

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Thais Mendes Ruback¹

Marisa Gonçalves Brito Menezes²

Meiriele Tavares Araujo³

RESUMO

A insuficiência renal (IR) é uma doença que ocorre quando há a paralisação dos rins e, conseqüentemente, a não filtração do sangue. Possui duas fases, sendo na fase aguda considerada reversível, enquanto na fase crônica não se espera possibilidade de reversão da função renal perdida, culminando, na maioria dos casos, na realização de hemodiálise e, em alguns casos, na espera por um transplante renal. Por essa gradação de severidade do quadro, essa doença que possui uma série de complicações e causa outras tantas limitações, deve ser bem acompanhada e tratada da forma correta na fase aguda. Atualmente, no Brasil, o paciente que fica dependente de um tratamento dialítico permanece assim durante toda a vida com alterações significativas em sua rotina de vida social e trabalho, bem como nas atividades de vida diária. A enfermagem, ao lidar com pacientes dialíticos, necessita prestar-lhes uma assistência holística e de qualidade, que pode ser realizada por meio da ferramenta de assistência de enfermagem conhecida como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na qual uma das etapas de sua implementação é a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). Essa pesquisa foi um Estudo de Caso Qualitativo, desenvolvido no Centro de Hemodiálise na região Centro-Oeste de Minas Gerais, na cidade de Pará de Minas, que objetivou conhecer os possíveis DE para um paciente com Insuficiência renal crônica (IRC). Depois de respeitados os preceitos éticos e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, exame físico e análise documental de prontuário, sendo elaborados doze diagnósticos reais e de risco pertinentes ao paciente estudado. Considera-se que a SAE permite uma análise mais minuciosa do paciente, bem como uma percepção ampliada de sua patologia e os envolvimento dessa em sua vida diária, assim como permite também o planejamento das intervenções adequadas a cada paciente, melhorando o seu relacionamento com esses. Outro ponto a se destacar é a contribuição que esses estudos trazem para o desenvolvimento da profissão, pois promovem a divulgação do papel do enfermeiro frente ao atendimento de doenças crônicas. Embora tais diagnósticos tenham sido traçados para um paciente em específico, esses podem ser utilizados como caminho e/ou possibilidades para serem direcionados a outros pacientes portadores da doença em tratamento dialítico.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Insuficiência renal crônica. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Hemodiálise.

1. Enfermeira. Pós graduanda em Urgência, Emergência e Trauma na Pontifícia da Universidade Católica (PUC) de - Minas Gerais. E-mail: thais_ruback@hotmail.com

2. Docente no Curso de Enfermagem da Faculdade de Pará de Minas - FAPAM. Mestre em Enfermagem. E-mail: marrasimao@yahoo.com.br

3. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: enfaraujo@gmail.com

ABSTRACT

The renal failure (RF) is a disease that occurs when the kidneys become paralysed and consequently there is no blood filtering. There are two phases, and in the acute one is considered reversible, while in the chronic phase there is no possibility of reversal of the lost kidney function, leading to, in most cases, the hemodialysis procedure and, in some cases, the patient has to wait for some kidney transplantation. Because of this framework severity gradation, this disease that has a series of complications and causes many other limitations, should be well followed up and treated in a correct way from the acute phase. Currently in Brazil, most patients that depend on the dialysis treatment remains in this way for all life with significant changes in their daily and work social routines, as well as in their daily activities. The nursing when leading with dialysis patients, needs to ensure them holistic care and of quality, that can be done by means of the nursing care tool known as Systematization of Nursing Assistance (SNA), which one of the steps of its implementation is the elaboration of the Nursing Diagnosis (ND). This research was based on a qualitative case study, developed in the Hemodialysis Center from Midwest region of the state of Minas Gerais in the city of Pará de Minas, which aimed at knowing the possible ND to a patient with (RF). Following ethical precepts and having the Free Consent Term assigned and enlightened, the data we recollected by means of semi-structured interview, physical exam and documental analysis of a health team's records, being developed twelve actual diagnosis and of risks relevant to the researched patient. It can be considered that the SNA allows the rigorous analysis of the patient, as well as the wide perception of the pathology and how this involves in their daily life, as well as it also allows the planning of the proper interventions to each patient improving its relationship with these. Another point that is important to highlight is the contribution that these studies bring to the professional development, so they promote the propagation of the nurse role face to the chronic diseases care. Although such diagnoses have been mapped to an specific patient, these can used as a way and/or possibilities to be used in other patients with the same disease submitted to dialysis treatment.

KEYWORDS: Nursing care. Nursing Diagnosis. Chronic renal insufficiency. Systematization of Nursing Assistance. Hemodialysis.

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal (IR) é uma condição na qual os rins perdem sua capacidade de funcionar, ou seja, param de filtrar o sangue. Dessa forma, todas as impurezas presentes no sangue, que normalmente são eliminadas na urina, vão ser acumuladas no organismo, juntamente com a água, e causar vários sintomas como edema, sonolência, vômitos, náuseas, hipertensão, fraqueza, entre outros (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Existem dois tipos de IR, sendo elas a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e a Insuficiência Renal Aguda (IRA), ambas causadas por diversos fatores e, até mesmo, doenças pré-existentes, sendo a primeira passível de reversão, enquanto a última, não.

No escopo de pacientes portadores de IRC, é comum deparar-se com problemas sociais, psicológicos, fisiológicos, educacionais e patológicos por eles enfrentados em decorrência da

doença, fazendo-se necessário ao profissional que o atende vislumbrar possíveis melhorias, tanto nos cuidados de Enfermagem prestados, quanto na vida dos pacientes. Considera-se de grande valia a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) no sentido de instrumentalizar os profissionais de enfermagem para um processo de cuidar mais embasado e organizado. Apesar da obrigatoriedade imposta pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) desde 2002, esse tipo de sistematização ainda não foi implantado na maioria dos serviços (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Os DE, no Brasil, começaram por meio de um movimento de construção de linguagens uniformizadas na década de 70, sendo que os estudos de validação desses só despertaram expressivo interesse a partir da década de 90. Até o presente, novos diagnósticos continuam a ser propostos, o que reforça o interesse e utilidade de seu emprego (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008).

A determinação de um perfil de DE para o paciente com IRC, em terapêutica hemodialítica, possibilita a melhoria do cuidado de enfermagem prestado, pois dá suporte e direção ao cuidado e estimula o paciente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico, contribui para a expansão de conhecimento do profissional, entre outras (HOLANDA; SILVA, 2009).

Este trabalho buscou conhecer o paciente dialítico e suas particularidades, por meio dos processos estabelecidos da SAE, a fim de estimular os demais enfermeiros a desenvolverem-na, pois se considera que são inestimáveis os benefícios proporcionados aos pacientes, a começar pela organização de um plano de cuidado avaliável e que possibilita o gerenciamento de riscos dos pacientes, bem como a vigilância sobre os eventos adversos. No mesmo sentido, é também de suma importância para o paciente e seus familiares poderem acompanhar e obterem informações sobre a doença enfrentada e os cuidados de enfermagem estabelecidos. Acredita-se que familiares e doentes bem esclarecidos e colocados dentro do processo da terapêutica levam à melhora da adesão ao tratamento, o que poderá promover maiores perspectivas de qualidade de vida e a conseguirem viver melhor dentro de suas limitações.

2 OBJETIVO

Descrever os possíveis diagnósticos de enfermagem para um paciente com IRC do Centro de Hemodiálise de Pará de Minas-MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Insuficiência Renal

Dentre as diversas funções dos rins, a principal é a filtração glomerular (FG) com a qual se excretam os solutos tóxicos gerados pelo organismo. Quando a pessoa entra em quadro de IR, o organismo tem a diminuição ou perda da capacidade excretória renal e ocorre, assim, o aumento das concentrações de catabólitos.

