

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ROSANA PORTO MATIAS

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO
PACIENTE COM INTERCORRÊNCIAS INTERDIALÍTICAS**

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.

ROSANA PORTO MATIAS

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO
PACIENTE COM INTERCORRÊNCIAS INTERDIALÍTICAS**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof^a. Esp. Luciana Rosa

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.

À minha família que acreditou na minha capacidade de chegar até aqui. Ao meu esposo que teve paciência em ficar sem minha companhia nas horas em que estudava, e por encontrar-se presente nas minhas horas difíceis.

Rosana

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha existência, coragem e persistência. À minha família, pois sempre me apoiou, incentivando a prosseguir nos momentos difíceis.

À minha orientadora Luciana Rosa por sua atenção, paciência e dedicação, que demonstrou durante todo o tempo de preparação para chegar até aqui. E, finalmente, a todos os professores que convivi durante esta caminhada e ainda àqueles que torcem por mim. Muito obrigada.

Rosana

RESUMO

Esta pesquisa justifica-se no atendimento ao paciente acometido de intercorrências interdialíticas, considerando as intercorrências um dos principais motivos que levam os pacientes a se preocuparem com o tratamento hemodialítico, principalmente no início. Para tanto, se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem nas intercorrências interdialíticas em uma clínica de hemodiálise fundamentada em Wanda de Aguiar Horta? Nosso objetivo geral foi desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem ao paciente com intercorrências interdialíticas em uma clínica de hemodiálise fundamentada em Wanda de Aguiar Horta. Para alcançar determinado conhecimento, utilizou-se a pesquisa de tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. Foram realizadas 5 consultas de enfermagem em pacientes que tiveram intercorrências interdialíticas na clínica de nefrologia. Para tanto, respeitou-se os aspectos éticos em conformidade com a resolução 196 de 1996. Constatou-se que as intercorrências ocorridas são principalmente câimbras, cefaléia, enjôos, hipertensão e hipotensão, câimbras, e que ainda falta muita conscientização por parte de alguns pacientes, para realizarem as orientações que a enfermeira faz a eles, com isso deixando de realizar as orientações, o risco de alguma intercorrência é muito mais elevado.

Palavras-chave: Intercorrências Interdialíticas. Hemodiálise.

ABSTRACT

This research is justified for the patient afflicted with interdialytic complications, considering the complications of the main reasons that lead patients to be scared of hemodialysis, especially at first. Thus, it listed the following guiding question: what strategies can be developed to describe nursing care in the interdialytic complications of hemodialysis at a clinic based on Wanda de Aguiar Horta? Our overall objective was to develop and implement a proposal of nursing care practice for patients with interdialytic complications in a hemodialysis clinic based on Wanda de Aguiar Horta. To achieve certain knowledge, used the case study research with a qualitative approach. There were 5 patients in nursing consultations that had interdialytic complications in clinical nephrology. To do so, it respected the ethical aspects in accordance with resolution 196 of 1996. It was found that the complications are mostly occurring, cramps, headache, dizziness, high and low pressure, leg pain, and that there is still some awareness on the part of some patients to carry out the directions in which the nurse makes them, with leaving it to carry out the guidelines, the risk of any complication occurs is much higher.

Keywords: Complications interdialytic. Hemodialysis.

LISTA DE SIGLAS

DRC- Doença Renal Crônica

DRET- doença Renal em Fase Terminal

GER- Gasto Energético de Repouso

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC- Insuficiência Renal Crônica

SC- Santa Catarina

SUMÁRIO

1 TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Renais crônicos.....	10
2.2 Anatomia do sistema urinário.....	11
2.3 Fisiologia do renal	14
2.4 Insuficiência renal crônica.....	17
2.5 Hemodiálise.....	19
2.6 Intercorrências interdialíticas.....	21
2.7 Assistência de enfermagem.....	22
3 REFERENCIAL TEORICO.....	23
3.1 Teoria de enfermagem das necessidades humanas básicas.....	23
4 METODOLÓGIA.....	27
4.1 Abordagem metodológica.....	27
4.2 Tipo de pesquisa.....	28
4.3 Local do estudo.....	28
4.4 Participantes.....	28
4.5 Desenvolvimento da pratica assistencial.....	28
4.6 Aspectos éticos.....	30
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	30
5.1 Caracterização do campo de estagio.....	30
5.1.1 Estrutura física.....	31
5.2 Termo 1 Relato das atividades desenvolvidas.....	32
5.3 Tema Avaliação da Pratica Assistencial.....	36
6 Considerações Finais.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE A – Ofício de encaminhamento.....	44
APÊNDICE B – Protocolo de consulta de enfermagem segundo Wanda de Aguiar Horta	45
APÊNDICE C–Avaliação da prática assistencial segundo olhar do enfermeiro.....	47
ANEXOS.....	48
ANEXO 1 – Termo do consentimento livre e esclarecido.....	49

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Mudanças no estilo de vida, um ambiente tranquilo e livre de tensões são fundamentais para uma boa qualidade de vida de pacientes que sofrem com a doença renal crônica cujo tratamento produz inúmeras intercorrências. Fato este que me fez eleger como tema deste trabalho.

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida. (MARTINS, 2005, p. 4).

Para Souza e Mozachi (2005), a insuficiência renal crônica além de ocasionar, aos pacientes, disfunções em seu organismo, ocasiona também mudanças em sua vida, devido ao fato de que o tratamento ser realizado de maneira diferenciada de outras patologias. Neste tratamento, o paciente tem que estar disponível três vezes por semana, para as seções de hemodiálise. Isso, se tudo transcorrer bem e não houver nenhuma alteração.

