e percussão.
- Uma importante avaliação renal é a urinálise. O exame de urina constitui uma avaliação qualitativa de certos constituintes químicos e o exame microscópico de sedimento. São observados e avaliados nos exames laboratoriais o pH, bilirrubina e uribilinogênio, estearase, leucocitária e nitritos, glicose, corpos cetônicos, hemoglobina e mioglobina, densidade urinária, proteinúria, sedimento urinário e prova de função renal (RIELLA, 2003).

3.2.4.3 A Doença Renal Crônica afeta o sangue:

- Aumentando as concentrações de uréia (valores normais: 8 a 20 mg/dl) e creatinina (valores normais: homens, 0,8 a 1,2 ml/dl e mulheres, 0,6 a 0,9 mg/dl).
- Anemia (valores normais: homens, 42 a 52% e mulheres, 36 a 48%).
- Aumentando a acidez do sangue (acidose). (Valores normais: HCO₃; 22 a 26 mEq/l, pH: 7,35 a 7,45, PaCO₂: 35 a 45 mmHg).
- Diminuindo a concentração de cálcio (Valores normais: 4,65 a 5,28 mg/dl).
- Aumentando a concentração de fosfato (Valores normais: 2,7 a 4,5 mg/dl).
- Aumentando a concentração de paratormônio (Valores normais: 10 a 65 pg/ml).
- Diminuindo a concentração de vitamina D.

- Com o aumento discreto da concentração de potássio. (Valores normais: 3,5 a 5 mEq/l) (SALES, 2005).

3.3 LESÃO RENAL AGUDA (LRA)

3.3.1 Conceito

Supressão abrupta da função renal em consequência de alterações renais agudas, caracterizada pela oligúria ou anúria. Podem ocorrer alterações hormonais, como a deficiência de eritropoetina e de vitamina D. É um estado patológico na qual os rins são incapazes de realizar suas funções fisiológicas. Na LRA, o funcionamento dos rins é interrompido de forma significativa e abrupta. Na maioria das vezes, não resulta de grandes danos estruturais renais, se o cliente vence a fase crítica, a Doença pode ser reversível (RIELLA, 2003).

3.3.2 Tipos de LRA:

3.3.2.1 *Pré-renal ou Funcional:*

É a diminuição da filtração glomerular, por hipoperfusão renal sem Doença intrínseca, reversível com a interrupção do insulto. As causas podem ser distribuídas em três grupos:

- *Hipovolemia:* Causado por trauma, queimadura, esmagamento, hemorragias de qualquer ordem (fraturas, sangramento gastrointestinal, perdas externas ou cirúrgicas, etc.), vômitos ou drenagem nasogástrica, diarréia, perdas urinárias, cutâneas ou respiratórias, levando a desidratação, pancreatite, perdas para o espaço peritoneal ou intestinal.

- *Baixo débito cardíaco:* Insuficiência cardíaca, arritmias, tamponamento pericárdico, doença miocárdica, valvulopatia, hipertensão pulmonar, embolia pulmonar, ventilação mecânica com pressão positiva.

- *Diminuição do fluxo sangüíneo efetivo renal (desproporção entre resistência vascular renal e sistêmica):* Sepses, anafilaxia, anestesia, agressão cirúrgica, insuficiência hepática, drogas (agonistas alfa-adrenérgicos, anti-hipertensivos, anestésicos, inibidores da síntese de prostaglandinas, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, abuso de drogas). Em situações de diminuição do volume sangüíneo efetivo renal, como insuficiência cardíaca, cirrose com ascite, síndrome nefrótica e em clientes com Doença Renal Crônica, ocorre vaso

constrição renal, mediada pelo sistema nervoso autônomo e pelo sistema renina-angiotensina (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.3.2.2 Renal ou Intrínseca ou Necrose Tubular Aguda (NTA):

É a diminuição da filtração glomerular acompanhada de Doença renal intrínseca (dano de células tubulares) (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007). Pode ser dividida em três categorias: NTA isquêmica, NTA nefro tóxica e combinação de hipoperfusão e nefro toxicidade.

▪ *NTA Isquêmica*: Ocorre necrose severa das células tubulares e também ruptura da membrana basal dos túbulos. A luz tubular pode estar em contato direto com o interstício, ou com os capilares e vênulas. Esse tipo de Doença é mais pronunciado no segmento S3 do túbulo proximal e, em menor intensidade, nos segmentos S1 e S2 e também no ramo ascendente da alça de Henle (RIELLA, 2003).

▪ *NTA Nefrotóxica*: Ocorre necrose apenas das células tubulares, permanecendo intacta a membrana basal (RIELLA, 2003).

▪ *Combinação de Hipoperfusão e Nefrotoxicidade*: É a situação mais comum, principalmente quando associada ao tratamento intensivo. Na maioria das vezes, vários dos elementos descritos, levam ao desenvolvimento de necrose tubular aguda. Situações que são fatores de risco independentes para Lesão Renal Aguda incluem: choque séptico, insuficiência cardíaca, doença renal prévia, uso de aminoglicosídeo, desidratação ou hipovolemia, diabetes, hipertensão arterial sistêmica. Além disso, algumas combinações de agentes agressores que levaram a causar LRA são: hipoperfusão + doença renal prévia ou hipertensão, hipovolemia + diabetes, sepse + choque, doença Reno vascular + uso de antiinflamatórios não esferóides ou uso de inibidores da enzima de conversão angiotensina (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.3.2.3 Pós-renal ou Obstrutiva:

A obstrução das vias urinárias determina um aumento progressivo da pressão intratubular renal. Quanto mais próximo do rim à obstrução, mais rapidamente se estabelece a LRA. Manifesta-se por anúria, às vezes alternando período de diurese (RIELLA, 2003). Pode ocorrer em diversos níveis:

- *Pelve e ureter*: Ocorre em rim único funcionante ou bilateralmente e pode ser devido a coágulos, cálculos, necrose papilar, tumor.
- *Bexiga*: Obstrução causada por cálculos, retenção urinária, tumores, hipertrofia prostática, trauma direto.
- *Uretra*: Trauma direto, estreitamento (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.3.3 Manifestações clínicas

O principal sinal é a Oligúria ou anúria, ocorrendo por várias horas ou alguns dias. Entretanto, algumas vezes, a LRA ocorre sem que haja oligúria, com exceção normal ou aumentada de água e eletrólitos. Outros sinais e sintomas da LRA incluem: fraqueza, apatia, perda de apetite, náusea, vômitos, acidose metabólica progressiva, respiração freqüente e profunda (Kussmaul), edema pulmonar, edema periférico, ascite e coma (RIELLA, 2003).

Como o objeto de trabalho, consiste em assistir os renais crônicos, iremos nos aprofundar na Doença Renal Crônica.

3.4 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

3.4.1 Conceito

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela deteriorização progressiva e irreversível da função renal, em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em uremia. (SMELTZER; BARE, 2006).

De acordo com o grau de perda da função renal, a DRC pode ser classificada em leve, moderada, grave ou terminal. Para sua determinação, costuma-se utilizar a depuração de creatinina endógena (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

A DRC é multifatorial, sendo diversos os agravos que podem acometer o sistema renal, como diabetes mellitus, hipertensão não controlada, glomerulonefrite crônica, pielonefrite crônica, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, distúrbios vasculares, infecções, agentes tóxicos como medicamentos, doença renal policística, intoxicação por metais pesados (chumbo, cádmio, ouro), tuberculose renal, anemia falciforme, doença isquêmica bilateral do rim, hiperglobulinemias e acidose tubular renal (SMELTZER; BARE, 2006).

3.4.2. Fisiopatologia

À medida que a função renal diminui os produtos finais do metabolismo protéico (que são normalmente excretados na urina), acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do corpo. Quanto maior o acúmulo de produtos de degradação, mais graves serão os sintomas (RIELLA, 2003).

Com a perda da massa renal, os néfrons remanescentes saudáveis ou menos lesados tendem a hipertrofiar e aumentar sua função para compensar a perda renal. Quando ocorrem mais de 50% da perda renal, proteinúria e glomeruloesclerose segmentar, o foco desenvolve-se de forma mais agressiva quanto à perda de néfrons, resultando no declínio progressivo da função renal. A resposta adaptativa à perda de massa renal, inclui o desenvolvimento precoce de hipertrofia renal, ou seja, um aumento no tamanho e no peso renal, devido ao aumento do glomérulo e sistema tubular, especialmente nos túbulos proximais, resultando em um aumento desproporcional do córtex, em relação à medula renal. A hipertrofia renal é acompanhada pelo aumento da taxa de perfusão e filtração renais de forma paralela. A resistência vascular é reduzida na arteríola aferente e eferente, permitindo um aumento no fluxo sanguíneo renal. O aumento na dilatação da arteríola aferente é proporcionalmente maior que o da eferente. Isso ocorre devido a um aumento na pressão hidráulica do capilar glomerular. Uma vez iniciada a Doença Renal, a deterioração da função é progressiva e leva à Doença Renal Crônica terminal em um período variável de tempo. Outros fatores podem contribuir para a piora rápida da função renal residual, como: hipertensão arterial, infecção urinária, obstrução e uso de drogas nefrotóxicas (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

De acordo com Smeltzer e Bare (2006), a Doença Renal Crônica apresenta 3 estágios bem definidos, que são:

▪**Estágio 1:** Reserva renal reduzida, caracterizada por uma perda de 40 a 75% da função do néfron. Geralmente o cliente não apresenta sintomas, porque os néfrons remanescentes são capazes de realizar as funções normais do rim.

▪**Estágio 2:** A Doença Renal ocorre quando são perdidos 75 a 90% da função do néfron. Ocorre um aumento dos níveis de creatinina e de uréia séricas, o rim perde a capacidade de concentrar urina e a anemia se desenvolve. O cliente pode relatar poliúria e nictúria.

▪**Estágio 3:** Esta fase é caracterizada por menos de 10% de função do néfron, sendo considerado o estágio final da Doença Renal Crônica. As funções reguladoras, excretora e secretoras dos rins estão comprometidas. Os níveis de uréia e creatinina estão elevados, e há distúrbios hidroeletrólítico. Nesse estágio, a diálise é indicada.

3.4.3. Síndrome urêmica

Síndrome urêmica ou uremia significa urina no sangue, indicando que certas substâncias (como a uréia), normalmente excretadas na urina, são retidas na circulação. Os sintomas de Doença Renal não podem ser atribuídos unicamente à retenção de constituintes urinários, mas também por alterações endócrinas e metabólicas independentes dessa retenção (RIELLA, 2003).

3.4.4. Manifestações clínicas

Segundo Riella (2003), as manifestações clínicas da Doença Renal Crônica são decorrentes da síndrome urêmica, devido à redução progressiva da filtração glomerular. A gravidade desses sinais e sintomas depende, em parte, do grau de comprometimento renal, de outros distúrbios subjacentes e da idade do cliente. Nas fases iniciais, as manifestações clínicas, podem ser mínimas ou até mesmo ausentes. Em fases mais avançadas, na qual há déficit de filtração glomerular, são várias as manifestações clínicas:

▪**Distúrbios Hidroeletrólítico:** Aumento do volume circulante, que quando em excesso pode ocasionar hipertensão arterial, edema e insuficiência cardíaca congestiva. A excessiva ingesta de sal é responsável pelo edema e hipertensão arterial, enquanto a excessiva ingesta de

líquidos leva a hiponatremia. Outras manifestações: hiperpotassemia, acidose metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hipermagnesemia (RIELLA, 2003).

▪ Manifestações Gastrointestinais: Náuseas, vômitos, paladar metálico, soluços, anorexia, diarreia, estomatite, gastrite, duodenite, ileíte, colite e proctite, sangramento, úlceras pépticas (RIELLA, 2003).

▪ Manifestações Pleuropulmonares: Pleurite, pulmão urêmico (opacificação pulmonar bilateral que se estende do hilo para a periferia, poupando os ápices ou bases), estertores, escarro espesso, reflexo de tosse diminuída, falta de ar, taquipnéia, respiração do tipo Kussmaul. (SMELTZER; BARE, 2006).

▪ Manifestações Neurológicas: Clientes urêmicos podem apresentar alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) e também no Sistema Nervoso Periférico e Autônomo. Os sintomas são: insônia, déficit cognitivo, convulsão, encefalopatia urêmica e coma. A encefalopatia urêmica é caracterizada por irritabilidade, sonolência, desorientação, confusão e delírio, mioclonias e asterixes. A síndrome das pernas inquietas acomete clientes urêmicos e provavelmente indica comprometimento dos nervos periféricos pelo processo urêmico, ocasionando desconforto nas pernas e pés, sensação de prurido e picadas, com piora no período noturno (PADILLA; REYES; REY, 2003).

▪ Manifestações Hematológicas: A anemia pode ser verificada, quando a função renal está abaixo de 50% do normal. Com a progressão da Doença Renal, a anemia agrava-se. Isso ocorre devido à deficiência absoluta ou relativa de eritropoetina, que é uma substância produzida principalmente nos rins, que estimula a medula óssea a produzir eritrócitos. Os fatores que podem agravar a anemia são: deficiência de ácido fólico e hipertensão arterial grave, que podem levar a hemólise (RIELLA, 2003).

▪ Manifestações Cardiovasculares: A hipertensão arterial é freqüente, ocorrendo nas fases mais avançadas da Doença Renal Crônica, sendo a principal causa, o volume circulante excessivo. Pode ocorrer também, insuficiência cardíaca congestiva, relacionada ao excesso de volume circulante, pericardite e miocardite, relacionadas a toxinas urêmicas (RIELLA, 2003).

▪ Alterações Ósseas e Articulares: A doença relacionada à uremia é a osteodistrofia renal, representada pelo hiperparatireoidismo secundário, osteomalacia, doença óssea adinâmica e doença óssea mista. O hiperparatireoidismo é ocasionado pelo aumento na produção de paratormônio (PTH), com hiperplasia das glândulas paratireóides secundárias a hiperfosfatemia, diminuição dos níveis de vitamina D, hipocalcemia, aumento do nível sérico

de cálcio, necessário para suprir a produção de PTH, diminuição da degradação do PTH secundário à uremia. Na osteomalacia, envolve-se a deficiência da vitamina D, a toxicidade óssea do alumínio, hipocalcemia e/ou hipofosfatemia persistente. A doença óssea adinâmica, associa-se ao nível normal ou baixo de PTH, ocasionando redução na formação e no remanejamento ósseo. A doença óssea mista pode ocorrer pelo depósito de alumínio no osso ou pela presença de cálcio e/ou fósforo baixo em clientes com hiperparatireoidismo secundário, e também em clientes com osteomalacia por alumínio (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

▪Manifestações Dermatológicas: Palidez, decorrente da anemia, hiperpigmentação cutânea, pele ressecada e escamosa, prurido, equimoses, púrpura, unhas finas e quebradiças, queda de cabelo e deposição de cristais de uréia na pele (SMELTZER; BARE, 2006).

▪Manifestações Endócrinas: Pode ocorrer anormalidade da tireóide, hiperparatireoidismo, devido aos baixos níveis séricos de T3, provavelmente decorrente da diminuição na conversão periférica de T4 para T3. No homem, as alterações endócrinas podem resultar em espermatogênese comprometida e também podem provocar impotência sexual. A mulher pode apresentar alterações menstruais e infertilidade devido à falta de ovulação (RIELLA, 2003).

▪Manifestações Metabólicas: Intolerância aos carboidratos, pois o metabolismo da insulina está prejudicado, hiperlipidemia, devido à “elevada produção endógena de triglicerídios e remoção anormal destes produtos, para uma atividade lipolítica pós-heparina subnormal” (RIELLA, 2003).

3.4.5 Tratamento

Para clientes que apresentam diagnóstico de Doença Renal Crônica, a terapêutica é baseada no tratamento da doença de base, controle da pressão arterial, controle dos possíveis fatores agravantes da perda da função renal. Com o progresso da uremia, o cliente apresenta acidose, hiperfosfatemia, hipocalcemia, dentre outros distúrbios, sendo necessário o uso de medicamentos (RIELLA, 2003).

Há dois tipos de tratamento, o conservador e o dialítico. O tratamento conservador é indicado para clientes com DRC que não precisam de diálise, porém clientes que estão em tratamento dialítico também necessitam de manter o tratamento conservador.

3.4.5.1 Tratamento conservador

3.4.5.1.1 Dietético

Segundo Barros, Manfro, Gonçalves e Thomé (2007), a nutrição influencia no prognóstico de clientes com Doença Renal Crônica em tratamento dialítico. É comum, esses clientes apresentarem desnutrição protéico-calórica. As causas podem ser: ingestão inadequada de nutrientes, restrições graves na dieta, distúrbios gastrointestinais e hormonais, perdas de nutrientes durante o tratamento dialítico, diálise inadequada, acidose metabólica, o procedimento de hemodiálise, medicamentos que interferem na absorção gastrintestinal de alimentos e enfermidades intercorrentes. Esse quadro compromete a qualidade de vida dos clientes urêmicos e sua reabilitação.

Os objetivos da terapêutica nutricional direcionam-se na adaptação da dieta a cada indivíduo visando:

- Manter o equilíbrio protéico-calórico;
- Evitar a desidratação e a sobrecarga de fluidos;
- Manter os níveis sanguíneos normais de potássio e sódio;
- Manter níveis aceitáveis de fósforo e cálcio;
- Adaptar à situação financeira e os hábitos alimentares.

Para cada cliente em diálise, a prescrição da dieta necessita ser individualizada e flexível. A restrição dietética excessiva, nestes clientes ou a restrição que não corresponda ao padrão alimentar habitual ou cultural, pode resultar na falha de ingestão de quantidade adequada de calorias totais e/ou proteína (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003).

- Restrição Protéica:

As proteínas apresentam como produtos finais à uréia, creatinina, ácido úrico e ácidos orgânicos. Esses elementos em grande quantidade no organismo tornam-se tóxicos. Por esse motivo, a ingesta de proteínas deve ser rigorosamente controlada. Já a deficiência, faz com que ocorra uma degradação das proteínas musculares, tornando os clientes desnutridos. A restrição de proteínas deve ser feita cuidadosamente, de acordo com o quadro clínico do

cliente e através dos resultados dos exames de clearance de creatinina e concentração sanguínea da uréia (CARVALHO; RAMOS, 2005).

A base do tratamento dietético é a restrição protéica, para que ocorra a diminuição da uremia, com o fornecimento mínimo de aminoácidos essenciais e aporte calórico adequado para manter o balanço nitrogenado. As necessidades protéicas dependem da natureza da doença de base, do catabolismo e da necessidade de diálise (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

Produtos de origem animal como aves, peixes, carnes e clara de ovo, possuem maior e melhor quantidade de proteínas. As proteínas de origem vegetal encontrada em frutas, verduras, pães, arroz e massas são proteínas de mais baixa qualidade, pois não são bem aproveitadas pelo corpo (MARTINS, 1999).

- Restrição de Colesterol:

Em caso de colesterol sérico elevado, recomenda-se diminuir as gorduras saturadas (gorduras animais) e alimentos ricos em colesterol, como gordura animal (manteiga, creme de leite, nata, fígado, coração, moela, salame, etc.).

A restrição de colesterol deve ser feita com cautela, pois muitos alimentos que contêm colesterol, como carnes e ovos, são também fontes de proteínas de elevado valor biológico. A ingestão de peixes ou de carne branca de aves é preferível em relação ao consumo de carne vermelha (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

Mas não havendo problemas, deve-se oferecer uma boa ingesta de carboidratos, já que o produto final do catabolismo não prejudica, ou sobrecarrega a excreção, além de diminuir a degradação extra da proteína, o que agrava a uremia existente (CARVALHO; RAMOS, 2005).

- Sais Minerais:

a. Sódio:

O sódio desempenha um papel importante no controle da água no corpo. Geralmente a perda ou excesso de sódio, está acompanhado de perda ou ganho de líquido (SMELTZER; BARE, 2006).

O excesso de sódio no cliente renal está ligado à incapacidade dos rins em excretar sódio, provocando retenção de água e edema generalizado. Por isso a ingestão de sódio deve ser restringida de acordo com as características individuais de cada cliente (CARVALHO; RAMOS, 2005).

A recomendação de sódio varia conforme o cliente e a presença de hipertensão, retenção de líquidos com alterações no peso e aparecimento de edema. E também o uso abusivo de sódio em clientes com baixa diurese, aumenta a sede e conseqüentemente, o excesso de líquidos entre sessões de hemodiálise. Exemplos de alimentos ricos em sódio: Alimentos enlatados (sardinha, atum), alimentos embutidos (salsicha, mortadela), salgadinhos, o próprio sal de cozinha. Em caso de hipertensão arterial ou retenção hídrica, a recomendação de sódio diária é de 2 a 4g/dia. (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

b. Fósforo:

Está presente em diferentes tecidos e é um dos constituintes mais abundantes do organismo. A maior parte dele, em um adulto normal, encontra-se no osso e o restante nos tecidos moles, ligado a proteínas, lipídios e carboidratos. Participa de diferentes processos metabólicos e está presente como fosfolipídio em todas as membranas celulares (SALES, 2005).

Deve-se manter o fósforo menor que 6.0mg/dl e evitar que o produto cálcio-fósforo ultrapasse 70md/dl. Alimentos ricos em fósforo: farinha de trigo, pipoca, milho verde, nozes, leite, queijo, leite condensado, achocolatados, sardinha, atum, ovo (CARVALHO; RAMOS, 2005). Valores normais: 2,7 a 4,5 mg/dl (SALES, 2005). Deve-se considerar que o controle de fósforo sérico em geral não é possível somente com a dieta. O uso de quelantes é normalmente necessário. Estes se ligam ao fósforo da dieta e são excretados via intestinal. É importante lembrar, também, que as doses prescritas de quelantes, devem ser de acordo com a quantidade de fósforo presente na refeição (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

c. Cálcio:

O cálcio é responsável pela estruturação do esqueleto. Cerca de 99% do cálcio é encontrado nos ossos e esmaltes do dentes e apenas 15% no sangue. O cálcio é absorvido no

intestino delgado, sendo esta absorção facilitada pela vitamina D3. Os hormônios da paratireóide e hormônio calcitonina, regulam o nível sérico de cálcio no sangue. A deficiência da vitamina D prejudica a absorção adequada do cálcio e do fósforo pelo intestino. O organismo para compensar essa deficiência, provoca assim uma desmineralização dos ossos, conhecida como osteomalacia (CARVALHO; RAMOS, 2005).

Os clientes em tratamento dialítico, têm suporte nutricional de cálcio aumentado, devido à deficiência de vitamina D e à resistência à ação da vitamina D. Estes, normalmente têm níveis baixos de cálcio no organismo, devido à restrição de ingestão de leite e derivados, para diminuir os níveis de fósforo. Para obter o balanço de cálcio, os clientes em tratamento dialítico, requerem suplementação de cálcio e vitamina D. Porém, esta medida deve ser realizada com cuidado, pois, pode ocorrer hipercalcemia severa (DAURGIDAS; BLAKE; ING, 2003). Valores normais: 4,65 a 5,28 mg/dl (SALES, 2005).

d. Potássio:

Apenas 2% do potássio são encontrados no meio extracelular, o restante é encontrado no meio intracelular. Essa pequena quantidade que se encontra no meio extracelular é responsável pela função músculo esquelético e cardíaco. O potássio está em constante movimento no meio extra e intracelular e a mínima alteração pode alterar as funções cardíacas. Os rins participam mantendo o equilíbrio do potássio, sendo excretado quando em excesso na urina, e também pelo suor e pelo intestino. A pouca ingestão de potássio, pode provocar fadiga, náuseas, vômitos, fraqueza muscular e câibras. A hipercalcemia é o excesso de potássio que geralmente é perigoso, podendo levar a parada respiratória e cardíaca. A principal causa é a excreção renal diminuída (SMELTZER; BARE, 2006).

Em caso de oligúria e hipercalcemia, a ingestão de potássio deve ser de 1 a 2g/dia (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007). Os alimentos mais ricos em potássio são frutas e hortaliças, como também seus sucos. Leite, carne, batata, chocolate, doce de leite, cereais integrais, amendoim, castanha, caldo de carne, de galinha, de legumes, massa e molho de tomate, feijão, café solúvel. Nenhum alimento deve ser totalmente retirado da dieta, sendo que alguns devem ser consumidos com precaução em quantidades limitadas (MARTINS, 1999). Valores normais: 3,5 a 5 mEq/l (SALES, 2005).

e. Ferro:

Os rins são responsáveis pela produção de um hormônio, a eritropoetina, que estimula a produção de células vermelhas pela medula óssea, aumentando a hemoglobina. Havendo perda da função renal, esta função fica comprometida, provocando a diminuição do número de eritrócitos no organismo (CARVALHO; RAMOS, 2005).

A anemia é uma complicação da Doença Renal Crônica, tendo como causas, a deficiência de ferro e de eritropoetina. Geralmente é necessário o uso de suplementos de ferro, aos clientes em tratamento dialítico, em que as perdas sangüíneas são comuns e nos casos tratados com eritropoetina humana recombinante. As melhores fontes de ferro são as carnes e ovos (gema), peixes, aves e alguns vegetais (MARTINS, 1999). Valores normais de hematócrito: homens, 42 a 52% e mulheres, 36 a 48% (SALES, 2005).

- Vitaminas:

Deficiências de vitaminas em clientes com Doença Renal Crônica, ocorrem principalmente por ingestão inadequada, alteração no metabolismo ou perdas no dialisado. A suplementação de vitamina K é recomendada em presença de anorexia, baixa ingestão alimentar e uso prolongado de antibióticos. Vitamina, como o calcitriol, está indicada na prevenção e tratamento de osteodistrofia renal.

As vitaminas hidrossolúveis são dialisadas e há necessidade de suplementação, principalmente as do complexo B e a vitamina C. O ácido fólico tem papel importante na diminuição dos níveis de homocisteína, fator de risco para doença vascular (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

- Restrição Hídrica

Deve ser avaliada através da diurese, e de outras perdas, para que ocorra uma adequação da mesma, pois mal indicada, pode ocasionar desidratação e piora na função renal (RIELLA, 2003).

3.4.5.1.2 Tratamento medicamentoso

- Medicamentos Anti-hipertensivos:

A hipertensão arterial pode danificar os glomérulos, o que dependerá das resistências das arteríolas pré e pós glomerulares. Na doença renal crônica avançada, a resistência glomerular está diminuída, expondo o glomérulo aos efeitos danosos da hipertensão. Medicamentos como beta-bloqueadores e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), podem ter um efeito protetor ao glomérulo. O envolvimento do sistema renina-angiotensina na hipertensão pode sugerir o uso preferencial desses agentes. Outros medicamentos anti-hipertensivos são utilizados, como os vasodilatadores, os bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores adrenérgicos, inibidores antiadrenérgicos e antagonistas de cálcio. A sua indicação dependerá da progressão da doença (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

- Diuréticos:

São medicamentos que aumentam o fluxo urinário. Determinam, ao nível dos néfrons, a diminuição da capacidade tubular de reabsorção de sódio e água e, em algumas circunstâncias, aumentam a taxa de filtração glomerular (RIELLA, 2003).

São os agentes anti-hipertensivos mais empregados, pois diminuem a pressão arterial por eliminarem sal do organismo. E isto ocorre por vários mecanismos: diminuição do volume do espaço extracelular, diminuição do conteúdo de água e sal da parede dos vasos (o que os tornaria menos responsivos a vaso constrição, causada pelas catecolaminas e angiotensina) e diminuição da sensibilidade a agentes pressores (RIELLA, 2003). Os diuréticos são classificados da seguinte forma: diuréticos osmóticos, inibidores da anidrase carbônica, diuréticos tiazídicos, antagonistas de esteróides e diuréticos diversos.

Diuréticos osmóticos: Atrai uma quantidade obrigatória de água, ao mesmo tempo em que o sal é excretado pelo rim. Exemplo: *Uréia*. Embora seja um constituinte normal dos líquidos orgânicos, esta serve como diurético osmótico, quando administrada em doses suficientemente grandes. A maior parte da uréia administrada permanece no filtrado glomerular e não é reabsorvida, assim também retém água no túbulo e aumenta o débito

urinário. Não deve ser administrada, quando há evidência de doença renal caracterizada por retenção de nitrogênio (ASPERHEIM, 2003).

Inibidores da anidrase carbônica: A anidrase carbônica é uma enzima que causa a formação de ácido carbônico, a partir do dióxido de carbono e da água presentes no sangue. Quando a enzima é inibida por uma dessas substâncias, não há formação de ácido carbônico em quantidade considerável. O ácido carbônico é necessário para que haja um suprimento do íon de bicarbonato no sangue. Como o íon de bicarbonato combina-se ao sódio, que é filtrado na cápsula de Bowman, e ajuda em sua reabsorção para a corrente sangüínea, na ausência deste, o íon é excretado em quantidades excessivas e é acompanhado pela água para aumentar o volume urinário. Exemplo: *Acetazolamida*. Não tem utilidade em clientes com nefrite, devido a um efeito autolimitante. É útil no tratamento do edema resultante de insuficiência cardíaca congestiva (ASPERHEIM, 2003).

Diuréticos tiazídicos: Atuam diretamente sobre os túbulos coletores renais e promovem a excreção de sódio, potássio, cloreto e bicarbonato juntamente com a necessária excreção de água. A depleção de potássio freqüentemente causa problema, quando os diuréticos tiazídicos são usados durante um longo período. Assim, um suplemento de potássio ou alimentos ricos em potássio, são acrescentados à alimentação. Além de sua atividade como diuréticos, os tiazídicos, têm um efeito adicional como anti-hipertensivos. Quando associados a outros medicamentos, como a hidralazina, são coadjuvantes úteis no tratamento de clientes hipertensos, porque aumentam muito a atividade destes fármacos. Exemplo: *Clorotiazida*. É utilizado como diurético na insuficiência cardíaca ou como auxiliar no tratamento da hipertensão. Os efeitos colaterais deste medicamento incluem alterações da química do organismo como alcalose hipoclorêmica, hipotensão, taquicardia, anemia aplásica, icterícia, hiperuricemia, glicosúria, câibras e fraqueza (ASPERHEIM, 2003).

Antagonistas dos esteróides: Atuam por inibição da aldosterona, um hormônio supra-renal que promove a retenção de sódio e excreção de potássio. A excreção de sódio e cloreto é acompanhada por uma quantidade apropriada de água. Exemplo: *Espironolactona*. É útil no tratamento do edema associado à insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática com ascite e nefrite. Os efeitos colaterais observados com o uso desta substância incluem cefaléia leve, confusão, dermatite, sonolência, ataxia e dor abdominal fraca (ASPERHEIM, 2003).