A IRA é caracterizada pela redução abrupta da função renal por período variável, ou seja, é a diminuição rápida da capacidade dos rins de filtrar o sangue e eliminar as substâncias tóxicas pela urina. (BUCHARLES; PECOITS-FILHO, 2009). As causas da IRA podem ser de origem pré-renal, renal, e pós-renal. As causas mais comuns são diminuição do volume circulante como nos quadros de desidratação, insuficiência cardíaca (IC) e uso de diuréticos, coagulação microvascular, como nas complicações obstétricas e mordidas de cobra, antibióticos amino glicosídicos, contrastes urográficos, quimioterápicos, drogas imunossupressoras, anti-inflamatório, reações alérgicas a drogas nefrotoxinas e drogas ilícitas (AJZEN; SCHOR, 2002).

O autor supracitado afirma que as causas menos comuns incluem doenças autoimunes, como no caso de lúpus eritematoso e agentes infecciosos, exemplificado pelo Hantavírus. Há ainda a possibilidade de ocorrer IRA por obstrução do trato urinário por consequência de câncer de próstata ou cervical, calculo renal bilateral, tumor colorretal, entre outros. Esse quadro pode ser reversível ou não, podendo se cronificar, caso não seja tratado imediatamente e de forma adequada.

De acordo com Oliveira e Ferrari (2010), as doenças de base que podem levar à IRC são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Glomerulonefrite Crônica (GNC), IRA, Doença Renal Policística, Uropatia Obstrutiva, Nefrotoxinas, Lúpus Eritomatoso, Poliartrite, Anemia Falciforme, Amiloidose, Distúrbio do Desenvolvimento ou Congênito, Diabetes *Mellitus* (DM) e Pielonefrite.

A IRC é uma doença de alta morbidade e mortalidade que aumenta progressivamente no Brasil e é caracterizada pela perda lenta e progressiva da função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter equilíbrios metabólicos e eletrolíticos, o que resulta em uremia (OLIVEIRA; MENDONÇA; SENA, 2007). Zawada Jr. *et al.* (2003) dizem que uremia consiste em sintomas e sinais resultantes do nível elevado de toxinas no sangue. Os principais sintomas são náuseas e vômitos matutinos, perda de apetite, fraqueza, estado mental alterado, podendo chegar à coma e morte quando não tratado da forma correta. Aparentemente, apresentam sinais de “amarelamento” da pele e hálito com odor de amônia ou urina, tremor, convulsões, entre outros (ZAWADA Jr. *et al.*, 2003).

A doença renal pode evoluir em três fases, sendo a primeira delas assintomática – irá apresentar alguma alteração somente em exames bioquímicos; a pessoa possui perda de filtração glomerular de até 50 a 60%. Já na segunda fase, classificada como compensada, é quando surge a HAS, anemia e possui perda de filtração glomerular entre 60 a 90%. Por fim, a terceira e a mais grave fase, que tratam de descompensada, é aquela em que, se o paciente não for dialisado, entra em coma urêmico e, por fim, óbito. Sua perda de filtração glomerular é maior de 90% (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Os exames realizados para diagnosticar tanto a IRC como a IRA, são exames laboratoriais de urina e sangue, medindo o sódio (Na), ureia e creatinina e, na urina, a osmolaridade urinária; ainda é possível utilizar-se de radiografia do abdômen e biópsia renal (DURÃO JUNIOR *et al.*, 2001).

Daugirdas, Lake e Ing (2008) afirmam que, com relação à dieta, deve-se estar atento, pois os rins perdem a capacidade de adaptação à ingestão de vários alimentos e fluídos, devendo-se manter um balanço adequado de sódio (Na), potássio (K), cálcio (Ca), fósforo (P) e água (H₂O). O sódio possui a função de facilitar a transmissão de impulsos nas fibras nervosas e musculares, e participa no equilíbrio acidobásico pela combinação de bicarbonato e cloreto. Seus valores devem estar entre 136 a 145 *miliequivalente por litro* (mEq/l). Quando há queda significativa do sódio, chamada de hiponatremia, a pessoa passa a apresentar sintomas como câibras, vômitos, diarreia, cefaleia, vertigem, confusão mental, convulsões e coma. Isso se dá devido às glândulas suprarrenais enviarem aldosterona para os rins, onde o sódio é reabsorvido. Já quando há uma elevação do valor dessa substância, hipernatremia, os sintomas passam a ser de sede, taquicardia, membrana mucosa desidratada, letargia e convulsões devido ao aumento da reabsorção tubular de água (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Durão Junior *et al.* (2001), o K tem a função de manutenção da atividade muscular e contração neuromuscular, com sensibilidade particular para o músculo cardíaco, sua presença é importante para que ocorra metabolismo de carboidratos, síntese de glicogênio e proteica. Seus valores aceitáveis estão entre 3,5 e 5 mEq/l. É encontrado em frutas cítricas, vegetais e chocolates. Quando há uma queda brusca do potássio no organismo ou hipocalemia, ocorrem vômitos, diarreia, miastenia, câibras musculares, parestesia, diminuição da motilidade intestinal, hipotensão, queda do débito cardíaco, sonolência, letargia e coma. Na ingestão descontrolada desses alimentos, surge a hipercalemia – o paciente pode até morrer, pois afetará o sistema musculoesquelético, a função dos músculos lisos e a função das células nervosas, o que acarretará confusão, parestesia, cólica abdominal com ou sem diarreia, arritmia potencialmente fatal e parada cardíaca (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

Durão Junior *et al.* (2001) ainda citam que, o cálcio é outro eletrólito que deve ser controlado. Seus níveis séricos normais devem estar entre 8,5 e 10,5 mg/dl. A maioria do cálcio corporal total está ligada ao osso e é adquirida por meio da dieta alimentar. Possui a função de fornecer rigidez e força aos ossos e dentes, sendo indispensável na coagulação sanguínea, condução neuromuscular, contração cardíaca e secreção hormonal. Na hipocalcemia ou queda de cálcio, vão surgir câibras e espasmos musculares em membros. Deve-se estar atento ao último, pois pode ser perigoso se atingir os músculos brônquicos e laríngeos; há também reflexos tendinosos profundos hiperativos, parestesia das extremidades, confusão mental, alteração de humor e ansiedade, tetania hipocalcêmica e convulsões, hiperfosfatemia – pois quando há queda dos níveis de cálcio, há aumento dos níveis de fósforo, podendo ocorrer sangramento excessivo, formação de equimoses e petéquias. Quando os níveis de cálcio estão acima do normal, chamamos de hipercalcemia: há sinais como diminuição do peristaltismo, flacidez muscular, confusão, alteração do humor, nível alterado de consciência, coma, cálculos urinários, sede, náuseas, vômitos e calcificação de tecidos moles.

Há ainda o fósforo, encontrado em alimentos e laticínios; 80% dele são armazenados nos ossos e dentes associado ao cálcio – os 20% restantes são encontrados em Líquido Intracelular (LIC) e Líquido Extracelular (LEC). O fósforo tem a função de fazer a produção de energia, transformando a adenosina trifosfato (ATP) em adenosina difosfato (ADP). Regula a função renal dos ácidos e bases; está envolvido no metabolismo das proteínas, carboidratos e lipídios; é fundamental para o funcionamento dos eritrócitos, músculos e sistema neurológico; está contido nos componentes do ácido desoxirribonucleico (DNA) e ácido ribonucleico (RNA). Quando ocorre a hipofosfatemia ou diminuição dos níveis de fósforo, aparece fadiga, fraqueza muscular, parestesia, nistágmo, movimentos respiratórios superficiais e rápidos, confusão, disfunção plaquetária e hipercalcemia. Quando ocorre o contrário, a pessoa passa a ter espasmos, dores e fraqueza musculares, calcificação dos vasos sanguíneos, córneas e articulações, risco de diminuição do débito cardíaco devido à hipocalcemia (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

Diante de tantas particularidades da patologia, há ainda que se orientar para evitar o uso de automedicações para que não haja mais nenhum tipo de complicação para o paciente, devido ao fato de já ter que tomar diversos tipos de remédios devido à doença (MADALOZZO *et al.*, 2007). Certos remédios podem ser fatais. Assim, segundo Prevedello e Carvalho, citados por Holanda e Silva (2009), os medicamentos ou suplementos para os pacientes em tratamento hemodialítico devem-se à perda total ou à diminuição da produção pelo próprio organismo: algumas vitaminas, acetato ou carbonato de cálcio, ferro e vitamina D ativada.