Quando um cliente recebe o diagnóstico de doença renal crônica deve se preparar para as mudanças que ocorrerão em sua vida, pois se trata de uma doença crônica em que as opções de tratamento são demoradas e cansativas, como por exemplo, a hemodiálise, a diálise peritoneal, e o possível transplante renal. Apesar do tratamento, o paciente renal crônico sofrerá alterações em seus hábitos diários como alimentação, lazer, horário de trabalho. Este controle rigoroso pode trazer ao cliente problemas psicológicos e sociais.

Uma das formas de tratamento da insuficiência renal crônica é a hemodiálise. Para Diepenbrock (2005, p.248)

Hemodiálise é uma técnica extracorporeal que se utiliza para remover as escórias metabólicas ou substâncias tóxicas da circulação sistêmica, por meio de uma fístula, um enxerto ou um shunt. Fístula é anastomose entre uma artéria e uma veia. Enxerto é interligação de uma artéria e uma veia por meio de um enxerto venoso autólogo ou um enxerto bovino. Shunt é uma conexão entre uma artéria e uma veia por meio de um conector de Teflon ou silicone.

Compreende-se que o tratamento disponível ao paciente dialítico mais eficaz ainda é a hemodiálise, porém tal tratamento provoca desgastes e inúmeras intercorrências.

Para tanto, elencou-se como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem nas intercorrências interdialíticas em uma clínica de hemodiálise fundamentada em Wanda de Aguiar Horta?

Para que pudesse responder a questão norteadora traçou-se como Objetivo Geral: desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem ao paciente com intercorrências interdialíticas em uma clínica de hemodiálise fundamentada em Wanda de Aguiar Horta. Em relação aos objetivos específicos, pontuou-se: realizar um levantamento dos pacientes com intercorrências interdialíticas na clínica de hemodiálise; identificar as ações desenvolvidas pelo setor voltadas ao cuidado com o paciente com intercorrências interdialíticas; focalizando as ações desenvolvidas pela enfermagem; identificar a adesão dos pacientes às atividades desenvolvidas pelo setor de hemodiálise; desenvolver estratégias para a assistência de enfermagem ao grupo de pacientes participantes da prática assistencial; elaborar um protocolo para consulta de enfermagem ao paciente com base na Teoria de Wanda de Aguiar Horta; aplicar a consulta de Enfermagem desenvolvida ao grupo de pacientes participantes da prática assistencial; avaliar a proposta desenvolvida segundo o olhar do enfermeiro e dos pacientes participantes da prática assistencial.

Para que se pudesse apresentar o estudo de forma mais organizada propôs-se: **Capítulo 1** – Contextualização, em que se apresentam a justificativa, questão norteadora, objetivo geral e objetivos específicos. **Capítulo 2** – Revisão de literatura: neste capítulo estão explanados os conteúdos que dão subsídio teórico referentes ao conceito de renais crônicos, anatomia do sistema urinário, fisiologia do renal, insuficiência renal crônica, hemodiálise, intercorrência interdialíticas e assistência de enfermagem. **Capítulo 3** – Referencial Teórico. **Capítulo 4** - Metodologia: são apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos. **Capítulo 5** – Apresentação e discussão dos resultados: utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2002). **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Renais crônicos

Segundo Potter e Perry (2001, p.1179), a eliminação normal dos resíduos urinários é uma função básica que muitas pessoas não valorizam. Quando o sistema urinário falha em funcionar adequadamente, quase todos os sistemas orgânicos são afetados mais adiante. Os clientes com alteração na eliminação urinária também podem sofrer emocionalmente por alterações da imagem corporal. A enfermeira deve apresentar compreensão e sensibilidade para as necessidades dos clientes.

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se pela diminuição progressiva da função dos rins e, por sua característica de cronicidade, acarreta limitações físicas, sociais, e emocionais, que interferem de modo significativo na qualidade de vida de portadores de DRC. Desse modo, é fundamental a implementação de intervenções nos pacientes em tratamento conservador, com vista a obtenção de melhor preparo por parte deles, para iniciar o tratamento com terapia renal substitutiva.(SANTOS, 2008, p. 1).

De acordo com Tortora (2003), a doença renal causa uma diminuição ou paralisação dos glomerulos. A insuficiência renal aguda (IRA), os rins param de funcionar, totalmente ou em parte.

A insuficiência renal causa edema por retenção de sal e água; acidose por incapacidade dos rins em excretar substâncias ácidas; níveis aumentados de uréia devido à excreção renal diminuída de metabólitos; níveis elevados de potássio, que podem levar à parada cardíaca, anemia, pois os rins não produzem mais o fator eritropoético renal requerido para a produção de hemácias; e osteomalácia, pois os rins não são mais capazes de converter a vitamina D em sua forma ativa para a absorção de cálcio pelo intestino delgado.(TORTORA, 2003; p.504).

A incidência de insuficiência renal crônica aumentou em quase 8% ao ano, nos últimos cinco anos, aproximadamente 300.000 pacientes em tratamento nos Estados Unidos. (USRDS et al. 2001).

A insuficiência renal crônica, ou DRET, é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter os

equilíbrios metabólico e hidroeletrolítico, resultando em uremia ou azotemia (retenção de uréia e outros resíduos nitrogenados no sangue). Brunner e Suddarth (2006, p. 1403).

A insuficiência renal crônica é responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Sua incidência aumenta a cada ano no Brasil e em todo o mundo.

A taxa de declínio da função renal e a progressão da insuficiência renal crônica relacionam-se com o distúrbio subjacente, excreção urinária de proteína e presença de hipertensão. A doença tende a progredir com maior rapidez nos pacientes que excretam quantidades significativas de proteína ou apresentam pressão arterial elevada que naqueles sem essas condições. (Brunner e Suddarth, 2006, p. 1403).