Diuréticos diversos: Exemplo: *Furosemida*. É um diurético que age nos túbulos coletores do néfron, principalmente no ramo ascendente da alça de Henle, para impedir a reabsorção, e assim causar a excreção de sódio e cloreto. Pode ser usada na insuficiência

cardíaca congestiva associada à doença hepática ou renal. Tem particular valor, quando outros diuréticos menos potentes, não reduzem o edema. Os efeitos colaterais são depleção de eletrólitos, tonteira, fraqueza, icterícia, câibras nas pernas, vômito e confusão (ASPERHEIM, 2003).

- Eritropoetina:

Pertence a um grupo de fatores hematopoiéticos de crescimento, que regulam a proliferação e diferenciação das células hematopoiéticas da medula óssea, que são precursoras das células do sangue. É quimicamente uma glicoproteína, e é o principal fator regulador da produção de glóbulos vermelhos (eritrócitos), um processo chamado eritropoiese. É produzida principalmente nos rins, e em menor quantidade no fígado, e circula livremente no sangue.

É indicada em todos os clientes renais crônicos, crianças ou adultos, em tratamento conservador ou dialítico, cuja anemia não apresente fatores agravantes. A eritropoietina é usada no tratamento adjuvante de certas anemias, aproveitando a sua capacidade de estimulação da eritropoiese medular e, portanto, aumentando a massa circulante de eritrócitos, melhorando a anemia e reduzindo a frequência de transfusões de sangue.

Os efeitos adversos mais freqüentes são: aumento da hipertensão arterial ou piora da hipertensão pré-existente, reações no local da injeção (eritema, queimação e dor), hipercalemia, hiperfosfatemia, aumento da taxa de nitrogênio e da uréia sangüínea, ácido úrico e creatinina (RIELLA, 2003).

- Carbonato de Cálcio:

É um medicamento que apresenta propriedades de complementar as necessidades orgânicas de cálcio, em estados deficientes, sendo indicado também para o tratamento de hipocalcemia e para a prevenção de osteoporose. É feito o seu uso, na prevenção de osteodistrofia, em quantidades suficientes para manter os níveis de cálcio e fósforo. Além de fornecer cálcio, o carbonato serve como quelante intestinal de fósforo, evitando assim a hiperfosfatemia. Também apresenta moderado efeito alcalizante, combatendo assim acidose metabólica (NASCIMENTO; MARQUES, 2003).

3.4.5.2 Tratamento dialítico

O tratamento de diálise é indicado, quando há incapacidade do tratamento conservador em manter a qualidade de vida do cliente, quando há prejuízos nutricionais e metabólicos e agravamento de complicações crônicas, decorrentes da uremia.

As opções de tratamento disponíveis para clientes com Doença Renal Crônica são:

3.4.5.2.1 Diálise Peritoneal

É realizada a partir da implantação de um cateter na cavidade peritoneal, sendo infundida uma solução hipertônica através da membrana peritoneal, ocorrendo desta forma, o transporte transcapilar de água e solutos por ultrafiltração e difusão. Há vários tipos de diálise peritoneal, sendo as mais usadas: CAPD (diálise peritoneal ambulatorial contínua), CCPD (diálise peritoneal cíclica contínua) e DPA (diálise peritoneal automatizada). Possui a vantagem da simplicidade e de ser um tratamento mais suave, que evita desequilíbrios abruptos. É também útil, nos casos em que há riscos decorrentes da necessidade de anticoagulação, tais como pericardite, coagulopatias e emergências hipertensivas (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.4.5.2.2 Hemodiálise

É o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis (creatinina, ácido úrico, entre outras). A transferência de soluto ocorre entre o sangue e a solução de diálise, através de uma membrana semipermeável artificial. Pode ser rapidamente instituída, mediante a instalação de um cateter em veia central (se o paciente não possuir uma fístula arteriovenosa) e é mais adequada para casos de hipercalemia ou outros distúrbios eletrolíticos, hipervolemia, acidose ou hipermetabolismo (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

A hemodiálise oferece uma alteração mais rápida na composição plasmática de solutos e a possibilidade de remoção mais rápida do excesso de líquido corporal que a diálise peritoneal. Porém, como é aplicada em sessões, a necessidade diária de remoção de líquido e alteração de solutos, precisa ser satisfeita em curto intervalo de tempo; a remoção rápida de líquido freqüentemente é mal tolerada por clientes muito graves em uma unidade de terapia intensiva (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003).

3.4.5.2.3 Transplante Renal

É uma importante opção terapêutica para o cliente com Doença Renal Crônica, tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico. Está indicado, quando houver Doença Renal crônica em fase terminal, estando o cliente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006). Todo cliente portador de Doença Renal Crônica terminal é um candidato, em potencial, a um transplante de rins. No entanto, nos clientes mais idosos, os riscos são grandes, e, talvez a diálise seja a terapêutica de escolha (RIELLA, 2003).

Contra-indicações a um transplante renal são poucas: incompatibilidade ABO, anticorpos citotóxicos contra antígenos do doador, infecção em atividade e neoplasia sem controle (RIELLA, 2003).

3.5 MÉTODOS DIALÍTICOS

A diálise é um processo usado na remoção de líquidos e produtos do metabolismo do organismo, quando os rins são incapazes de fazê-lo.

O objetivo da diálise é: manter a vida e o bem estar dos clientes, até que a função renal seja restabelecida. Os métodos de tratamento incluem diálise peritoneal, hemofiltração e hemodiálise (SMELTZER; BARE, 2006).

Como já vimos anteriormente, existem quatro tipos de Diálise Peritoneal: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua, Diálise Peritoneal Cíclica Contínua, Diálise Peritoneal Intermitente e Diálise Peritoneal Automatizada.

Devido o enfoque de o presente trabalho ser o cliente com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico, discorreremos a seguir sobre a Hemodiálise.

3.5.1 Hemodiálise

A Hemodiálise é um procedimento, que tem por finalidade suprir as funções de excreção e de regulação do equilíbrio hidroeletrólítico de rins insuficientes (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003). Essas funções são executadas por meio de trocas descontínuas de solutos e de água entre o plasma da pessoa e uma solução de diálise, separados por uma membrana semipermeável. Os solutos são trocados por difusão passiva, enquanto que a água é removida por ultrafiltração, criando-se um gradiente de pressão hidrostática entre os dois lados da membrana.

Segundo SMELTZER; BARE (2006), a ação da Hemodiálise é regulada por três princípios:

3.5.1.1 Difusão

É a passagem de um soluto, de uma área onde a sua concentração é mais alta, para outra concentração mais baixa, através de uma membrana semipermeável, em ordem a atingir um estado final de equilíbrio (fig. 4).

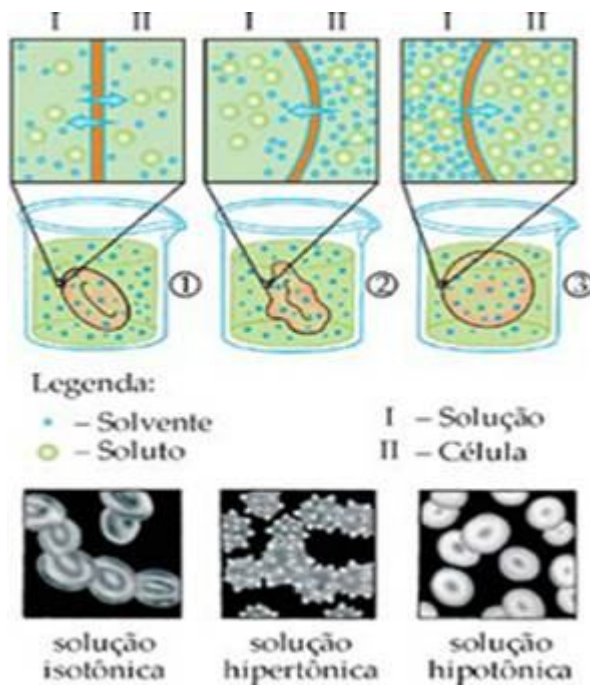


Fig. 4: Processo de Difusão (CASSI, 2006).

A força motriz é o gradiente de concentração, e este processo de transporte manter-se-a até se atingir um equilíbrio, ou seja, até que a concentração do soluto seja a mesma em toda a solução. A velocidade de difusão depende em grande medida do tamanho do soluto. As moléculas de maior tamanho movem-se mais lentamente que as moléculas menores, sendo também menor sua velocidade de difusão. Conclui-se, então, que quanto maior o tamanho do soluto, tanto maior demorará a atingir-se um estado de equilíbrio (Sociedade, Brasileira de Nefrologia, 2006). Consiste no deslocamento de toxinas e resíduos presentes no sangue, de uma área de maior concentração no sangue, para uma área de menor concentração na máquina de Hemodiálise. O banho de diálise é composto de todos os importantes eletrólitos e de suas concentrações extracelulares ideais.

3.5.1.2 Osmose

É o nome do processo físico pelo qual a água atravessa uma membrana semipermeável, passando de uma área onde a sua concentração é alta (onde a concentração de soluto é baixa), para outra onde a sua concentração é mais baixa (onde a concentração de soluto é mais alta). A concentração de água em uma solução, depende da concentração total dos solutos, independentemente do tipo de solutos presentes (fig. 5). A pressão osmótica é a pressão hidrostática necessária para impedir o fluxo de água, induzido pelo gradiente de osmolaridade. Quanto maior a diferença de osmolaridade, tanto maior a pressão osmótica.

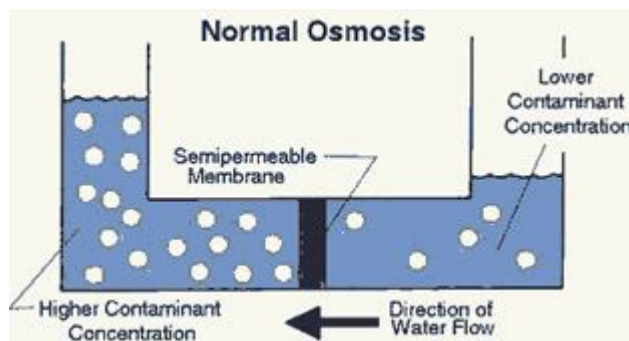


Fig. 5: Processo de Osmose (CASSI, 2006).

Uma solução que contém mais solutos que uma célula viva é definida como hipertônica; uma célula colocada em uma solução hipertônica, diminuirá de volume à medida que a água se vai extravasando dela. Uma solução hipotônica possui uma concentração de partículas de soluto que é mais baixa que a de uma célula, pelo que uma célula colocada em uma tal solução, aumentará de volume, podendo mesmo chegar a arrebentar-se. Quando as concentrações de solutos em ambos os lados da membrana são iguais, as soluções dizem-se isotônicas. Na osmose, pode verificar-se sempre, que os solutos são tão grandes, que o seu transporte através de uma membrana é impedido ou simplesmente retardado (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006). É responsável pela remoção do excesso de água no sangue. A água movimenta-se de uma área de concentração de soluto mais elevada (sangue), para uma de menor concentração de soluto (o banho de dialisado), isto é, de uma pessoa com Doença Renal Crônica para o banho de diálise.

3.5.1.3 Ultra filtração

É o processo físico, pelo qual um líquido é transportado através de uma membrana semipermeável. A força motriz é um gradiente de pressão através da membrana. O gradiente de pressão pode ser aplicado de três diferentes maneiras. Uma pressão Hidrostática, que pode ser positiva, quando um líquido é pressionado através de uma membrana ou negativa quando um líquido é aspirado através de uma membrana. Na hemodiálise, a combinação das duas pressões, positiva (do lado do sangue) e negativa (do lado do líquido dialisante), forma o gradiente de pressão total sobre a membrana. Este gradiente de pressão denominado pressão transmembrana (PTM), é utilizado para remover o excesso de água. Outra alternativa consiste em criar uma pressão osmótica, através da adição de um soluto de elevado peso molecular, ou seja, um soluto não-permeável. Este é o princípio utilizado para a remoção de água na diálise peritoneal, onde a glicose é o soluto utilizado para criar a pressão osmótica (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Há vários tipos de máquinas de hemodiálise disponíveis no mercado. Estas máquinas podem ser com reservatório ou proporcionadoras, pela forma de preparação do líquido, e individuais ou coletivas, quando se considera a forma de distribuição do líquido. Os equipamentos necessários ao funcionamento de uma unidade de diálise, devem ter uma normatização técnica que tem por objetivo garantir eficiência e segurança ao trabalho dialítico (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.5.2 Descrição do Sistema

Na hemodiálise, há um sistema de circulação sanguínea extra corpórea, impulsionado por bomba, um sistema de fornecimento de líquido de diálise e um filtro com uma membrana semipermeável, no qual o sangue e o líquido de diálise se encontram, permitindo trocas por difusão (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

As máquinas modernas de hemodiálise (Fig. 7) possuem equipamentos que controlam e monitorizam vários parâmetros: pressão do sangue antes do filtro, pressão do sangue após o filtro, pressão do dialisado, pressão transmembrana, temperatura do dialisado, presença de ar no compartimento sanguíneo, condutividade do dialisado e volume do ultrafiltrado. Existem, ainda, alarmes e sistemas de segurança que anunciam quando algum desses parâmetros desvia-se do desejado e pode mesmo suspender o processo para evitar riscos ao cliente (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).



Fig. 7: Máquina de Hemodiálise (CASSI, 2006).

A máquina de diálise é imprescindível á hemodiálise. O dialisador é o rim e a máquina o resto do corpo, servindo para fornecer ao rim o sangue necessário e controlar todo o processo.

As funções da máquina de diálise podem ser divididas em três categorias:

- *Funções básicas*, que se encarregam da circulação do sangue e do dialisante através do dialisador;
- *Funções de segurança*, que monitorizam e controlam todos os processos envolvidos, com a finalidade de garantir ao cliente um tratamento seguro;
- *Funções opcionais*, ou seja, funções adicionais, que variam mediante as necessidades específicas de cada operador (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Para descrevermos as funções da máquina de diálise, iniciaremos com o circuito do sangue e em seguida, com o circuito do dialisado. Essas funções estão geralmente integradas em uma única máquina, embora por vezes, sejam repartidas entre um monitor de sangue e um monitor de dialisado.

Circuito do Sangue: o monitor de sangue assegura o controle e a supervisão do circuito do sangue em toda a sua extensão. Depois de sair do acesso vascular do cliente, o sangue flui ao longo da linha de sangue arterial até atingir o dialisador, retornando ao cliente, por via da linha de sangue venoso. Durante um tratamento de diálise padrão, o débito normal de sangue é de 250-350 ml/min. A bomba de sangue é colocada antes do dialisador. O tipo mais utilizado é a bomba peristáltica de roletes, que funciona com base no princípio de um cilindro rolante, que força o líquido a avançar por compressão de um tubo maleável. Uma outra bomba, que é incluída freqüentemente no monitor de sangue é a bomba de heparina. A heparina tem por objetivo, prolongar o tempo que pode passar, antes que ocorra coagulação

do sangue durante o tratamento. A infusão contínua é o método mais utilizado e mais seguro para controlar a concentração de heparina no sangue. A bomba utilizada é geralmente na forma de uma seringa com heparina que se coloca em um porta-seringa da máquina, o êmbolo é depois lentamente impelido de modo automático. Um tubo fino liga a ponta da seringa à linha de sangue, fazendo-se a intersecção junto a um local onde a pressão é positiva, ou seja, a seguir à bomba de sangue.

Funções de Segurança:

- Como primeiro e último dispositivo instalado no circuito sangüíneo da máquina, tem-se um clamp de oclusão, um para a linha de sangue arterial e outro para linha de sangue venoso. Em situações em que é urgente fazer parar o fluxo sangüíneo, os clamps asseguram a interrupção imediata desse fluxo, por meio da oclusão do tubo de sangue em ambas as extremidades. Deste modo, o cliente fica completamente desligado da máquina;

- A monitorização da pressão no circuito de sangue atende a dois objetivos: Primeiro como uma questão de segurança, pois serve para detectar falhas acidentais de conexão, bem como obstruções que possam verificar-se devido a irregularidades da linha ou a coágulos de sangue. As variações de pressão que excedam os limites pré-fixados provocam a entrada em ação de um dispositivo de alarme. O segundo objetivo é servir para o cálculo da PTM, que pressupõe a medição da pressão venosa no lado do sangue. À medida que vai correndo ao longo do circuito extra corporal, o sangue fica exposto a consideráveis variações de pressão. Ao sair do corpo pela respectiva via de acesso, o sangue é “puxado”, através da elevada resistência oferecida pela estreita agulha arterial. Resulta-se disso, uma pressão arterial, que medida antes da bomba de sangue é negativa. Uma defeituosa inserção da agulha ou um insuficiente débito de sangue na fístula podem fazer com que a pressão diminua ainda mais, fazendo acionar o alarme de baixa pressão;

- Quando por descuido, se der a entrada de ar no circuito extra corporal, é imprescindível evitar que o mesmo penetre no cliente, sob risco de embolia gasosa, ou seja, obstrução de um vaso sangüíneo por uma bolha de ar, ocorrência que além de nociva, pode mesmo vir a ser fatal. Por essa razão, a seguir ao dialisador, é instalada uma câmara venosa, onde o ar pode escapar. Além disso, há ainda um detector de ar, colocado na parte inferior da câmara venosa;

- O detector de sangue é um sensor óptico que faz a monitorização da linha de sangue, a seguir da câmara venosa.

Circuito Dialisante: Ao contrário do circuito do sangue, que é montado na frente da máquina, o circuito do dialisato e os respectivos dispositivos de controle e supervisão ficam escondidos no interior da máquina. A preparação do dialisato, isto é, a respectiva mistura, aquecimento e desgasificação, é feita à medida que decorre o tratamento. A produção de dialisato, normalmente, é feita por cada máquina individualmente, a partir de um concentrado líquido e por meio de um processo contínuo de diluição com água depurada. A água que entra na máquina de diálise é primeiro aquecida até uma temperatura média de 37°C, antes de proceder-se à sua mistura com o concentrado de diálise. Para preparar o dialisato, a água, devidamente tratada, e uma solução eletrolítica concentrada são misturadas e dosadas, de modo a obter-se a concentração final desejada. Para verificar a concentração obtida, mede-se a condutividade da solução, ou seja, a maior ou menor facilidade com que se dá a passagem à corrente elétrica, este valor é proporcional à concentração de eletrólitos na solução. Quando se faz diálise com bicarbonato, é necessário um sistema fracionado de dosagem, a fim de evitar a precipitação do carbonato de cálcio, CaCO₃. Ocorre a formação deste tipo de sal insolúvel, quando na mesma solução existem altas concentrações de bicarbonato e íons de cálcio. Existe, então, a necessidade de se usarem dois concentrados separados “A” e “B”. O concentrado A é uma solução que contém todos os eletrólitos com exceção do bicarbonato. É colocado também, uma pequena quantidade de ácido acético, a fim de diminuir o pH e assim, evitar a precipitação da CaCO₃. O concentrado B, por sua vez, contém o bicarbonato, na forma de uma solução concentrada, o que é mais higiênico, na forma de pó, que será dissolvido pela máquina durante o tratamento (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

O filtro dialisador é constituído por uma carcaça rígida, que engloba dois compartimentos, um por onde circula o sangue e outro por onde circula o dialisato. A comunicação entre esses dois compartimentos ocorre por uma membrana semipermeável, disposta de modo a ampliar ao máximo a área de contato entre os dois líquidos. Cada compartimento tem um ponto de entrada e outro de saída, e a circulação faz-se em um sentido de contracorrente (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

No dialisador de fibras ocas (também chamado de capilar), o sangue flui para uma câmara em uma extremidade do compartimento cilíndrico. Dali, o sangue entra em milhares de pequenos capilares agrupados em um feixe. O sangue flui por estas fibras, e o dialisato circula ao seu redor pelo lado de fora. Atravessando os capilares, o sangue é coletado em uma câmara, na outra extremidade e então dirigido de volta para o cliente (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003).

“O filtro capilar é mais popular por ser menos caro, ter menor volume de preenchimento, ter pouca complacência e permitir reuso mais facilmente” (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

Cada dialisador tem características peculiares que são importantes para o uso clínico. O Kuf é o coeficiente de ultrafiltração, ou seja, o volume de ultrafiltrado produzido por hora, para cada milímetro de mercúrio, de pressão transmembrana aplicada sobre a membrana do dialisador. A depuração de uréia (K uréia) em ml/min é um parâmetro de eficiência do dialisador, para depurar pequenas moléculas. Depende do fluxo de sangue e do fluxo do dialisato. Através do K, pode-se chegar ao coeficiente de transferência de massa/área, KoA, que define o grau absoluto de eficiência do dialisador. A depuração de vitamina B12 reflete a eficiência do dialisador em remover moléculas maiores (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.5.2.1 Reuso de Dialisadores

Após o seu primeiro uso, um dialisador pode ser lavado e esterilizado para ser reutilizado. O reuso pode ser repetido por até 20 vezes, exceto para os pacientes cuja sorologia seja desconhecida ou que tenham sorologia positiva para HIV, segundo as normas atuais que estabelecem o regulamento técnico, para funcionamento das unidades de terapia renal substitutiva.

As vantagens de reutilizar dialisadores não são somente econômicas. O reuso reduz a incidência de sintomas durante a diálise, como a reação ao dialisador ou síndrome do primeiro uso, aumentando a biocompatibilidade do dialisador, devido ao revestimento protético da membrana.

As desvantagens do reuso estão relacionadas, à exposição dos clientes e do pessoal a vapores tóxicos das soluções desinfetantes, ao risco de contaminação bacteriana do dialisador, à perda da depuração e capacidade de ultrafiltração do dialisador, ao risco de transmissão cruzada de agentes infecciosos e ao aumento da equipe técnica para realizar o reprocessamento.

Os riscos do reuso, na realidade, são desprezíveis. As novas soluções esterilizantes, mais eficientes e menos tóxicas, reduzem os riscos de contaminação bacteriana e química. A perda da depuração e a capacidade de ultrafiltração são minimizadas, observando o priming (volume de enchimento) mínimo de 80% após o reuso. Os riscos de contaminação cruzada são

diminuídos pela observância de criterioso controle de infecções, pelo descarte de material de cliente com sorologia desconhecida, salas separadas para reuso de dialisadores de clientes com e sem vírus de hepatite B e C e HIV (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.5.3 Modalidades de Hemodiálise

Existem duas modalidades de hemodiálise: a hemodiálise intermitente (convencional) e a hemodiálise contínua.

A hemodiálise intermitente é uma modalidade de hemodiálise, em que os fluxos de sangue e do líquido de diálise são relativamente altos (respectivamente 300 ml/min e 500 ml/min, em geral), propiciando depurações elevadas (150 ml/min para uréia). Realizam-se em média sessões de quatro horas de tratamento, duas a três vezes por semana, conforme as necessidades do cliente (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

Nas modalidades contínuas de hemodiálise, procede-se ao tratamento de forma ininterrupta, porém com fluxos menores de sangue (100 ml/min) e de solução de diálise. Isso permite diálise eficiente, com menor instabilidade hemodinâmica (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

3.5.4 Complicações

Embora a hemodiálise possa prolongar indefinidamente a vida, ela não altera a evolução natural da doença renal subjacente, nem substitui por completo a função renal (SMELTZER; BARE, 2006). O Cliente fica sujeito a inúmeros problemas e complicações, tais como:

- *Hipotensão*: Ocorre em cerca de 25% das hemodiálises, podendo resultar de vários fatores como a rápida remoção de líquidos do espaço extracelular, alterações osmóticas nesse espaço que dificultam a saída de líquido do intracelular, disfunção autonômica do cliente urêmico, efeito vasodilatador do acetato, liberação de interleucina-1 e outros mediadores e disfunção miocárdica (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007). Náuseas, vômitos, diaforese, taquicardia e vertigem são sinais comuns de hipotensão (SMELTZER; BARE, 2006).

- *Cãibras*: Acontecem quando há perda rápida, intensa ou hiposmolar de líquidos (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).

- *Arritmias*: Podem resultar das alterações eletrolíticas e do pH ou a partir da remoção de medicamentos antiarrítmicos, durante a diálise (SMELTZER; BARE, 2006).
- *O desequilíbrio dialítico*, resulta dos deslocamentos de líquido cerebral. As manifestações incluem cefaléia, náuseas, vômitos, agitação, nível diminuído de consciência ou convulsões (SMELTZER; BARE, 1999).
- *Relacionadas ao acesso vascular*: Infecção, hematoma, trombose venosa, obstrução dos cateteres venosos por coágulo. A principal complicação da fístula arteriovenosa é fluxo ruim, causado por obstrução parcial (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).
- *Reações Pirogênicas* podem ocorrer por contaminação bacteriana do filtro, das linhas ou do líquido da diálise (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).
- *Outros sintomas inespecíficos*: dor torácica, dor lombar, prurido e diarreia (BARROS; MANFRO; GONÇALVES; THOMÉ, 2007).
- *A exsanguinação* pode acontecer, quando linhas sangüíneas se desconectam ou quando as agulhas de diálise são deslocadas acidentalmente (BARROS; MANFRO; GONÇALVE; THOMÉ, 2007).

3.5.5 Acesso vascular

“É fundamental para a realização de hemodiálise ou outro procedimento de depuração extra-renal que envolva um sistema extra corpóreo, que exista um acesso vascular adequado (RIELLA, 2003)”.

A necessidade para acesso vascular nos clientes com Doença Renal, pode ser temporária ou permanente. A necessidade para acesso temporário pode variar de algumas horas (diálise única), até muitos meses. O acesso temporário é estabelecido pela inserção per cutânea de um cateter em uma veia calibrosa (jugular interna, femoral, ou subclávia). Um acesso permanente ideal fornece o fluxo adequado para a prescrição de diálise, dura um longo tempo, e tem um baixo índice de complicações.

3.5.5.1 Acessos Vasculares Permanentes

3.5.5.1.1 Fístula

A fístula arteriovenosa consiste em uma anastomose subcutânea da artéria e uma veia, de preferência no membro não dominante, na porção mais distal. Assim, em caso de falência da fístula, uma outra pode ser reconstruída mais acima, na porção proximal (RIELLA, 2003).

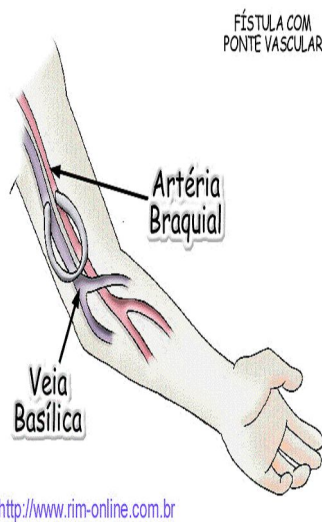


Fig. 8: Exemplo de Fístula arteriovenosa (CASSI, 2006).

A fístula requer um tempo entre sua confecção e sua utilização, para que possa sofrer maturação (desenvolvimento do seu leito venoso). Nos clientes que necessitam de diálise com urgência e que não apresentam um acesso vascular, se faz necessário à provisão de um acesso temporário até a confecção e a maturação da fístula arteriovenosa (RIELLA, 2003).

Para Riella (2003), as principais complicações da fístula arteriovenosa nativa são a falência primária, em que o mau funcionamento é detectado antes mesmo do seu uso, a estenose e a trombose secundária, as quais levam a uma redução parcial ou total do seu fluxo sanguíneo.

Cuidados essenciais com a fístula:

- Manter o braço da fístula bem limpo, lavando sempre com água e sabão. Isso evita infecções que podem inutilizar a fístula, principalmente antes do procedimento da hemodiálise;
- Evitar apertar o braço da fístula;
- Não permitir que seja aferida a pressão arterial no braço da fístula;

- Não permitir curativo que envolva a circunferência do braço;
- Não dormir em cima do braço da fístula;
- Não carregar peso sobre o braço da fístula;
- Não mexer na crosta formada no local de punção;
- Não usar pomadas e cremes no local da fístula sem ordem médica;
- Não remover pêlos próximos à fístula, exceto sobre orientação de apará-los com tesoura;
- Fazer exercícios diários para ajudar a desenvolver a fístula: abrir e fechar a mão comprimindo uma bola de borracha firmemente, utilizando todos os dedos, incluindo o polegar;
 - Verificar diariamente o funcionamento da fístula, pela presença de frêmito, se notar a ausência de frêmito, comunicar imediatamente à equipe que o assiste;
 - Usar compressa de gelo, quando houver extravasamento sangüíneo no dia da diálise.
 - Usar compressas de água morna no dia seguinte da diálise, para que o organismo absorva o extravasamento sangüíneo do braço, para aliviar a dor e facilitar a próxima punção.
 - A fístula arteriovenosa deverá ser manuseada apenas por profissionais habilitados.

Outro exemplo de acesso permanente é o enxerto AV, ou seja, a prótese. Quando uma fístula arteriovenosa adequada não pode ser criada, uma ligação AV pode ser feita, usando um enxerto tubular feito de material sintético. Os enxertos AV têm as seguintes vantagens sobre a fístula: (a) Grande área de superfície, (b) Fácil canulação, (c) Curto tempo de maturação e (d) Fácil característica de manuseio cirúrgico. Os enxertos podem ser colocados em configurações retas, em alças ou curvas. As características específicas dos clientes, bem como o tempo projetado em diálise, determina a localização (DAURGIDAS; BLAKE; ING, 2003).

3.5.5.2 Acessos Vasculares Temporários

Cateteres venosos são comumente usados para angioacesso agudo nos seguintes clientes: aqueles que apresentam Doença Renal Aguda; aqueles que necessitam de hemodiálise ou hemoperfusão para intoxicação ou superdosagem; aqueles com doença renal em estágio terminal, os que necessitam de hemodiálise urgente, mas sem acesso maduro disponível; aqueles em hemodiálise de manutenção que perderam o uso efetivo do seu acesso permanente e que necessitam de acesso temporário até que o acesso permanente possa ser restabelecido; clientes necessitando de plasmaféreses ou hemoperfusão; clientes em diálise peritoneal, cujo abdome está em repouso antes da colocação do um novo cateter peritoneal e

receptores de transplante necessitando de hemodiálise temporária durante episódios de rejeição grave (DAURGIDAS; BLAKE; ING, 2003).



Fig. 9: Cateter venoso central, duplo lúmem (CASSI, 2006).

Segundo Riella (2003), os cateteres podem ser implantados nas veias subclávias, jugulares internas e femorais. Atualmente, o acesso mais utilizado é a jugular interna, preferencialmente à direita.