Embora não exista cura para a doença, hoje em dia, segundo Silva e Silva (2003, p. 10): “[...] existem vários tipos de tratamentos a que o paciente pode recorrer como hemodiálise (HD),

diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e diálise peritoneal automatizada (DPA)”.

3.2 Hemodiálise: uma opção de tratamento para pacientes com Insuficiência Renal

Dentre as opções de diálise, a HD é a opção mais utilizada por quem sofre de IRC, pois a sobrevida oferecida por essa forma de tratamento é altamente elevada e representa uma esperança de vida para muitas dessas pessoas. No entanto, a dificuldade de adesão ao tratamento é muito grande, por isso a relação enfermeiro/paciente é importante para que este aceite melhor o seu novo estilo de vida e as mudanças que podem ocorrer (SALLES; LOPES, 2008). Apesar dos benefícios trazidos para a pessoa com IRC, a HD não recupera integralmente a saúde do paciente e ocasiona desgaste físico, estresse mental e emocional devido à dependência de um tratamento doloroso, de duração e consequências incertas (OLIVEIRA; FERRARI, 2010).

A HD é o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias tóxicas como ureia, creatinina e excesso de líquidos que necessitam ser eliminados da corrente sanguínea humana, devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IR. Dessa forma, esse processo é realizado por meio de uma máquina de diálise, mediado pela membrana de um dialisador (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

O número médio de vezes em que um dialisador é reutilizado, de acordo com Lugon (2009), é, no máximo, doze – com exceção dos pacientes com sorologia positiva para vírus da imunodeficiência humana (HIV), cujos dialisadores não devem ser reutilizados. O mesmo autor afirma ainda que, em pacientes com hepatite B e C, o dialisador deve ser processado separadamente, assim como os dos pacientes portadores de hepatite B.

As máquinas de hemodiálise devem receber banho com tampão de bicarbonato de sódio (NaHCO_2), preparado no momento de sua utilização por máquina de mistura proporcional, equipada com um dispositivo de controle de ultrafiltração. A qualidade da água deve ser estritamente controlada através da osmose reversa ou reionizada e são realizados exames bacteriológicos mensais em laboratórios especializados para confirmação da pureza dessa água, pois ela terá contato direto com o sangue do paciente (LUGON, 2009).

Para se iniciar o tratamento, precisa-se de um acesso vascular. Hoje, existem três tipos de acesso que se diferenciam pelo tempo de permanência. Seguindo o raciocínio de Smeltzer e Bare (2005), os acessos provisórios são instalados para realização de HD por um curto período, indicados para diálise de urgência, ou quando não houver tempo necessário para obter um acesso permanente

e o tempo de seu amadurecimento, em casos de IRA ou quando existir falência do acesso permanente. Nesses casos, é então inserido um cateter, mais usualmente o cateter de duplo lúmen (CDL) em um acesso venoso central, normalmente na jugular, subclávia ou ainda femoral, quando não se consegue a inserção nos outros dois lugares. No local da inserção, deve ser feito um curativo diariamente, ou em caso de haver possibilidades, curativos de longa permanência, como os filmes de poliuretano, pois o sítio da inserção deverá permanecer limpo e seco, para se evitar infecções. É função do enfermeiro orientar o paciente sobre os riscos existentes quando não são tomados os devidos cuidados.

As mesmas autoras afirmam também que o acesso permanente ou definitivo, também chamado de fistula arteriovenosa (FAV), é feito por um cirurgião vascular, ao unir uma veia a uma artéria, para que haja um fluxo sanguíneo superior – entre 200 a 800 ml/min. –, cabendo à equipe de enfermagem e ao paciente o cuidado para que não haja complicações.

Na hora da confecção da FAV, é escolhido geralmente o braço não dominante, pois o paciente não poderá fazer qualquer tipo de esforço, como carregar peso e dormir por cima do braço, e estar sempre atento aos valores da pressão arterial (PA), pois uma das causas para que a fistula pare de funcionar é a alteração da PA. Essa FAV não pode, em hipótese alguma, ser puncionada no mesmo dia da confecção. Daurgidas, Black e Ing (2008) afirmam que se deve aguardar um período entre quatro a seis semanas para que aconteça o amadurecimento, no qual esse segmento da fistula se dilate para acomodar duas agulhas de grosso calibre variando de “14G x 1” a “16G x 1”.

Durante o tratamento, o enfermeiro deve estar atento às punções para que não ocorra infecção, observar complicações como estenose, trombose, aneurisma e isquemia. Para que essa FAV fique em boas condições de uso por muito tempo, o paciente deve ser orientado a lavar as mãos e o braço antes de ser iniciada a sessão de HD (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007).

O enxerto arteriovenoso, de acordo com Smeltzer e Bare (2005), é outra opção de acesso para o tratamento de HD. O material da prótese pode ser de origem biológica, semibiológica ou sintética. É feita uma interposição subcutânea entre uma artéria e uma veia. Essa opção é aderida normalmente quando é contraindicada uma confecção de FAV.

Os pacientes com IRC dependentes de tratamento hemodialítico permanecem, em cada sessão, por aproximadamente quatro horas por dia, sendo realizadas três vezes por semana, exigindo que o paciente se desloque para a unidade de tratamento. Ao contrário dos outros tipos de terapêuticas, a máquina de hemodiálise não se pode ter em casa devido aos diversos fatores e cuidados citados anteriormente. O custo desse equipamento é altíssimo e depende do serviço de profissionais treinados para a realização correta da sessão (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Para se realizar a HD, é indispensável que se tenha o peso seco do paciente, para a determinação do volume a ser retirado por ultrafiltração (UF), pois como na maioria dos casos, o paciente vai possuir baixa diurese ou diurese zero, o líquido vai ficar retido no organismo e ocasiona aumento do peso; então, esse aumento deve ser retirado na sessão. Esse dado é calculado pelo médico por meio dos sinais clínicos de hidratação e PA. A partir do peso seco, da diurese residual e a quantidade da ingesta hídrica, o enfermeiro controla o balanço hídrico e avalia a hidratação dos pacientes (OLIVEIRA; MENDONÇA; SENA, 2007). O paciente é submetido à pesagem logo que chega ao centro de hemodiálise, o que chamamos de peso pré-sessão e determina a quantidade da UF a ser retirado durante a sessão, subtraindo o peso seco do paciente. Quando termina a sessão, o paciente é pesado novamente, ou seja, tem-se o peso pós-sessão, e é verificado o cumprimento da meta de UF (CLARKSON; BRENNER, 2007).

Devem-se saber quais as possíveis reações alérgicas o paciente pode apresentar, pois será, então, possível evitar a exposição ao agente causador. A avaliação da pele deve ser realizada em busca de escoriações ocasionadas pelo prurido urêmico, e outros achados clínicos, comuns em portadores de IRC.

Durante a sessão de HD, é administrada no paciente droga anticoagulante como a heparina, que mantém o sistema livre da formação de coágulos, prolonga a vida do filtro e minimiza o aparecimento de efeitos colaterais tornando a sessão tranquila (HOLANDA; SILVA, 2009).