A insuficiência renal crônica está se tornando uma epidemia global, devido ao aumento de doenças que desencadeia a insuficiência, e ao aumento da expectativa de vida. No Brasil deveria existir uma parceria entre a Instituição Sociedade Brasileira de Nefrologia e o Programa Saúde da Família, facilitando assim, o acesso dos profissionais de saúde ao paciente, prevenindo novos casos de insuficiência renal crônica. Descrever-se-á adiante as estruturas renais, em seguida constará uma análise das doenças que dela derivam.

2.2 Anatomia do sistema urinário

Segundo Brunner e Suddarth (2006, p. 1323), “O sistema urinário compreende os rins, ureter, bexiga e uretra.” Os rins são órgãos pareados, vermelho-acastanhado, localizando-se em ambos os lados da coluna vertebral, posteriores do peritônio e contra os músculos profundos do dorso, estendendo-se da décima segunda vértebra torácica até a terceira vértebra lombar. Cada rim mede aproximadamente 12 cm por 7 cm e pesa 120g a 150g, sendo coberto por uma cápsula fibromuscular, fina, brilhante, que se desloca facilmente em um rim normal, o que não ocorre em um rim doente.

Os rins são órgãos pares localizados na parede posterior do abdome, atrás do peritônio, em ambos os lados da coluna vertebral. O lado medial de ambos rins contém uma incisura através do qual passam a artéria e a veia renais, nervos e a pelve. Se um rim fosse cortado ao meio, duas regiões seriam evidentes: uma região mais externa chamada de córtex e uma mais interna chamada de medula. (LEVY, KOEPPEN, STANTON, 2006, p.498).

Segundo Brunner e Suddarth (2006), o rim consiste em duas regiões distintas: o parênquima e a pelve renal. O parênquima renal é dividido em córtex e medula. O córtex contém os glomérulos, os túbulos distais e proximais, e os ductos coletores corticais e seus capilares peritubulares adjacentes. As pirâmides estão na medula, o rim contém de 8 a 18 pirâmides que desembocam em 4 a 13 cálices menores que por sua vez drenam para dentro de 2 a 3 cálices maiores que se abrem para dentro da pelve.

O rim é formado por unidades denominadas néfrons, que remove os produtos de excreção presentes no sangue e regulam a concentração de água e eletrólitos dos líquidos corporais. O sangue dos néfrons provem da artéria rena, a qual se ramifica em artérias menores, terminando em arteríolas aferentes que irrigam os néfrons. A arteríola aferente da origem a um novelo de vasos sanguíneos, o glomérulo, no qual se forma a urina. Os capilares dos glomérulos permitem a filtração da água, glicose, aminoácidos, uréia, ácido úrico, creatinina, creatina e os principais eletrólitos. A proteína é uma das substâncias que normalmente não é filtrada do sangue através dos glomérulos. Esta pressão se mantém relativamente constante porque os rins são capazes de se adaptar às variações da pressão arterial. Em condições normais, os néfrons de cada rim filtram diariamente 180 litros de sangue(cerca de 21% do débito cardíaco). O ritmo de filtração renal normal é de 125ml por minuto. (POTTER E PERRY, 2005, p.717).

A pelve é a porção côncava do rim através da qual a artéria renal entra e a veia renal sai, a artéria renal se divide em vasos menores e forma arteríolas aferentes que se ramificam e formam os glomérulos, o sangue deixa os glomérulos através da arteríola eferente e flui de volta para a veia cava inferior através de uma rede de capilares e veias. Brunner e Suddarth (2006).

Um néfron consiste em duas porções: um corpúsculo renal (corpus=corpo; de =pequeno) onde o plasma sanguíneo é filtrado, e um túbulo renal no qual o filtrado passa. Os corpúsculos renais estão todos no córtex renal. Cada corpúsculo tem duas partes- o glomérulo (rede capilar) e a cápsula glomerular (de Bowman), um copo epitelial de parede dupla que circunda o glomérulo. Sua distribuição é analógaa um punho cerrado (glomérulo) protraindo-se em um balão flácido(cápsula glomerular) até que o punho fique coberto por duas camadas do balão, com um espaço entre elas. As células que compõem a parede interna da cápsula glomerular aderem intimamente as células endoteliais dos capilares do glomérulo. (TORTORA, 2003, p.489).

De acordo com Diepenbrock (2005), o néfron tem diversas funções como a formação do ultrafiltrado, que contém água, glicose, aminoácidos, Na⁺, CL⁻, HCO₃⁻, K⁺, uréia, ácido úrico, creatinina e outros solutos pequenos nas mesmas concentrações do plasma sanguíneo. Existem moléculas maiores que não atravessam esta membrana como as hemácias,

leucócitos, plaquetas, solutos maiores e proteínas plasmáticas, isto acontece no glomerolo. Ocorrem no túbulo proximal, túbulo distal e ducto coletor, reabsorção e secreção de alguns destes componentes do ultrafiltrado.

Cada rim é constituído por cerca de um milhão de nefrons, sendo estes a unidade funcional dos rins. O rim não tem a propriedade de rejenerar seus nefrons. Após os quarenta anos de idade, o número de nefrons funcionante usualmente decresce cerca de 10% a cada dez anos. Pode-se descrever os nefrons como uma estrutura microscópica formada pela associação de corpúsculo de malpighi, contendo o tufo glomerular, com o sistema tubular composto pelo tubo contorcido proximal, alça henle, túbulo contorcido distal e finalmente o túbulo coletor. O nefron executa os dois principais processos que envolvem a gênese da urina: a produção do filtrado glomerular dos corpúsculos de malpighi, e o complexo processamento deste filtrado sistema tubular. (GUEDES, 2005, p.2).