As complicações decorrentes do mau funcionamento do cateter podem ser precoces ou tardias. Quando precoces devem-se, geralmente, à posição do cateter em relação à parede do vaso. O mau funcionamento tardio pode ser provocado por estenose ou trombose do cateter (RIELLA, 2003).

Uma complicação comum com o uso de cateteres é a infecção do orifício de saída e/ou túnel subcutâneo, sendo esta tratada de acordo com o tipo de cateter e da infecção (RIELLA, 2003).

Cuidados essenciais com o cateter:

- Trocar o curativo a cada sessão de hemodiálise;
- O Curativo não deve ficar molhado, por isso durante o banho deve ser coberto com um plástico;

3.6 QUALIDADE DE VIDA

Após a explanação a respeito da Doença Renal Crônica em seus múltiplos aspectos, sentimos a necessidade de abordar a qualidade de vida e vivência em condição de Doença renal crônica.

A qualidade de vida está intimamente ligada com o estilo de vida que levamos. Significa que a mesma, não está apenas relacionada a uma situação sócio econômica favorecida, mas também aos cuidados que temos com a nossa saúde. Hoje em dia estamos muito atarefados e acabamos por esquecer de cuidarmos de nossa saúde, somente lembramos dela quando o nosso corpo adocece. Alguns fatores colocam em risco a nossa qualidade de vida como stress, alimentação inadequada e sedentarismo levando ao aparecimento de doenças, principalmente as crônicas degenerativas (NAHAS, 2006). Para as pessoas portadoras de doenças crônicas, ter uma qualidade de vida é um fator primordial para evitar seqüelas e complicações, garantindo uma maior sobrevida.

Segundo a OMS, qualidade de vida significa "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".

Sendo para esses indivíduos a maneira como eles podem se adaptar a nova realidade lidando com os enfrentamentos diários de sua condição e o que eles precisam naquele momento para ter uma qualidade de vida.

Embora as doenças crônicas sejam fisiologicamente diferentes, possuem semelhanças nas alterações que provocam no estilo de vida. Para o portador de doença crônica renal, qualidade de vida implica no autocuidado diário com alimentação, pratica de exercícios físicos, sessões de hemodiálise, uso de medicações, consultas médicas. Sendo uma valorização diária da vida.

Nem todas as condições crônicas tornam a pessoa incapaz, à maneira como ela reage ao tratamento e a mudança nos estilos de vida é que podem ou não deixar seqüelas e limitações (SMELTZER; BARE, 2006).

3.7 VIVER EM CONDIÇÃO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Viver em condição crônica de saúde requer muito do lado emocional da pessoa. A condição renal crônica requer diversas mudanças no cotidiano destas, que acomete inúmeras dimensões de sua qualidade de vida. As exigências impostas pela terapia dialítica interferem na rotina diária dessas pessoas, que ficam impedidas de viajar, trabalhar, entre outras atividades que exigem o deslocamento e tempo para serem realizadas. Essa situação, muitas vezes, gera mudanças de comportamento de caráter psicológico nessas pessoas, podendo levar até a depressão.

A depressão é a complicação psicológica mais comum nas pessoas em diálise. As manifestações incluem humor depressivo, imagem própria desfavorecida e sentimentos de desesperança. As queixas clínicas incluem distúrbio do sono, alteração de apetite e peso, secura da boca, constipação e diminuição da capacidade e do interesse pessoal (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2006).

A aceitação da cronicidade influencia a maneira como a pessoa vai viver com a doença e o tratamento, sendo vários os itens que influenciam neste processo. As condições externas que influenciam no processo de aceitação estão relacionadas, ao apoio da família e do profissional. As condições internas são evidentes pela manutenção da auto-imagem positiva e mudanças no papel desempenhado, tanto no âmbito familiar, quanto na sociedade, estando relacionada com a perda dos sonhos, estilos de vida, além do isolamento social (SILVA; VIEIRA; KOSCHNIK; AZEVEDO, 2002).

A aceitação da situação de cronicidade é permeada por culpa pela situação, medo do desconhecido, imaturidade e luta para conseguir aceitar a sua situação, o que não é um processo simples (SILVA; VIEIRA; KOSCHNIK; AZEVEDO, 2002).

Na condição renal crônica, o transplante renal é significado de cura para muitas pessoas, esperança de uma vida melhor, expectativa de poder realizar projetos que antes eram impossíveis de se tornarem reais. Essa expectativa também gera ansiedade, devido à incerteza quanto à previsão do tempo para a realização deste procedimento, tendo em vista a longa permanência na fila de espera. Muitos têm a sorte de ter um membro da família compatível, mas a sua grande maioria tem que esperar longos anos por um doador.

É necessário criar uma estrutura familiar para que esta pessoa consiga levar uma vida normal. A existência de um membro da família que compartilhe os sentimentos compreenda e

estímulo a participação no tratamento, é uma condição favorável para o viver em situação crônica.

“O medo de viver uma vida insatisfatória como um doente crônico e incapacitado parece quase tão intolerável quanto o medo da morte eminente” (BARBOSA; AGUILAR; BOEME, 1999).

4. MARCO TEÓRICO

A palavra teoria origina – se do grego *theoria* que significa uma “visão”. Para George (1993), as teorias são uma forma sistemática de olhar para o mundo, descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. As teorias são construídas á partir de conceitos que são idéias abstratas ou imagens mentais que representam à realidade. Os conceitos e suas definições são essenciais à compreensão e são baseadas em suposições.

Consideramos fundamental para a prática assistencial a adoção de um marco teórico, como guia ao cuidado prestado aos clientes com Insuficiência Renal Crônica. Optamos pela Teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, pois acreditamos que o autocuidado é fundamental para que uma pessoa com uma doença crônica possa obter certo domínio sobre a própria vida, podendo assim realizar suas atividades diárias e manter ou melhorar sua qualidade de vida.

Concordamos com Leopardi, Wosny e Martins (1999, p.76), quando afirmam que “as pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis pelo seu próprio autocuidado, tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidarem de si mesmo”.

Destacamos a importância do cuidador na interação com a Enfermagem, buscando contribuir com os conhecimentos necessários para a realização dos cuidados de forma efetiva.

4.1 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM

De acordo com Orem, “a Enfermagem tem como especial preocupação à necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, em uma base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos” (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 91).

A Teoria Geral de Enfermagem é formada por três partes relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria dos déficits do Autocuidado e Teorias do Sistema de Enfermagem (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 91).

4.2 TEORIA DO AUTOCUIDADO

A teoria do autocuidado engloba o autocuidado, atividade de autocuidado e exigência terapêutica de autocuidado, bem como requisitos para o autocuidado (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 91).

Para Orem, o **autocuidado** é a prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar. São mantidos a integridade estrutural e o funcionamento humano quando o autocuidado é efetivamente realizado, contribuindo para o desenvolvimento humano (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

A **atividade do autocuidado** constitui na capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. Há fatores condicionantes para o indivíduo engajar-se no autocuidado, como por exemplo, a idade, estado de desenvolvimento, experiências de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

A **exigência terapêutica** constitui a totalidade das ações de autocuidado a serem executados durante algum tempo, para a satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionado de operações e ações (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Desenvolver o autocuidado em pacientes com IR é essencial para manutenção da saúde, do bem estar e para promover uma melhor qualidade de vida.

Orem apresenta três categorias de requisitos de autocuidado que podem ser definidos como ações voltadas para a provisão de autocuidado. Tais como:

- Universais;
- Desenvolvimentais;
- Desvios de saúde (GEORGE; FOSTERS; JANSSENS, 1993).

a. Requisitos Universais de Autocuidado: São associados a processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital e devem ser encarados como fatores interligados, sendo que um influencia o outro.

De acordo com Orem os requisitos do autocuidado são:

- A manutenção de ingestão suficiente de ar;
- A manutenção de ingestão suficiente de água;
- A manutenção de ingestão suficiente de alimento;
- A provisão de cuidados, associados aos processos de eliminação e excreção;
- A manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso;
- A manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social;
- A prevenção de riscos a vida, ao funcionamento e bem estar humano;
- A promoção e desenvolvimento humano, em grupos sociais conforme o potencial humano (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

b. *Requisitos Desenvolvimentais de Autocuidado*: São as demandas que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações normais ou crises durante o ciclo vital, tais como:

- Infância, adolescência, adultícia e envelhecimento;
- Gravidez e parto;
- Casamento, divórcio ou afastamento;
- Situação de mudança no curso da vida (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999, p.77).

c. *Autocuidado por Desvio de Saúde*: São associados com defeito genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos. Desvios de saúde geram sensações de enfermidade e de importância ao funcionamento normal do organismo. Quando uma mudança no estado de saúde trás dependência total ou parcial em relação às necessidades de manutenção da vida, a pessoa muda de posição de agente do autocuidado para o cliente ou receptor de cuidado.

Os recursos essenciais à doença, ferimento, impotência ou deformidade, para as ações de enfermagem, são:

- Ajustar os meios de encontrar as necessidades de autocuidado universais;
- Estabelecer novas técnicas de autocuidado;
- Modificar a auto-imagem;
- Revisar a rotina da vida diária;
- Desenvolver um novo estilo de vida, compatível com os efeitos do desvio da saúde;
- Lidar com os efeitos do desvio de saúde ou do cuidado médico usado no diagnóstico e/ou tratamento (GEREMIAS; VIEIRA, 1996).

4.3 TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

A teoria do déficit do autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem. A enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto acha-se incapacitado ou limitado para promover autocuidado contínuo e eficaz (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Pode haver o oferecimento de cuidados de enfermagem:

- caso as habilidades de autocuidado sejam menores que as exigidas para satisfazer uma exigência de autocuidado;
- quando as habilidades de autocuidado dependentes excedam ou igualem as exigidas para satisfazer a demanda atual de autocuidado, embora uma relação futura de deficiência possa ser prevista devido às diminuições previsíveis de habilidades de cuidados;
- quando houver diminuições qualitativas na demanda de cuidados ou ambos;
- quando os clientes precisam incorporar medidas recém prescritas e complexas de autocuidado e seus sistemas de autocuidado, cuja performance requeira conhecimentos através de treinamentos e experiências;
- quando o cliente necessita de ajuda para recuperar-se de enfermidade ou ferimentos ou para compartilhar-se com seus efeitos (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

É importante notar que a primeira categoria incluiu necessidades de autocuidado universais, desenvolvimentais ou por desvio de saúde, ao passo que outras categorias focalizam autocuidado por desvio de saúde.

Orem identifica cinco métodos de ajuda. São os seguintes:

1. Agir ou fazer para o outro;
2. Guiar o outro;
3. Apoiar o outro;
4. Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento social;
5. Ensinar o outro.

O autocuidado foi definido e a necessidade de serviço de enfermagem explicada na primeira e na segunda teoria. Na terceira teoria de sistemas de enfermagem, a de Orem, ela destaca a maneira como as necessidades de autocuidado do cliente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo cliente ou por ambos.

4.4 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

O sistema de Enfermagem, planejado pela Enfermeira, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução das atividades de autocuidado. Orem identificou três classificações desses sistemas de enfermagem para completar os requisitos de autocuidado do cliente.

Orem citado por George (1993) classifica os sistemas em: Sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

- *Sistema totalmente compensatório*: está representado por uma situação em que o indivíduo é capaz de empenhar-se naquelas ações que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade. Pessoas com tais limitações são socialmente dependentes de outras para continuação de sua existência e bem-estar (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

- *Sistema de enfermagem parcialmente compensatório*: está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o cliente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolve tarefas de manipulação ou de locomoção. Tanto um cliente quanto o

enfermeiro podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidado (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

- *Sistema de apoio-educação*: neste, o cliente consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa embora não consiga fazer isso sem auxílio. Nesse sistema o cliente está fazendo tudo relacionado com seu autocuidado. O papel do enfermeiro é o de promover o cliente a um agente de autocuidado (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Orem declara que um ou mais de um dos três tipos de sistemas podem ser utilizados com um único cliente (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

4.5 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Orem considera que os clientes desejam e podem se tornar aptos ao seu autocuidado, podendo os profissionais de Enfermagem assumir esta tarefa quando estes não estão em condições de fazê-lo.

- A Enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelo Enfermeiro para outros clientes, por um período de tempo;
- Os clientes são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família;
- O autocuidado é parte da vida, necessário à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar;
- Os clientes podem ser confiantes e responsáveis pelo seu próprio autocuidado, tanto quanto do cuidado a outros na sua família, que não estão capazes de cuidarem de si mesmos;
- Os clientes são indivíduos com identidades distintas dos outros e do seu meio ambiental (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999, p. 75-76).

4.6 PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- Os clientes com doenças renais crônicas e seus familiares têm necessidade de desenvolver e preservar ações do autocuidado.
- O autocuidado desenvolvido pelos clientes com doenças renais crônicas consiste em ações conscientes ou não, muitas vezes com propósitos, metas e buscas por resultados.

- Crenças, hábitos, conhecimentos, habilidade prévia e a condição socioeconômica influenciam na aprendizagem das ações de autocuidado dos clientes com doenças renais crônicas, e devem ser respeitados pelos profissionais da saúde.
- Os modos de identificar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) dos clientes com doenças renais crônicas se constituem em elementos socioculturais que variam de cliente para cliente.
- As decisões e ações de autocuidado dos clientes com doenças renais crônicas são influenciadas por fatores individuais como a história de vida, a idade, a estrutura sociocultural, o estado de saúde, a motivação e as habilidades psicomotoras.
- A troca de conhecimentos e experiências entre Enfermagem e o cliente com doença renal crônica, favorece o desenvolvimento de potencialidades e de capacidades e o encoraja para o autocuidado e autonomia.
- O fornecimento de informações adequadas sobre a doença renal crônica permite uma maior compreensão por parte dos acometidos por estas, ajudando-os a autocuidar-se e a vivenciar melhor o seu processo de desvio de saúde.
- O papel da Enfermagem na assistência aos clientes com doença renal crônica consiste em identificar e trabalhar os defecias de autocuidado, educando e encorajando para as ações de autocuidar-se, considerando as potencialidades e limitações de cada cliente, promovendo assim, uma melhora na sua qualidade de vida.

4.7 CONCEITOS INTERRELACIONADOS

Segundo Orem citado por George (1993, p. 14), conceitos são veículos de idéias que envolvem imagens. Estes constituem noções abstratas e são semelhantes às idéias. Uma vez que os conceitos criam imagens que são abstratas por natureza, eles tendem a possuir significados diferentes e podem levar interpretações diferentes. Orem também define conceitos como palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Em enfermagem, os quatro conceitos mais importantes que influenciam em sua prática, são:

4.7.1 Enfermagem: Orem define enfermagem como “serviço humano... um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado. Enfermagem é ação voluntária..., uma função da inteligência prática dos enfermeiros e de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seu ambiente" (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Orem também difere a enfermagem de outros serviços humanos pela maneira que ela focaliza os seres humanos. As habilidades especializadas que capacitam (enfermeiros) a promover cuidados (de enfermagem) a indivíduos ou unidades multipessoais, quando conceitualizadas como uma unidade denomina-se atividades de enfermagem (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Segundo Orem citado por Santos (1991), a enfermagem é “*serviço, arte e tecnologia*”.

Como **serviço**, a enfermagem refere-se à maneira de ajudar os seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meios ambientes. As ações podem ser desempenhas pelos próprios indivíduos, sob orientações do enfermeiro, quando a pessoa possui limitações que não podem ser superados imediatamente.

Como **arte**, a enfermagem consiste na capacidade e habilidade em assistir os outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade.

Como **tecnologia**, a enfermagem atribui-se ao conjunto de informações sistematizadas a respeito do processo ou método, para alcance de resultados desejados através de empenho prático deliberado com o sem o uso de materiais ou instrumentos.

Portanto no cuidado a indivíduos renais crônicos e seus cuidadores, acreditamos que a Enfermagem é uma arte e uma ciência, que capacita os indivíduos a promoverem o autocuidado, de modo que as pessoas possam ter uma vida com melhora de qualidade.

4.7.2 Ser Humano: Na concepção de Orem, o ser humano é diferenciado das outras coisas por sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu meio ambiente, simbolizar o que

eles experimentam e usar as criações simbólicas (idéias, palavras) para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para outros.

Neste trabalho, o ser humano é a pessoa adulta portadora de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Sendo este constituído de necessidade físicas, psicológicas, sociais e espirituais que devem ser supridas ao longo da vida. Interage com o ambiente, é capaz de aprender e desenvolver ações de autocuidado necessárias para manter a vida, saúde e bem estar. Por isso, é necessário conhecer esse indivíduo, conhecer os seus saberes, as suas crenças, buscando interagir com eles, aprendendo e ensinando, em uma troca mútua de informações.

4.7.3 Saúde/Doença: Orem (1985, p.180) apóia a definição da OMS como “o estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou da enfermidade” (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

O conceito de saúde implica “estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento”. Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por Orem como inseparáveis do indivíduo. O Conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional de ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração de mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial Máximo (OREM apud SANTOS, 1991).

Para a pessoa portadora de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, tem como esperança o transplante renal, e como consequência o retorno a sua função renal, para que possa manter uma qualidade de vida melhor, mais duradoura. Para manutenção dessa qualidade de vida, é necessário ter uma alimentação e hábitos saudáveis. É tomar medicamentos necessários a manutenção da sua vida. Enfim, é saber viver a vida de acordo com as suas limitações.

4.7.4 Sociedade/Meio ambiente: Orem define sociedade/ comunidade como grupos de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob a mesma lei. Este grupo é constituído de indivíduos e famílias que compartilham, não somente uma área e ambientes comuns, mas também estresse comum nas instituições que governam e regulam seus processos de vida (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993). Para Orem o meio ambiente esta

intimamente ligada aos seres humanos por um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Nesta teoria seres humanos e ambientes são identificados como unidade caracterizada por trocas humanas ambientais e pelo impacto que exerce sobre a outra. O meio ambiente é influenciado pelo ser humano através da utilização da tecnologia, a fim de satisfazer suas necessidades (RABELO, 2000).

O ambiente do cliente em tratamento hemodialítico é a Instituição onde realiza o tratamento, sua casa e outros locais em que vive e convive integrado pelos seus familiares profissionais e pessoas do seu círculo de amizade. O ambiente hemodialítico faz parte do cotidiano desses indivíduos. O ambiente da instituição onde realiza as sessões de hemodiálise é uma sala com várias máquinas, usadas por vários pacientes, que ficam ali sentados, ora conversando uns com os outros, ora dormindo, ou ainda, assistindo televisão. É um lugar onde se pode passar uma sessão tranquila ou podem acontecer várias intercorrências, como episódios de vômitos, convulsões, hipotensão. Não é um ambiente fácil de viver. O papel da Enfermagem é propiciar um ambiente mais tranquilo possível para esses pacientes, dando atenção, carinho, pois eles são os principais personagens dessa história. Cabe a Enfermagem, tentar minimizar todos os acontecimentos de emergência que possam ali ocorrer, sempre dando muito conforto a esses clientes.

4.8 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de Enfermagem, segundo Orem, constitui o esquema adjacente que proporciona ordenamento e direcionado ao trabalho do enfermeiro. Constitui a essência da prática profissional. É ainda o instrumento e a metodologia da profissão, auxiliando os enfermeiros a tomarem decisões, prever e avaliar consequência.

O processo de enfermagem pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática (GEORGE; FOSTER; JANSSENS, 1993).

O processo de enfermagem trata de problemas específicos aos profissionais de enfermagem e seus clientes. O mesmo também oferece um meio para avaliação da qualidade dos cuidados profissionais.

Processo de Enfermagem de Orem

Neste trabalho iremos apresentar o processo de enfermagem segundo Orem citado por George (1993).

A abordagem do processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências da autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências do autocuidado

O processo de enfermagem apresentado por Orem possui os seguintes passos:

Passo 1: Orem define o primeiro passo como a fase de diagnóstico e prescrição, determinando a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. Nesta fase o enfermeiro coleta dados em seis áreas.

1. O estado de saúde do cliente;
2. As perspectivas do médico em relação à saúde do cliente;
3. As perspectivas do cliente quanto a sua saúde;
4. As metas de saúde, no contexto histórico da vida, estilo de vida e estado de saúde;
5. As exigências do autocuidado do cliente;
6. A capacidade do cliente em efetuar o autocuidado.

São também coletados dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação do cliente.

Dentro do passo 1 a enfermeira buscará resposta para as seguintes questões:

1. Quais são as exigências de cuidados terapêuticos do cliente?
2. O cliente possui alguma deficiência para comprometer atividades de autocuidado, de modo a satisfazer a demanda de autocuidado?
3. No caso de afirmativo, de que natureza é a deficiência e o que causou sua existência?
4. O cliente deve ser auxiliado a evitar engajar-se em atividades de autocuidado, ou proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas para propósito terapêutico?
5. Qual o potencial do cliente para engajar-se em atividades de autocuidado, em um período de tempo ainda por vir? O que ampliar ou aprofundar nos conhecimentos acerca do autocuidado? O que aprender de técnicas de autocuidado? O que estimular no desejo de

engajar-se em atividades de autocuidado? O que incorporar, de modo eficaz e sólido, em medidas básicas de autocuidado, aos sistemas de autocuidado e vida cotidiana?

Passo 2: Orem define o segundo passo como o planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como o planejamento da execução dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educação.

Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem capacitando o cliente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado. As metas são direcionadas pela declaração de reação do diagnóstico de enfermagem e tem seu foco na saúde. Uma vez determinado à meta podem ser programados os objetivos.

Passo 3: No terceiro passo Orem inclui a produção e o gerenciamento do sistema de enfermagem. Nesse passo o enfermeiro presta auxílio ao cliente ou família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde, coleta evidências que descrevam os resultados dos cuidados e utiliza tais evidências na avaliação dos resultados alcançados, em comparação com os resultados específicos no plano do sistema de enfermagem.

As ações do enfermeiro e cliente são dirigidas pelo componente etiológico do diagnóstico de enfermagem.

O passo 3 inclui a evolução. Juntos cliente e enfermeiro realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo. É fundamental que o enfermeiro e o cliente avaliem qualquer modificação dos dados que afetariam o déficit do autocuidado, o agente do autocuidado e o sistema de enfermagem.

Para este estudo, desenvolvemos um processo de Enfermagem baseado na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea E. Orem e o modo como este foi operacionalizado estará descrito no capítulo Metodologia.

5. METODOLOGIA

5.1 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO

Escolhemos para a realização da nossa prática assistencial a Unidade de Rim do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na Rua Irmã Benwarda, 297 Centro – Florianópolis/SC.

O HGCR foi inaugurado em 06 de novembro de 1966, é considerado um hospital de grande porte, possuindo 194 leitos ativados e 889 servidores. É centro de referência para todo o estado de Santa Catarina. Ao longo dos seus 40 anos de existência, vem prestando serviços à população, especialmente aos usuários do SUS, que tem acesso a toda a tecnologia existente no hospital. É destinado a adultos, e oferece todas as especialidades médicas, constituído pelos seguintes serviços:

Emergência 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Ambulatório com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas atendendo todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, Centro de treinamento médico em programa de residência médica nas seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Urologia, Neurologia, Oncologia, Hematologia e Terapia Intensiva, Serviço de plasmaferese, Serviço de hemodiálise, para atendimento de clientes com Doença Renal Crônica.

A missão deste hospital é prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo conhecimento e tecnologia apropriada.

Os princípios do HGCR são:

- *O paciente como alvo da atenção;
- *Valorização dos recursos humanos;
- *Valorização e integração do corpo clínico;
- *Padronização e uso racional dos recursos materiais;
- *Os recursos financeiros priorizam o desempenho assistencial de ensino e pesquisa;
- *O lucro reinvestido na continuidade da instituição e seu desenvolvimento.

5.1.1 Unidade de Rim

A Unidade de Rim foi fundada em 1978, inicialmente funcionava com apenas uma máquina e funcionava no isolamento da UTI. Em 1993, chegou ao andar térreo, onde se encontra atualmente e o número de máquinas foi ampliado sendo atualmente um total de 16 máquinas. Essas máquinas são divididas da seguinte forma: 10 máquinas situadas na sala A, 06 máquinas na sala B, para pacientes portadores do vírus HIV e hepatites (B e C). O horário de funcionamento é das 07h00min às 21h00min de segunda a sexta-feira e das 07h00min às 13h00min aos sábados.

A equipe de funcionários da Unidade de Rim é constituída por 13 Técnicos, 2 Auxiliares de Enfermagem, 2 Auxiliares Administrativos, 2 Auxiliares de Serviços Gerais, 4 médicos Nefrologistas e 3 Enfermeiras.

O serviço de Hemodiálise do HGCR atende diariamente em média 45 pessoas com Insuficiência Renal Crônica, divididos em três turnos (manhã, tarde e noite). Os clientes realizam hemodiálise três vezes por semana, durante aproximadamente 4 horas. O total de pacientes que realizam Hemodiálise na Unidade de Rim é em torno de 80 pessoas no mês. Provenientes do SUS.

5.2 CLIENTELA

Os sujeitos da nossa prática são os clientes com Doença Renal Crônica e seus cuidadores que se encontram na sala de espera. Realizaremos o nosso trabalho, mas especificamente com nove clientes e seus cuidadores. Utilizamos como critério de escolha, os clientes que tiverem mais déficits de autocuidado.

O total de clientes em condição de cronicidade renal na Unidade de Rim é de aproximadamente 80, porém foram coletados 21 Históricos de Enfermagem, devido estas pessoas estarem dispostas a responder os questionamentos e a participar do trabalho a ser desenvolvido por nós, acadêmicas de Enfermagem.

A partir da análise dos dados dos Históricos de Enfermagem e os prontuários dos clientes observados na Unidade de Rim, propiciou-se a disposição destes dados em tabelas, a seguir apresentados e comentados.

Tabela 1 - Distribuição dos clientes cm DRC, por faixa etária e sexo, em junho de 2007.

Faixa Etária	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
20-30	1	3,5	3	7,1
31-40	5	17,8	3	7,1
41-50	9	32,1	11	26,1
51-60	5	17,8	15	35,7
61-70	3	10,7	5	11,9
71-80	2	7,4	2	5,0
81-90	3	10,7	3	7,1
Total	28	100,0	42	100,0

Fonte: Prontuários dos clientes com DRC.

Ao analisarmos a tabela 3, identificamos que a faixa etária mais freqüente é entre 41-60 anos, representando um número de 20 clientes. A faixa etária de atendimento mais freqüente para o sexo feminino, é entre 41-50 anos com 32,1% do total de 28 mulheres, enquanto que no sexo masculino este se mantém entre 51-60 anos com 35,7% do total de 42 homens

Tabela 2 - Distribuição dos clientes em condição de cronicidade renal, por diagnóstico médico, em junho de 2007.

Diagnóstico Médico	f	%
Hipertensão Arterial	22	25,3
Diabetes Mellitus	19	21,8
Síndrome de Alport	1	1,1
Mieloma Múltiplo	1	1,1
Glomerulonefrites	15	17,2
Nefroesclerose Hipertensiva	6	7,0
Rins Policísticos	5	6,0
Câncer de Próstata	1	1,1
Nefrocalcinose	1	1,1
Refluxo	1	1,1
Litíase Renal	1	1,1
Bexiga Neurogênica	1	1,1
Pielonefrite	2	2,2
HIV	1	1,1
Hepatite B	2	2,2
Hepatite C	8	9,5
Total	87	100

Fonte: prontuários dos clientes com DRC.

Na tabela 5 observamos que o diagnóstico médico mais freqüente é a hipertensão arterial com 22 pessoas (25,3%), seguida do diabetes mellitus com 19 pessoas (21,8%) e a glomerulonefrite com 15 pessoas (17,2%). Não podemos deixar de citar, que há clientes que tem mais de um diagnóstico, como hipertensão e diabetes, por exemplo. Por isso o número total maior que o número de clientes da unidade.

Tabela 3 - Distribuição dos clientes/Dias da semana da Sala A

PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
Matutino	10 clientes	10 clientes	10 clientes	10 clientes	10 clientes	7 clientes
Vespertino	10 clientes	10 clientes	10 clientes	10 clientes	10 clientes	-----
Noturno	9 clientes	10 clientes	9 clientes	10 clientes	9 clientes	-----

Fonte: Prontuário dos clientes com DRC.

Tabela 4 - Distribuição dos clientes/Dias da semana da Sala B

PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MATUTINO	6 clientes	1 cliente	6 clientes	1 cliente	6 clientes
VESPERTINO	5 clientes	-----	5 clientes	-----	5 clientes

Fonte: Prontuário dos clientes com DRC.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Considerando que nosso trabalho inclui o levantamento de dados, constituindo-se em um processo investigativo, respeitamos os aspectos éticos da pesquisa. Neste sentido, a inclusão dos sujeitos como participantes da pesquisa obedeceu a Resolução no. 196/96 do CNS/MS, especialmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Utilizamos uma linguagem clara e objetiva, favorecendo a compreensão do objetivo de nossa prática assistencial por parte dos sujeitos da pesquisa. A autorização da coleta de dados e utilização destes foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e esclarecido que foi identificado, assinado e datado.

Foi garantida aos clientes a liberdade de participar ou não, bem como de desistir a qualquer momento sem que isso implicasse na qualidade da assistência por eles recebida. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos integrantes do estudo.

Para garantir o anonimato dos clientes que concordaram em participar deste trabalho, resolvemos fazer uma analogia com Deuses Gregos. A escolha dos Deuses Gregos se deu pelo fato da semelhança dos clientes com os esses Deuses.

6 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Este capítulo descreve os métodos que utilizamos para o alcance dos objetivos propostos em nossa prática assistencial.

6.1 OBJETIVO 1

Conhecer a estrutura física e administrativa do setor de hemodiálise do Hospital Governador Celso Ramos.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado, quando tivermos conhecido a estrutura física, as normas e rotinas do setor, bem como, as funções administrativas e assistenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

Iniciamos nossa prática assistencial na Unidade de Rim no dia 16 de abril de 2007, realizando uma visita pela Unidade de Rim com o objetivo de conhecer toda a estrutura física do setor bem como as rotinas.

A Unidade é constituída de recepção, onde os clientes e seus cuidadores aguardam a espera de ser chamados para a sessão; setor administrativo; banheiro; usado pelos clientes para lavar o local da fístula; expurgo; vestiário de funcionários com banheiro; sala de tratamento de água; sala de reanimação, consultório médico; sala das Enfermeiras; rouparia; sala de lanches; sala de pesagem e de prontuários; sala A, destinada a clientes com sorologia negativa para HIV e Hepatite B e C, composta por um posto de enfermagem e dez máquinas de hemodiálise; sala B destinada a clientes com sorologia positiva para HIV e Hepatite B e C, composta por um posto de enfermagem e 6 máquinas de hemodiálise.