Brasil (2000) ressalta que é obrigatória a realização mensal de exames laboratoriais pela unidade de diálise dos seus pacientes, a fim de garantir o acompanhamento da evolução do tratamento dialítico.

O paciente em tratamento não fica impedido de trabalhar, mas lida com limitações importantes. Muitas vezes, o tratamento ocasiona afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença e causa incapacidades físicas e emocionais, limita ou impede a realização de atividades diárias. Na maioria das vezes, esses pacientes possuem problemas financeiros, dificuldade para se manterem em empregos, diminuição da libido e até mesmo impotência e depressão, além do medo da morte; os mais jovens temem não poderem constituir uma família, casarem-se e terem filhos (SMELTZER; BARE, 2005).

Por isso, é fundamental que exista um bom relacionamento entre o paciente e a equipe multiprofissional de saúde dentro de um centro de hemodiálise, para que esse possa auxiliar o paciente numa maior aceitação da doença, com adesão ao tratamento, fazendo com que se sinta melhor para continuar a viver, percebendo suas limitações, mas vivendo uma vida diária dentro da normalidade estabelecida pela sociedade.

3.3 Sistematização da assistência de Enfermagem

A SAE é um modelo de sistematização pensado para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que isso seja realizado de forma individualizada por meio do processo de enfermagem (PE), bem como realizar uma aproximação da teoria com a prática. Para realizá-la, o enfermeiro tem que conhecer todo o PE, que, de acordo com as autoras Bittar, Pereira e Lemos (2006), é a base de sustentação da SAE.

Dell'Acqua e Miyadahira (2002) acreditam que o cuidado seja mais adequado quando o enfermeiro consegue perceber, por meio de sua experiência, de sua habilidade técnica e cognitiva, as reais demandas de cuidado e, assim, elabora propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas com as necessidades reais do paciente/cliente e família.

Entretanto, existe uma resistência por parte dos profissionais de enfermagem em sistematizar o atendimento dos pacientes devido a alguns pontos dificultadores como: as mudanças que eles terão que encarar, desinteresse de alguns membros da equipe de enfermagem e do próprio paciente em contribuir com a sistemática, deficiência de conhecimento e despreparo dos profissionais para lidar com esse método de trabalho (VARGAS; FRANÇA, 2007), além da sobrecarga e as precárias condições de trabalho sob a qual já atuam e o pouco reconhecimento social que possuem nas instituições de saúde e perante outras classes profissionais.

A SAE vem sendo implantada no Brasil desde a década de 70, quando Wanda de Aguiar Horta introduziu o processo de enfermagem, mas só foi aprovado pelo COFEN em 2002 (HERMIDA; ARAÚJO, 2006). Nos dias atuais, com a aprovação da resolução do COFEN nº 358/2009 que, em seu art. 1º, resolve que o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o trabalho do profissional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), ele tem se consolidado.

A SAE, quando aplicada de forma correta, como uma assistência metódica, sistemática e individualizada, permite uma melhor organização do trabalho e dos cuidados dispensados, proporciona a avaliação dos resultados e a modificação ou finalização de algumas intervenções (BACKES; SCHWARTZ, 2005). Na RDC COFEN - 272/2002, artigo 3º, afirma-se que, quando se elabora uma SAE, isso deve constar devidamente no prontuário do paciente, sendo descritas as suas etapas: o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da

assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

De acordo com Oliveira *et al.* (2008), a SAE busca desenvolver uma comunicação que efetiva as atividades do enfermeiro de assistir o paciente, promove subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações, priorizando o atendimento ao cliente.

O DE, como uma etapa da SAE, é feito através da avaliação cuidadosa dos dados; os sintomas podem ser fisiológicos, comportamentais, psicossociais ou espirituais. Vargas e França (2007) afirmam que, quando o enfermeiro não faz o diagnóstico de enfermagem, ele não vê o paciente como um todo, passando a simplificar os cuidados, sendo que os problemas talvez não sejam solucionados. Muitas vezes, prescreve cuidados que não possuem relação com as queixas encontradas.

Os diagnósticos podem ser classificados em: real, de promoção de saúde, de risco, de síndrome e de bem-estar. No diagnóstico real, são retratados os problemas existentes no presente, sendo carregado pelas características definidoras: “[...] é sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010, p. 436). O diagnóstico de risco revela o que poderá acontecer se outras medidas não forem tomadas; se vão existir os fatores de risco (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010). O DE é formado pelo enunciado diagnóstico, que seria o nome estabelecido, características definidoras, que são os indícios ou inferências observados e fatores relacionados – fatores que têm alguma relação com o diagnóstico encontrado (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010).

Em resumo, o DE fornece critérios mensuráveis para avaliação da assistência prestada, direciona o cuidado, facilita a pesquisa e o ensino, delimita as funções referentes à enfermagem, estimula o paciente a participar do seu tratamento e do plano terapêutico e contribui para a expansão de conhecimento do profissional de enfermagem.

A RDC 358/2009, em seu art. 2º, cláusula III, destaca que o planejamento da assistência consiste na priorização dos diagnósticos encontrados, sendo resolvidos os mais graves primeiramente, priorizando os problemas urgentes. Logo após, são resolvidos os problemas ou risco de problemas e, em seguida, os que podem ser planejados e atendidos futuramente sem causar dano algum para o paciente/cliente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A realização das prescrições de cuidado para os diagnósticos estabelecidos, de acordo com Smeltzer e Bare (2005), pode ser feita pelo paciente, família, outros membros da equipe de enfermagem ou até mesmo por outros membros da equipe de saúde, sendo que será o enfermeiro a

coordenar as atividades de todos os envolvidos na implementação, de modo que a agenda de atividades facilite a recuperação do paciente. Dessa forma, a implementação do cuidado tem por objetivo a resolução dos DE, dos problemas e o alcance dos resultados esperados. Essa fase termina quando foram completadas as prescrições de enfermagem. Na última etapa, denominada avaliação, serão determinadas as respostas do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os resultados foram alcançados. Avalia-se o que foi prescrito, conforme a RDC 358/2009, art. 2º, cláusula V, se foi aceito pelo paciente e funciona como se deve. Caso haja algum problema, o enfermeiro terá que rever a prescrição e alterar o que for necessário para o bem-estar do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Algumas dificuldades são encontradas na implementação da SAE; porém, essas só serão superadas após um trabalho constante e árduo (ANDRADE; VIEIRA, 2005). A implantação da SAE pode ser encontrada na literatura como parte de ações isoladas e pontuais que ganhou como aliada, para sua efetivação como instrumento do processo de trabalho em enfermagem, a busca pela qualidade das instituições por meio da Acreditação de Qualidade. A ONA em sua metodologia, cobra como requisito para avaliação e indicador de qualidade a implantação da SAE.

Nos serviços e setores de hemodiálise, a implantação da SAE ainda ocorre de forma incipiente, não sendo expressiva a sua discussão no cenário da literatura nacional. “*Entretanto, a maioria dos autores destaca que o PE, em especial o DE, tem uma função essencial para orientar o tratamento hemodialítico individual e assim atender as necessidades de cada cliente*” (HOLANDA; SILVA, 2009, p. 39).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi um estudo de caso qualitativo que, segundo Marconi e Lakatos (2007), permite realizar um levantamento de dados mais perspicaz de um determinado grupo ou caso por meio da observação; não consentem, porém, a multiplicidade de componentes. Seu cenário foi o Centro de Tratamento Renal (CTR) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado no município de Pará de Minas - MG.