Segundo Gabrielli e Vargas (2010), os ureteres são dois tubos músculos-membranosos com aproximadamente 25 cm de comprimento, que se iniciam a partir do primeiro estreitamento da pelve renal. Fazem um trajeto descendente na parede posterior do abdome, cruzam superiormente os vasos ilíacos e, em seguida os vasos gonadais. Alcançam a cavidade pélvica e seguem para a bexiga. Atravessam a parede da bexiga urinária e se abrem no interior deste órgão.

A parede do ureter é composta de três camadas de tecido. A camada interna é formada por uma mucosa que é a continuação do revestimento interno dos túbulos renais e da bexiga. Este revestimento mucoso é um excelente meio de cultura que favorece o crescimento e a propagação de bactérias. A camada média é formada por fibras musculares lisas; elas têm a função de transportar a urina ao longo dos ureteres por meio de ondas peristálticas desencadeadas pela presença de urina na pelve renal. A camada externa, formada por tecido conjuntivo fibroso, serve para dar sustentação aos ureteres. (POTTER E PERRY, 2005, p.719).

De acordo com Brunner e Suddarth (2006), a bexiga varia de forma, tamanho, e posição, dependendo da idade e quantidade de urina que ela contém.

A bexiga urinaria é um órgão muscular oco situado na cavidade pélvica, posteriormente à sínfise púbica. No homem, ela esta diretamente na frente do reto. Na mulher, ela esta na frente da vagina e abaixo do útero. Ela é um órgão livremente móvel, mantido em posição por pregas do peritônio. A forma da bexiga depende da quantia de urina que ela contem. Quando vazia, ela parece um balão vazio. Ela se torna esférica quando levemente distendida e, à medida que o volume urinário aumenta, assume forma de pêra e ascende na cavidade abdominal. (TORTORA, 2003, p.499).

Localiza-se no interior da pelve e repousa sobre o pube e na parte adjacente do assoalho pélvico, com o enchimento, a bexiga gradualmente se eleva no abdome, podendo atingir o nível do umbigo, Brunner e Suddarth (2006).

A bexiga altera sua forma quando cheia de urina. Sua capacidade normal é aproximadamente 600ml. Quando a bexiga se encontra cheia, sua face superior adquire a forma de cúpula, tornando-se palpável acima da sínfise púbica. Em caso de grande distensão, ela pode atingir até a região umbilical. Na gestante, o feto exerce pressão sobre a bexiga, causando a sensação de plenitude e reduzindo a capacidade do órgão. (POTTER E PERRY, 2005, p.719).

De acordo com Potter e Perry (2005), a bexiga urinária é um órgão oco, com a função de armazenar e excretar a urina. Quando está vazia encontra-se na cavidade pélvica atrás da sínfise púbica e cheia ela se expande e se estende acima da sínfise púbica. A parede da bexiga tem quatro camadas, a mucosa interna, uma camada submucosa de tecido conjuntivo, uma camada muscular e uma camada externa serosa.

A uretra é um pequeno tubo que vai do soalho da bexiga urinária ao externo do corpo. Nas mulheres, ela se situa diretamente atrás da sínfise púbica e esta embutida na parede anterior da vagina. A abertura da uretra ao exterior, o óstio externo da uretra, situa-se entre o clitóris e o óstio vaginal. Em homens, a uretra passa verticalmente através da glândula próstata, do músculo transverso profundo do períneo e finalmente do penis. A uretra é a porção terminal do sistema urinário. Ela é a passagem para eliminar a urina do corpo. A uretra masculina também serve como um canal através do qual o líquido reprodutor (sêmen) é eliminado do corpo. (TORTORA, 2003, p.500).

Segundo Potter e Perry (2005), a uretra origina-se da camada de músculos esqueléticos, chamados de músculos do assoalho pélvico, quando estes músculos são contraídos, é possível prevenir o fluxo de urina através da uretra. A uretra masculina mede cerca de 20 cm de comprimento, e subdividi-se em prostática, membranácea e esponjosa. Já a uretra feminina apresenta cerca de 4 a 6,5 cm de comprimento, é bastante distensível e pode ser dilatada cerca de 1 cm sem lesão, ela se encontra fechada, exceto durante a passagem de urina. Compreenderemos agora sobre o processo pelo qual as estruturas renais realizam suas funções de excreção e absorção.

2.3 Fisiologia do renal

Segundo Brunner e Suddarth (2006), o sistema urinário desempenha vários papéis essenciais para a homeostasia corporal normal. Essas funções compreendem: a formação de urina, excreção de produtos residuais, regulação da excreção de eletrólitos, ácidos e água, auto-regulação da pressão arterial, clearance renal, regulação da produção de eritrócitos, síntese de vitamina D na forma ativa, secreção de prostaglandina.

O primeiro passo na regulação da composição e do volume do sangue pelos rins é a filtração glomerular. A filtração- forçar líquidos e substâncias dissolvidas menores que certo tamanho através de uma membrana, sob pressão- começa na membrana de filtração, quando o sangue entra no glomérulo. A pressão sanguínea dos rins, que é cerca de 18 mm Hg, força a água e os componentes dissolvidos no sangue (plasma) através da membrana. O líquido restante e denominado filtrado. O filtrado glomerular consiste de todos os materiais presentes no sangue, exceto as células sanguíneas e a maioria das proteínas, que são muito grandes para passar através da membrana de filtração. (TORTORA, 2003, p. 493).