Foto 1: Sala de Hemodiálise da Unidade de Rim do HGCR.



Foto 2: Sala de Prontuários da Sala de Rim do HGCR.

O fluxo da Unidade de Rim funciona da seguinte maneira: O cliente chega à recepção e aguarda ser chamado. Assim que isso acontece, ele é pesado e orientado a fazer a lavar o braço, para em seguida, entrar na sala de hemodiálise. Já na sala, confere o seu nome no dializador e espera o funcionário para ser puncionado. Depois de ligado à máquina, é aferida a pressão arterial e verificado o pulso. Esses dados são anotados no prontuário do cliente. A Pressão Arterial é aferida de hora em hora e devidamente anotados no prontuário. As

medicações são administradas de acordo com a rotina de cada cliente. Durante a sessão, o cliente recebe um lanche fornecido pela Unidade. Ao término da hemodiálise, cliente é retirado da máquina, é aferida pressão arterial, novamente pesado, e encaminhado à recepção, para a espera do familiar ou da ambulância, que o levará a sua residência. No final de cada mês é feita a coleta de sangue em todos os clientes para exame laboratorial.

Na unidade de diálise, possui uma Enfermeira coordenadora e duas assistenciais.

A enfermeira coordenadora; avalia seus funcionários, em estágios probatórios; planeja escalas mensais e as férias da equipe de enfermagem; participa de reuniões junto às chefias do hospital e de outros órgãos da Secretária de Saúde.

A enfermeira assistencial, além de executar técnicas, como punção de prótese, fístulas e curativos de cateter venoso central, também conectam e desconectam o cliente da máquina. Avalia com o médico, cada cliente; define o peso que o mesmo deve perder durante a hemodiálise; faz controle de exames em geral; orienta os clientes quando aos cuidados com a fístula e a dieta, e ainda, atua nas diversas intercorrências.

A Unidade de Rim presta atendimento aos clientes internados na UTI e Unidade semi-intensiva, onde uma máquina de hemodiálise é levada.

Durante nossa prática assistencial tivemos a oportunidade de acompanhar todo o trabalho da Enfermeira coordenadora que também assistia o cliente durante o tratamento de hemodiálise.

È importante ressaltar que devido à especificidade do Serviço de Hemodiálise, não foi possível realizar as técnicas específicas como: Punção de fistula e prótese, pois as mesmas necessitam de aprendizado e muita habilidade técnica. Mas tivemos a oportunidade de acompanhar passo a passo tudo o que acontecia com cada cliente, desde a entrada, até a saída da máquina.

6.2 OBJETIVO 2

Realizar um levantamento dos déficits de autocuidado dos nove clientes com Doença Renal Crônica que realizam a hemodiálise.

Avaliação: O objetivo será alcançado quando conseguirmos estabelecer uma relação com os clientes e seus cuidadores, assim como, informações destes, através das atividades acima descritas.

Para alcançarmos os nossos objetivos, foram desenvolvidas, as ações e estratégias propostas coletando dados de cada cliente, através de uma breve leitura dos prontuários e posteriormente, realizando uma entrevista com os mesmos durante o processo de hemodiálise, utilizando um roteiro já pré-estabelecido. Para isso, tivemos em especial a participação da nossa supervisora que passou visita em todos os clientes, apresentando-nos a cada um deles (Apêndice).

A coleta de dados dos prontuários foi muito importante para que pudéssemos conhecer dados sobre a identificação, a doença de base, o tempo de tratamento hemodialítico, alguns déficits de autocuidado baseadas no ganho de peso interdialítico e nas intercorrências durante as sessões de hemodiálise. Realizamos a entrevista com um total de 31 clientes, o que nos proporcionou melhor conhecimento sobre o cliente. As respostas nos fizeram refletir sobre o que é viver em condição crônica de saúde e entender que os déficits vão além do aumento de peso interdialítico ou das intercorrências durante a hemodiálise. Muitos sentem uma dificuldade enorme em aceitar a doença e não se conformam com a sensação de incapacidade que o tratamento lhes trouxe. Possibilitou-nos também conhecer as dificuldades encontradas por eles em viver com a Doença renal crônica e identificar as principais necessidades a serem trabalhadas. Através da entrevista conseguimos criar um vínculo, com os que chamamos hoje de “nossos clientes”.

No decorrer do nosso estágio selecionamos nove clientes renais crônicos para aplicar o processo de enfermagem como a proposta do nosso objetivo. Nossa intenção era realizar um levantamento dos déficits de autocuidado e fazer um plano de ações contribuindo na superação dos mesmos e melhorando a qualidade de vida dos clientes. O critério de seleção dos clientes para o nosso trabalho foi baseado nos principais déficits de autocuidado identificados. O levantamento dos déficits foi realizado a partir da entrevista com os usuários e com a ajuda da nossa supervisora, que nos orientou a selecionar os clientes que também apresentavam déficits importantes a serem trabalhados. Após a seleção dos clientes, iniciamos

a coleta do histórico de enfermagem, para identificar melhor os principais déficits de autocuidado, conhecendo melhor a sua vida, desde a descoberta da Doença renal crônica. Quais seus sentimentos em relação ao a doença e ao tratamento hemodialítico, quais as dúvidas sobre sua situação de saúde, cuidados com a dieta e com a fístula. Assim como, quais os cuidados que necessitam para manter e melhorar a qualidade de vida e quem são seus cuidadores. A partir do histórico pronto, podemos compreender melhor esses clientes e quais as necessidades mais importantes a serem trabalhadas, visando sempre a promoção da qualidade de vida.

Os déficits de autocuidado identificados foram os seguintes:

- 1) Déficit de conhecimento sobre a Doença Renal Crônica e sobre o tratamento hemodialítico;
- 2) Déficit na aceitação da situação crônica de saúde;
- 3) Déficit na realização de atividades de lazer e descontração;
- 4) Déficit de autocuidado quanto à dieta e ingestão hídrica;

1. Déficit de conhecimento sobre a Doença Renal Crônica e sobre o tratamento hemodialítico e medicamentoso

Um déficit importante que nós identificamos na grande maioria das clientes foi falta de conhecimento sobre a doença e sobre a hemodiálise, apesar de todos relatarem que foram orientados e esclarecidos com relação à doença e ao tratamento, tanto pelos médicos quanto pelas enfermeiras.

Em alguns clientes à falta de conhecimento está relacionado com a baixa escolaridade, o que dificulta a compreensão sobre a doença e seus cuidados necessários.

Quando há déficit de conhecimento, o cliente tem dificuldade de relacionar os fatores de risco com os agravos da doença e a maioria não segue as medidas terapêuticas recomendadas para seu controle. Isso implica em um comportamento inadequado refletindo negativamente na qualidade de vida. O desconhecimento da doença resulta também em um autocuidado ineficiente.

A falta de conhecimento sobre a hemodiálise é também um fator importante para o sucesso tratamento, pois resulta em um desinteresse do cliente em continuar o tratamento e melhorar sua qualidade de vida.

2. Déficit na aceitação da condição crônica de saúde

A descoberta de uma doença crônica para a maioria das pessoas é um momento de revolta e indignação. Quando perguntamos quais foram seus sentimentos no momento que descobriram a doença, a maioria dos clientes respondeu: primeiramente o medo, a angústia, depois vem à tristeza e por último a revolta. Esses sentimentos indicam o que a doença e a hemodiálise significam para esses clientes.

É difícil aceitar as limitações que a doença trás. As complicações ao longo do tempo tornam o cliente ainda mais revoltado e sem expectativa para o futuro. Mesmo aqueles que se dizem conformados com a cronicidade da doença apresentam momentos de revolta e desânimo. O sucesso do tratamento muitas vezes depende da vontade do cliente em aceitar ajuda e se ajudar. O autocuidado esta diretamente relacionado ao sentimento de aceitação.

3. Déficit na realização de atividades de lazer e descontração

A Doença Renal Crônica e o tratamento hemodialítico trazem muitas limitações físicas, sociais e emocionais ao cliente. A indisposição, o mal estar freqüente, incapacidade de exercer sua profissão traz a esses clientes o sentimento de inutilidade e depressão. As atividades de lazer e diversão passam a ser raras e o abandono à vida social é comum na maioria dos portadores de DRC gerando um ciclo vicioso em que as pessoas tornam-se cada vez mais tristes e revoltadas com a sua condição de cronicidade.

4. Déficit de autocuidado quanto à dieta e ingesta hídrica




Um grande desafio para profissional de saúde é mudar os hábitos alimentares dos clientes com DRC. A dieta inadequada é um dos déficits mais comuns e o mais difíceis de serem superados pelos clientes que fazem hemodiálise. O renal crônico tem muitas restrições alimentares tornando ainda mais difícil a aceitação em segui-la.




Com relação à restrição hídrica, os clientes que realizam hemodiálise relatam que apresentam dificuldade, especialmente nos dias quentes em que a sede é maior. Além do que,




a grande maioria não tem consciência dos riscos que pode causar o excesso de líquido no organismo.

A partir do levantamento dos déficits de autocuidado, planejamos as atividades educativas a serem desenvolvidas. Com os nove clientes selecionados para o processo de enfermagem optamos por realizar as orientações individuais, trabalhando com o sistema de apoio/educação, dando ênfase nos principais déficits encontrados. Com os demais clientes desenvolvemos atividades educativas de forma coletivas, abordando todos os temas que julgamos necessários para a promoção da qualidade de vida estimulando o autocuidado, baseado nos déficits encontrados.

Quadro 1 - Perfil dos clientes que integram a nossa prática assistencial.

CLIENTES			
	AFRODITE	APOLO	DÉMETER
Idade	37 anos	27 anos	50 anos
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Profissão	Auxiliar Escritório	Gerente Geral	Aposentada
Escolaridade	2º. Grau	2º. Grau	1º. Grau
Procedência	Florianópolis	Florianópolis	Florianópolis
Frequência Urinária	Oligúria	Oligúria	Oligúria
Ingesta Hídrica	Excesso	Excesso	Excesso
Acesso Vascular	Fístula	Fístula	Fístula
Exercícios	Não faz	Não faz	Faz
Sono	Normal	Normal	Normal
Diagnóstico	Glomerulonefrite	Nefrocalcinose	Diabetes Mellitus/Hepatites/Hipertensão Arterial

CLIENTES	 DIONÍSIO	 HEFESTO	 HERA
Idade	60 anos	46 anos	52 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino
Profissão	Aposentado	Microempresário	Do lar
Escolaridade	1º. Grau Incompleto	2º. Grau	1º. Grau
Procedência	Florianópolis	Biguaçú	Águas Mornas
Frequência Urinária	Oligúria	Oligúria	Oligúria
Ingesta Hídrica	Pouca	Pouca	Normal
Acesso Vascular	Fístula	Fístula	Fístula
Exercícios	Não faz	Não faz	Pouco
Sono	Normal	Insônia	Insônia
Diagnóstico	HIV/Rins policísticos	Hipertensão Arterial	Diabetes Mellitus

CLIENTES	 HERMES	 POSEIDON	 ZEUS
Idade	37 anos	50 anos	60 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Profissão	Aposentado	Aposentado	Aposentado
Escolaridade	3°. Grau	1°. Grau	3°. Grau
Procedência	Palhoça	Paraná	Florianópolis
Frequência Urinária	Oligúria	Oligúria	Anúria
Ingesta Hídrica	Excesso	Excesso	Pouco
Acesso Vascular	Fístula	Fístula	Fístula
Exercícios	Não faz	Não faz	Faz
Sono	Normal	Normal	Normal
Diagnóstico	Síndrome de Alport	Diabetes Mellitus/ Hipertensão Arterial	Glomerulonefrite

Fonte: Processos de Enfermagem, abril a junho de 2007.

6.3 OBJETIVO 3

Planejar, executar e avaliar as atividades assistenciais junto aos clientes com Doença Renal Crônica.

Avaliação: Consideraremos alcançado o objetivo quando estivermos familiarizadas com os procedimentos realizados na unidade, quando nos sentirmos capazes de identificar as possíveis complicações que possam vir a surgir com os clientes e quando conseguirmos atuar nessas intercorrências.

Iniciamos o nosso estágio na sala B, por ser uma sala menor, com menos clientes, para que pudéssemos aprender alguns procedimentos específicos da unidade com mais facilidade. Começamos observando as funcionárias e aos poucos fomos nos inserindo nas rotinas da sala.

Ao chegarmos à Unidade tínhamos um primeiro desafio, que era o de conquistar a confiança do cliente, fazer com que ele se sentisse à vontade com a nossa presença para que pudéssemos iniciar o nosso trabalho. Decidimos na segunda semana de estágio que iríamos utilizar como estratégia a pesagem dos clientes que era realizada antes e depois da hemodiálise e também a verificação da pressão que era feita de hora em hora. Nesse momento aproveitávamos para conversar um pouco com os clientes e a conhecê-los melhor. Assim, com o passar dos dias, eles já estavam familiarizados com a nossa presença. Alguns ficavam mais acanhados, mais a sua maioria, interagiu muito bem com o grupo. Tentávamos ficar sempre por perto para observar os clientes e ajudar sempre que necessário à equipe e também auxiliar nas possíveis intercorrências. Presenciamos várias complicações, como convulsões, crises de hipotensão, câibras, crises hipertensivas onde podemos observar de perto a atuação da equipe de Enfermagem, e principalmente do papel da Enfermeira frente a sua equipe.

Depois de conhecermos bem os clientes e nos sentirmos mais à vontade, colocamos em prática nossa segunda estratégia, começamos a participar da montagem das máquinas. Aprendemos como eram montados os dialisadores de cada cliente na máquina. No começo foi difícil, principalmente por ser um procedimento específico. Em todas as técnicas realizadas por nós havia sempre a supervisão de alguém da equipe de Enfermagem.

Entre a montagem de uma máquina e outra, aproveitamos e participamos também da organização da sala na troca de clientes. Ajudávamos na transferência de clientes para macas e cadeiras de rodas e fazíamos a desinfecção das cadeiras e das máquinas.

Outra atividade que planejamos foi aprender como é feito o procedimento do reuso, porém por ser um procedimento muito específico e difícil de ser realizado decidimos que iríamos acompanhar e observar uma funcionária executar o procedimento. O Reuso é uma técnica que exige muito preparo e responsabilidade por parte de quem o realiza. E isso aconteceu com quase todos os procedimentos específicos da Unidade. Todos os passos foram passados a nós pela supervisora, como por exemplo, ligar o cliente na máquina, retirá-lo da máquina, retirar as suas agulhas, a punção da fístula e da prótese, entre outros procedimentos.

Outra atividade planejada foi o levantamento dos Déficit de Autocuidado, através de entrevistas realizada com cada cliente. Após identificarmos os Déficit de Autocuidado dos nove clientes, iniciamos um trabalho de implementação de ações para ajudar os clientes a superarem esses défcits. Utilizamos jogos, livros ilustrativos mostrando como funciona o rim e os seus anexos, explicando o que é a hemodiálise, porque ele está dependente da máquina e como ele e somente ele pode sair dessa dependência. Com alguns clientes foi um trabalho difícil, pois muitos acham que é difícil melhorar, que o que falamos é besteira. Outros dizem que fazem tudo que nós dissemos e que nada melhora. Alguns, a sua minoria, se interessa e diz que vai fazer tudo que nós estamos ensinando. Esses são na maioria, os novos na hemodiálise, que tem muitas dúvidas, pois ninguém lhes disse por que ali estão, se vão continuar por muito tempo, porque aconteceu com ele se ele sempre se cuidou.

Outro problema que encontramos, foi a grande diferença de hábitos de vida de alguns clientes. Muitos acreditam que o seu modo de vida é o certo, pois ele aprendeu que deve ser assim. A sua família sempre viveu dessa maneira e nunca teve problema. Porque eu seria. Foi muito difícil, fazê-los entender que as coisas não são assim, que o seu diagnóstico é grave, que se não se cuidar pode vir a falecer, que ele deve mudar os seus hábitos de alimentação, de exercícios, que deve ter cuidados com a fístula, que esta é mais importante que o seu coração, pois se ela parar ele pode vir a morrer.

6.4 OBJETIVO 4

Proporcionar atividades lúdico-educativas aos clientes e aos cuidadores, oportunizando momentos de alegria e troca de conhecimentos.

Avaliação: O objetivo será alcançado quando realizarmos atividades educativas com os clientes com doença renal crônica e com os cuidadores na sala de espera e obtivermos o retorno verbal e não-verbal destes, quanto ao aprendizado e também quando conseguirmos integrar a equipe nas atividades educativas para troca de experiências e aprendizagem.

Nossa proposta através das atividades lúdico-educativas era promover um aprendizado sobre as ações de autocuidado, necessárias aos clientes com Doença renal crônica da Unidade de Rim.

Para assistir aos clientes com Doença renal de forma integral, faz-se necessário não apenas determinar o tipo de cuidados que este precisa, mas também conhecer e trabalhar suas dificuldades e competências, a fim de estimular o papel ativo do cliente em sua recuperação.

Em geral, os clientes com Doença Renal Crônica (DRC) necessitam incorporar ações de autocuidado em suas atividades de vidas diárias, que visem ampliar e melhorar sua qualidade de vida, como por exemplo: eliminar os alimentos com excesso de potássio da sua alimentação, realizar exercícios para maturação da fístula, não realizar esforço físico com o braço da fístula, entre outros. Contudo, muitas destas ações requerem mudanças de hábitos que acompanham os clientes por muito tempo, por isso, assim como Orem, acreditamos que a Enfermagem faz-se necessária para auxiliar o cliente a compreender seu processo de desvio de saúde, orientando e buscando junto aos mesmos, medidas que contribuam para que ocorram tais mudanças.

Podemos comprovar ao longo do estágio, que a maioria dos clientes demonstravam um certo grau de conhecimento sobre determinados assuntos, mas nem sempre praticavam ações de autocuidado referentes a estas informações.

Realizamos no decorrer do estágio ações educativas coletivas e individuais, baseadas nos déficits de autocuidado identificados, relacionados à: alimentação, conhecimento da doença, fatores de risco, cuidados com a fístula, conhecimentos sobre a hemodiálise, entre outros.

As ações educativas individuais aconteceram durante o período que permanecemos na Unidade. Estas eram realizadas com todos os clientes e suas famílias que prestamos assistência e não somente com os clientes selecionados para a implementação do processo de Enfermagem. As orientações eram feitas através de conversas informais na sala de recepção, onde os clientes e seus cuidadores esperam o momento de entrarem em hemodiálise.

Para o desenvolvimento das ações educativas coletivas procuramos ampliar nossos conhecimentos técnico-científicos amparadas em literaturas específicas. Realizamos duas atividades educativas coletivas previamente planejadas, sendo que cada uma delas foi feita em turnos diferentes.

Em cada uma das atividades coletivas realizadas utilizamos vários recursos lúdicos e didáticos, de modo a compartilhar saberes e experiências e envolver os participantes, fazendo com que os mesmos atuassem ativamente nas atividades. As atividades foram tão aceitas pelos clientes, que tivemos que repetir as atividades por diversas vezes.

As atividades individuais tornaram-se coletivas mediante o interesse expresso pelos familiares dos clientes.

Abaixo segue a descrição das atividades educativas coletivas desenvolvidas:

1^A. ATIVIDADE EDUCATIVA COLETIVA.

“JOGO DO TABULEIRO”

No dia 11 de maio de 2007, realizamos junto aos clientes da sala B, o jogo do Tabuleiro.

Os clientes já estavam esperando pelo jogo, haja vista já termos comentado que naquele dia, seria feito um jogo com eles.

Enquanto eles tomavam café, organizamos a sala, colocamos o tabuleiro no chão e utilizamos como peões, os copos de plástico que eles utilizam no café, por serem coloridos e facilitarem a identificação de cada cliente.

Apresentamos-nos, falamos do objetivo da atividade e de seu desenvolvimento.

Às 09h00min iniciamos o jogo, com cinco participantes, apenas 1 não quis participar por não se sentir bem. À medida que o jogo ia se desenvolvendo íamos tirando dúvidas que surgiam. O interessante é que um ia ajudando o outro, para que não ganhasse nenhuma

penalidade. Tinha participante que caia na mesma casa várias vezes, o que era bom, pois ajudava a fixar mais o conteúdo. Mas tinham alguns que não aprendiam a resposta de jeito nenhum e os colegas ajudavam.

Finalmente, ao concluir a atividade, premiamos o participante vencedor e agradecemos a participação de todos. Em seguida fizemos a avaliação da atividade.

A atividade foi muito divertida, tanto para os participantes, quanto para nós e também para a equipe que presenciou o jogo.

Ao realizar a avaliação da atividade, os clientes referiram que a mesma foi proveitosa, divertida e gratificante. Além disso, percebemos o envolvimento de todos os participantes na atividade, no compartilhamento entusiasmado de saberes e experiências através de suas falas:

“... foi muito criativo, o tempo passou mais rápido”. (Démeter)

“... daqui para frente sei os cuidados que tenho que ter, para ter uma vida melhor”.
(Perseu)

Esse mesmo jogo foi realizado no turno da noite, no dia 28 de maio. Participaram do jogo 10 participantes. Esperamos que os clientes tomassem o café, organizamos a sala, nos apresentamos e explicamos o objetivo da atividade. Iniciamos às 17h00min e para a nossa surpresa, com essa turma demorou mais para chegar ao final, pois ninguém chegava até o fim, ou saiam do jogo ou voltavam para o início. Foi muito divertido, pois constatamos grandes déficits de aprendizado de alguns clientes. Como no primeiro grupo, tinham participantes que caíam diversas vezes na mesma pergunta e não sabiam responder, os colegas é que ajudavam. Ao final entregamos o prêmio ao participante vencedor e coletamos as avaliações.

Na avaliação os participantes gostaram muito da brincadeira e pediram que fossem feitas outras:

“... gostei muito, quero que façam mais”. (Ártemis)

“... foi muito bom, aprendi bastante”. (Afrodite)

2º. ATIVIDADE EDUCATIVA COLETIVA.

“BINGO”

O jogo do Bingo foi realizado com os clientes do noturno. Este jogo foi realizado a pedido dos clientes, que no jogo do tabuleiro, solicitaram que nós fizéssemos outro jogo, pois tinham gostado muito do primeiro.

Foi realizado no dia 06 de junho, às 18:00, após o café. Participaram do jogo oito participantes, pois dois não quiseram jogar e uma estava dormindo.

Foram entregues as cartelas, as tampinhas de medicação usadas para marcar as palavras sorteadas e explicado como era o jogo.

O jogo era composto de cartelas com respostas das perguntas que iam sendo sorteadas. Cada pergunta que era sorteada tinha que ser respondida e encontrada se tivesse em cada cartela. Ganhava o jogo quem tivesse 5 palavras marcadas.

Ao ser explicado como seria o jogo, que não seria um jogo comum, eles acharam que seria muito difícil, pois só marcariam o que fosse sorteado se soubessem a resposta da pergunta sorteada. Mas depois que começou o jogo, perceberam que não era tão complicado, pois os colegas ajudavam.

Foi muito interessante ver as dificuldades que alguns tinham, mas que iam superando com a ajuda dos colegas.

Ao final, uma grande surpresa, a vencedora foi à cliente que mais tinha dúvidas sobre as perguntas e a que tínhamos mais dificuldade de ensinar os cuidados que ela tinha que ter com a sua saúde. Ela ficou radiante de felicidade quando viu que tinha ganhado o prêmio.

Os clientes pediram que fizéssemos novamente o jogo, mesmo sem brinde. Jogamos mais algumas vezes e depois fizemos a avaliação.

Na avaliação, percebemos que eles se envolveram na brincadeira, tiveram interesse em aprender, quando não sabiam alguma pergunta, perguntavam para os colegas ou para nós.

“... não sabia um monte de coisas, aprendi muito”. (Hypnos).

“... foi bom, descobri que sei muito, mas tenho muito a aprender” (Afrodite).

Através das atividades educativas coletivas, pudemos perceber os déficits de autocuidado que devem ser trabalhados, e também à vontade, a curiosidade, a busca pelo conhecimento por parte de alguns clientes de entender porque estão passando pela hemodiálise.

6.5 OBJETIVO 5

Realizar visitas domiciliares.

Avaliação: Alcançaremos o objetivo quando conhecermos o cliente como um todo, assim como o seu ambiente familiar onde o mesmo está inserido e orientar e esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento. Ajudando, dessa maneira a família a superar os seus defecias de autocuidado.

VISITA DOMICILIAR 1

“POSEIDON”

E.C.F. 50 anos, sexo masculino, cor branca, católico, casado, três filhos. Eletricista aposentado dispõe de uma renda mensal de trezentos reais. Reside no município da Palhoça/SC, tendo como referencia o Supermercado Santos. Possui casa própria, de madeira e alvenaria. Esta com oito cômodos: sala, três quartos, cozinha, banheiro, dispensa e lavanderia. Possui água encanada, saneamento básico, luz elétrica, esgoto. Quando chegamos, sua esposa estava ansiosa nos aguardando no portão da casa. Fomos recebidas com muita alegria. E.C.F. demonstrou interesse em ouvir o que tínhamos para falar.

No mesmo terreno reside a filha, genro e a neta, em casa de alvenaria.

Relata ter passado bem a noite anterior, pois estava ansioso por receber a nossa visita. Afirma ter mudado a sua alimentação, não está mais comendo miojo todos os dias, apesar de que acha que seus exames ficaram melhores no mês em que comeu apenas miojo. Afirma ingerir uma grande quantidade de líquido, principalmente café preto.

Sua esposa controla a medicação, a glicemia e aplica a insulina.

Afirma passar a maior parte do tempo deitado na cama que sua esposa colocou na cozinha. Dorme com a cadela que tem há nove anos o dia todo. Às vezes assiste televisão ou escuta rádio. Não gosta de ficar sozinho e exige a presença da esposa a todo o instante.

Relata ter um bom relacionamento com a família. Quase não sai de casa, vai apenas à hemodiálise, sempre acompanhado pela esposa. Prefere marcar consultas médicas no dia da diálise para não ter que sair de casa outros nos dias.

Cliente lúcido, orientado, deambulando, comunicativo. Mostrou-se animado com nossa visita, compactuando o tempo todo com a equipe. Demonstrou preocupação com a alimentação, porém não acredita que a dieta prescrita pelo médico faça bem a sua saúde. Permaneceu o tempo todo sentado na cama da cozinha com sua cadelinha ao seu lado.

Percebemos uma boa relação com a família. Observamos que a alimentação é um motivo de preocupação, mas ainda precisa ser estimulado a seguir a dieta para pessoas com DRC.

Foi reforçada orientação e estimulado a seguir a dieta para DRC; entregue o manual de hemodiálise; e entregue uma relação de alimentos permitidos e proibidos, elaborados pelas Enfermeiras Lucélia e Rochelle.

VISITA DOMICILIAR 2

“AFRODITE”

F.A.A.K., 37 anos, sexo feminino, cor branca, católica. Casada, possui três filhos. Estudou até o 2º. grau. Trabalha como auxiliar de escritório, mas está na perícia por causa da doença. Natural e procedente do município de Florianópolis, onde reside em casa própria. Esteve internada apenas no nascimento de seus filhos (três cesáreas).

Esta visita foi feita, com o objetivo de conhecer o ambiente familiar onde está inserida a cliente e também para fixar todas as orientações dadas a ela nas conversas tidas durante a sessão de hemodiálise.

A visita já era esperada pela cliente, pois já tinha sido dito a ela pela acadêmica Andréa (funcionária da Unidade), da sua intenção de visitá-la. Na véspera da visita, foi combinado com ela horário e pego todas as informações de como chegamos à sua casa.

O horário marcado foi as 10h00min da manhã. Ao chegarmos à sua casa, fomos bem recebidas nos portão e a cliente nos passou que não poderia mostrar a casa, pois a mesma estava passando por uma reforma e estava muito “bagunçada”.

Ficamos sentadas na sala, foi nos perguntado se queríamos tomar alguma coisa e depois de nos sentirmos bem à vontade, iniciamos a conversa.

Foram fixadas as orientações dadas em sala, principalmente sobre a alimentação e a ingestão de líquidos, problemas esses que a cliente acredita serem muito difíceis de serem resolvidos, pois ela diz que não consegue deixar de tomar água e de comer. Conversamos bastante com ela sobre a necessidade de ela se esforçar para que ela consiga superar esses problemas, pois ela corre o risco de piorar muito o seu quadro, podendo chegar a uma parada cardíaca e respiratória pelo excesso de potássio no organismo, um dos seus problemas.

Deixamo-la bem à vontade para perguntar ou mesmo desabafar as suas angústias. Ela se mostrou bem consciente da sua situação e determinada a melhorar.

Ao final, fez uma promessa à acadêmica Andréa, que quando a mesma voltasse de férias, os seus exames estariam melhores.

6.6 ATIVIDADES REALIZADAS NÃO PREVISTAS

6.6.1 Gincana

Durante o estágio, tivemos algumas idéias que achamos que não poderíamos deixar passar, até porque serviriam para engrandecer o estágio. Uma dessas idéias foi o de fazer o dia da Enfermagem, data esta que estávamos na Unidade (12 de maio). Esse dia serviria para homenagear as funcionárias da Unidade, fazer com que elas interagissem com o nosso grupo de estágio, proporcionando momentos de alegria e diversão. O difícil era fazer alguma coisa em que elas aproveitassem, sem deixar de cumprir as suas tarefas diárias. Foi então que surgiu a idéia de realizarmos uma gincana, com tarefas onde elas poderiam brincar e trabalhar ao mesmo tempo.

A idéia foi passada a nossa supervisora, Enfermeira Lucélia, que gostou da iniciativa e nos ajudou apresentando uma poesia no dia para a sua equipe. Como dia doze era um sábado, resolvemos fazer na sexta, dia onze. Na véspera a acadêmica Andréa, enfeitou a sala onde era passado o plantão, onde seriam dadas as instruções da gincana. Tinham balões, cartazes e faixas, enaltecendo o trabalho da Enfermagem. Ao entrar, as funcionárias ganhavam um bombom e já se surpreendiam com a decoração da sala. Na hora de passar o plantão, a Enfermeira Lucélia, as informou que não haveria passagem de plantão, que aquele era um dia

especial, apresentou o nosso trabalho e declamou a sua poesia. Em seguida passou a palavra a nós, que explicamos a importância daquele dia, elogiamos a equipe e orientamos quanto à gincana.

A 1ª. prova, continha de um cartaz no corredor da unidade, com um caça-palavras, onde continham palavras relacionadas com a Doença Renal Crônica e a Hemodiálise. Cada palavra encontrada valia dez pontos. Foi uma diversão. As funcionárias vinham achavam uma palavra e voltavam para trabalhar, sem comprometer o seu trabalho.