O estudo foi autorizado pelo diretor do HNSC e do Coordenador do CTR. O sujeito da pesquisa era um senhor aposentado, portador de IRC em tratamento dialítico, que foi escolhido aleatoriamente dentre os pacientes indicados pelo coordenador do setor de HD, e que se enquadrava nos critérios de capacidade mental para responder às perguntas, disponibilidade e disposição de participar da pesquisa. Ele aceitou o convite para participar do estudo após serem expostos os

objetivos e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme solicitam os aspectos éticos vigentes na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada no prontuário do centro de hemodiálise, sendo que a entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita. Após leitura exaustiva dos dados coletados, baseando-se no registro da Taxonomia II da NANDA Internacional (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010) e em literaturas específicas, os dados foram analisados e foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, real e de risco.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

5.1 Entrevista

Trata-se de um paciente de cinquenta e nove anos, do sexo masculino, casado, pai de quatro filhos e avô de um neto. Foi-lhe solicitado que falasse de sua vida. Após o seu relato, foram selecionadas as seguintes falas consideradas relevantes para o entendimento do seu processo de saúde/doença e o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem:

“Comecei a fumar aos 14 anos, [...] hoje eu tô fumando muito pouco: 8 cigarros [...]”.

Bastos *et al.* (2004) associam o fumo como um fator para a progressão da doença renal, e tal hábito deveria ser desestimulado nos pacientes renais. Segundo eles, o fumo possui efeito vasoconstritor, tromboembólico e direto do endotélio vascular. O tabagismo, juntamente com a HAS e a doença vascular, ajuda no aumento da creatinina sérica em paciente com idade acima de 65 anos.

“[...] nunca deprimi, nunca tive depressão. É importante, porque a depressão, eu percebi que ela quis me pegar, mas também não era só isso. Eu falei: “Bom, eu estou anêmico”. A pessoa quando está anêmica, fica igual Jeca Tatu, não tem coragem pra fazer nada, e é nessa hora que periga a depressão entrar (...). Então, nessa hora, é perigoso até a depressão entrar na gente. As pessoas começam desanimar, a pensar coisas ruins”.

Trentini *et al.* (2005) afirmam que a vida das pessoas está susceptível a situações adversas, quando não enfrentam adequadamente o problema e isso pode levá-las à ansiedade e à depressão.

As situações favoráveis incluem a família, sabedoria, experiência, aposentadoria e a vida em si. O enfrentamento se focaliza na emoção e nos problemas. O enfrentamento focalizado na emoção caracteriza-se pelo sentimento de fé, pelo trabalho, pela busca de ajuda da família e de outras pessoas importantes, pela participação em grupos e pela situação de perda. Já o enfrentamento focalizado nos problemas representa a busca pelo atendimento médico e cuidado do corpo com o intuito de diminuir os problemas.

Para os mesmos autores, as doenças crônicas representam uma ameaça aos projetos de vida das pessoas, pois elas são forçadas a manter controle rigoroso da saúde; pessoas que possuem alguma doença crônica necessitam não só de intervenções tradicionais, como também de outros tipos de apoio.

Quando questionado a respeito das mudanças ocorridas devido à doença:

“Depois da doença, a vida mudou um pouco, os hábitos alimentares, né? Eu não facilito mais.”

De acordo com Pinto *et al.* (2009), uma avaliação nutricional individualizada em pacientes com IRC é de extrema importância; ela visa auxiliar o controle e prevenção das complicações da doença renal crônica.

Os mesmos autores afirmam ainda que se deve ter bastante cuidado ao ingerir proteínas, sódio, potássio e estar atento à ingesta hídrica. A proteína é controlada devido à ureia, ácido úrico e ácidos orgânicos acumularem rapidamente no sangue e terem dificuldade para sair do organismo. A proteína permitida deve ser de alto valor biológico, como produtos lácteos, ovos e carnes. A complementação alimentar com vitaminas é importante devido à alimentação restrita em proteínas não fornecer a quantidade de vitaminas necessárias para uma boa refeição. Além disso, o paciente em diálise perde muitas vitaminas no sangue durante o tratamento.

A quantidade de líquido permitida por dia é de 500 a 600 mililitros (ml) – maior que o débito urinário do dia anterior (SMELTZER; BARE, 2005).

“[...] A primeira punção que fez foi aqui, em Pará de Minas, quando eu transferi. Fez aqui. Só fez umas duas ou três vezes aqui, ela trombosou, deu uma trombose, acabou. Aí tive que fazer fistula, pôr cateter e fazer fistula, então foi horrível”.

Linardi *et al.* (2003) falam sobre os tipos de acesso vascular para tratamento hemodialítico, sendo classificado por eles como cateter de curta permanência, também conhecido como cateter de “Shiley” e utilizado com finalidade de promover um acesso vascular imediato em pacientes com

urgência dialítica ou durante o período de maturação do acesso definitivo. Os locais de inserção são veia jugular, subclávia ou femoral. O cateter de longa permanência ou “permcath” é inserido contra a abertura da pele – na maioria dos casos, em veia jugular interna direita.

E, por fim, a FAV, que por sua vez é classificada em FAV direta, realizada por meio de um ato cirúrgico, fazendo uma anastomose entre uma veia e uma artéria, próprias do paciente. Essas podem ser confeccionadas nas regiões distais, abaixo do cotovelo, e proximais, acima do cotovelo. Existe também a FAV com interposição de segmento de politetrafluoretileno expandido (PTFE). Essa FAV também é realizada por um ato cirúrgico, em que se interpõe o PTFE entre uma artéria e uma veia (LINARDI *et al.*, 2003).

Ainda temos a FAV com interposição de veia safena autógena. Esse é o atual acesso do paciente examinado, e, segundo Linardi *et al.* (2003) interpõe-se, por meio de um ato cirúrgico, o segmento de veia safena autógena entre uma veia e uma artéria. E ainda existem outros tipos de FAV que são confeccionadas em MMII, mas não são muito indicadas, apenas em casos de não se terem outras opções.

Moreira (2001) diz que as FAV para diálise estão sujeitas a complicações precoces como trombose e baixo fluxo, ou tardias, como infecção, trombose tardia, isquemia distal do membro, hipertensão venosa do membro e IC.

“No inicio, eu me assustei com a doença. Hoje, eu não vejo isso como um bicho de sete cabeças”.

Thomas e Alchieri (2005) afirmam que o diagnóstico e o tratamento hemodialítico levam o paciente a um progressivo e intenso desgaste emocional. Há, na maioria dos casos, dificuldade de adaptação, percebida logo no início do tratamento; trata-se de uma situação em que a ansiedade está presente durante todo o processo.

Sentimentos desde a alegria à tristeza fazem parte da alternância de respostas emocionais. O paciente pode chegar à depressão, caso não tenha apoio da família, amigos e dos profissionais de saúde.

Meireles, Goes e Dias (2004) citam os aspectos considerados negativos, segundo os pacientes, como sendo: convívio social prejudicado; limitação ou suspensão do trabalho; alterações fisiológicas; sentimentos de raiva, desesperança, negação, dependência da equipe de saúde e familiares, culpa e depressão; perda da família. Nos aspectos considerados positivos, encontram-se o fortalecimento de laços afetivos; sentimento de solidariedade e aceitação.

Percebe-se que não é fácil conviver e ter que aceitar uma doença crônica, visto que há muito mais fatores negativos que positivos.

Foi-lhe solicitado falar sobre sua expectativa de vida:

“[...] as pessoas ficam mais preocupadas com um transplante pra mim do que eu próprio [...]”.

Albuquerque, Lira e Lopes (2010) afirmam que o transplante renal é uma opção de tratamento para pacientes com IRC.

Segundo as mesmas, o doador para transplante renal pode ser de três tipos: doador cadáver, doador vivo relacionado (parente), sendo considerado doador vivo consanguíneo até o quarto grau, e doador vivo não relacionado (não parente). A Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001 autoriza o transplante entre cônjuges.