A formação da urina acontece nos néfrons através de um complexo processo de filtração glomerular, reabsorção tubular e secreção tubular, algumas substâncias que passam por esse processo e são excretadas na urina incluem: sódio, cloreto, bicarbonato, potássio, glicose, uréia, creatinina e ácido úrico. Os aminoácidos e a glicose são filtrados no nível do glomérulo e reabsorvidos, de modo que nenhum deles é excretado na urina. A glicose aparece na urina quando sua quantidade no sangue excede a quantidade que os túbulos são capazes de reabsorver, que é menor que 200ml/dl, (11 mmol). Moléculas de proteína não são normalmente encontradas na urina, entretanto, as proteínas com baixo peso molecular como a globulina e albumina podem ser excretadas em pequena quantidade. De acordo com Brunner e Suddarth (2006).

As funções de regulação e depuração dos rins ocorre por meio do transporte de substâncias e de solutos ao longo dos túbulos renais, processos, em parte, dependentes de energia. Além disso, o rim é o órgão com melhor irrigação sanguínea, recebendo, aproximadamente 25% do débito cardíaco. Diferentemente de outros órgãos, o consumo de oxigênio nos rins aumenta em função do aumento do fluxo de sangue renal e da taxa de filtração glomerular. Dessa forma, na vigência de uma redução moderada da função renal, o fluxo sanguíneo renal e o consumo de oxigênio pelo rim ficam reduzidos. Assim considerando que os rins saudáveis são responsáveis por 7 a 20% do GER (gasto energético de repouso) é possível supor que a redução da massa renal funcionante seja acompanhada por

uma diminuição do GER. Além disso, anormalidades no metabolismo celular e no metabolismo do músculo esquelético, decorrentes da insuficiência renal e do acúmulo de toxinas uremicas, são fatores adicionais que poderiam contribuir para a redução do GER nos pacientes com doença renal crônica. (KAMIMURA, 2008, p 2).

Segundo Potter e Perry (2004, p.1190), a urina normal varia de uma cor de palha pálida até âmbar, dependendo de sua concentração. Em geral ela se mostra mais concentrada pela manhã ou com os déficits de volume hídrico. O sangramento dos rins ou ureteres faz com que a urina se torne vermelho-escura, o sangramento da bexiga ou da uretra produz uma urina vermelho-viva, alguns medicamentos e alimentos podem modificar a coloração da urina.

Com o enchimento da bexiga, a sua parede distende-se e é disparado um reflexo pelos receptores de estiramento, o que causa a contração da parede da bexiga. Sinais sensoriais do fundo da bexiga entram na medula espinhal via nervo pélvico e retornam diretamente para a bexiga através das fibras parassimpáticas do mesmo nervo. A estimulação das fibras parassimpáticas causa intensa contração do músculo detrusor. A musculatura lisa da bexiga é um sincício; em consequência, a estimulação do detrusor também causa contração das células musculares no colo da bexiga. Como as fibras musculares da saída da bexiga estão orientadas tanto longitudinal quanto radialmente, a contração abre o colo da bexiga e permite a passagem do fluxo urinário através da uretra posterior. Um relaxamento voluntário do esfíncter externo, obtido pela inibição cortical do nervo pudendo, permite o fluxo da urina através do meato externo. O relaxamento voluntário do esfíncter externo é necessário para que a urina flua através dele, e pode ser o evento que inicia a micção. A interrupção dos nervos simpáticos hipogástricos e dos nervos pudendos para o trato urinário inferior não altera o reflexo da micção. Por outro lado, a destruição dos nervos parassimpáticos resulta na completa disfunção da bexiga. (LEVY, KOEPPEN, STANTON, 2006, p. 504).

A urina tem características em relação cor, limpidez e odor. A urina normal tem uma variação de uma cor pálida, cor de palha a âmbar, dependendo de sua concentração. Quanto a limpidez é transparente ao urinar, já a urina expelida de um paciente renal pode parecer turva ou espumante devido a altas concentrações de proteína. O odor é característico, quanto mais concentrado mais forte, a urina estagnada tem um odor de amônia, o que é comum nos pacientes que estão repetitivamente com continência, já o odor doce ou de fruta decorre da acetona ou ácido acetoacético vistos em diabete mellitus ou inanição, Potter e Perry (2004).

Quando a urina é coletada nos cálices renais, o estiramento promove sua atividade de marcapasso. A atividade marcapasso inicia a contração peristáltica que começa nos cálices e se propaga para a pelve e ao longo do comprimento do ureter, conseqüentemente forçando a urina da pelve renal para a bexiga. A transmissão de contração peristáltica é causado por potenciais de ação, que são gerados pelo marcapasso e pelo sincício muscular liso. Os ureteres são inervados por fibras nervosas sensoriais. (LEVY, KOEPPEN, STANTON, 2006, p. 504).

Segundo Brunner e Suddarth (2006), a micção ocorre aproximadamente oito vezes em um dia, eliminando um total que pode variar de 1.200 a 1.500 ml de urina em 24 horas, podendo ter variação nesta quantidade conforme a ingestão de líquidos, sudorese, vômitos ou diarreia de cada indivíduo.

2.4 Insuficiência renal crônica

De acordo com Brunner e Suddarth (2006), a insuficiência renal sobrevém quando os rins não conseguem remover os resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em conseqüência da excreção renal prejudicada, levando a uma ruptura das funções metabólicas e endócrinas, bem como a distúrbios hídricos, eletrolíticos, e ácido-básico. A insuficiência renal é uma doença sistêmica e é uma via final comum de muitas doenças renais e do trato urinário diferentes. A cada ano o número de mortes por insuficiência renal irreversível aumenta.

Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase que sem sintomas. A partir daí pode aparecer sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito o paciente. Assim, anemia leve, pressão alta, edema dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar e do aceito da urina. Deste ponto ate que os rins estejam funcionando somente 10- 12% da função renal normal, pode se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz a baixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de ...tratamento de insuficiência renal crônica: diálise ou transplante renal. (CAMPOS, 2004, p.2).

Segundo Souza e Mozachi (2005), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é incapacidade de os rins executarem suas funções, ou seja, a regulação de líquidos, ácidos

(hidrogênico) e a eliminação de substâncias que o organismo não necessita como uréia, creatinina, potássio e fósforo. Como consequência disso, essas substâncias se acumulam em pessoas portadoras de insuficiência renal crônica.

Segundo Brunner e Suddarth (2006), as manifestações clínicas apresentadas por um paciente com insuficiência renal crônica dependem do grau de comprometimento renal e outras condições como a idade dos pacientes. Os renais crônicos podem apresentar manifestações em alguns sistemas de nosso organismo como:

- *Neurológicos*: fraqueza, fadiga, confusão, incapacidade de se concentrar, desorientação, tremores, convulsões, asterixe, inquietação com as pernas, queimação nas solas dos pés e alterações de comportamento.
- *Tegumentares*: Coloração cutânea cinza-acobreado, pele seca e descamativa, prurido, equimose, púrpura, unhas finas e quebradiças, cabelos finos e ásperos.
- *Cardiovasculares*: Hipertensão, edema depressível (pés, mãos, sacro), edema periorbitário, atrito pericárdico, veias cervicais ingurgitadas, pericardite, derrame pericárdico, tamponamento pericárdico, hipercalemia e hiperlipidemia.
- *Pulmonares*: Estertores, escarro espesso e viscoso, reflexo de tosse deprimido, dor pleurítica, falta de ar, taquipnéia, respirações do tipo kussmaul e pneumonite uremica
- *Gastrintestinais*: Hálito de amônia, sabor metálico, ulcerações e sangramentos bucais, anorexia, náuseas e vômitos, soluços, constipação ou diarreia, sangramento a partir do trato gastrointestinal.
- *Hematológicos*: Anemia e trombocitopenia.
- *Reprodutivos*: Amenorréia, atrofia testicular, infertilidade e libido diminuído.
- *Musculoesqueléticos*: Cãibras musculares, perda de força muscular, osteodistrofia renal, dor óssea, fraturas ósseas e pé em gota.

De acordo com Brunner e Suddarth (2006), a doença renal crônica se classifica em três estágios: o primeiro é denominado reserva renal diminuída, no qual o paciente tem uma perda de 40 a 75% da função do néfron. Este estágio é assintomático, pois o restante dos néfrons são capazes de realizar normalmente a função renal. O segundo estágio, a

insuficiência renal, ocorre quando o paciente tem uma perda de 75 a 90% da função do nefron. Neste caso, a creatinina e a uréia séricas aumentam, o rim não consegue mais realizar sua função normalmente podendo o paciente apresentar poliúria e nictúria. O terceiro estágio é denominado Doença renal em fase terminal (*DRET*), aqui o rim tem menos que 10% de seus nefron em funcionamento, e todas as funções reguladoras, excretoras e hormonais estão seriamente prejudicadas.

2.5 Hemodiálise

Segundo Rodrigues (2004), o princípio dos métodos dialíticos foi desenvolvido pelo Escocês Thomas Graham (1805-1869), ao verificar a passagem de cristalóides da urina para um banho aquoso, por meio de um pergaminho. Esse fenômeno levou o nome de diálise. Alguns anos depois, mais precisamente em 1913, John J. Abel, Rowntree e Turner da Johns Hopkins Medical School em Baltimore (EUA) criaram um sistema de diálise e o testaram em animais.

A primeira hemodiálise foi realizada pelo físico Germânico Gerog Haas, em 1926, em Gieszen na Alemanha, em pacientes portadores de IRC, mas o resultado não foi o esperado, pois mesmo o procedimento terapêutico estando correto, os pacientes foram ao óbito. A primeira hemodiálise eficiente para o tratamento de IRC foi realizada por Dutchman Willen Kolff, em Kamper, na Holanda, em 1945. Ele usou como anticoagulante a heparina e tubos de celofane envoltos em um tambor rotatório parcialmente submerso em uma solução de diálise. Já em 1960 surgiu um aparelho que substituía as funções renais com qualidade, recebendo o nome de rim artificial.

Atualmente, os pacientes renais crônicos podem ser tratados por meio de métodos dialíticos, mais desenvolvidos, máquinas de hemodiálise de tecnologia avançada, proporcionando maior qualidade ao tratamento.

Na hemodiálise, o sangue do paciente é bombeado através de uma máquina renal artificial. Nesta máquina, o sangue é separado de uma solução artificial por uma membrana de diálise, o que permite a difusão de pequenas moléculas do sangue até a solução de diálise, removendo essas moléculas do sangue. Os pacientes candidatos ao transplante renal são tratados por meio da diálise até que apareça um doador compatível. (LEVY, KOEPPEN, STANTON, 2006, p. 498).

A perda grave da função dos rins é uma ameaça à vida e requer a remoção dos produtos tóxicos do metabolismo e a restauração do volume e da composição dos líquidos corporais. Este processo pode ser realizado através da diálise com um rim artificial.