A 2ª. prova era um questionário de dez questões, onde cada resposta certa valia dez pontos. Uma das perguntas gerou polêmica, pois ninguém conseguia descobrir a resposta.

A 3ª. prova era uma caixa que foi colocada na unidade, onde dentro continha um objeto relacionado à Unidade. Eram dadas pistas até que descobrissem. Quem descobrisse ganhava trinta pontos. Foram na adivinhação, pois não tinham nem idéia do que poderia ser o objeto. As pistas não adiantavam muito.

A 4ª. e última prova era a figura de uma Enfermeira que estava escondida pela Unidade. Quem a achasse ganhava cinquenta pontos e um prêmio extra. Essa prova foi a mais engraçada, pois todas passavam pela figura e não enxergavam. Subiram em lugares inusitados, procuraram em lugares inimagináveis, mas não encontravam.

Ao final que obtive mais pontos, ganhou um prêmio e todos se confraternizaram com um bolo trazido por uma acadêmica.

A gincana foi feita em dois turnos, matutino e vespertino, para que ninguém perdesse a oportunidade de participar. Foi um momento de descontração, onde ninguém quis ficar de fora. Venceu as expectativas, pois achávamos que muitas não iam querer participar ou achar chato. Mas isso não aconteceu, todas participaram, elogiaram e agradeceram ao final pela lembrança do dia.

6.6.2 Confeção de carteiras de identificação dos clientes da unidade de rim

Esta foi uma idéia dada pela nossa supervisora, enfermeira Lucélia, que veio para contribuir com o nosso trabalho. Achamos muito interessante a idéia e resolvemos “comprá-la”.

Fizemos uma relação de todos os clientes da unidade e coletamos nos seus prontuários os seus dados, como nome completo, se possui fístula, cateter ou prótese e em qual membro.

Depois fizemos as carteiras no computador, informando que o dono desta é um portador de Doença Renal Crônica e que em caso de emergência deve ser levado para o Hospital Governador Celso Ramos e informamos o telefone em caso de necessidade.

Estas foram envoltas em uma capa protetora e nos dois últimos dias de estágio foram entregues aos clientes.

Quando entregues, observávamos se as informações contidas nas carteiras estavam corretas, explicávamos aos clientes o que era, para que servia e que devia andar sempre junto dele para onde ele fosse. Alguns clientes não entendiam muito bem, então passávamos as informações ao familiar que o acompanhava.

Foi uma idéia brilhante, fechou com chave de ouro a nossa prática assistencial. Foi uma maneira de agradecer a essas pessoas a forma carinhosa com que fomos recebidas.

6.6.3 Visita a clínica APAR VIDA.

Depois de conhecermos bem as rotinas e o funcionamento da unidade de Rim, achamos necessário conhecermos outras instituições onde atendiam o mesmo público-alvo, até para que pudéssemos fazer uma análise dos serviços prestados. Por isso, o primeiro lugar onde resolvemos visitar foi a Clínica APAR, situada na Praia comprida, São José, onde fomos recebidas pela Enfermeira Rozanea, nossa supervisora. Atende em média, trinta clientes por dia. A equipe que presta atendimento é formada por um enfermeiro coordenador, um enfermeiro assistencial por turno, um médico, auxiliar administrativo e três técnicos de enfermagem. Inicialmente ela nos mostrou as instalações da clínica. Podemos perceber a modernidade e a boa aparência do ambiente.



Foto 3: Sala de Hemodiálise da Clínica APAR VIDA.

A clínica é composta de uma recepção; onde os clientes e os cuidadores esperam o momento de serem chamados para entrar em sala, um banheiro; onde os clientes lavam o braço antes de entrar, um consultório para atendimento médico; a sala da Enfermeira; sala de reanimação; com todos o aparato necessário em caso de emergência, um corredor onde fica a balança onde os clientes são pesados antes e depois da hemodiálise; vestiário dos funcionários com banheiro; salas de materiais; sala onde ficam depositadas as soluções usadas em hemodiálise; sala de lanche; depósito de lixo; rouparia; sala da osmose e a sala de Hemodiálise propriamente dita. Esta é composta do posto de Enfermagem centralizado, com as máquinas e clientes ao seu redor, tendo uma visão de todos os clientes que ali estão. A sala de hemodiálise atende somente clientes com sorologia negativa para HIV e hepatite. A enfermeira assistencial faz uma evolução diária dos clientes, relatando suas principais intercorrências no período. A enfermeira coordenadora cuida de toda parte administrativa prevendo compras de material, revisão de máquinas, escalas de funcionários, contratação de funcionários. A clinica atende tanto pacientes do SUS como particular.



Foto 4: Sala de tratamento de água clínica APAR VIDA.

As rotinas são praticamente as mesmas que na Unidade de Rim. Apenas o reuso que na Unidade o funcionário que faz não sai para ajudar na hora de troca de clientes. Já na APAR VIDA, o reuso é feito só depois de todos os clientes terem saído da máquina.



Foto 5: Reuso da Clínica APAR VIDA.

Avaliamos a visita a APAR VIDA como sendo muito valiosa e interessante. Serviu para nos mostrar um outro atendimento para o mesmo tipo de cliente.

6.6.4 Visita a Clinirim

A Clinirim localiza-se a Rua Menino Deus, em anexo ao Hospital de caridade, sob a forma de aluguel. É uma Clínica particular que realiza o serviço de hemodiálise e diálise

peritoneal. Ao chegarmos lá, fomos recepcionadas pelo Enfermeiro Antônio, com que já tínhamos agendado visita antes. Eles possuem aproximadamente cem clientes em hemodiálise e trinta e cinco em diálise peritoneal. Trabalham em três turnos, com cinco funcionários por turno. Ele conversou um pouco conosco sobre o serviço de hemodiálise atual, das condições de trabalho e do aumento da demanda de clientes. Expomos o nosso projeto para ele, que ficou bastante entusiasmado diante do tema abordado. Em seguida o Enfermeiro nos apresentou a Clínica que é composta de recepção, onde os clientes esperam para ser chamados e também deixam o nome na hora que chegam, com televisão e um banheiro; consultório médico; sala de Enfermagem; sala de reanimação, onde são feitas as diálises peritoneais; uma sala de hemodiálise com quatro máquinas; o lavabo para lavar os clientes lavarem o braço; uma sala amarela (clientes HIV e hepatites) com seis máquinas e um reuso externo; uma sala com vinte máquinas e um setor administrativo onde fomos apresentadas para auxiliar administrativa e para a Enfermeira Joice que realiza as diálises peritoneais.

A rotina de trabalho é praticamente a mesma das outras instituições. O que nos chamou a atenção foi o fato de o Enfermeiro, ao ser questionado sobre a presença dele na troca de clientes, dizer que punciona todos os clientes, sem exceções. O reuso delas é realizado pela mesma pessoa todos os dias, ou seja, é um funcionário só para o reuso. Eles possuem um programa de computador, onde todos os dados dos clientes são registrados. Desde início do cliente na Clínica, as suas internações, intercorrências, enfim tudo o que acontece com o cliente.

Avaliamos a visita como boa, pois achamos o local muito “apertado”. Possui algumas vantagens de estar dentro do hospital próximo da emergência. Suas instalações não acompanharam o crescimento da clínica com ambientes apertados e com pouca iluminação, sua estrutura é antiga e precisa ser reformulada, já que a demanda de pacientes cresce a cada ano.

6.6.5 Visita a Associação dos Pacientes Renais – APAR

A associação dos portadores de Doença Renal crônica fica localizada na rua Av. Prefeito Osmar Cunha 183, Ceisa Center Bloco A sala 908.

Durante a realização da nossa visita, fomos recebidos pelo vice-presidente da Associação e também por um ex-paciente recém transplantado que continua desenvolvendo e trabalhos e atividades na associação como voluntário.

É uma organização não governamental, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico criada em oito de janeiro de 1997, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos portadores de doenças renais. Realizam trabalhos voltados para prevenção da doença renal, já que grande parte dos portadores tem doenças de base como diabetes e hipertensão. Atua nas campanhas de doação de órgãos, garantir o fornecimento de medicações, aquisição de cestas básicas e de medicação para doenças de base. Também atuam juntamente com a secretaria de saúde garantindo direitos a quem necessita para realização de exames e na distribuição de medicamentos de alto custo aos pacientes em Hemodiálise e transplantados.

Realizam também campanhas publicitárias de doação de órgãos. Tem como objetivo para o futuro, desenvolver e capacitar profissionais para realização de projetos de prevenção e doação de órgãos nas escolas.

O ambiente é pequeno dividido em recepção e sala onde realizam atividades administrativas. Existe também um pequeno acervo de livros para consultas.

Ao final da nossa visita fomos presenteadas com camisetas, CD e adesivos das campanhas realizadas.

6.6.6 Congresso brasileiro multidisciplinar de acesso vascular para hemodiálise.

O Congresso ocorreu nos dias 15 e 16 de junho, no Centro de Convenções WTC, em São Paulo. Este foi realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular de São Paulo e pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. O mesmo incluía um programa abrangente como: acesso vascular em pediatria, criação, manutenção, complicações e conceituação do esgotamento do acesso vascular, entre outros. Houve a presença de renomados especialistas brasileiros e internacionais. Além disso, teve a apresentação de trabalhos científicos, exposição de pôster e vários stands de empresas com novidades de produtos (cateter e agulhas de punção, por exemplo) voltados para a Hemodiálise.

Foi de grande valor a presença neste Congresso, pois serviu para acrescentar conhecimento não só para o projeto de TCC, mas também como contribuição para o crescimento profissional.



Foto 6: Enfermeira Rochelle (à esquerda) e Acadêmica Andréa (à direita) no Congresso em São Paulo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a nossa prática assistencial, percebemos a existência de um grande número de pessoas acometidas pela Doença Renal Crônica (DRC) necessitando de atendimento específico.

Na Unidade de Rim, tivemos a oportunidade de conhecer a realidade e a dinâmica de uma Unidade especializada. Isso nos possibilitou o convívio com clientes de várias procedências, com culturas e hábitos diferentes e desta forma, pudemos interagir com eles, respeitando suas singularidades.

Conquistamos nosso espaço na unidade, com apoio das nossas supervisoras, pois elas foram importantes mediadoras entre o nosso projeto e a prática assistencial. Suas experiências na prática assistencial contribuíram para o aprimoramento das nossas habilidades técnico-científicas.

A Teoria de Orem contribuiu para a nossa prática assistencial principalmente no que se refere à identificação das competências necessárias aos clientes com Doença Renal Crônica (DRC) para o autocuidado, bem como o reconhecimento de seus déficits e valorização de suas capacidades e potencialidades para o autocuidar-se. Entretanto, consideramos que a teoria não contempla o cliente como um todo, uma vez que não abrange aspectos como a sexualidade, o nível de consciência, o exame físico, entre outros, porém não ignoramos estes aspectos em nosso processo de enfermagem.

Acreditamos que por meio da assistência direta e da educação em saúde, foi possível identificar alguns dos déficits de autocuidado e mitos acerca da Doença Renal Crônica. Ao implementar o processo de Enfermagem buscamos sensibilizar e encorajar os envolvidos a recuperarem e preservarem sua autonomia, fortalecendo e oportunizando melhorias na qualidade de suas vidas.

Percebemos que a equipe de enfermagem desenvolve ações relacionadas à educação em saúde, mas ainda é pouco. Reconhecemos que esta prática torna-se difícil devido à complexidade de problemas existentes na Unidade que sobrecarregam a Enfermagem.

Durante nossa prática assistencial, conseguimos alcançar todos os objetivos com sucesso e obter conhecimento e valorização de nosso trabalho por parte dos clientes e da equipe da Unidade de Rim. Foi maravilhoso ver a equipe elogiando a nossa gincana. Terem se divertido e compartilhado momentos de prazer.

Com este trabalho vivemos uma experiência enriquecedora, vivenciamos dificuldades e facilidades que contribuíram de certo modo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Almejamos que este trabalho, desperte o interesse tanto dos acadêmicos, quanto dos profissionais de enfermagem e que sirva como fonte de pesquisa para o desenvolvimento de outros trabalhos sobre Doença Renal Crônica, a fim de garantir uma assistência de qualidade aos clientes com problemas renais.

REFERÊNCIAS

1. ASPERHEIM, M.K. **Farmacologia para Enfermagem**. 9^a. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.
2. BARBOSA J.C, AGUILAR, M, BOEMER, M.R. **O significado de conviver com a Insuficiência Renal Crônica**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, 1999, mar/abr.; 52(2): 293-302.
3. BARROS, E; MANFRO, R.C; GONÇALVES, L.F; THOMÉ, F.S.**Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento**. 2^a. Ed.Porto Alegre. Artes Médicas Sul Ltda., 2007.
4. CARVALHO, G. M. e RAMOS, A. **Enfermagem e Nutrição**. São Paulo: EPU, 2005.
5. COSTANZO, Linda S. **Fisiologia**. 2^a.ed.Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, , 1999.
6. COVIELLO, A. **Fisiologia do Rim**, in: ANGOLANI, Horácio E; HAUSSAY, Alberto B. **Fisiologia Humana**. 7^a. Ed. São Paulo: Ed. Artmed, 2004, p.452-454.
7. DAUGIRDAS, J. T; BLAKE, P. G; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 3a. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
8. FLORES, R V; THOMÉ, E. G. **Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, 2004 nov/dez; 57(6): 687-90.
9. FOSTER, P.C e JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem, in: GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a prática assistencial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 90-105.
10. GEREMIAS, R.; VIEIRA, S. A. **Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: Um incentivo ao cliente crônico**. Florianópolis, relatório final de conclusão de curso de Enfermagem: UFSC, 1996.
11. LEOPARDI, M.T.;WOSNY, A.M.;MARTINS, M.L.**Dorothea Orem**, in LEOPARDI, Maria Tereza. Teorias de Enfermagem – Instrumentos para a prática. Florianópolis: Papalivros, 1999, p.74-80.
12. MARTINS, C. **Nutrição para pacientes em Hemodiálise**. Curitiba: Editora da UFPR, 1999.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2006. Disponível na internet: www.datasus.gov.br, em outubro/2006.15

14. MORRIN, P. A. F. **Nefrologia: Cuidados do paciente com doenças renais.**Kingston, 1999.
15. NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida,** Rio de Janeiro, 2006 p. 201-221.
16. NASCIMENTO, C. D; MARQUES, I. R. **Intervenções de Enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise:** Revisão de literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília – DF, 2005, nov - dez; 58(6): 719-22.
17. OREM, Dorothea E. **Nursing: Concepts of Practice.** 15a. Missouri Ed. Mosby, 1995.
18. PADILLA, P. K; REYES, V. A; REY, R... Enfermedad renal crônica in: URIBE, Ricardo R; REY, Roberto. **Prácticas & Procedimientos: Guías de práctica clínica.**Bogotá-Colombia: Ediciones Médicas Latinoamericanas S.A., 2003, p.126-139.
19. RABELO, S. E. **A ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado.** Florianópolis, 2000. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
20. RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** 4^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
21. SALES, O. **Leitura e interpretação de exames em Enfermagem.** Goiânia A B editora, 2005.
22. SILVA, D.M.G.V; VIEIRA, R.M; KOSCHNIK, Z; AZEVEDO, M.; SOUZA, S da S. **Qualidade de vida de pessoas com insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico.** Revista Brasileira de Enfermagem, v55, n.5, p.562-567, set-out.2002, Brasília-DF.
23. SILVEIRA, S. S; VIANA, P. C; FERNANDES, V. **Educação em Saúde: uma estratégia na promoção do autocuidado com pessoas em condição de cronicidade renal.** Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina.
24. SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan p. 1100-1107, 2006.
25. WEINGARTNER, Camila B; SILVA, Jennifer; CUNHA, Mila A. **Cuidados aos clientes em tratamento hemodialítico e seus cuidadores, com foco na educação em saúde.**

Florianópolis, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

27. CASSI, H, V. **Instituto do Rim do Paraná**. Acessível no site: [www. Rimonline.com.br](http://www.Rimonline.com.br)

Acessado em 27/02/2007

28. OKTE Engenharia e Consultoria Ltda. Acessível no site: okte.com.br

Acessado em 22/06/2007

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE DE RIM

1 RECEPÇÃO E ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE ATÉ A SALA DE TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Finalidade:

- Proporcionar segurança ao cliente;
- Higienizar local da punção;
- Avaliar ganho de peso interdialítico.

Material e equipamento:

- Pia com torneira;
- Solução degermante;
- Papel toalha;
- Balança;
- Prontuário de cliente.

Descrição:

- Ao chegar à unidade, o cliente deve aguardar na recepção até que seja chamado;
- Ao ser chamado, deve encaminhar-se até o lavabo e fazer a degermação do local da punção;
 - Após lavar, deverá pesar-se (sob supervisão de alguém da enfermagem) livrando-se de calçados e agasalhos pesados;
 - Encaminhar-se a sala onde irá submeter-se a hemodiálise.

2 DEGERMAÇÃO DO LOCAL DA PUNÇÃO DA FÍSTULA ARTÉRIO VENOSA

Finalidade:

- Prevenir infecção de fístula.

Material e Equipamento:

- Pia com torneira;
- Solução degermante;
- Papel toalha.

Descrição:

- Deixar o local a ser lavado livre de roupas, retirar abrigos pesados;
- Abrir a torneira;
- Molhar o local onde está a fístula;
- Colocar sabão líquido na outra mão e esfregar sobre o local molhado até aparecimento de espuma;
- Enxaguar com água corrente;
- Secar com papel toalha no sentido da cima para baixo;
- Fechar a torneira;
- Encaminhar-se para pesar.

Observação: O local da punção deverá permanecer descoberto.

3 PESAGEM DO CLIENTE

Finalidade:

- Avaliar o ganho ou perda de peso (volume) no período interdialítico.

Material e Equipamento:

- Balança;
- Prontuário de cliente;
- Caneta.

Descrição:

- Retirar abrigos pesados, sapatos, etc. O cliente deve ser pesado sempre da mesma forma, no início e no fim da Hemodiálise;
- Observar o valor 0,0 no digital da balança;
- Posicionar o cliente na balança de maneira que fique firme, sem ajuda;
- Anotar o peso em formulário próprio;
- Encaminhar-se para sala de tratamento hemodialítico.

4 PREPARO DO MATERIAL PARA PUNÇÃO VENOSA (FAV)

Finalidade:

- Reduzir custo;
- Racionalizar trabalho/tempo.

Material:

Bandeja contendo:

- Soro Fisiológico 0,9% (01 frasco de 500ml);
- Seringa 10ml (01 unidade por cliente);
- Agulhas para Fístula Artério Venosa (02 por cliente);
- Gaze;
- Etiqueta com nome e dose do anticoagulante.

Descrição:

- Certificar-se dos clientes que farão hemodiálise no próximo turno, observando escala já feita;
- Lavar as mãos;
- Passar álcool a 70% no local onde serão preparadas as medicações/bandeja;
- Etiquetar as embalagens das seringas usadas para heparina, porém as embalagens não devem ser descartadas, para que as seringas sejam colocadas nelas até serem encaixadas na máquina;
- Fazer desinfecção das borrachas dos fracos de anticoagulante com álcool a 70%;
- Aspirar na seringa à quantidade correspondente de heparina que cada cliente irá receber;
- Certificar-se de que o teste de verificação de resíduos foi negativo e adaptá-lo ao circuito de hemodiálise na máquina;
- Cortar fitas adesivas de aproximadamente 10 cm, para fixação das agulhas.

Para cada cliente será necessário:

- 02 agulhas para FAV;
- Gazes secas e embebidas em solução anti-séptica;
- Garrote;
- 02 fitas adesivas;

- 01 seringa de 10ml com anticoagulante (já adaptada à máquina).

5 PUNÇÃO DA FÍSTULA ARTÉRIO VENOSA

Finalidade:

- Acesso venoso para realização da Hemodiálise;
- Prevenir infecção.

Material e Equipamento:

- Água e sabão;
- Luvas;
- Bandeja com:
 - 02 Agulhas para Fístula Artério Venosa;
 - Garrote;
 - Gazes secas e embebidas em solução anti-séptica;
 - Fitas adesivas cortadas (micropore).

Descrição:

- Lavar as mãos;
- Organize o material necessário à punção;
- Certifique-se que o filtro (dializador) corresponde ao cliente que irá puncionar;
- Inspeccione o membro onde está localizada a fístula os locais da punção e condição deste acesso;
- Calce as luvas;
- Faça a antisepsia dos locais das punções no sentido longitudinal, de cima para baixo;
- Garroteie o membro;
- Puncione primeiro o ramo venoso da fístula, fixe a agulha com fita, retire o garrote, teste permeabilidade e resistência do vaso se necessário;
- Garroteie o membro novamente;
- Puncione o ramo arterial da fístula, fixe a agulha com fita, retire o garrote, teste permeabilidade e resistência do vaso se necessário;
- Instale o cliente a máquina.

6 INSTALAÇÃO DO CLIENTE A MÁQUINA.

Finalidade:

- Realizar hemodiálise;
- Promover bem estar;
- Prevenir infecções

Material e Equipamento:

- Máquina de hemodiálise com sistema já montado;
- Cliente já puncionado;
- Solução anti-séptica;
- Fita adesiva;
- Luvas.

Descrição:

- Certifique-se que as linhas e o filtro (dializador) correspondem ao cliente;
- Programe meta de UF e tempo indicado;
- Calce as luvas;
- Desligue a bomba;
- Feche o soro;
- Abra o circuito arterial-venosa;
- Abra o soro para retirar o resíduo de antisséptico e feche em seguida;
- Conecte o terminal do set arterial a agulha (ramo arterial da fístula);
- Ligue a bomba de sangue e mantenha o fluxo em mais ou menos 120ml/min;
- Quando o sangue já estiver ultrapassado os catabolhas arterial abra a pinça da linha da heparina, toque na janela HEPARINA em seguida, na janela BOLUS e CONFIRME. Observe se a heparina esta sendo injetada;
- Desligue a bomba quando todo o soro já estiver saído;
- Retire o intermediário da linha venosa;
- Faça a assepsia do set venoso e adapte-o a agulha (ramo venoso);
- Observe se todas as pinças estão abertas;
- Ligue a bomba de sangue;
- Abra a pinça dos isoladores se pressão, e nivele o catabolhas;

- Aperte a janela DIALISE;
- Estabilize o Fluxo de sangue (se possível $>300\text{ml/min}$);
- Verifique MENU, e confirme tempo indicado e meta de UF;
- Anote horário;
- Fixe linhas ao membro do cliente;
- Certifique-se de que o cliente está bem.

7 RETIRADA DO CLIENTE COM FÍSTULA ARTÉRIO VENOSA

Finalidade:

- Retirar o sangue do circuito extra-corpóreo, devolvendo-o ao cliente.

Material:

- Gaze estéril;
- Soro Fisiológico;
- Fita adesiva (micropore);
- Luvas de procedimento;
- Medicamentos (se for necessário).

Descrição:

- Lavar as mãos;
- Administrar o medicamento se necessário no catabolhas venoso. Ao término do tempo prescrito e do objetivo da UF soará um alarme;
- Abra o soro fisiológico e pince a linha arterial, de modo que do rolete da bomba seja retirado todo o sangue;
- Abra a pinça da linha arterial e aperte o frasco de soro de modo que o sangue retorne;
- Feche a pinça da linha arterial e da agulha também;
- Ligue a bomba de sangue para devolver o restante do sangue;
- Quando todo o sangue estiver devolvido, desligue a bomba de sangue;
- Pinça a linha venosa e a pinça da agulha;
- Abra o pacote de gaze;
- Calce as luvas;
- Faça torundas com a gaze estéril;
- Retire as agulhas, uma por vez e comprima com a torunda de gaze. Peça a colaboração do cliente neste momento para que fique comprimindo o local;
- Aguarde até que o sangramento tenha estancado;
- Observe as torundas. Se estiverem limpas, coloque sobre a fita adesiva e libere o cliente, antes, porém, verifique se a PA final foi aferida.

8 PREPARO PARA ACESSO DE HEMODIÁLISE EM CLIENTES COM CATETER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEM

Material:

- 02 seringas com 5 ml na embalagem;
- 01 seringa de 10 ml com heparina diluída;
- 02 seringas de 20 ml preenchidas com 10ml de Soro Fisiológico 0,9%;
- 01 máscara;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 pacote de curativo;
- 01 frasco de povidine (10ml);
- 01 tesoura;
- Micropore;
- 01 par de luvas de procedimento.

Descrição do curativo

- Reunir todo o material, organizar o ambiente e preparar o cliente;
- Colocar máscara;
- Lavar as mãos;
- Abrir pacote de curativo. No campo colocar a cuba redonda, as seringas de 5 ml e a parte do campo (canto) colocar as seringas com Soro e a com Heparina;
- Colocar povidine na cuba redonda;
- Cortar fitas micropore e fixar próximas a cadeira, cama, etc.;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar curativo antigo, desprezando-o e também as luvas;
- Calçar luvas estéreis;
- Limpar área com povidine tópico, seguindo técnica correta;
- Cobrir com gaze estéril e fixar com fitas previamente cortados. Deixar a bifurcação do cateter exposta.

Preparando o cliente para Hemodiálise:

- Retirar tampas das pontas do cateter;
- Limpar cada uma delas com gaze embebida em povidine;
- Adaptar as seringas e aspirar uma de cada vez retirando a heparina presente em cada lúmem. Observar nesta etapa o fluxo de sangue que deve fluir sem pressão;
- Lavar cada lúmem distintamente usando seringas preenchidas com Soro Fisiológico;
- No lúmem arterial introduzir a heparina diluída;
- Deixar pinças fechadas até iniciar a Hemodiálise.

9 FECHAMENTO DO CATETER DE DUPLO LÚMEM NO TERMINA DA HEMODIÁLISE

Material:

- 02 seringas com 5 ml na embalagem;
- 02 seringas de 10 ml com heparina diluída;
- 02 seringas de 10 ml preenchidas com de Soro Fisiológico 0,9%;
- 01 máscara;
- 01 par de luvas estéril;
- Micropore;
- 02 tampas estéreis.

Descrição do curativo

- Reunir todo o material, organizar o ambiente e preparar o cliente;
- Colocar máscara;
- Lavar as mãos;
- Retirara a gaze que protege a conexão;
- Abrir pacote de curativo, colocar seringas e tampas;
- Calçar luvas estéreis;
- Desconectar as linhas arterial e venosa usadas na Hemodiálise tendo observado se o cateter o cateter e as linhas estão picadas;
- Conectar em cada lúmem as seringas preenchidas com soro fisiológico e infundir o soro para lavar os lúmens. Nesta etapa jamais aspire o sangue;
- Fechar as pinças, desconectar as seringas vazias e adaptar as seringas com heparina. Abrir as pinças e infundir heparina;
- Fechar as pinças, retirar as agulhas e colocar as tampas uma em cada lúmem;
- Cobrir cada lúmem com gaze, fixando com micropore.

**ANEXO B - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE
DE RIM**

Atribuições da Enfermeira assistencial

- Passar visita com médico nos clientes e chamá-lo em caso de intercorrências;
- Fazer anamnese clínica a cada cliente, podendo mensurar seu estado geral;
- Puncionar prótese PTFE;
- Realizar curativo de cateter venoso central;
- Definir peso na máquina;
- Realizar curativos em geral;
- Controlar os exames laboratoriais;
- Orientar e preparar o cliente para tratamento de hemodiálise;
- Prestar orientações sobre cuidado com o FAV, dieta e cuidados em geral para cliente e família;
- Atuar nas intercorrências.

Atribuições da equipe de técnicos de enfermagem

- Pesar cliente antes e depois de cada sessão de hemodiálise;
- Realizar punção de fistula;
- Conectar e desconectar cliente da máquina;
- Aferir pressão na entrada e a cada uma hora durante as sessões de hemodiálise;
- Verificar pulso na entrada do cliente;
- Preparar o lanche dos clientes;
- Auxiliar a enfermeira nas intercorrências;
- Retirar punção de fistula e prótese;
- Fazer compressão no local da punção;
- Fazer limpeza externa da máquina;
- Reposição dos materiais e medicações na unidade;
- Realizar desinfecção das máquinas;
- Fazer coleta dos exames mensais antes e depois da diálise;
- Reuso;

- Fazer a limpeza da unidade.

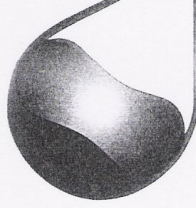
Atribuições da técnica administrativa

- Marcar consultas;
- Encaminhar os clientes para exames e cirurgias;
- Encaminhar os exames mensais conforme RDC 154 para laboratório solicitando a coleta necessária;
- Solicitar encaminhamento dos medicamentos de alto custo conforme indicação médica, como a eritropoetina, hidróxido de ferro, renagel e calcitriol.

Atribuições do serviço de limpeza

- Limpar o chão;
- Manter os sanitários limpos;
- Recolher o lixo sempre que necessário;
- Realizar procedimentos de higienização conforme indicação da RDC 154, separando materiais em salas de clientes com sorologia positiva e negativa.

ANEXO C - CERTIFICADO DE EVENTO PARTICIPADO



2º Congresso Brasileiro Multidisciplinar
de Acesso Vascular para Hemodiálise

Sociedade Brasileira de Nefrologia
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - SP
Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia

C E R T I F I C A D O

Certificamos que *Andréa Dias Teixeira*

participou do "2º Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Acesso Vascular para Hemodiálise" com carga horária de 16 horas, na qualidade de **Congressista.**

Fabio Linardi

Presidente do Congresso

Realização:



Patrocinador Oficial:

genzyme

Organização:



Realizado no Centro de Convenções WTC São Paulo nos dias 15 e 16 de Junho de 2007

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Andréa Dias Teixeira, Juliane Gomes Berto dos Santos e Paula Moreira Luz, acadêmicas da VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos convidando-o para participar de nosso estudo chamado de **“Assistindo clientes em tratamento dialítico: contribuindo para superação de seus déficits de autocuidado e sua qualidade de vida”**, que tem como objetivo, desenvolver assistência de Enfermagem, através da educação em saúde, aos clientes em tratamento dialítico e aos seus cuidadores, com base na teoria de autocuidado, visando à promoção da qualidade de vida dessas pessoas. Somos orientadas, pela Professora Miriam Süsskind Borenstein.

De acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o identifique serão mantidos em sigilo e que o (a) Sr (a) terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento, não implicando na qualidade de sua assistência.