As vantagens de se fazer um transplante com doador vivo é que a realização é feita de forma mais rápida, possui menor morbidade por parte do receptor e melhor sobrevida do enxerto renal. Nas desvantagens está o risco para o doador, já que ele se encontra saudável, sem nenhum agravo, e o fator emocional para a doação.

A SBN, juntamente com a Sociedade Brasileira de Urologia, afirma que, no transplante renal com doador vivo não relacionado, deve ser especificado se o doador é cônjuge ou amigo. Em casos de amigos, deve haver a confirmação das intenções de doação puramente altruístas e as transações comerciais devem ser excluídas (NORONHA *et al.*, 2006).

A realização do transplante renal obedece à Lei Federal nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Nela, consta que o doador deve agir de forma espontânea e, havendo qualquer evidência de transação comercial, isso é inaceitável e passível de punições. Apesar de essa prática ocorrer em alguns países, a Sociedade Internacional de Transplantes se opõe radicalmente a ela. A Constituição Brasileira de 1988 também dispõe que o comércio de órgãos e tecidos do corpo humano é expressamente proibido. Consta ainda, na Lei nº 9.434/97, que o doador deve ser adulto, dando-se preferência para pessoas acima de 30 anos e com idade máxima de 70 anos. O doador não deve ter qualquer doença renal e deve ter a função renal normal, sendo avaliado por meio de exame de urina, creatinina e proteinúria 24 horas. A cirurgia só poderá ser realizada em estabelecimentos de saúde públicos ou privados e por equipes médico-cirúrgicas autorizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

A Lei nº 9.434/97 dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos para fins de transplante e tratamento. A Lei nº 10.211/01 dispõe que, na ausência de manifestação de vontade própria do paciente enquanto vivo, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que deverá ser obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção (BRASIL, 2001).

5.2 Entrevista clínica e exame físico

É importante notificar que só foram registrados aqui, assim como no exame físico, os aspectos alterados.

História da moléstia atual: *Paciente hígido até 2004, quando iniciou quadro de anasarca progressiva e espumúria, procurando atendimento médico.*

Os primeiros sintomas da IRC e a síndrome urêmica podem demorar anos para aparecer. Na fase inicial, quando os exames não são muito alterados, podem surgir manifestações como fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria ou edema. A IRC em fase mais avançada leva a alterações como anasarca, espumúria, alterações ósseas, alterações da acuidade mental e ritmo do sono, alterações da pressão intraocular, alterações cardíacas e hipertensão (MEIRELES; GOES; DIAS, 2004).

Na época, foi diagnosticada proteinúria (mais ou menos 1,8 g/dia) e feita biópsia renal que mostrou GESF (Glomeruloesclerose Segmentar Focal).

Moraes *et al.* (2007) afirmam que a GESF é uma doença renal caracterizada por síndrome nefrótica que pode afetar tanto adultos quanto crianças – na maioria das vezes, pessoas do sexo masculino. Quando não tratado corretamente, evolui para proteinúria, queda da filtração glomerular e progride para IRC.

Alguns fatores podem estar associados à GESF, segundo Dantas (2000), como GESF primária e secundária, drogas, nefropatia obstrutiva, preeclâmpsia, HIV, DM, envelhecimento, anemia falciforme, transplante renal, miscelânea, glomerulopatias, entre outros.

Segundo o mesmo autor, o transplante, como sendo um tratamento de escolha, não é muito aconselhado, devido ao quadro de GESF apresentar reincidiva, em até 50% dos casos, devido à recorrência da proteinúria que ocorre de forma precoce após o transplante, com perda do enxerto em até 80% dos casos.

História progressiva: *HAS diagnosticada na época do diagnóstico de GESF há seis anos. Tabagista há 45 anos, atualmente fuma aproximadamente oito cigarros por dia. Há relato de IAM há seis, com indicação de tratamento clínico. Realizou implante de prótese para realização de hemodiálise em membro superior esquerdo. Esta apresentou oclusão em 16/08/2008; foi realizado um implante*

de CDL em jugular direita em 18/08/2008, apresentando infecção no sítio do implante por duas vezes, tratado com Cefazolina[®], obtendo bom resultado. Tentativa de confecção de FAV em membro superior esquerdo em 04/09/2008, sem sucesso; feita nova tentativa em 18/09/2008, esta em membro superior direito, obtendo sucesso. O CDL foi retirado em 02/10/2008 e a diálise começou a ser feita na FAV.

Ferreira *et al.* (2005) afirmam que a utilização do CDL, também chamado de cateter venoso não tunelizado, trouxe bastantes benefícios como praticidade, rapidez na implantação, permite seu uso imediato, é indolor durante a sessão de hemodiálise, produz baixa resistência venosa, sua retirada é rápida e fácil. Portanto, o baixo fluxo sanguíneo e a ineficiência da hemodiálise estão associados ao mau posicionamento do CDL ou ao déficit de circulação central. Outros agravos podem ocorrer, como infecção e trombose.

A infecção corresponde a 20% dos casos de todas as complicações de acesso vascular. Sua incidência é alta e grave; logo que detectada, deve-se retirar o acesso imediatamente (FERREIRA *et al.*, 2005). Realiza-se coleta de hemocultura e ponta do cateter.

Em 11/02/2009 paciente apresentou grande hematoma em FAV, para o que foi implantado, novamente, CDL em jugular esquerda, sendo retirado em 17/02/2009, quando já voltaram a puncionar a FAV.

História de hábitos e psicossocial: *Possui horários para se alimentar, mas tem que restringir algumas coisas para que sua qualidade de vida não seja afetada, como certo tipo de alimentos que contém substâncias em excesso que vão alterar seus exames e o seu bem-estar. Etilista social.*

Ribeiro (2005) afirma que a dieta deverá ser pobre em potássio, pois o consumo excessivo dessa substância causa arritmias cardíacas. O consumo de água deve ser controlado, a ingestão de sódio deve ser limitada, a concentração de fosfato no sangue é balanceada devido à restrição de fósforo que deve ser feita ao evitar o consumo de alguns tipos de alimentos, principalmente os ricos em proteínas.

Diurese residual de 600 ml/dia.

Exame físico: *Paciente em bom estado geral, sendo que o exame físico foi realizado dentro das normas semiológicas e aqui descritas. As alterações pertinentes ao estudo foram: cicatriz em membro superior direito (MSD) devido à fistula arteriovenosa com bom frêmito; apresenta-se angustiado; pavilhões auriculares com presença de cerume; lábios ressecados; presença de prótese dentária superior e inferior, língua saburrosa, papilas superficiais presentes, hálito urêmico.*

A ureia é encontrada em alimentos como os de origem animal, carne e ovos, onde são encontradas muitas proteínas que ficam acumuladas no sangue, provocando alterações em vários órgãos. O acúmulo de substâncias tóxicas afeta o trato digestivo e causa perda do apetite, náusea, vômito, estomatite e um sabor desagradável na boca. Pacientes com IRC, normalmente, apresentam sangramento e úlceras intestinais. Além disso, muitas dessas substâncias se volatilizam e são eliminadas pela via pulmonar; assim, o odor de amônia, ureia ou urina no hálito pode sugerir uma uremia ou falência renal (VIEIRA; FALCÃO, 2007).

Cicatriz devido à inserção de CDL há algum tempo no tórax; presença de sibilos em base esquerda, murmúrio vesicular diminuído, tosse seca.

Sibilos são sons respiratórios patológicos e são auscultados durante a respiração quando ocorre obstrução traqueal ou de vias aéreas, e em casos de broncoespasmos e edemas. Já os murmúrios vesiculares são auscultados em pessoas híidas – o som que se parece com o sopro de um canudo se mistura com outros sons produzidos no tórax e coração. É melhor auscultado na inspiração. Existem variações de sons dependendo da área. Esses podem aumentar, diminuir ou estarem ausentes em casos patológicos. Por isso, é importante que se ausculte todas as áreas, sendo mais audíveis nas bases (FARO; KIRCHENCHTEJN, 2006).