O sangue do paciente flui através de tubos feitos de membranas de diálise seletivamente permeáveis. À medida que o sangue flui através dos tubos, os resíduos se difundem do sangue à solução de diálise ou dialisado, que circunda a membrana de diálise. Além disso, se os nutrientes são fornecidos na solução, podem difundir-se do dialisado ao sangue. O dialisado é substituído continuamente para manter os gradientes de concentração favoráveis entre a solução e o sangue. Após passar através do tubo de diálise, o sangue retorna ao corpo. Ao remover as impurezas do sangue, a membrana de diálise realiza uma das principais funções do rim. (TORTORA, 2003, p. 498).

De acordo com Doenges (2003), na hemodiálise, o sangue é desviado através do rim artificial denominado dialisador para remoção de toxinas e o excesso de líquido é devolvido à circulação venosa. É um método rápido e eficiente para remoção de produtos tóxicos e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, porém exige um acesso arteriovenoso permanente com bom fluxo, um local com condições hospitalares, máquina de alta tecnologia, e assistência permanente aos pacientes.

A hemodiálise é um método de depuração extra-renal do sangue que permite manter vivos pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica avançada, seja como método definitivo de tratamento ou temporário. O procedimento consiste em fazer circular o sangue através de uma membrana semipermeável que o separa de uma solução de diálise especialmente preparada, com o objetivo de corrigir as alterações metabólicas observadas na insuficiência renal. Os solutos tóxicos são removidos do sangue através de um gradiente de concentração por difusão ou ultra filtração. O sangue do paciente em tratamento percorre um circuito extra corpóreo, passando por um filtro artificial o dialisador. (DEL-FABRO, 2007, p. 19).

Segundo Del-Fabro (2007), a hemodiálise tem a necessidade do uso de soluções dialisadoras, que são preparadas pela dissolução de sais e outras substâncias em grandes volumes de água, que podem se tornar uma fonte de contaminação caso não sejam adequadamente tratadas. A solução dialisadora (solução de diálise, solução pré-dialise, fluido pré-dialise ou dialisato), é obtida a partir da mistura da água e concentrados salinos ácidos e básicos e 32,78 partes de água para diálise. Tal solução contém os solutos que o sangue deve manter (Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , K^+ e Cl^-), para que esses não sejam dialisados.

De acordo com Doenges (2003), a hemodiálise tem a capacidade de filtração igual ao rim humano, uma hora de hemodiálise corresponde a uma hora de funcionamento renal. Porém, a hemodiálise é geralmente feita em três sessões de quatro horas semanais, que equivalem a doze horas semanais. O rim em funcionamento normal trabalha vinte e quatro horas por dia na limpeza do organismo, isso resulta em cento e sessenta e oito horas semanais, assistindo então cento e cinquenta e seis horas de diferença de filtração da hemodiálise em comparação com a função renal normal.

Conforme Souza e Mozachi (2005), a quantidade a ser removida de líquido do paciente é programada no início da diálise, levando-se em conta o peso seco do paciente, e a quantidade de líquido a ser infundido se necessário. A hemodiálise pode ser combinada com ultrafiltração no mesmo procedimento, chegando a remover 1 – 1,5 litros por hora em pacientes hipervolêmicos.

Segundo Brunner e Suddarth (2006), na realização da hemodiálise é importante ter um vaso resistente e suficientemente acessível que permita ser puncionado três vezes por semana. É através de uma ligação entre uma artéria e uma veia, onde o fluxo sanguíneo deixa a veia mais larga e com as paredes mais fortes e resistentes. Permitindo rapidez do fluxo de sangue, a essa ligação entre a artéria e veia dá-se o nome de fístula arteriovenosa.

2.6 Intercorrência interdialíticas

De acordo com Castro (2001), os pacientes renais crônicos passam por algumas alterações em sua vida, assim mesmo têm que ter forças para enfrentar as complicações, em média, em 30% de sessões de hemodiálise pode ocorrer algum tipo de complicação. As complicações mais comuns durante a hemodiálise são, em ordem decrescente de frequência: hipotensão (20-30% das diálises), câimbras (5-20%), náuseas e vômitos (5-15%), cefaléia(2-5%), prurido (5%) e febre e calafrios (< 1%).

As complicações do tratamento com a diálise, conforme Brunner e Suddarth (2006) incluem:

- **Hipotensão:** pode acontecer durante o tratamento à medida que o líquido é removido;
- **Embolia gasosa:** é rara, mas pode acontecer se o ar entra no sistema vascular do paciente;

- **Dor torácica:** pode acontecer porque a $p\text{CO}_2$ diminui com a circulação extra corpórea do sangue;
- **Prurido:** pode acontecer durante o tratamento à medida que as escórias são retiradas da pele;
- **Desequilíbrio dialítico:** resulta do desvio do líquido cerebral, sendo caracterizado por convulsões; é mais provável de acontecer se os sintomas urêmicos forem intensos;
- **Câimbras musculares dolorosas:** acontecem quando os líquidos e eletrólitos deixam rapidamente o espaço extracelular;
- **Náusea e vômito:** são ocorrências comuns.

Segundo Brunner e Suddarth (2006), durante a diálise, o paciente, o dialisador e o dialisado precisa ter um monitoramento rígido, pois podem ocorrer várias complicações, inclusive embolia gasosa, ultrafiltração inadequada ou excessiva, extravasamentos sanguíneos, contaminações e complicações com o acesso.