Eu, _____,

Declaro que participo e que fui esclarecido sobre o objetivo deste estudo, estando ciente que posso desistir de participar em qualquer momento e ainda que terei meu direito de anonimato preservado, assim como o sigilo de dados fornecidos.

Ass. do Cliente

Ass. da Acadêmica

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

I. Dados de Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Estado Civil: Casado () Solteiro () Viúvo () Outros ()

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Diagnóstico Médico: _____

Tempo de Diagnóstico: _____

Outras Co-morbidades: _____

Início do tratamento: _____

Dias e Período que realiza Hemodiálise: _____

O que costuma fazer durante as sessões: _____

Tipo de Transporte que usa para vir ao hospital? _____

Foi submetido a Transplante Renal? _____

II. História da Doença

Percepções e sentimentos sobre a doença

III. Requisitos de autocuidado Universais

Manutenção Hídrica:

Quantidade Habitual Ingerida:

Condições de Hidratação da Pele e Mucosas:

Manutenção Alimentar:

Número de Refeições Diárias:

Hábitos Alimentares:

Preferência:

Peso:

Condições Físicas Prejudiciais:

Como vê a sua alimentação? Você tem algum problema em seguir a dieta?

Manutenção Vesical e Intestinal:

Frequência Urinária:

Frequência Intestinal:

Acesso Venoso:

() Cateter Venoso Central. Localização e características: _____

Fístula Arteriovenosa. Localização e características: _____

Manutenção do Equilíbrio entre Atividade e Repouso:

Tipo e Ritmo das Atividades de Vida Diária:

Atividades Físicas () Quais? _____

Quantas horas dorme por Dia:

Usa medicação para dormir Insônia Pesadelos

Sono Agitado Sono Tranquilo

Manutenção do Equilíbrio entre Solidão e Interação Social:

Com quem você mora? _____

Tem amigos? Costuma encontrá-los? _____

Costuma realizar alguma atividade de lazer? _____

Sente necessidade de isolar-se? _____

Como se sente neste momento? _____

Promoção do Funcionamento e Desenvolvimento Normais:

Estado Geral:

Orientado Desorientado Lúcido Confusão Contactuante Apático

Comunicação:

Verbal () Não-Verbal ()

Sinais Vitais:

PA: _____ FC: _____

III. Informações Referentes aos Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Como você definiria a sua vida? Tranqüila, agitada... Descreva-a.

Quais as dificuldades encontradas em viver com Insuficiência Renal Crônica?

Você acha que a doença lhe trouxe alguma limitação?

Quais os cuidados que necessita para viver melhor com sua condição crônica de saúde?

Adquiriu novos hábitos após a descoberta da doença? Que tipo? Sentiu alguma melhora?

Sente falta de apoio para conviver com a doença? De quem?

Quem você acha responsável pelo sucesso do seu tratamento?

Que perspectivas você tem em relação ao futuro?

IV. Informações Referentes aos requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

O que você sabe sobre a sua doença?

O que você sabe sobre a Hemodiálise?

O que você sabe sobre os fatores de risco para o seu problema de saúde?

Você conhece quais as conseqüências do seu problema de saúde?

Quais são as dúvidas sobre a sua doença? Isso lhe preocupa?

Você sabe faz uso de alguma medicação? Sabe para que serve cada um deles?

Quais os cuidados que deve ter com a fístula?

O que você sente quando ocorre uma crise? Quais os sintomas que apresenta?

Que medidas você toma quando está em crise?

O que você acredita que desencadeie a crise? Por quê?

Como percebe o atendimento da equipe profissional que o atende?

Impressão do Enfermeiro em relação ao paciente:

Autocuidado:

- () Totalmente compensatório
- () Parcialmente Compensatório
- () Apoio/Educação

**APÊNDICE C - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA
DA TEORIA DE OREM**

Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da teoria de Orem

Data:

DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

Classificação:

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

PLANO DE AÇÃO:

**APÊNDICE D - AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ATIVIDADES
EDUCATIVAS**

Avaliação Qualitativa das Atividades Educativas

O tema tratado foi de interesse? Sim () Não ()

A abordagem e o método utilizados foram apropriados? Sim () Não ()

O horário e a duração das atividades foram adequados? Sim () Não ()

A atividade realizada fez refletir sobre o assunto? Sim () Não ()

Contribuiu para o conhecimento? Sim () Não () Em parte ()

Sugestões de novos temas para serem trabalhados:

Críticas e elogios:

APÊNDICE E - PROCESSOS DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“AFRODITE”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

F.A.A.K., 37 anos, sexo feminino, cor branca, católica. Casada, possui três filhos. Estudou até o 2º. grau. Trabalha como auxiliar de escritório, mas está na perícia por causa da doença. Natural e procedente do município de Florianópolis, onde reside em casa própria. Esteve internada apenas no nascimento de seus filhos (três cesáreas).

Descobriu a doença quando começou a ficar inchada, com água saindo das pernas. Foi para a Clínica SOS Cardio, depois para o Hospital de Caridade, onde ficou internada por uma semana. Foi então que descobriu o problema no rim e começou a fazer hemodiálise, no Hospital Governador Celso Ramos. Iniciou o tratamento no dia 11 de maio de 2004, no HGCR, onde permanece até hoje, com sessões as segundas, quartas e sextas, no turno da noite, quatro horas por dia. Não está na fila de transplante. Diagnóstico médico: Glomerulonefrite Crônica.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

A cliente apresenta-se eupnéica, com pressão arterial de 140/80 mmHg, com frequência cardíaca de 76 bpm e peso de 92,5 Kg. Apresenta-se corada e hidratada. Com presença de manchas na face. Refere ingerir vários “copinhos” de água por dia. Conhece os efeitos que a ingestão de líquido causa para a sua condição, mas admite que não consegue ficar sem tomar água.

Exames Laboratoriais (maio):

- Uréia (Pré): 178mg/dl
- Uréia (Pós): 64mg/dl
- Transaminase: 12
- Potássio: 6,4mEq/l
- Cálcio: 9,3mg/dl
- Fósforo: 7,7mg/dl
- Hematócrito: 33,5%
- Hemoglobina: 10,2g/dl

Em sua casa, realiza três refeições ao dia (café da manhã, almoço, jantar) e costuma comer chocolate, balas, bolachas, entre as refeições. Relata que come de tudo, mas não gosta de leite, chá e verduras. Durante as sessões de hemodiálise, toma um refrigerante pequeno e bolachas. Sabe que seus hábitos alimentares são péssimos e que tem dificuldade em seguir uma dieta, mas acha difícil mudá-los.

Refere ir ao banheiro duas vezes ao dias alternados, ou seja, ela urina hoje, amanhã não e assim sucessivamente. Descreve a urina como amarelo claro em pouca quantidade. Evacua um dia sim, outro não.

Possui uma fístula arteriovenosa no membro superior esquerdo, com bom frêmito. Reclama de sentir dor no local da punção, após a mesma.

Relata não praticar exercício físico. Refere dormir duas horas à tarde e dez horas à noite, um sono tranquilo, não precisando tomar remédio para dormir.

Na hemodiálise, afirma ter crises de hipotensão e algumas vezes câibras, quando tem que perder muito peso.

A cliente mora com o marido e três filhos que a ajudam nos afazeres domésticos. Afirma ter bastantes amigos. Relata que gosta de sair com a sua família e que não gosta de ficar sozinha.

Nega etilismo e tabagismo.

Afirma que o seu pai tem hipertensão arterial sistêmica.

Faz uso de renagel e hemax.

Quanto à relação sexual diz que continua normal.

Cliente orientada, lúcida, contactuante, com sinais vitais estáveis. Apresenta edema de face importante.

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Relata ter uma vida calma e tranqüila, com uma família bastante presente.

Afirma que as dificuldades encontradas são a de não poder trabalhar e a de não poder ingerir líquido.

Acredita que a Lesão Renal Crônica, trouxe como limitação, a impossibilidade de trabalhar.

Reconhece que a sua alimentação merece cuidados, mas não acredita que consiga modificá-la.

Relata ainda, ter muito cuidado com a fístula, pois tem medo de perdê-la.

Adquiriu novos hábitos após a descoberta da doença, como comer comida sem sal e a cuidar mais de si. Relata ter apoio de todos que convive.

Acredita que o seu médico é o principal responsável pelo seu tratamento.

Tem como perspectiva em relação ao futuro, o transplante de rim.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Relata que não foi esclarecido o que ela tem e por que está na hemodiálise. Sabe que seu rim não funciona, não filtra. Que vem para a máquina para limpar o sangue. Sobre a hemodiálise, sabe que está trabalhando pelo rim.

Afirma que conhece as conseqüências de sua doença, que são água no pulmão e que o coração “cresce”.

Relata que tem muitas dúvidas sobre a doença e que tem interesse em aprender.

Com a fístula, afirma usar gelo e água quente, mas não faz o exercício com a bolinha.

A cliente quando em crise relata apresentar síndrome do pânico. Relata ficar desesperada, com medo de ficar sozinha, com tremores. Quando isso acontece vai para o hospital. Acredita que a crise é desencadeada, muitas vezes, pelo medo de morrer, ou pelo pavor que tem de injeção.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM – AFRODITE

Data: 18/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Ingesta excessiva de água.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar a importância da redução da ingestão de líquidos. Esclarecer os malefícios que podem trazer a sua saúde. Estimular o uso do gelo para saciar a sede.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Número de refeições adequadas, porém “belisca” constantemente entre as refeições.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar para que evite comer entre as refeições, quando sentir necessidade, dar preferência às frutas, que tenham baixa quantidade de potássio. Promover orientações sobre alimentação balanceada.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Impregnação urêmica, que leva ao escurecimento de algumas partes da pele quando expostas ao sol, atribuído à pigmentação urêmica, de retenção de urocromo e a produção aumentada de melanina.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente, quanto à exposição solar em excesso. Explicar para se expor ao sol, até as dez da manhã e à tarde após as quatro horas.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Não realiza cuidados com a fístula. Presença de dores no local da punção.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar quanto à necessidade de realizar exercícios, para manutenção da fístula.

Explicar que essa dor pode ser por causa de a punção ser sempre no mesmo local, e por isso deve ser feitos o rodízio do local da punção e também os exercícios diários.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Exames Laboratoriais Alterados

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

Explicar a cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos. Estimular a mudança de hábitos.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

▪ Descontentamento com a condição crônica por não poder trabalhar, não ingerir líquidos e não conseguir manter uma dieta adequada.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado desenvolvimental.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Estimular a procurar uma atividade que lhe dê prazer.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Pouco conhecimento sobre a Lesão Renal Crônica e sobre a hemodiálise, mas tem interesse em aprender.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Realizar atividade educativa individual ou coletiva sobre os rins, Doença Renal Crônica e a hemodiálise. Esclarecer os fatores de risco para a sua doença.

8º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Crise de pânico, desencadeada por medo da morte e situações de estresse.

CLASSIFICAÇÃO:

- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente a procurar um psicólogo ou terapeuta para minimizar o seu sofrimento.

9º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

Especificação:

- Edema de face importante.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universais.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar a cliente, que por causa da ingestão excessiva de líquidos, ela está retendo os mesmos, ficando edemaciada.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data 21/05/2007

S – Refere ter dormido bem. Passou bem durante a hemodiálise, nos últimos dez minutos sentiu a pressão “cair” e pediu para aferir a pressão (100/70 mmHg). Foi desligada em seguida com pressão final de 120/80 mmHg. Refere sentir dor no local da punção da fístula.

O – Apresenta manchas em face de coloração escura. Apresenta fístula arteriovenosa em membro superior esquerdo, com bom frêmito. Orientada sobre a importância da redução de ingesta hídrica. Reorientada quanto aos problemas que pode vir a ter, pelo excesso de peso.

Sinais Vitais:

- PA: 120/080 mmHg.
- Pulso: 68 bpm.
- Peso Pré-diálise: 93,0 Kg.
- Peso Pós-diálise: 89,5 Kg.
- Peso programado: 4,5 Kg, perdeu 3,5 Kg.

Exames Laboratoriais (maio):

- Uréia (Pré): 178mg/dl
- Uréia (Pós): 64mg/dl
- Transaminase: 12

- Potássio: 6,4mEq/l
- Cálcio: 9,3mg/dl
- Fósforo: 7,7mg/dl
- Hematócrito: 33,5%
- Hemoglobina: 10,2g/dl

A – Cliente lúcida, orientada, contactuante. Com impregnação urêmica, que leva ao escurecimento de algumas partes da pele quando expostas ao sol, atribuído à pigmentação urêmica, de retenção de urocromo e a produção aumentada de melanina. Fístula sem sinais de infecção e com bom frêmito. Hipotensão ao final da hemodiálise, pela retirada de peso. Exames laboratoriais alterados, hiperpotassemia e hiperfosfatemia.

P - * Reforçar a importância da redução da ingestão de líquidos.

*Esclarecer os malefícios que podem trazer a sua saúde.

*Estimular o uso do gelo para saciar a sede.

*Orientar para que evite comer entre as refeições, quando sentir necessidade, dar preferência às frutas, que tenham baixa quantidade de potássio.

*Promover orientações sobre alimentação balanceada.

*Orientar quanto à exposição solar em excesso. Explicar para se expor ao sol, até as dez da manhã e à tarde após as quatro horas.

*Orientar quanto à necessidade de realizar exercícios, para manutenção da fístula. Explicar que essa dor pode ser por causa de a punção ser sempre no mesmo local, e por isso deve ser feito o rodízio do local da punção e também os exercícios diários.

*Explicar a cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos.

*Realizar Visita Domiciliar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“APOLO”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

E. A. G., 27 anos, sexo masculino, cor branca, católico, casado. Estudou até o 2º. grau. Trabalha como gerente geral em uma empresa. Natural e procedente de Florianópolis, onde reside em casa própria. Ficou internado desde que nasceu no Hospital Infantil Joana de Gusmão com problemas urinários, sem ter um diagnóstico preciso. Durante a infância, voltou várias vezes ao Hospital. Aos dezesseis anos, teve cálculo renal e ficou internado na Clínica Ultralitra, onde teve o seu diagnóstico comprovado de nefrocalcinose. Iniciou o tratamento de hemodiálise no dia 10 de março de 2006, no Hospital Governador Celso Ramos, permanecendo até hoje, com sessões as terças, quintas e sábados, no turno vespertino, realizando quatro horas e meio diárias. Durante as sessões, gosta de assistir televisão, conversar com os colegas e dormir. O transporte utilizado para vir ao hospital é o carro próprio. Não está na fila de transplante.

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 224mg/dl

Uréia (pós): 94mg/dl

Transaminase: 24

Cálcio: 9,1mg/dl

Fósforo: 9,1mg/dl

Potássio: 3,5mEq/l

Hematócrito: 32,8%

Hemoglobina: 10,9g/dl

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Apresenta-se eufórico, com pressão arterial de 140/80 mmHg, pulso de 88 bpm, peso de 105,2 Kg. O cliente apresenta-se corado e hidratado.

Refere ingerir dois litros de água por dia. Conhece os efeitos que a ingestão de líquido causam para a sua condição, mas ingere mesmo assim.

Em sua casa, realiza três a seis refeições (café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar, lanche), variando a cada dia. Relata que come bem de tudo, menos verduras. Durante a hemodiálise, come de três a quatro sanduíches (pães de forma, queijo e presunto) e um copo de água. Acredita que seus hábitos alimentares são normais e não segue nenhuma dieta.

Refere urinar duas a três vezes por dia, urina de cor clara, em média quantidade. Evacua todos os dias.

Possui uma fístula arteriovenosa no membro superior direito, com bom frêmito.

Relata não praticar exercício físico.

Refere dormir oito horas à noite, sono tranquilo. Não consegue dormir se tem problema.

Na hemodiálise, afirma ter crises de hipotensão ao final da sessão. Por isso permanece sempre um pouco mais na sala depois de retirado da máquina.

O cliente mora com a esposa. Afirma ter amigos, mas não costuma encontrá-los, pois não se sente bem ao vê-los. Não pode partilhar com eles o que era partilhado antes (futebol, praia). Relata que gosta de sair com a esposa. Com a família, tem muitas brigas. Afirma que às vezes sente necessidade de isolar-se. Começa a pensar na sua situação, sente-se triste.

Nega etilismo e tabagismo.

Faz uso de carbonato de cálcio, complexo B, ácido fólico, zyloric, hemax.

Afirma que a sua sexualidade continua igual, normal.

Encontra-se orientado, lúcido, contactuante.

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Relata ter uma vida de média a agitada. Afirma que as dificuldades encontradas são com as informações, falta de apoio da parte médica. Acredita que tratam o seu caso, como mais uma doença.

Acredita ainda, que a Lesão Renal Crônica trouxe como limitação, tornar-se dependente de alguém.

Afirma que para viver melhor e em sua condição, ele tem que se cuidar, pois o progresso do seu tratamento depende dele.

Como mudança de hábito, deixou de ingerir tanto líquido, sentiu melhora com isso.

Relata ter apoio de todos que convive.

Acredita que o sucesso de seu tratamento depende da equipe que o assiste, da sua família e da máquina.

Tem boas perspectivas em relação ao futuro.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Relata saber tudo sobre nefrocalcinose, mas sobre a Lesão Renal Crônica não.

Sobre a hemodiálise, sabe que a máquina tira o líquido e filtra o sangue.

Afirma que como conseqüências da Lesão Renal Crônica, o coração cresce e diminui os batimentos. A pele fica seca e escura.

Como cuidados com a fístula, afirma não depilar, lavar com água e sabão e não pegar peso.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM –
APOLO**

Data: 22/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Ingesta excessiva de água

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar a importância da redução da ingestão de líquidos. Esclarecer os malefícios que podem trazer a sua saúde. Estimular o uso do gelo para saciar a sede.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Distribuição das refeições inadequada.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar uma dieta balanceada ao cliente. Estimular a adição de frutas e verduras na sua alimentação, ensinando como fazer para que tenha pouca quantidade de fósforo.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Crises de hipotensão.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar ao cliente, que essas crises acontecem por causa da sua grande retirada de peso, pois o seu mesmo está em excesso.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Tendência ao isolamento social.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Estimular o cliente a manter-se no convívio social. Procurar ajuda nos amigos, a não ficar sozinho, para não alimentar pensamentos que o levem a piora do quadro clínico e emocional.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Descontentamento com a equipe médica.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado desenvolvimental.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar o cliente a conversar com o seu médico e a expor as suas dúvidas a ele.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames Laboratoriais Alterados

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar ao cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos. Estimular a mudança de hábitos.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Pouco conhecimento sobre a Lesão Renal Crônica e sobre a hemodiálise, mas tem interesse em aprender.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Realizar atividade educativa individual ou coletiva sobre os rins, Lesão Renal Crônica e a hemodiálise. Esclarecer os fatores de risco para a sua doença

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data 24/05/2007

S - Cliente refere estar se sentindo bem.

O-Apresenta fístula arteriovenosa no membro superior direito, com bom frêmito. Orientado sobre a necessidade de melhorar a qualidade das suas refeições e de diminuir a ingestão de líquidos. Explicado os malefícios que existem no sobrepeso na sua condição. Cliente com atitudes adversas, alternando de acessível a isolado. Em momentos está feliz, conversando e brincando com os seus colegas, em outros está triste, quieto.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 110/60 mmHg.

Pulso: 64 bpm.

Peso Pré-diálise: 104,0 Kg.

Peso Pós-diálise: 100,0 Kg.

Peso programado: 4 kg, perdeu 4 Kg.

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 224mg/dl

Uréia (pós): 94mg/dl

Transaminase: 24

Cálcio: 9,1mg/dl

Fósforo: 9,1mg/dl

Potássio: 3,5mEq/l

Hematócrito: 32,8%

Hemoglobina: 10,9g/dl

A – Cliente lúcido, orientado, contactuante. Fístula sem sinal de infecção e com bom frêmito. Sinais vitais estáveis. Exames laboratoriais alterados, hiperfosfatemia. Forte tendência ao isolamento.

P - *Reforçar a importância da redução da ingestão de líquidos.

*Esclarecer os malefícios que podem trazer a sua saúde.

*Estimular o uso do gelo para saciar a sede.

*Orientar uma dieta balanceada ao cliente. Estimular a adição de frutas e verduras na sua alimentação, ensinando como fazer para que tenha pouca quantidade de fósforo.

*Explicar ao cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos. Estimular a mudança de hábitos.

*Estimular o cliente a expor os seus problemas, as suas angústias e medos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“DÉMETER”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

N. L.M. 50 anos, sexo feminino, cor branca, católica, casada há 36 anos, possui 7 filhos, um morreu com cinco dias de vida. Auxiliar de cozinha aposentada dispõe de uma renda mensal de setecentas reais. Natural e procedente de Florianópolis/SC, onde reside em casa própria.

Há mais ou menos 20 anos procurou um médico, relatava muita sede, emagrecimento abrupto, fome intensa e fraqueza geral. Diagnosticada Diabetes Mellitus, foi imediatamente encaminhada para emergência do Hospital Governador Celso Ramos, onde permaneceu internada por quinze dias. No decorrer dos anos, teve várias crises, pois não controlava o Diabetes, precisando ser internada várias vezes na mesma instituição.

Além dessas internações, N.L.M. amputou três dedos do pé direito. Logo que se internou para amputação, descobriu que tinha Lesão Renal Crônica.

Iniciou o tratamento hemodialítico no dia 22 de março de 2006, inicialmente duas vezes na semana. Há duas semanas faz três sessões semanais com duração de quatro horas cada. Segundo a cliente durante o tratamento hemodialítico conversa com os colegas de sala e dorme.

Chega à Unidade de Rim com o carro da prefeitura. Relata que nunca fez o transplante de rim, não tem doador vivo.

Afirma ser hipertensa e portadora de hepatite B e C.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Cliente apresenta-se, corada, hidratada, eupnéica. Relata sentir-se desanimada e triste com sua condição de saúde. Só mantém o tratamento por causa de sua netinha de quatro anos. Refere ingerir mais de um litro de água por dia, afirma esta ciente das conseqüências da ingesta hídrica para seu problema de saúde.

Em casa realiza quatro refeições diárias, relata ter muita dificuldade em seguir a dieta recomendada pelo médico, porém esta consciente do mal que pode causar. Come tudo o que não é permitido e o que mais gosta é macarrão com molho. Peso: 74.800kg.

Em casa realiza quatro refeições diárias, relata ter muita dificuldade em seguir a dieta recomendada pelo médico, porém esta consciente do mal que pode causar. Come tudo o que não é permitido e o que mais gosta é macarrão com molho. Peso: 74.800kg.

Segundo seu relato, nunca se preocupou com sua alimentação e desde que iniciou a hemodiálise quase não come doce.

Apresenta dificuldade para caminhar, devido à amputação dos dedos do pé direito e da neuropatia diabética no membro inferior esquerdo.

Relata ter um dia-dia corrido, cuida da casa, ajuda à filha a cuidar o neto. Visita os vizinhos. Não realiza nenhum tipo de atividade devido a sua limitação física. Afirma que possui um sono tranquilo e que nunca precisou de medicação para dormir. Dorme oito horas por dia.

Mora com o marido, duas filhas e dois netos. Relata ter muitos amigos, e sempre vai visitá-los ou recebe eles em casa. Sua família é grande e unida. Reúnem-se todos os finais de semana. Às vezes sente vontade de isolar-se, seu neto é muito agitado e acaba ficando cansada. Sua filha tem hemiplegia no lado esquerdo do corpo e não ajuda na casa nem a cuidar do filho, isso a deixa muito triste.

Possui um fistula arteriovenosa em membro superior esquerdo, em bom aspecto, sem sinal de infecção e com bom frêmito.

Faz uso de insulina, furosemida, captopril, cálcio, vitamina e epnex.

Urina varias vezes ao dia, em pouca quantidade. Tem dificuldade para evacuar, às vezes fica quase quinze dias sem ir ao banheiro.

N.L.M. encontra-se lúcida, orientada, contactuante, aceita os cuidados da equipe durante as sessões de hemodiálise.

Sinais vitais

Pressão Arterial: 150/100 mmHg

Pulso: 60 bpm.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 139mg/dl

Uréia (pós): 46mg/dl

Cálcio: 7,9mg/dl

Potássio: 4,1mEq/l

Fósforo: 5,5mg/dl

Hematócrito: 30,6%

Hemoglobina: 10,1g/dl

Glicose: 394mg/dl

III – Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento:

Cliente define sua vida como agitada, cercada de amigos e familiares. Está sempre envolvida com os afazeres da casa, ajudando a filha a criar o filho. Afirma que a Lesão Renal Crônica lhe trouxe várias limitações, a coisa mais difícil, é superar a vontade de tomar água e comer tudo o quer. Acredita que quando conseguir controlar sua alimentação sua vida vai melhorar.

Quando reúne toda a família em sua casa, eles ficam controlando o que ela come e isso a deixa triste, porém sabe que eles se preocupam com sua saúde.

Afirma ter consciência de que precisa controlar a alimentação para melhorar sua qualidade de vida.

Desde que aceitou a fazer hemodiálise três vezes por semana, começou a se sentir muito melhor. No começo não queria, mas agora se sente bem mais disposta.

A cliente relata que não sente falta de apoio para conviver com a doença. Sua família esta sempre presente e a equipe de saúde presta toda a assistência que necessita. Dedicou o sucesso do seu tratamento a sua família que está sempre presente, dando a atenção que necessita.

Tem a esperança de um dia ficar curada e não precisar mais da hemodiálise.

IV – Requisito de Autocuidado de Desvios de Saúde:

Sobre a doença, sabe que o rim não funciona mais. Não tem noção do que é hemodiálise, só sabe que esta ali porque precisa. Tem consciência de que por não urinar muito não pode beber muita água, pois se ficar muito inchada pode morrer.

Afirma ter alguns cuidados com a fistula, não carrega peso, não dorme em cima do braço e faz exercícios.

Relata que às vezes ocorre algumas crises em casa, principalmente por causa do Diabetes, sente fraqueza, suor intenso, tontura e desorientação. Relata que já entrou em coma algumas vezes, quando acontece alguma crise chama quem esta por perto, tenta comer alguma coisa quando consegue. Esta ciente de que essas crises são causadas por permanecer sem comer.

Acha o atendimento da equipe de enfermagem muito bom, adora todas as funcionárias e tem total confiança no trabalho delas. Afirma que elas são competentes e sabem o que estão fazendo.

A cliente apresenta pouco conhecimento em relação à doença, apresenta muita dificuldade em relação ao controle da dieta. Inger muito líquido e apresenta um aumento excessivo de peso no intervalo entre as sessões de hemodiálise. Sistema parcialmente compensatório.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM – DÉMETER

Data: 16/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Ingesta excessiva de líquidos para LRC.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema parcialmente compensatório e de apoio/educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar cliente sobre os riscos da ingestão hídrica, podendo levar ao edema agudo de pulmão.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Número de refeições diárias insuficientes.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a importância da necessidade de aumentar o número de refeições diárias e diminuir a pequenas quantidades.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Qualidade dos alimentos inadequada para situação de saúde.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema parcialmente compensatório e de apoio/educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a seguir corretamente a dieta para lesão renal crônica: Dieta Hipossódica, hipoprotéica, com o mínimo de gordura e fósforo.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Cliente aumenta em média 3.0kg no intervalo entre as sessões de diálise que são de segunda, quarta e sexta-feira.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de apoio/educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente que o ideal é aumentar no máximo 2.0Kg. Pois, se mais que isso, ocorre uma sobrecarga do volume circulante, aumento da P.A, aumento da sobrecarga cardíaca, ocorre uma hipertrofia cardíaca, edema agudo de pulmão. O excesso de peso pode dificultar o sucesso no tratamento dialítico.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Refere constipação há quinze dias.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de apoio/educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente a importância da ingestão de alimentos ricos em fibras e da realização de atividade física dentro das suas limitações físicas.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Déficit de conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento de hemodiálise.

Classificação:

- Requisitos de autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de apoio/educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Informar a cliente sobre a doença, fatores de risco, explicando o que é hemodiálise e a importância do autocuidado para melhorar sua qualidade de vida.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 21/05/2007

S – Cliente relata dormir bem, apesar de sentir-se muito mal no dia anterior. Refere mal estar durante a sessão de hemodiálise, sente tontura, fraqueza e mal estar geral. Relata que no final de semana a glicose baixou várias vezes. Afirma não se alimentar bem por ficar muito tempo sem comer. Sabe das conseqüências para seu problema de saúde. Refere não conseguir ir ao banheiro há cinco dias, sente muito desconforto abdominal.

O – Couro cabeludo íntegro, conjuntivas hidratadas. Mucosa oral hidratada faz uso de prótese dentária. Edema em Face, e região periocular. Apresenta fistula arteriovenosa em membro superior esquerdo, funcionando, refluindo em ambos às linhas arterial e venosa, com bom aspecto. Abdome globoso, indolor a palpação. Orientada sobre a importância de aumentar o número de refeições diárias em menor quantidade de alimentos em cada refeição. Reorientada dos riscos para ingesta exagerada de líquidos e ganho exagerado de peso.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 130/80 mmHg

Pulso: 78bpm.

Peso (pré): 74.8kg

Peso (pós): 70,6kg.

Peso programado 3,0kg, perdeu 2,7 Kg.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 139mg/dl

Uréia (pós): 46mg/dl

Cálcio: 7,9mg/dl

Potássio: 4,1mEq/l

Fósforo: 5,5mg/dl

Hematócrito: 30,6%

Hemoglobina: 10,1g/dl

Glicose: 394mg/d

A – Cliente lúcida, orientada, contactuante, apática. Mal estar durante a hemodiálise provavelmente devido à perda de líquido no processo de diálise. Edema provavelmente decorrente da grande ingesta hídrica alimentação rica em sódio e do ganho exagerado de peso no intervalo entre duas sessões de diálise. Fístula sem sinal de infecção e com bom frêmito. Sinais vitais estáveis. Exames laboratoriais alterados: Hiperglicemia, hipocalcemia, hemoglobina baixa.

P – *Reforçar as orientações sobre o número de refeições diárias adequadas para seu problema de saúde.

*Reforçar as orientações sobre os riscos de saúde para ingesta exagerada de líquidos, dieta hiperssódica e o ganho excessivo de peso.

*Orientar sobre a importância do controle do Diabetes e da Hipertensão.

*Orientar a cliente para os riscos do Diabetes descompensado e da importância do controle rigoroso da glicemia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“DIONÍSIO”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

A.W.S. 60 anos, sexo masculino, cor branca, católico, casado, possui quatro filhos. Caminhoneiro aposentado dispõe de uma renda mensal de mil reais. Estudou até a quarta série do primário. Natural e procedente do município de Florianópolis/SC, onde reside em casa própria.