Segundo informação do cliente (SIC), possui peso interdialítico entre um e três quilos, com diurese residual aproximadamente de 600 ml/dia. Queixa-se um pouco de fraqueza, desconforto e dor na coluna, presença de edemas (+/++++) e varizes em membros inferiores (MMII).

Pitta, Santos e Fonseca (2003) acreditam que as varizes se caracterizam por tortuosidades, alongamento e aumento do diâmetro das veias dos MMII e acometem cerca de 37,9% da população geral. Dentre essas pessoas, 30% são do sexto masculino e 45% do sexo feminino.

Revelam ainda que existam as varizes primárias, que têm como etiologia alteração na parede da veia com modificação na estrutura do colágeno e/ou elastina; incompetência valvar localizada ou segmentar e FAV ao nível da microcirculação. E ainda existem as varizes secundárias, que são causadas, na maioria dos casos, por síndrome pós-flebítica, gravidez, FAV traumática, angi displasia e compressões extrínsecas.

Coelho (2004) diz que edema é o acúmulo de líquido no interstício. O aparecimento acontece pelas alterações na homeostase do sódio e H₂O. Isso se dá quando vai ocorrer o

desencadeamento de alguma patologia. Os edemas podem ser cardíacos, renais, cirróticos ou nutricionais.

São várias as medidas terapêuticas para a redução do edema de membros inferiores. De acordo com Perez (2003), a elevação dos membros é um processo simples e eficaz, pois diminui a ação da gravidade e produz uma redução de volume. Massagem manual, tratamento das lesões da pele, enfaixamento compressivo e exercícios isométricos também ajudam a tratá-lo. Ainda existe a compressão pneumática, em que são usadas meias ou luvas de alta compressão.

Além destas medidas terapêuticas, existem ainda tratamentos por meio de medicamentos diuréticos – estes devem ser prescritos pelo médico.

*Ao exame laboratorial: Ureia Pré= 103,00 mg/dl; Hm= 3,18 milhões/mm³; Hb= 10,1 g/dl; Ht= 31,0%; Creatinina= 9,10 mg/dl.
IMC= 18,40 (baixo peso)*

Conforme referências laboratoriais citadas pelo Instituto Hermes Pardini (2004/2005), os valores de referência para pacientes em diálise do sexo masculino são: Ureia Pré de 10 a 40 mg/dl, as Hm devem estar entre 4,5 a 5,9 milhões/mm³, Hb entre 13,5 a 17,5 g/dl, Ht de 41 a 53% e Creatinina entre 0,7 a 1,2 mg/dl.

5.4 Diagnósticos de Enfermagem

Com a intenção de alcançar os objetivos do estudo, foram construídos os diagnósticos de enfermagem baseados nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009/2011 (2010), expostos na seguinte ordem: reais e de risco. As características de cada um deles são listadas a seguir.

5.4.1 Reais

- a) Autocontrole ineficaz da saúde relacionado à complexidade do regime terapêutico evidenciado por falha em incluir regimes de tratamento à vida diária;
- b) Volume de líquidos excessivo relacionado aos mecanismos regulador comprometido evidenciado por edema, eletrólitos alterados, ganho de peso em um curto período, hematócrito diminuído, hemoglobina diminuída, ingestão maior que o débito, mudanças na pressão arterial e azotemia;

- c) Estilo de vida sedentário relacionado à falta de treino para fazer o exercício físico, evidenciado por demonstrar falta de condicionamento físico;
- d) Fadiga relacionada a estado de doença e anemia evidenciada por aumento das queixas físicas, cansaço, incapacidade de manter nível habitual de atividade física;
- e) Intolerância à atividade relacionada a estilo de vida sedentário, evidenciado por dispneia aos esforços;
- f) Memória prejudicada relacionada à anemia e desequilíbrio hídrico e eletrolítico evidenciado por experiências de esquecimento;
- g) Ansiedade relacionada à morte relacionada à antecipação do impacto da própria morte sobre os outros e experiência de quase-morte, evidenciada por preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre as pessoas significativas e relatos de preocupação com sobrecarga de trabalho do cuidador;
- h) Comportamento de saúde propenso a risco relacionado ao tabagismo evidenciado por não conseguir alcançar uma completa sensação de controle;
- i) Integridade da pele prejudicada relacionado a mudanças no estado hídrico, fatores mecânicos evidenciados por rompimento da superfície da pele por agulhas;
- j) Mucosa oral prejudicada relacionada a irritantes químicos (tabaco) evidenciados por halitose e língua saburrosa.

5.4.2 De risco

- a) Risco de trauma vascular relacionado à duração do tempo de inserção, calibre do cateter e velocidade de infusão;
- b) Risco de contaminação relacionado à contaminação química da água e de alimentos, tabagismo e doenças preexistentes;
- c) Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desequilíbrio hídrico e disfunção renal;
- d) Risco de confusão aguda relacionado a anormalidades metabólicas (azotemia, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, desnutrição, hemoglobina diminuída, ureia e creatinina aumentadas);
- e) Risco de síndrome do estresse por mudança relacionada ao estado de saúde diminuída;
- f) Risco de pesar complicado relacionado à morte de pessoa significativa;
- g) Risco de sofrimento espiritual relacionado à doença crônica;
- h) Risco de infecção relacionado à doença crônica, procedimentos invasivos;

- i) Risco de perfusão renal ineficaz relacionado à hipertensão, tabagismo e idade avançada;
- j) Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz relacionado a tabagismo, insuficiência renal e infarto do miocárdio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi realizado com um paciente do sexo masculino, portador de IRC, em tratamento hemodialítico três vezes por semana no centro de hemodiálise de Pará de Minas. Após a análise dos dados coletados, foi possível estabelecer 10 Diagnósticos Reais e 10 Diagnósticos de Risco, com base nos problemas de saúde e situações analisadas. Cabe ressaltar que alguns diagnósticos podem ser considerados passíveis de reprodução para pacientes da mesma patologia crônica, principalmente os de Risco.

A importância do estudo dos diagnósticos de enfermagem se deve ao fato de consistirem num instrumento útil ao planejamento das intervenções e contribuírem para o desenvolvimento da profissão, para um melhor relacionamento com o paciente. Espera-se que muitos profissionais de enfermagem possam refletir quanto à importância da aplicação da SAE como um instrumento metodológico e sistemático para a melhoria do padrão da assistência oferecida, e que isso não fique somente na reflexão, mas possa abrir caminhos para empregarem-na na prática.

A IRC, enquanto doença cronicadora e insidiosa, compromete mais do que as funções vitais, debilita e impõe restrições físicas e psicológicas ao exigir um esforço muito grande dos pacientes para tolerarem e adaptarem-se às mudanças de vida e gradual perda de sua qualidade. Para o paciente, essa doença constitui a perda da função renal e leva ao aumento de toxinas e H₂O no organismo. É, então, necessário iniciar um tratamento que substitua a função dos rins. Dentre os tratamentos, a mais utilizada é a HD, em que o sangue sai do corpo através de uma agulha puncionada em uma FAV ou por um CDL, passa por uma máquina onde o capilar ali existente fará o papel do rim e, depois, o sangue retorna para o corpo do paciente. Existem ainda CAPD, DPI, DPA e transplante.

A cada dia, aumenta o número de pessoas com IRC no Brasil. Isso é um fator preocupante, já que os centros de tratamentos disponíveis não estão crescendo na mesma proporção. Estima-se que existam mais pacientes em tratamento conservador aguardando uma vaga de hemodiálise do que pacientes já em tratamento. Ressalta-se ainda que a fila para transplantes renais também tem aumentado consideravelmente .

O portador de IRC necessita de um bom relacionamento com a equipe de enfermagem e de cuidados especiais pré, trans e pós-hemodiálise, para que possa ter uma melhor qualidade de vida e um bom resultado em seu tratamento.

É importante destacar que não foi pretensão do estudo esgotar o assunto, mas sim contribuir para a atividade educativa dos enfermeiros na busca de uma melhor compreensão do paciente renal crônico e, conseqüentemente, de um processo de ensino-aprendizagem que permita o desenvolvimento de uma consciência crítica dos profissionais diante desses pacientes, criando condições para uma intervenção transformadora, com vistas à melhoria da qualidade de vida de todos os dependentes da terapêutica dialítica.

REFERENCIAS

AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp / Escola Paulista de Medicina: nefrologia**. São Paulo: Manole, 2002.

ALBUQUERQUE, Jaqueline G.; LIRA, Ana L. B. de C.; LOPES, Marcos V. de O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 01, p. 98-103, jan./fev., 2010.

ANDRADE, Joseilze S.; VIEIRA, Maria J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 03, p. 261-265, maio/jun. 2005.

BACKES, Dirce S.; SCHWARTZ, Eda. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 04, n. 02, p. 182-188, maio/ago. 2005.

BASTOS, Marcus G. *et al.* Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 23, n. 04, p. 202-215, dez. 2004.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA; LÍlian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 04, p. 617-628, out./dez., 2006.

BRASIL. Conversão da MPv n. 2.083-32, de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento”. **Diário Oficial**, Brasília, mar. 2001.

_____. Decreto n. 2.268, de 30 de jun. de 1997. Regulamenta a Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, jun. 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 82/GM em de 03 de janeiro de 2000**. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BUCHARLES, Sérgio G. E.; PECOITS-FILHO, Roberto. Doença renal crônica: mecanismos da progressão e abordagem terapêutica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Curitiba, v. 31, n. 01, supl. 1, p. 6-12, mar. 2009.

CLARKSON, Michael R.; BRENNER, Barry M. **O rim: referência rápida**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

COELHO, Eduardo B. Mecanismos de formação de edemas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 3/4, p. 189-198, jul./dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 272/2002**.

_____. **Resolução nº 358/2009**. Art. 1º e 2º.

DANTAS, Márcio. Glomerulosclerose segmentar e focal em pacientes adultos. **Revista Virtual de Medicina**. v. 01, n. 02, abr./mai./jun., 2000.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DELL'ACQUA, Magda C. Q.; MIYADAHIRA, Ana M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 02, p. 185-191, mar./abr., 2002.

DURÃO JUNIOR, Marcelino D. *et al.* Insuficiência renal aguda. In: PRADO, Felício C.; RAMOS, Jairo; VALLE, José R. **Atualização terapêutica**. 20. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

FARO, Sérgio; KIRCHENCHTEJN, Ciro. Anamnese e exame físico. In: NERY, Luiz E.; FERNANDES, Ana L. G.; PERFEITO, João A. J. **Guias de medicina ambulatorial e Hospitalar Unifesp / Escola Paulista de Medicina: pneumologia**, São Paulo: Manole, 2006.

FERREIRA, Viviane *et al.* Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para hemodiálise. **Rev. Panam. Infectol.**, São Paulo, v. 07, n. 02, p. 16-21, 2005.

HERMIDA, Patrícia, M. V.; ARAÚJO, Izilda E. M. Sistematização da assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 05, p. 675-679, set./out. 2006.

HOLANDA, Rose H.; SILVA, Viviane M. Diagnóstico de Enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 10, n. 02, p. 37-44, abr./jun. 2009.

INSTITUTO HERMES PARDINI. **Manual de exames**. Belo Horizonte, 2004/2005.

LINARDI, Fábio *et al.* Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. **Rev. Col. Bras. Cir.**, São Paulo, v. 30, n. 03, p. 183-193, maio/jun. 2003.

LUGON, Jocemir R. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 01, supl. 01, p. 2-5, mar. 2009.

MADALOZZO, Josiane Cristine Bachmann; MIYOSHI, Edmar, RODRIGUES FILHO, Nelson José; RIBAS, João Luiz Coelho, HOLK, Ingrid Helen. Acompanhamento farmacêutico de pacientes insuficientes renais que realizam hemodiálise na NEFROMED. **Revista Conexão UEPG**. Ponta Grossa, v. 02, n. 01, p. 29-33. 2007.

MARCONI, Marina A., LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEIRELES, Viviani C.; GOES, Herbert L. de F.; DIAS, Terezinha A. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 03, n. 02, p. 169-178, maio/ago. 2004.

MORAES, Mara C. *et al.* Plasmaférese como tratamento de Glomeruloesclerose Segmentar Focal (GESF) recorrente após transplante renal: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 02, p. 193-197, abr./jun. 2007.

MOREIRA, Ricardo C. R. Fístula Arteriovenosa para Diálise: algumas lições aprendidas ao longo de 1.200 operações. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**. v. 06, n. 04, p. 206-211, 2001.

NORONHA, Irene de L. *et al.* Transplante renal: doador e receptor. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, p. 1-17, jun. 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

OLIVEIRA, Missilene P.; FERRARI, Douglas. Formas de tratamento ao portador de insuficiência renal crônica. **Revista Intensiva**, São Paulo, n. 24, p. 24-28, fev./mar. 2010.

OLIVEIRA, Sandra M. de *et al.* Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 169-173, 2008.

OLIVEIRA, Thatiane L.; MENDONÇA, José M. G.; SENA, Roseni R. Insuficiência renal crônica e gestação: desejos e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 03, p. 258-264, jul./set. 2007.

PEDROSO, Ênio P.; OLIVEIRA, Reynaldo G. **Clínica médica**: medicamentos e rotinas médicas. Belo Horizonte: Blackbook, 2007.

PEREZ, Maria D. C. J. Tratamento clínico do linfodema. In: PITTA, Guilherme B. B.; CASTRO, Aldemar A.; BURIHAN, Emil. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. 4. ed. Maceió: UNCISAL/ECMAL, 2003. cap. 38.

PINTO, Denise et. al. Associação entre ingestão energética, protéica e de fósforo em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 04, p. 269-276, out./dez., 2009.

PITTA, Guilherme B. B.; SANTOS, Adriano D. dos; FONSECA, Franklin P. Varizes dos membros inferiores. In: PITTA, Guilherme B. B.; CASTRO, Aldemar A.; BURIHAN, Emil. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. 4. ed. Maceió: UNCISAL/ECMAL, 2003. cap. 22.

RIBEIRO, Aline P. de L. **Insuficiência renal: seminário**. São Paulo, 2005.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 21 n. spe., 2008.

SALLES Adriana L.; LOPES, Marcos V. O. Indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem relacionados ao estado nutricional. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 09, n. 02, p. 73-81, abr./jun. 2008.

SILVA, Hiarlene G.; SILVA, Maria J. Motivações do paciente renal para escolha à diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiás, v. 05, n. 01, p. 10-14, 2003.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 1.

SOUZA, Emilia F.; MARTINO, Milva M.F.; LOPES, Maria H.B.M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 04, p. 629-635, 2007.

THOMAS, Caroline V.; ALCHIERI, João C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 04, n. 01, p. 57-64, 2005.

TRENTINI, Mercedes *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 01, p. 38-45, jan./fev. 2005.

VARGAS, Rosimeire da S.; FRANÇA, Fabiana C. de V. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 03. p. 348-352, maio/jun. 2007.

VIEIRA, Celi; FALCÃO, Denise. Halitose: diretrizes para o diagnóstico e plano de tratamento. In: BRUNETTI, Maria C.; FERNANDES, Marilene I.; MORAES, Rodrigo G. B. de. **Fundamentos de periodontia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. cap. 21, p. 14.

ZAWADA JR., Edward T. Início da diálise. In: DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 1, p. 3.