Há alguns anos procurou a emergência de um hospital na Bahia, onde passava férias com a família, relatando fortes dores no peito. Diagnosticado Infarto Agudo do Miocárdio, permaneceu em observação na instituição por 24 horas. Retornando para Florianópolis, procurou a Clínica SOS CÁRDIO, referindo fortes dores no lado esquerdo do peito. Diagnosticado um novo infarto, permaneceu internado na instituição por vários dias. Além dessas internações, já realizou duas angioplastias. Afirma nunca mais ter sentido dor.

Em dezembro de 1996, deu entrada na emergência do Hospital Regional de São José, referindo muita dor de cólica renal. Foi medicado com buscopan e liberado para ir para casa. Dias depois, procurou a Clínica Ultralitro, relatando novamente fortes cólicas renais e sangue na urina. Diagnóstico de rins policísticos. Permaneceu internado por alguns dias.

No dia 07 de fevereiro de 2006, iniciou a hemodiálise na Unidade de Rim do Hospital Governador Celso Ramos, duas vezes na semana, com sessões de quatro horas. Há duas semanas passou a realizar três sessões de hemodiálise semanais, o que relata sentir-se melhor.

Cliente HIV positivo. Relata ter adquirido a doença há onze anos, através de relações sexuais fora de casamento, com mulheres que conhecia nas estradas viajando pelo Brasil.

Chega ao HGCR com o carro da prefeitura, sem acompanhante. Faz três sessões de hemodiálise por semana, com duração de três horas cada sessão.

Nunca se submeteu ao transplante renal. Afirma ter um doador vivo, seu filho, porém, não quer receber o rim por ser HIV positivo, não vale a pena.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Cliente apresenta-se corado, mucosas orais e oculares hidratadas, eupnéico. Relata que não tem sentimentos em relação a sua condição de saúde, tem que aceitar e é isso o que faz. Só fica triste porque não pode mais carregar peso, trabalhar e pescar.

Refere ingerir água apenas para tomar medicações. Sabe que não pode tomar muito líquido porque o rim não funciona.

Em casa, realiza de três a quatro refeições diárias. Afirma não sentir muita dificuldade em seguir a dieta recomendada pelo médico, come de tudo em pequena quantidade. Não faz restrição alimentar.

Peso pré-diálise: 60.5kg; peso pós-diálise: 59.8kg.

Relata ter uma vida tranqüila, cuida dos passarinhos das galinhas, visita à família e dorme.

Tem um sono tranqüilo não faz uso de medicamentos para dormir. Têm o hábito de dormir dez horas por dia. Só acorda cedo nos dias que faz hemodiálise.

Mora com a esposa e uma filha. Relata não ter muitos amigos, raramente visita a família. Para se distrair cuida de seus animais. Não sente necessidade de isolar-se.

Possui uma fístula arteriovenosa em membro superior esquerdo, em bom aspecto, sem sinal de infecção e com bom frêmito.

Faz uso de uso de puran T₄, cardicer, aspirina, noripurum, eprex, sustrat, coversyl.

Urina varias vezes ao dia, em pouca quantidade. Não tem dificuldade para evacuar, vai ao banheiro uma vez por dia no período da manhã.

A.W.S. encontra-se lúcido, orientado, contactuante, aceita os cuidados da equipe durante as sessões de hemodiálise.

Sinais vitais:

Pressão Arterial: 160/90 mmHg

Pulso: 77 bpm.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 128mg/dl

Uréia (pós): 35mg/dl

Cálcio: 6,9mg/dl

Fósforo: 5,0mg/dl

Potássio: 4,5mEq/l

Hemoglobina: 10,6g/dl

Hematócrito: 32,6%

III – Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento:

Cliente define sua vida como calma e tranqüila, afirma que ela é boa demais. Acredita que a Lesão Renal Crônica lhe trouxe várias limitações, e o que mais incomoda é não poder mais carregar peso e conseqüentemente teve que parar de pescar, pois, era o seu melhor momento de lazer e distração.

Para melhorar sua qualidade de vida tem que seguir as orientações da equipe de saúde. Apesar de nem sempre obedecer às orientações.

Cliente relata não sentir falta de apoio para conviver com a doença. Sua família está sempre presente e a equipe de saúde presta toda a assistência de que necessita. Dedicou o sucesso do tratamento a sua esposa que controla toda a sua vida, e a chama de “enfermeira particular”.

Desde que descobriu a doença, tudo em sua vida mudou. Não pode mais fazer as atividades de lazer, comer o que quer e nem beber água. Teve que parar de trabalhar.

Tem a esperança de um dia não precisar mais fazer hemodiálise.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Sobre a doença, sabe que tem Rins Policísticos, e que eles não funcionam mais. A hemodiálise faz o papel que o rim deveria fazer o de filtrar o sangue.

Não tem idéia dos fatores de risco, porém acredita que se não cuidar da saúde, pode morrer.

Afirma não ter nenhum cuidado com a fistula, acha que sua fistula é muito boa e que não precisa mais cuidar, só não carrega peso.

Relata sentir-se bem em casa, principalmente se a diálise foi boa, às vezes sente-se mal por causa da pressão alta.

Acha o atendimento da equipe de enfermagem muito bom. Afirma que elas são competentes e sabem o que estão fazendo.

Cliente orientado em relação à doença. Não apresenta dificuldade em manter a dieta. Não mantém os cuidados necessários coma fístula. Sistema parcialmente compensatório.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM –
DIONÍSIO**

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Número de refeições diárias insuficientes.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a importância da necessidade de aumentar o número de refeições diárias e diminuir as pequenas quantidades.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Qualidade dos alimentos inadequada para a situação de saúde.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a seguir corretamente a dieta para Lesão Renal Crônica: Dieta Hipossódica, hipoprotéica, com o mínimo de gordura e fósforo.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Cliente com pouco conhecimento a respeito da doença e do tratamento.

Classificação:

- Requisitos de autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Realizar atividade educativa individual ou coletiva sobre os rins, Lesão Renal Crônica e a hemodiálise. Esclarecer os fatores de risco para a sua doença

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 21/05/2007

S - Cliente relata passar bem a noite anterior. Refere derrame ocular desde o dia anterior, sem queixas de incômodo. Foi no oftalmologista que lhe receitou um colírio. Segundo o cliente, o derrame de esclerótica é decorrente de derrame cerebral, relata estar um pouco preocupado com o olho, porém acha que não vai sofrer maiores conseqüências. Relata estar bem durante a sessão de hemodiálise.

O - Couro cabeludo íntegro, conjuntivas hidratadas, presença de derrame de esclerótica esquerda importante, mucosa oral hidratada. Faz uso de prótese dentária. Abdome levemente globoso apresenta fistula arteriovenosa em membro superior esquerdo funcionando, refluindo em ambas às linhas arterial e venosa, com bom aspecto. Passou bem durante a hemodiálise. Realizou três horas de hemodiálise.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 140/80 mmHg

Pulso: 76 bpm

Peso (pré - diálise): 60.5kg; Peso (pós - diálise): 59.8Kg.

Peso programado para perder 1kg, perdeu 0.6Kg.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 128mg/dl

Uréia (pós): 35mg/dl

Cálcio: 6,9mg/dl

Fósforo: 5,0mg/dl

Potássio: 4,5mEq/l

Hemoglobina: 10,6g/dl

Hematócrito: 32,6%

A - Derrame de esclerótica esquerda provavelmente relacionada a uma crise hipertensiva grave. Fístula arteriovenosa com bom frêmito, sem sinal de infecção. Desligado na hora programada. Sinais vitais estáveis.

P - *Orientar o cliente da importância do controle rigoroso da Hipertensão e das possíveis complicações que pode sofrer com crises hipertensivas graves.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“HEFESTO”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

J.N., sexo masculino, casado, quatro filhos, católico estudou até o 2º grau completo. Trabalha atualmente no setor de móveis (microempresário). Procedente e natural de Biguaçu. Recebeu o diagnóstico a mais ou menos um mês quando foi ao hospital sentindo fortes dores de cabeça e dores nas pernas. O médico que o atendeu examinou e constatou falência renal e o encaminhou para a Unidade de Rim.

Há cinco anos passou por forte estresse emocional aonde veio parar no hospital com pressão alta. Foi medicado e o médico o orientou a tomar a medicação quando se sentisse mal, mas segundo ele não sabia que tinha que ter um cuidado com a alimentação e nem tomar a medicação regularmente. Realiza hemodiálise as segundas, quartas e sextas, no período noturno, fazendo três horas de sessão diária. Vem de carro próprio.

Durante as sessões fica observando o movimento, pois não consegue dormir, porque tem muito movimento na unidade. Ainda não foi submetido a um transplante renal aguarda resultado dos exames da filha ser possível doadora.

Sente muita tristeza em ter que vir fazer as sessões de hemodiálise e por ter que depender de uma máquina para sobreviver. Ainda não consegue acreditar que está doente.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Após a descoberta da doença, segue rigorosamente a dieta, bebe no máximo meio copo de água por dia. Mucosa hidratada e pele hipocorada. Segundo o cliente, realiza quatro refeições por dia incluindo pouco sal, uma fruta por dia, salada e frango. Segundo o mesmo, como é descendente de italiano, gosta muito de massas, polenta e macarrão. Seu peso é de 79 kg. Faz uso de óculos.

Relata que segue corretamente a dieta para que seus exames fiquem bons, mas, como não pode comer muita coisa, acha que sua alimentação é péssima.

Sua frequência urinária é em torno de 4 á 5 vezes por dia em média quantidade. Nega problemas intestinais.

Fístula localizada em membro superior direito, porção distal refluindo por ambas às linhas arterial e venosa e frêmito funcionante.

Considera sua vida agitada, principalmente no final do mês quando tem que se preocupar com pagamento e coisas da sua empresa de móveis.

Joga futebol de salão nos finais de semana.

Dorme 5hs por dia tem sono agitado, acorda várias vezes à noite para pensar o que aconteceu com ele e sobre a doença.

Mora com a esposa e quatro filhos.

Diz ter uma boa vida social. Gosta muito de sair viajar, dançar e se divertir. Às vezes, sente vontade de isolar-se, ficar sozinho, pois quando saí com os amigos, não pode beber como antes. Atualmente, está triste, pensa muito na sua doença e que gostaria muito de sair da hemodiálise.

O cliente encontra-se lúcido, apático, orientado e contactuante.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 160/100 mmHg

Pulso: 80 bpm.

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 151mg/dl

Uréia (pós): 63mg/dl

Creatinina: 7,71mg/dl

Fósforo: 5,6mg/dl

Cálcio: 9,8mg/dl

Hematócrito: 31,7%

Hemoglobina: 10,5g/dl

Potássio: 4,1mEq/l

III – Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento:

Define sua vida como agitada tendo que administrar seus negócios, funcionários e casa. Sente muita dificuldade em aceitar a doença. Consegue seguir as orientações médicas, mas fica apavorado em ter que ficar conectado a máquina de hemodiálise.

A doença lhe trouxe diversas limitações entre sair, viajar comer e trabalhar. Acredita que para viver melhor com sua condição, a dieta deveria ser mais livre. Após a descoberta de doença adquiriu novos hábitos de saúde principalmente em relação dieta. Com isso sentiu mudanças físicas e emagrecimento. Faz uso de atenolol.

Refere não sentir falta do apoio de ninguém. A filha e a esposa o ajudam bastante, dando-lhe forças para melhorar os exames. Deseja muito ficar bom realizar o transplante e sair da máquina. No que refere a sexualidade, tem uma vida sexual normal com sua esposa. Após a descoberta da doença ficou preocupado em ficar impotente.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Refere não ter conhecimento sobre a doença. Segundo o cliente, sabe que a hemodiálise serve para filtrar o sangue. Desconhece fatores de risco para o seu problema de saúde e conseqüência. Têm muitas dúvidas sobre a sua dieta, sexualidade e remédio. Refere não saber para que servem as medicações, toma somente o atenolol que é para controlar a pressão. Conhece alguns cuidados com a fístula como exercícios, água morna e não bater na mesma. Diz que ainda não teve crises e se tiver não sabe o que fazer e nem o que possa desencadear as crises. Considera a equipe profissional excelente.

De acordo com a entrevista realizada com cliente constataram-se muitos déficits de autocuidado, medos e inseguranças em relação ao tratamento e por ser ainda algo novo em sua vida. Durante toda a entrevista o cliente mostrou-se disposto a contribuir para a elaboração de nosso trabalho, relatando em respostas a todas as perguntas feitas. O cliente encontra-se muito triste e desanimado. Espera sair logo desta situação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM – HEFESTO

Data: 20/06/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Fuma socialmente em festas ou quando sai com os amigos.

Classificação:

- Requisito de autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema parcialmente compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre as conseqüências do fumo para o agravamento da hipertensão e para falso diagnóstico de hematócrito elevado.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Número de refeições diárias ineficientes.

Classificação:

- Requisito de autocuidado universal.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a necessidade de uma alimentação adequada. Fornecer preferências alimentares ao cliente dentro das restrições dietéticas.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dificuldade para dormir.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a importância de dormir oito horas por dia, para que o organismo descanse e recupere energias para o próximo dia. Reforçar sobre as possíveis alterações de comportamento como irritabilidade, lapsos de memória e fadiga.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Baixa auto-estima sobre o diagnóstico.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Encorajar o cliente a verbalizar seus medos preocupações e sentimentos sobre a doença. Toda pessoa que lida com este tipo de enfrentamento espera-se sentimentos de raiva, negação, depressão e aceitação, podendo ser indicado uma ajuda psicológica ou psiquiátrica.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Desconhece o processo da doença.

Classificação:

- Requisito de autocuidado nos desvios de saúde.

ESPECIFICAÇÃO:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Avaliar a compreensão do cliente sobre as causas, conseqüências e tratamento da Lesão Renal Crônica.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames alterados (fósforo, uréia e creatinina).

Classificação:

- Requisito de autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar quanto às conseqüências do fósforo, uréia e creatinina altos. Exames alterados prejudicam o tratamento e levam as conseqüências sérias, como parada cardíaca, retenção de líquidos, prurido, entre outros.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Desconhece nome, ações e efeitos das medicações.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a importância de tomar as medicações, seguindo as orientações médicas e das possíveis reações adversas e efeitos colaterais. Durante o tratamento dialítico, os clientes devem receber medicações importantes de apoio e controle da hemodiálise.

8º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dúvidas quanto às alterações sexuais.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistemas de Apoio/Educação e Parcialmente compensatório.

PLANO DE AÇÃO:

- Encorajar a discussão aberta das preocupações sobre as possíveis alterações sexuais, esclarecendo a causa da disfunção sexual.

9º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dificuldade de realizar atividades diárias.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado de desenvolvimento.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação e Parcialmente compensatório.

PLANO DE AÇÃO:

- Avaliar fatores que contribuem para as dificuldades de realizar as atividades diárias. Explorar modos alternados pra exercer suas atividades.

10º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Valores pressóricos aumentados.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado nos desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistemas de Apoio/Educação e Parcialmente compensatório.

PLANO DE AÇÃO:

- Avaliar a restrição alimentar e hipossódica. Os níveis elevados podem indicar a não adesão ao tratamento terapêutico.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 20/06/2007

S - Refere ter dormido pouco, pois acorda muito durante a noite para pensar nos problemas. Mas diz que não gosta e nem quer tomar remédios para dormir. Cliente se sentindo bem ao chegar à diálise.

O - Couro cabeludo íntegro. Conjuntivas e mucosa oral hidratada, face hipocorada. Presença de cistos sebáceos em mucosa periorbital. Dentes presentes, ausência de alguns na porção inferiores. Ausência de edema. Abdome rígido e indolor a palpação. Presença de fistula em membro superior esquerdo. Aceitou todo alimento oferecido no período.

Sinais vitais:

Pressão Arterial: 160/100 mmHg

Pulso: 80 bpm.

Início da diálise 15h30min término 18h30min. Peso inicial 79.800kg, peso final 78.600kg. Medicções aplicadas no período. Heparina: 70.000UI; Hemax + Vitamina C+ Complexo B. Hemodiálise nº 16.

A - Cliente, lúcido, orientado, contactuante, apático. Valores pressóricos alterados, provavelmente relacionado à hipertensão de base, em início de diálise. Fístula arteriovenosa com bom aspecto e frêmito funcionando, refluindo bem por ambas às linhas arterial e venosa. Aplicado Hemax subcutâneo visando elevar o hematócrito. Ganho ponderal interdiálítico de 1,5Kg. Perda ponderal de 1,2Kg após diálise. Aplicado heparina para prevenir a formação de coágulos. Complexo B para suprir deficiência de vitaminas. Vitamina C para aumentar imunidade.

P - *Verificar Sinais vitais Pulso e Pressão Arterial de entrada.

*Verificar Pressão Arterial de hora em hora.

*Fazer rodízio para medicação subcutânea

*Observar sinais de hipotensão/hipertensão.

*Observar queixas de dor e desconforto.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“HERA”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

T. J. R., 52 anos, sexo feminino, cor branca, católica. Casada, possui quatro filhos. Estudou até a 4^o. série do 1^o. grau. Trabalhou em uma fábrica de sapatos, mas agora não trabalha mais por causa da doença. Natural de Águas Mornas e procedente de Santo Amaro da Imperatriz/SC, onde reside em casa própria.

Iniciou o tratamento de hemodiálise em dezoito de agosto de 2006, no Hospital Governador Celso Ramos, onde permanece até o momento, com sessões as segundas, quartas e sextas, no período noturno, quatro horas diárias. Não está na fila de transplante.

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 202mg/dl

Uréia (pós): 54mg/dl

Creatinina: 9,61mg/dl

Potássio: 5mEq/l

Cálcio: 10mg/dl

Fósforo: 7,5mg/dl

Transaminase: 22

Hematócrito: 31,8%

Hemoglobina: 10,3g/dl

Diagnóstico Médico: Diabetes Mellitus.

II – Requisito de Autocuidado Universais:

Cliente apresenta-se eupnéica, com pressão arterial de 140/80 mmHg, pulso 68 bpm e peso de 61,200 Kg.

Apresenta-se hipocorada e hidratada.

Refere ingerir pouca quantidade de líquidos. Conhece os efeitos que a ingestão de líquidos causa na sua condição.

Em sua casa, realiza cinco refeições ao dia (café da manhã, uma fruta, almoço, café da tarde, jantar). Refere que gosta de comer de tudo. Durante as sessões de hemodiálise, toma café com leite, um sanduíche (pão de forma, queijo e presunto).

Relata sentir dores nas pernas durante a hemodiálise.

Sobre a alimentação, afirma seguir a dieta orientada na Unidade.

Refere ir ao banheiro três vezes ao dia e urinar pouco, de cor amarelo claro. Evacua todos os dias.

Possui uma fístula arteriovenosa no membro superior esquerdo, com bom frêmito. Relata sentir muita dor na hora da punção e também na hora da retirada das agulhas.

Relata não praticar exercícios físicos.

Refere não dormir bem à noite. Tem sono agitado, pesadelos e insônia. Toma medicamentos para dormir.

Na hemodiálise, afirma ter dores de cabeça, quando a sua pressão arterial está muito alta.

A cliente mora com o marido.

Afirma ter amigos, mas não os vê. Gosta de ficar em casa. Relata às vezes, sentir vontade de se isolar.

Cliente orientada, lúcida, pouco contactante. Sinais vitais estáveis.

Nega etilismo e tabagismo.

Faz uso de captopril, carbonato de cálcio, atenolol, omeprazol, AAS, atensina, furosemida, amitripilina, loniten.

Segundo ela, sua relação sexual não se alterou com a doença.

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Relata ter uma vida agitada.

Afirma que encontra dificuldades em tudo para viver com Lesão Renal Crônica. Não pode fazer o que gosta.

A doença a deixou dependente de uma das filhas. Não faz nada em casa como fazia.

Desconhece os cuidados que deve ter para viver melhor em sua cronicidade.

Ao perguntada se sente falta de apoio de alguém para viver melhor, começou a chorar e não quis mais falar sobre o assunto.

Acredita que a principal responsável pelo sucesso do seu tratamento é a sua filha.

Não tem nenhuma perspectiva em relação ao futuro.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Relata não saber nada sobre a doença que tem e nada sobre a hemodiálise. Diz ter muitas dúvidas, mas tem interesse em saber.

Com a fístula, afirma realizar bastantes exercícios em casa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM – HERA

Data: 25/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dor em membros inferiores durante a hemodiálise.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar a cliente, que por ficar muitas horas sentada, a circulação fica comprometida. Por isso ela deve elevar os membros para que a circulação ocorra plenamente. Orientar a cliente para em casa, manter os membros elevados.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dor no momento da punção e ao final da diálise.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar a cliente que a dor que ela sente, infelizmente é necessária e quanto mais fizer exercícios e cuidar da sua fístula, menos dor irá sentir.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Sedentarismo.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente a realizar caminhadas diárias.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Dores de cabeça durante a diálise, relacionada à hipertensão.

Classificação:

- Requisito de desvios de saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente a conversar com o médico, para ver se não deve ser trocada a dose do seu medicamento hipertensivo.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Tendência ao isolamento social.

CLASSIFICAÇÃO:

- Requisito de Autocuidado desenvolvimentais.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema parcialmente compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar a cliente a importância dela sair, passear, encontrar um grupo da terceira idade ou de voluntários. Procurar a família e os amigos. Não se isolar.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Tendência à depressão.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado desenvolvimentais

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema parcialmente compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Estimular a cliente a buscar ajuda com um terapeuta ou um psicólogo.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Pouco conhecimento sobre a Lesão Renal Crônica e sobre a hemodiálise, mas tem interesse em aprender.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Realizar atividade educativa individual ou coletiva sobre os rins, Lesão Renal Crônica e a hemodiálise. Esclarecer os fatores de risco para a sua doença.

8º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames Laboratoriais alterados.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Apoio-Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Explicar a cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos. Estimular a mudança de hábitos.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 28/05/2007

S - Cliente pouco contactuante. Refere estar se sentindo bem. Relata dores nas pernas.

O - Apresenta fístula arteriovenosa no membro superior esquerdo, sem sinais de infecção e com bom frêmito. Cliente muito apática. Foi conversado com a filha que estava na recepção, que disse que ela é assim mesmo, não tem muita paciência, que está cansada de cuidar dela.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 140/70 mmHg.

Pulso: 68 bpm.

Peso (pré): 61,100 Kg.

Peso (pós): 61,0 Kg.

Peso programado para perder: 100 gr, perdeu 100 gr.

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 202mg/dl

Uréia (pós): 54mg/dl

Creatinina: 9,61mg/dl

Potássio: 5mEq/l

Cálcio: 10mg/dl

Fósforo: 7,5mg/dl

Transaminase: 22

Hematócrito: 31,8%

Hemoglobina: 10,3g/dl

A- Dores nos membros inferiores relacionada à circulação ineficiente. Cliente com tendência ao isolamento. Pouco apoio familiar. Exames laboratoriais alterados, hiperfosfatemia.

P - * Explicar a cliente, que por ficar muitas horas sentada, a circulação fica comprometida. Por isso ela deve elevar os membros, para que a circulação ocorra plenamente.

*Orientar a cliente para em casa, manter os membros elevados.

*Explicar ao cliente que os seus exames estão alterados, por causa da sua dieta não balanceada e pela sua ingestão inadequada de alimentos. Estimular a mudança de hábitos.

*Encaminhar a cliente e a família ao psicólogo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“HERMES”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

A. M. J., 37anos, sexo masculino, cor branca, casado, católico. Não possui filhos devido escolha do casal, após aconselhamento genético com médico, sendo possível seus descendentes serem portadores da Síndrome de Alport. Hoje aposentado. Formou-se em Educação Física pela Universidade Estadual de Santa Catarina, trabalhou como professor de educação física e durante 17 anos, como auxiliar de biblioteca.

Natural de Florianópolis e procedente de Palhoça, onde reside com a esposa em casa própria.

Descobriu a doença em 1985, levado pela mãe, aos quatro anos de idade ao médico, onde se constatou a Síndrome de Alport. Aos 12 anos apresentava vários sintomas de rigidez em mãos, ao qual foi levado para a Clinipar e posteriormente ao Hospital Infantil Joana de Gusmão onde ficou internado por um ano.

Depois foi levado para Porto Alegre, para realizar transplante, onde permaneceu seis meses, sendo o pai o doador.

Permaneceu com o rim doado até o ano de 2000 e depois foi constatado o não funcionamento do órgão. Foi encaminhado para realizar hemodiálise no Hospital Governador Celso Ramos. Realizou o segundo transplante no ano de 2005, cujo doador foi cadáver. Teve curta durabilidade após um rompimento da artéria renal, voltando novamente para diálise.

Realiza diálise nas segundas, quartas e sextas, no período vespertino. Sendo trazido pela ambulância de Palhoça.

É portador de hipertensão Arterial.

Relata que durante as sessões costuma dormir.

Segundo o cliente, no começo da descoberta da doença ficou deprimido. Não aceitava a doença. Após a realização do segundo transplante, sentiu-se mais debilitado, devido às complicações da biópsia, como a colocação de uma urostomia, pois houve uma obstrução da bexiga.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Segundo relato de A. M. J. nega drogas, fumo, bebida alcoólica, raramente bebe dando preferência por vinho. O cliente apresenta ingestão hídrica de um litro por dia.

Nega problemas intestinais.

A pele e a mucosa apresentam-se hidratadas e com aspecto amarelado. Alimenta-se quatro vezes ao dia.

Sua alimentação contém frutas, verduras, frango e peixes, tendo preferência por massas. Sua alimentação é pobre em carnes e sal.

Relata apresentar 47 kg. diz que não tem grandes problemas com a alimentação, pois come em pequenas quantidades.

No que se refere à sexualidade, tenta levar uma vida sexual normal com sua esposa, pois afirma que a ereção não é a base do relacionamento, existindo outras formas de obter prazer.

Encontra-se orientado, contactuante, lúcido.

Sinais vitais:

Pressão Arterial: 150/90 mmHg

Pulso: 80 bpm

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 174mg/dl

Uréia (pós): 57mg/dl

Fósforo: 8,8mg/dl

Potássio: 6,2mEq/l

Hematócrito: 25,4%

Hemoglobina: 8,0g/dl

Cálcio: 10,0mg/dl

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Relata ter uma vida moderada, sem muitas agitações, ficando mais em casa. Relata ainda, que vive bem com a doença, que não tem muitos problemas e que aceita bem sua condição. Acha que a doença lhe trouxe limitações como trabalhar, a prática de exercícios e ter que depender dos outros. Logo após a doença, adquiriu novos hábitos de vida como dietas e caminhadas. Sentindo melhora.

O cliente relata ter o apoio da família e amigos, e considera os pais e a esposa responsáveis por conseguir lidar com as modificações que a doença lhe causou. Afirma que não tem expectativas para o futuro, pois não costuma pensar sobre o mesmo. Prefere deixar as coisas acontecerem.

O cliente possui deficiência auditiva total do ouvido esquerdo e parcial do ouvido direito, porém corrigido com uso de aparelho auditivo. Faz uso de óculos para correção de miopia.

Refere ir ao banheiro três vezes ao dia e urinar em “pequeníssima” quantidade. Nega problemas intestinais, tendo evacuações diárias. Realizou duas tentativas de fístula em membro superior direito sem sucesso. Atualmente possui fístula em membro superior direito, apresentando boas condições para realização de diálise.

Não realiza atividades físicas por causa da fístula. Somente caminhadas para ir ao supermercado. Dorme aproximadamente, oito horas por dia, com sono agitado e pesadelos. Faz uso de diazepam para dormir, receitado pelo médico.

O cliente mora com sua esposa que o ajuda bastante. Afirma ter amigos e encontrá-los. Gosta de passear, viajar, visitar seus parentes e também ir à praia. Às vezes sente vontade de isolar-se. No momento encontra-se reflexivo analisando e fazendo uma retrospectiva dos acontecimentos e perguntando-se o porquê de certas coisas.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Conhece bastante sobre a lesão renal crônica e sobre a Síndrome de Alport e que uma das alterações é a falência renal.

Sabe que a hemodiálise é uma espécie de rim artificial que purifica o sangue e que o líquido vai ser eliminado pela máquina.

Segundo o mesmo, conhece alguns fatores de risco como a hipertensão, não poder exceder nos líquidos e dieta. Que as condições de seu problema vêm ao longo do tempo, como falta de cálcio nos ossos e problemas no coração.

Sabe da importância com a fístula, como não pegar peso, higiene, limpeza. Faz uso das seguintes medicações e sabe para que servem : propranolol (para pressão) , hidróxido de ferro (para anemia), captopril (para a pressão), hexas (para o sangue) nefedipina (para dor) e carbonato de cálcio (para os ossos) .

Quando em crise, sente fraqueza, náusea escurece a vista. Geralmente as crises acontecem, segundo o mesmo, quando fica muito tempo sem tomar medicação. Quando está em casa a esposa o ajuda a se recuperar. Se a crise for muito forte, ela chama a ambulância.

Segundo o cliente, a equipe que o atende são pessoas que sabem o que estão fazendo e fazem o seu trabalho direito.

De acordo com a entrevista realizada com o cliente nota-se que existem algumas deficiências sobre o funcionamento da máquina e do cumprimento da dieta. O mesmo tem conhecimento sobre sua doença e cuidados com a fístula, mas devido ao tempo de ser portador é preciso reforçar alguns cuidados de saúde.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM – HERMES

Data: 23/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames alterados (fósforo, potássio, uréia).

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre as conseqüências do fósforo, potássio e uréia altos para a saúde e o agravo para a condição renal. Avaliar o cliente quanto à fraqueza, muscular, prurido, diarréia.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Uso de medicações pra dormir (Diazepam).

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Informar o cliente das reações adversas da medicação, como sonolência. Recomendar que evite ingerir álcool, pois o mesmo é depressor do sistema nervoso central.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Pressão Arterial elevada.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Encorajar o cliente na adesão da dieta hipossódica. Orientar sobre a administração correta dos medicamentos anti-hipertensivos.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Vontade de isolar-se.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Ajudar o cliente a expressar seus sentimentos em relação à doença, ajudando-o a encontrar maneiras para lidar com suas limitações.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Tomar um litro de água por dia.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Identificar fontes potenciais de líquidos, limitando a ingesta hídrica ao volume prescrito.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Come de tudo.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Avaliar quanto os fatores que contribuem para a ingesta nutricional alterada.
Fornecer preferências alimentares ao cliente, dentro das restrições alimentares da dieta.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Acha que o que desencadeia as crises é ficar muito tempo sem as medicações.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Esclarecer ao cliente, as causas que levam ao aparecimento das crises e a importância da adesão correta ao tratamento, a fim de minimizar as mesmas.

8º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Débito urinário diminuído.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar ao cliente a pouca ingestão hídrica, dentro das quantidades estabelecidas pelo médico. Podendo o líquido ficar retido no organismo devido ao déficit urinário.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 23/05/2007

S - Refere ter passado a noite bem. Durante diálise refere bastante cefaléia.

O - Couro cabeludo íntegro, conjuntivas hidratadas, mucosa oral hidratada. Face com coloração acinzentada. Uso de óculos para corrigir miopia. Uso de aparelho auditivo em ouvido direito, para correção de deficiência auditiva. Dentes serrilhados. Não faz uso de prótese dentária. Fístula com presença de frêmito, refluindo por ambas as linhas arterial e venosa. Abdome rígido, ausência de dor a palpação e ausência de massa abdominal. Cicatriz cirúrgica em abdome no quadrante esquerdo. Curativo de urostomia em linha média abaixo do umbigo. Em membro superior direito presença de cicatriz de fístula. Ausência de edema.

Sinais vitais:

PA inicial: 140/90 mmHg

PA final: 170/90 mmHg

Pulso: 80 bpm

Aceitou todo lanche oferecido no período da tarde. Medicado com dipirona para cefaléia. Recebeu Hemax 8000UI e Heparina 10.000UI. Hemodiálise nº981. Peso inicial 51.100Kg peso final 48.000Kg.

A - Sinais vitais alterados (PA eleva-se no final de diálise), provavelmente relacionado com a hipertensão. Intensa cefaléia, provavelmente relacionada com perda de líquidos. Acesso vascular venoso funcionante e em boas condições. Perda ponderal de 3.100kg ao final de diálise.

P - *Registrar e verificar Pressão Arterial de hora em hora.

*Corrigir Pressão elevada, com administração de hipertensivos, conforme prescrição médica.

*Atentar para queixas do cliente.

*Observar intercorrências e complicações da máquina.

*Administrar medicações conforme esquema prescrito.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“POSEIDON”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

E. C. F., 50 anos, sexo masculino, cor branca, católico, casado, três filhos. Eletricista aposentado dispõe de uma renda mensal de trezentos trezentos reais. Natural de Civerlândia/PR e procedente do município da Palhoça, onde reside em casa própria.

Há mais ou menos vinte e cinco anos, sofreu um grave acidente de carro, fraturou o membro superior esquerdo, ficando com movimento prejudicado. Dez anos depois, descobriu que era diabético e que apresentava uma obstrução de artérias importante no coração. Realizou dois cateterismos, o primeiro em junho de 2006 e o segundo em abril de 2007. Aguarda angioplastia.

Relata que em janeiro de 2006, começou a sentir fraqueza muscular e falta de ar. Foi levado pela esposa ao pronto socorro perto de sua casa. Realizou alguns exames e descobriu que tinha Lesão Renal Crônica. Permaneceu internado durante 27 dias no HGCR e desde então faz hemodiálise.

O cliente chega ao HGCR, com o carro da prefeitura, acompanhado de sua esposa, que permanece o tempo todo na sala de espera. Faz três sessões de hemodiálise por semana, com duração de quatro horas cada sessão.

II – Requisitos de Autocuidado Universais:

Cliente apático, hipocorado, hidratado, eupnéico. Refere ingerir um litro de água por dia. Afirma ter consciência das conseqüências para sua saúde.

Em casa realiza quatro refeições diárias, relata não sentir dificuldade em seguir a dieta recomendada, porém adora doce e sua comida preferida é a carne. Todo o dia come miojo, no almoço e no jantar, às vezes arroz feijão e carne. No café da manhã e no lanche da tarde, come pão com margarina sem sal e café com leite e adoçante. Peso pré-diálise: 84.5kg; peso pós-diálise: 80.2Kg.

Possui um fistula arteriovenosa em membro superior direito, em bom aspecto, sem sinal de infecção e com bom frêmito.

Afirma não realizar nenhum tipo de atividade física devido à fraqueza que sente nas pernas. Passa o dia deitado na cama que sua esposa colocou na cozinha, assistindo televisão ou escutando rádio. Faz uso de diazepam para dormir. Dorme oito horas por dia.

Mora com sua esposa e três filhos. Relata ter amigos, mas desde que descobriu a doença não sai mais de casa, não procura os amigos e não quer falar nem receber ninguém. Sente-se deprimido pela incapacidade de trabalhar. Relata sentir muita necessidade de isolar-se, para evitar brigas na família.

Sua esposa faz todos os serviços da casa, controla os horários das medicações, faz a comida, procurando respeitar as orientações da equipe de saúde, auxilia na higiene corporal.

Urina muito pouco, praticamente anúrico. Apresenta episódios de diarreia, faz uso de fralda à noite e durante o dia, vai ao banheiro com auxílio da esposa.

Afirma ter Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica. Sua mãe morreu de infarto fulminante e seu pai de câncer de esôfago. Tem dois irmãos com Diabetes Mellitus. Relata que nunca se preocupou com o Diabetes, e que não foi orientado pelos médicos da época, sobre as possíveis conseqüências que a doença poderia trazer. Tem 70% da visão prejudicada, realizou a cirurgia a laser há um ano.

Faz uso de sinvastatina, furosemida, AAS, renagel, calcitriol, ácido fólico, mirtazapina, aquinoton e diazepam.

Não mantém relações sexuais com sua esposa desde que iniciou o tratamento da hemodiálise. A esposa entendeu e respeita sua decisão.

Encontra-se lúcido, orientado, contactuante. Apático, aceita os cuidados da equipe durante as sessões de hemodiálise. Passa boa parte da diálise dormindo. Não consegue ler, porque tem a visão prejudicada.

Sinais vitais:

Pressão Arterial: 130/90 mmHg.

Pulso: 72 bpm.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 137mg/dl

Uréia (pós): 47 mg/dl

Cálcio: 9,6 mg/dl

Potássio: 3,7mEq/l

Fósforo: 6,4 mg/dl

Hemoglobina: 9,5g/dl

Hematócrito: 33,0%

Glicose: 137 mg/dl

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Cliente define sua vida como calma e tranqüila. Passa o dia deitado. Procura não tomar conhecimento dos acontecimentos e problemas da casa para não ficar nervoso.

Afirma que a LRC lhe trouxe várias limitações, porém a que mais o deixou deprimido e que teve maior dificuldade de aceitar, foi à incapacidade para trabalhar. Acredita que a única coisa capaz de trazer uma melhor condição de vida é arranjar algum tipo de ocupação para passar o tempo e se sentir mais útil.

Desde que descobriu a doença procura seguir a dieta, e diminuir a ingesta de líquidos, porém, não é fácil e nem sempre consegue. Sabe que esses cuidados são importantes para melhorar sua condição de vida.

Relata que não sente falta de apoio para conviver com a doença, sua família esta sempre presente e a equipe de saúde presta toda a assistência que necessita. Dedicou o sucesso do tratamento a equipe de enfermagem e a sua família.

Vê seu futuro com incerto e não tem nenhuma expectativa de um futuro melhor.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Sobre a doença, sabe que o rim parou de funcionar, não filtra mais o sangue, a causa foi à hipertensão arterial, porém, acredita que um dia os rins podem voltar a funcionar. Para E.C.F., hemodiálise é a filtragem do sangue, ela faz o papel de um rim normal. O sangue sai do corpo, passa por um filtro e entra de volta para o corpo limpo. Acredita que o risco que seu problema de saúde traz é a morte. Relata não sentir nenhuma crise em casa, sente-se muito bem.

Afirma nunca ter realizado os cuidados com a fistula, tem o membro da fistula prejudicado e não tem força para realizar os exercícios. Acredita que sua fistula é muito boa.

Acha o atendimento da equipe de enfermagem muito bom, afirma que elas são competentes e sabem o que estão fazendo.

Cliente orientado em relação à doença, inconformado com a incapacidade para trabalhar, tem dificuldade de aceitar sua condição de saúde. Alimentação inadequada para sua situação de saúde e doença tendo em vista que é diabético, hipertenso e possui Lesão Renal Crônica. Ingesta hídrica acima do recomendado para paciente com LRC. Peso adquirido no intervalo entre duas sessões de hemodiálise acima do recomendado. Sistema parcialmente compensatório.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE OREM - POSEIDON

Data: 16/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Ingesta excessiva de líquidos para LRC.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar cliente sobre os riscos da ingesta hídrica, podendo levar ao edema agudo de pulmão.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Número de refeições diárias insuficientes.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a importância da necessidade de aumentar o número de refeições diárias e diminuir as pequenas quantidades.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Qualidade dos alimentos inadequada para situação de saúde.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a seguir corretamente a dieta para Lesão Renal Crônica: Dieta Hipossódica, hipoprotéica, com o mínimo de gordura e fósforo.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Cliente aumenta em média 3.0kg no intervalo entre as sessões de diálise que são de segunda, quarta e sexta-feira.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a cliente que o ideal é aumentar no máximo 2.0 Kg. Ocorre uma sobrecarga do volume circulante, aumento da P.A, aumento da sobrecarga cardíaca, ocorre uma hipertrofia cardíaca, edema agudo de pulmão. O excesso de peso pode dificultar o sucesso no tratamento dialítico.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exame do mês de maio apresentou quantidade de fósforo acima dos padrões normais.

Classificação:

- Requisitos de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a seguir corretamente a dieta para Lesão Renal Crônica: evitar alimentos ricos em fósforo como leite, queijo, iogurte.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – Data: 28/05/2007

S – Cliente refere dormir bem. Relata náuseas no final de semana, melhorou com plasil. Passou bem durante a sessão de hemodiálise, referiu sentir a pressão baixar nos últimos dez minutos, não necessitando de intervenção da equipe de enfermagem. Refere não conseguir comer devido à náusea, comendo apenas um prato raso de sopa na noite anterior. Afirma ingerir muito líquido diariamente. Refere fezes líquidas há alguns dias, faz uso de fraldas no período da noite, necessita de auxílio para ir ao banheiro durante o dia. Urina poucas vezes em pequena quantidade. Relata ter muita dificuldade para caminhar, sente fraqueza nas pernas.

O – Couro cabeludo íntegro, conjuntivas hidratadas, mucosa oral hidratada. Não faz uso de prótese dentária. Abdome globoso. Apresenta fistula arteriovenosa funcionante, refluindo em ambos às linhas arterial e venosa, com bom aspecto. Pressão arterial 90x60 no final da diálise. Desligado com três horas de diálise.

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 140/80 mmHg

Pulso: 68 bpm

Peso programado para perder 3,0kg, perdeu 2,8Kg.

Exames laboratoriais (maio):

Uréia (pré): 137mg/dl

Uréia (pós): 47 mg/dl

Cálcio: 9,6 mg/dl

Potássio: 3,7mEq/l

Fósforo: 6,4 mg/dl

Hemoglobina: 9,5g/dl

Hematócrito: 33,0%

Glicose: 137 mg/dl

A – Franqueza em membros inferiores relacionada à complicação da DRC e do tempo de tratamento hemodialítico. Fístula arteriovenosa com bom frêmito, sem sinal de infecção. Hipotensão relacionada provavelmente a complicação da hemodiálise e grande perda de peso durante a sessão. Desligado na hora programada. Edema em membros inferiores relacionado provavelmente pela grande ingestão hídrica. Sinais vitais estáveis, ganho de peso no intervalo de duas sessões de diálise acima do aceitável (2,7kg). Exames laboratoriais alterados: fósforo alto no organismo, hemoglobina baixa.

P - *Reforçar as orientações sobre o número de refeições diárias adequada para seu problema de saúde e estimular a seguir a dieta recomendada.

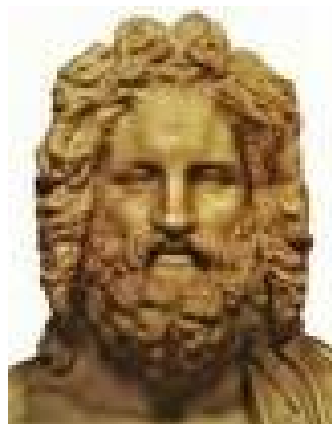
*Reforçar as orientações sobre os riscos para saúde causados pela ingestão exagerada de líquidos e o ganho excessivo de peso.

*Orientar sobre a importância do controle da Hipertensão e suas consequências quando descontrolada.

*Orientar o cliente para os riscos causados pelo Diabetes e importância do controle rigoroso da glicemia.

*Realizar visita domiciliar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

“ZEUS”

Acadêmicas: Andréa Dias Teixeira

Juliane Gomes Berto dos Santos

Paula Moreira Luz

I – Identificação do Cliente:

U. A. F., sexo masculino, cor branca, católico. Separado e possui dois filhos. Estudou até o 3º grau e formado em economia. Trabalhou durante muito tempo em uma empresa privada. Hoje se encontra aposentado. Natural e procedente de Palhoça. Tem uma casa em palhoça e uma casa no centro, onde mora alguns dias da semana. Em sua casa na Palhoça, divide com um amigo, que faz as coisas para ele e cuida da casa. Tem um cachorro de estimação que gosta muito. Afirma que é fumante desde os 15 anos. Parou por algum tempo, mas agora voltou novamente. Alega que bebia com frequência, mas hoje pela doença, não bebe mais álcool. Teve uma internação em 2006, para retirada de vesícula. Realizou outras internações, para a realização de um angioplastia da artéria aorta. Possui o diagnóstico de Hipertensão Arterial, que descobriu há um ano e meio, quando sentiu fortes dores nas pernas e inchaço. Realiza hemodiálise as segundas, quartas e sextas-feiras, no período vespertino, quatro horas diárias. O filho o traz ao hospital com condução própria, às vezes vem dirigindo. Ainda não foi submetido a transplante renal, tem doadores que são os filhos, mas não gostaria que eles doassem, pois são muito novos. A irmã pode se doadora, mas aguarda exames. Sente-se incomodado por ter que permanecer quatro horas ligado a uma máquina, mas acha que aceita bem a doença.

II – Requisitos de Autocuidado Universal:

Refere que adorava beber, mas diz que hoje só ingere duzentos litros de líquido. Realiza três refeições por dia. Estas contêm bastante massa, frango, peixe, soja. Nega comer carnes. Refere que sua alimentação é boa e que não tem problemas em seguir a dieta. Recentemente prejudicou ainda mais o pé, onde tem gota, no portão de casa e por isso utiliza uma bengala de apoio. Relata que não urina e que sua frequência intestinal é boa.

Possui uma fístula arteriovenosa, em membro superior esquerdo, com boas condições. Anteriormente havia tentado outras fistulas, mas acabou perdendo.

Considera ter uma vida tranqüila. Durante os dias em que não faz hemodiálise, fica na casa da irmã em Florianópolis e no fim de semana, fica na praia. Relata ter uma companheira, mas vivem em casas separadas. Realiza atividade física, anda de bicicleta.

Durante a noite toma remédio para dormir. Faz uso de diazepam e dorme aproximadamente oito horas por dia, tendo um sono tranqüilo. Tem boa vida social, sai com os amigos, recebe bastante visita. Como lazer gosta de pescar. Não sente vontade de isolar-se e no momento sente-se bem.

Cliente orientado, lúcido, contactuante.

Sinais vitais:

Pressão Arterial: 140/80 mmHg.

Pulso: 89 bpm

Exames Laboratoriais (maio):

Uréia (Pré): 146mg/dl

Cálcio: 11mg/dl

Potássio: 6,1mEq/l

Fósforo: 8,3mg/dl

Hematócrito: 45,7%

Hemoglobina: 14g/dl

III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:

Relata que considera sua vida tranqüila. Fica a metade da semana no centro e a outra metade na casa de praia. No começo sentiu dificuldade de viver com a Lesão Renal Crônica. Acha que a doença lhe trouxe algumas limitações, como por exemplo, de não fazer força com o braço. Acha que tem cuidados adequados com sua saúde. Logo após o diagnóstico teve que ter novos hábitos de alimentação. Quando começou a fazer diálise pesava 76 Kg e depois emagreceu. Diz que não sente falta do apoio de ninguém, tendo o apoio de sua irmã que lhe dá forças para ter sucesso no tratamento. Sua expectativa para o futuro é fazer o transplante e viver mais.

IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:

Relata que tem bastante conhecimento da doença, que pesquisa muito e pergunta também, por isso, não tem dúvidas. Conhece os fatores de risco para a Lesão Renal Crônica, como faltar às sessões e comer em demasia. O cliente tem ciência das conseqüências em longo prazo, como a perda do cálcio e enfraquecimento das pernas. Relata que usa as seguintes medicações, Renagel (fósforo alto), Hemax (para não dar anemia), ácido Fólico, AAS (para afinar o sangue), Atenolol (pressão), ostriol (para os ossos), haloperidol e sabe para que servem.

O cliente tem cuidados com a fístula, como não fazer força. Quando ocorre uma crise, sente que suas forças acabam e ocorre a convulsão. Geralmente procura o médico. Percebe que o atendimento da equipe de enfermagem é ótimo, mas o hospital não é tão bom.

Após o termino da entrevista pude constatar que o cliente não tinha déficits de autocuidado, pois seu conhecimento sobre a doença é muito abrangente. Analisando o prontuário do mesmo e discutindo os possíveis déficits com a enfermeira, cheguei a seguinte conclusão que seus exames estavam alterados e que as medicações, como Renagel são apenas utilizadas quando o cliente não consegue seguir a dieta, indicando que o cliente tem na verdade, muitos déficits de cumprimento do tratamento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DA TEORIA DE ENFERMAGEM – ZEUS

Data: 25/05/2007

1º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Fuma desde os 14 anos, parou por quinze anos e voltou novamente.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre as conseqüências do fumo para o agravamento da hipertensão e para falso diagnóstico de hematócrito elevado.

2º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Bebe um litro de água por dia.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Identificar fontes potenciais de líquidos limitando a ingestão hídrica ao volume prescrito.

3º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Faz três refeições por dia. Come muita massa.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar sobre a necessidade de uma alimentação adequada. Fornecer preferências alimentares ao cliente, dentro das restrições dietéticas.

4º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames alterados (fósforo, potássio).

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar sobre as consequências do fósforo e potássio altos para a saúde e o agravo para a condição renal. Avaliar o cliente para fraqueza, muscular, prurido, diarreia.

5º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Não consegue cumprir dieta do tratamento.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar e ajudar o cliente a compreender o plano de tratamento, que o auxiliará a ter uma melhor qualidade de vida e a diminuir as complicações.

6º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Débito urinário ausente.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar ao cliente a pouca ingesta hídrica dentro das quantidades estabelecidas pelo médico. Podendo o líquido ficar retido no organismo devido ao déficit urinário.

7º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Uso de medicações pra dormir (Diazepam).

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação

PLANO DE AÇÃO:

- Informar ao cliente, as reações adversas da medicação, como sonolência.

Recomendar que evite ingerir álcool, pois o mesmo é depressor do sistema nervoso central.

8º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Exames alterados (fósforo, cálcio, potássio, hematócrito).

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Apoio/Educação

PLANO DE AÇÃO:

- Reforçar sobre as conseqüências do fósforo e potássio altos para a saúde e o agravo para a condição renal. Avaliar o cliente quanto à fraqueza, muscular, prurido, diarréia e hematócrito elevado, devido ao uso da nicotina. Verificar dieta e medicação usadas para aumentar cálcio.

9º. DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO.

Especificação:

- Uso de bengala, devido ao problema de gota.

Classificação:

- Requisito de Autocuidado Universal.

SISTEMA DE ENFERMAGEM:

- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação.

PLANO DE AÇÃO:

- Orientar a restrição e diminuição de alimentos, como carnes, frutos do mar e álcool, pois a gota pode ser decorrente da dieta exagerada e da excreção diminuída do ácido úrico.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – DATA: 25/05/2007

S - Refere ter passado bem à noite. Hoje se encontra chateado com a equipe que o atende, e expõe que gostaria de realizar suas sessões de hemodiálise em outro local.

O - Couro cabeludo íntegro. Ouvido externo íntegro. Audição preservada sem a presença de secreção. Conjuntivas hidratadas com aspecto normal. Boca úmida e de coloração avermelhada. Abdome rígido, ausência de massa abdominal. Percussão timpânica. Presença de cicatriz cirúrgica em região abdominal. Presença de fistula em membro superior direito com frêmito. Deambula com auxílio de bengala. Aceitou todo alimento oferecido no período da tarde, medicações aplicadas no período Heparina: 10.000UI Hemax SC. Peso inicial: 59.600Kg. Peso final: 57.900Kg. Início de diálise 11h52 término: 15h52. Sinais vitais: PA inicial: 140/80 mmhg, PA final: 100/60 mmhg. Diálise nº228.

A - Cliente lúcido, comunicativo, orientado. Sinais vitais estáveis. Fístula arteriovenosa com bom aspecto e frêmito funcionante, refluindo bem por ambas às linhas arterial e venosa. Aplicado Hemax subcutâneo visando elevar o hematócrito. Aplicado heparina para prevenir a formação de coágulos. Ganho ponderal interdialítico de 2,0Kg. Perda ponderal de 1,7Kg após diálise.

P- *Verificar Sinais vitais.

*Verificar pressão arterial de hora em hora.

*Fazer rodízio para medicação subcutânea.

*Observar sinais de hipotensão/hipertensão.

*Observar queixas de dor e desconforto

*Conversar e abrir espaço, para que o cliente exponha suas considerações em relação à equipe que o atende.

**APÊNDICE F - PLANEJAMENTO DE ATIVIDADE EDUCATIVA
“JOGO DO TABULEIRO”**

Planejamento da Atividade Educativa

“Jogo do Tabuleiro”

Data: 11 de maio de 2007 e 28 de maio de 2007

Hora/Duração: 09h00min – 10h00min e 17h00min – 18h00min

Local: Salas A e B

Objetivo Geral:

Realizar atividade coletiva de educação em saúde aos clientes das salas A e B, da Unidade de Rim, capacitando-os para assumirem ações de autocuidado.

Objetivos Específicos:

- Promover a integração dos clientes renais crônicos, equipe de saúde e acadêmicas de Enfermagem.
- Oferecer atividade de lazer aos clientes, a fim de proporcionar momentos de prazer.
- Fornecer informações sobre alimentação, cuidados com a fístula, entre outros, favorecendo o desenvolvimento de competências para o autocuidado.
- Esclarecer as dúvidas que surgirem durante as atividades, contribuindo para o aprendizado individual e coletivo referente aos temas propostos.

Desenvolvimento da Atividade:

1º passo: Determinar o número de participantes.

2º. Passo: Fazer o convite a cada um dos clientes, um dia antes da atividade.

3º. Passo: Confeccionar o tabuleiro (papel cartão, figuras, fita crepe, cola, caneta hidrocor, copos coloridos, prêmios, dados, ficha de avaliação).

4º. Passo: Preparar a sala.

5º. Passo: Orientar os clientes quanto às regras do jogo e distribuição dos copos coloridos.

6º. Passo: Espaço para o esclarecimento de dúvidas.

7º. Passo: Entrega de prêmio para o vencedor e o vice.

8º. Passo: Finalização da atividade com agradecimento da participação e preenchimento das fichas de avaliação.

**APÊNDICE G - PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA
“BINGO”**

Planejamento da Atividade Educativa

“Bingo”

Data: 06 de junho de 2007

Hora/Duração: 18h00min – 19h00min

Local: Sala A

Objetivo Geral:

Realizar atividade educativa coletiva de Educação em Saúde aos clientes da sala A sobre questões referentes ao autocuidado, para definição dos seus déficits.

Objetivos Específicos:

- Identificar os déficits de autocuidado sobre a dieta, medicação e hemodiálise.
- Promover integração dos clientes com Lesão Renal Crônica, as acadêmicas e entre os próprios clientes da sala.

Desenvolvimento da Atividade:

1º. Passo: Apresentar a atividade e distribuir as cartelas do bingo (cartelas de bingo, saco com perguntas, tampas de medicações para marcar as cartelas, prêmio, papelão).

2º. Passo: Começa-se a sortear as perguntas. Quem tiver cinco respostas na sua cartela, ganha o bingo.

3º. Passo: Realização da avaliação e agradecimento pela participação.

Tabelas do Bingo:

HEPARINA	CATETER	CARAMBOLA
POTÁSSIO	NORIPURUM	HIPERTENSÃO
HEMODIÁLISE	COCEIRA	ÁGUA

HEMODIÁLISE	FÍSTULA	POTÁSSIO
COCEIRA	ÁGUA	CATETER
BANANA	COMPLEXO B	HIPOTENSÃO

HIPOTENSÃO	CARAMBOLA	HIPERTENSÃO
CATETER	ÁGUA	HEMODIÁLISE
BANANA	FÍSTULA	COCEIRA

BANANA	CÃIBRA	HEPARINA
COMPLEXO B	ÁGUA	CARAMBOLA
CATETER	HEMODIÁLISE	COCEIRA

HEPARINA	HEMODIÁLISE	COCEIRA
ÁGUA	CÃIBRA	CARAMBOLA
HIPOTENSÃO	NORIPURUM	COMPLEXO B

Perguntas feitas no Bingo:

- Medicação usada no tratamento de anemia.
- Ligação de uma veia com uma artéria.
- Pressão alta.
- Pressão baixa.
- Anticoagulante.
- O seu excesso pode levar a parada cardíaca e respiratória.
- O maior inimigo do renal crônico.
- Fruta que não deve ser ingerida pelo renal crônico.
- Procedimento que filtra o sangue.
- Se não tem fístula, a hemodiálise é feita pelo...
- Um dos sintomas do fósforo alto...
- Fruta que tem muito potássio...
- Vitamina tomada uma vez por semana na diálise
- Sintoma que pode aparecer durante a hemodiálise, devido à perda rápida de líquidos...

APÊNDICE G - PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA

“DIA DA ENFERMAGEM”

GINCANA

Planejamento da Atividade Educativa
“Dia da Enfermagem”
Gincana

Data: 11 de maio de 2007

Hora/Duração: 07h00min – 15h00min

Local: Unidade de Rim

Objetivo Geral:

Realizar atividade coletiva entre funcionários da Unidade de Rim, tendo como tema a Lesão Renal Crônica, proporcionando momentos de lazer, descontração e diversão.

Objetivos Específicos:

- Promover a integração entre equipe de Enfermagem e as acadêmicas.
- Oferecer atividade de lazer a equipe, a fim de proporcionar momentos de prazer.
- Esclarecer dúvidas que surgirem durante as atividades, contribuindo para o aprendizado individual e coletivo referente ao tema proposto.

Desenvolvimento da Atividade: Gincana.

A gincana será realizada através de quatro tarefas relacionadas à Lesão Renal Crônica. As participantes serão instruídas na passagem de plantão, onde a Enfermeira e as acadêmicas farão uma congratulação pela data e ofertarão cada funcionária com um bombom.

1ª. Prova: Um cartaz (foto X) fixado no corredor da Unidade, com um caça-palavras, onde cada palavra encontrada vale dez pontos.

2ª. Prova: Um questionário (Apêndice I) a ser entregue pelas acadêmicas. Cada pergunta vale dez pontos.

3ª. prova: Uma figura de Enfermeira será escondida na Unidade. Vale cinquenta pontos e um prêmio extra.

4ª. prova: Caixa contendo um objeto relacionada à Unidade. Vale trinta pontos.

Recursos didáticos utilizados:

Cartolina, papel ofício, caneta hidrocor, papel pardo, figuras, balões, caixas, medicações, pirulitos, bombons, prêmios.

Lembranças:



APÊNDICE H-PLANEJAMENTO VISITA DOMICILIAR

Planejamento da Visita Domiciliar I “Poseidon”

Data: 12 de junho de 2007

Hora/Duração: 09h00min – 10h00min

Local: Casa do Cliente

Objetivo Geral:

Conhecer o ambiente familiar, à realidade do cliente e prestar as orientações necessárias.

Objetivos Específicos:

- Avaliar a adesão do cliente ao regime de tratamento;
- Avaliar o ambiente familiar;
- Avaliar o estado emocional;
- Enfatizar a importância de realizar o tratamento corretamente;
- Esclarecer dúvidas quanto ao tratamento;
- Apoiar psicologicamente o cliente.

Planejamento da Visita Domiciliar II

“Afrodite”

Data: 14 de junho de 2007

Hora/Duração: 09h00min – 10h00min

Local: Casa do Cliente

Objetivo Geral:

Conhecer o ambiente familiar, à realidade do cliente e prestar as orientações necessárias.

Objetivos Específicos:

- Avaliar a adesão do cliente ao regime de tratamento;
- Avaliar o ambiente familiar;
- Avaliar o estado emocional;
- Enfatizar a importância de realizar o tratamento corretamente;
- Esclarecer dúvidas quanto ao tratamento;
- Apoiar psicologicamente o cliente.

Material Didático:

Texto explicativo, formulado pela Enfermeira Lucélia e Rochelle sobre nutrição para pacientes com DRC.

APÊNDICE I - PROVA DA GINCANA
QUESTIONÁRIO

**APÊNDICE J - CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
RENAL**

NOME:

PORTADOR (A) DE LESÃO RENAL CRÔNICA

FÍSTULA ou CATETER ou PRÓTESE

LOCAL DE HEMODIÁLISE:

HOSPITAL CELSO RAMOS

FONE CONTATO: 3251-7242

3251-7244



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787


DISCIPLINA:INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Trata-se de um trabalho de relevância científica, considerando que a doença renal crônica tem se caracterizado em um importante problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em, programas de diálise mais que dobrou nos últimos anos. A incidência vem crescendo em torno de 8% e os custos com o Programa de diálise e transplante renal giram em torno de 1,4 bilhões de reais ao ano. Por esse motivo, as enfermeiras devem capacitar-se cada vez mais para poder atender à esse tipo de clientela, contribuindo para minorar o sofrimento destes e para manutenção de uma melhor qualidade de vida.

As formandas, Andréa, Juliane e Paula, conseguiram se apropriar da Teoria de Autocuidado de Dorotéa Elisabeth Orem, utilizando-a de forma bastante adequada, identificando os déficits dos clientes, implementando ações e avaliando as mesmas, contribuindo dessa forma, para que estes alcançassem um nível adequado de bem estar. Isso só foi possível, pois além do conhecimento teórico-prático, estas alunas tiveram a sensibilidade de mobilizar os clientes e equipe de enfermagem para uma adequada assistência.

Pelos aspectos relacionados, recomendo a leitura dessa obra, por todos aqueles que tem interesse e buscam o conhecimento sobre essa temática.


Miriam Süsskind Borenstein
Professora Orientadora