2.7 Assistência de enfermagem

De acordo com Doenges (2003), a assistência de enfermagem se baseia em um cuidado holístico, voltado não apenas para a patologia, mas também a sua vida cotidiana. Na assistência ao renal crônico, a enfermagem atua em:

- Manter a homeostase;
- Previne as complicações;
- Proporciona informação sobre o processo da doença, prognóstico e necessidades de tratamento;
- Apoia adaptação às mudanças no estilo de vida;
- Orienta sobre os cuidados com a alimentação, como, restrição, balanço hídrico diário, restrição de sódio, restrição de alimentos ricos em potássio, peso diário;
- Orientar cuidados com a fistula, como não puncionar, não verificar a pressão arterial no membro do acesso arteriovenoso, entre outros;
- Encorajar a fazer o tratamento corretamente;

- Orientar sobre sua qualidade de vida e onde pode buscar alternativas para melhorá-la.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial que norteará a prática assistencial será a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

A opção por tal referencial teórico se deve ao fato de que o indivíduo em situação de urgência apresenta NHBs em desequilíbrio, requerendo assistência adequada para o seu restabelecimento.

3.1 Teoria de enfermagem das necessidades humanas básicas

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926. Graduou-se, no ano de 1948, em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, e, em 1953, diplomou-se em História Natural na Faculdade de Fisiologia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná. Já em 1962 pós-graduou-se em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem na Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e, ao longo de sua carreira profissional Wanda Horta exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas, de acordo com Leopardi (2006, p. 190).

Wanda Horta, em sua teoria, apresenta os três seres da enfermagem: O ser-enfermeiro (é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades, restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Ou seja, ser enfermeiro é gente que cuida de gente); O ser paciente (também dito como ser-cliente, pode ser o indivíduo, a família ou a comunidade que necessite de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital ou do ciclo saúde enfermidade); E o ser-enfermagem (é um ser que tem como objetivo assistir as necessidades humanas básicas, desencadeadas no ciclo saúde-enfermidade ou em qualquer outra fase do ciclo vital). (HORTA, 1979).

A ação do ser-enfermeiro surge do que é rotineiro, cotidiano, não ficando, no entanto, a ele limitado, mas, transcendendo-o, ou seja, é estar comprometido, engajado na profissão e compartilhar com cada ser humano seus cuidados e as experiências vivenciadas.

A enfermagem está enquadrada no segundo conceito de ciência, por ser, uma atividade humana que acumulou conhecimentos empíricos do ponto de vista histórico e de maneira crescente, conta com teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural.

Segundo James in Horta (1979), as teorias se classificam em quatro níveis, quais sejam:

- Nível I - Isolamento de fatores (são estáticas, por exemplo, a zoologia e a botânica),
- Nível II – Relacionamento de fatores (são estáticas, por exemplo, a anatomia e a fisiologia),
- Nível III - Relacionam situações, são inibidoras ou reprodutoras (são dinâmicas, por exemplo, as teorias enzimáticas, o fenômeno B só ocorre se o A ocorrer).
- Nível IV – São prescritivas, produtoras de uma situação (prescreve todos os elementos ou fatores para que a situação ocorra (é dinâmica, por exemplo, a teoria das necessidades humanas básicas).

As teorias de nível IV, na qual a Teoria das Necessidades Humanas básicas (foco deste sub-capítulo) é classificada, tem como características a especificação de um “objetivo-conteúdo”. Como finalidade de uma atividade, prescrevem o necessário para realizar tal atividade, e dispõem de uma “lista de levantamento” que serve como suplemento à presente prescrição e como preparação para futura prescrição para a atividade para atingir o “objetivo-conteúdo”.

Esta lista é composta por agente (quem ou o que faz a atividade), o paciente (quem ou o que recebe a atividade), estrutura (qual é o fim da atividade), o procedimento (qual é o processo orientador, técnica ou protocolo de atividade) e por último a dinâmica (qual é a fonte de energia para as atividades - químicas, fisiológicas, biológicas, psicológica, e outras.).

Horta (1979) apresenta a Enfermagem como ciência, calcada nos pressupostos de que os fenômenos que a enfermagem estuda são reais e passíveis de experimentação. As teorias já desenvolvidas exprimem relações necessárias entre os fatos e os atos, e dentre suas conclusões, está a certeza probabilística que explica não somente as ciências hermenêuticas, como as empírico-formais e até a física, considerada ciência formal e positiva.

A Enfermagem sistematiza e organiza seus conhecimentos científicos a partir do ser, do objeto e do ente. O ser, como já mencionado, é o indivíduo, a família e a comunidade

dentro de um ecossistema. O objeto é o conhecimento das teorias de enfermagem, o processo, o cuidado, os níveis de atendimento de enfermagem. O ente, As necessidades humanas básicas classificadas por Mohana como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas engloba:

Estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. [...] Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado (1979, p.39).

O ser humano distingue-se dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado de poder de imaginação e simbolização e poder de unir presente, passado e futuro, o que permite sua unicidade, autenticidade e individualidade. O ser humano é também agente de mudança no universo dinâmico, no tempo e no espaço, logo, também pode ser causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo, gerando necessidades que se caracterizam por [...] estados de tensão consciente ou inconsciente que levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. (HORTA, 1979, p.28).

Quando as leis não são atendidas, ou são atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doenças. Para Horta, estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. (HORTA, 1979).

A enfermagem cuida do ser humano, presta a assistência necessária para o seu bem-estar no ambiente em que se encontra. Segundo Horta, (1979, p 15), “a enfermagem é o processo de ação, reação, interação e transação entre indivíduos e grupos num sistema social para alcançar objetivos de saúde ou ajustamento aos problemas de saúde”.

O conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, o que exige o auxílio de profissionais habilitados, em estado de equilíbrio que possam prestar a assistência necessária. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas pela enfermagem dizem respeito ao cuidado com o ser humano, no atendimento de suas necessidades humanas básicas.

A enfermagem como ciência é fundamentada por conceitos, proposições e princípios. Um dos conceitos que a fundamenta é o conceito de si mesma:

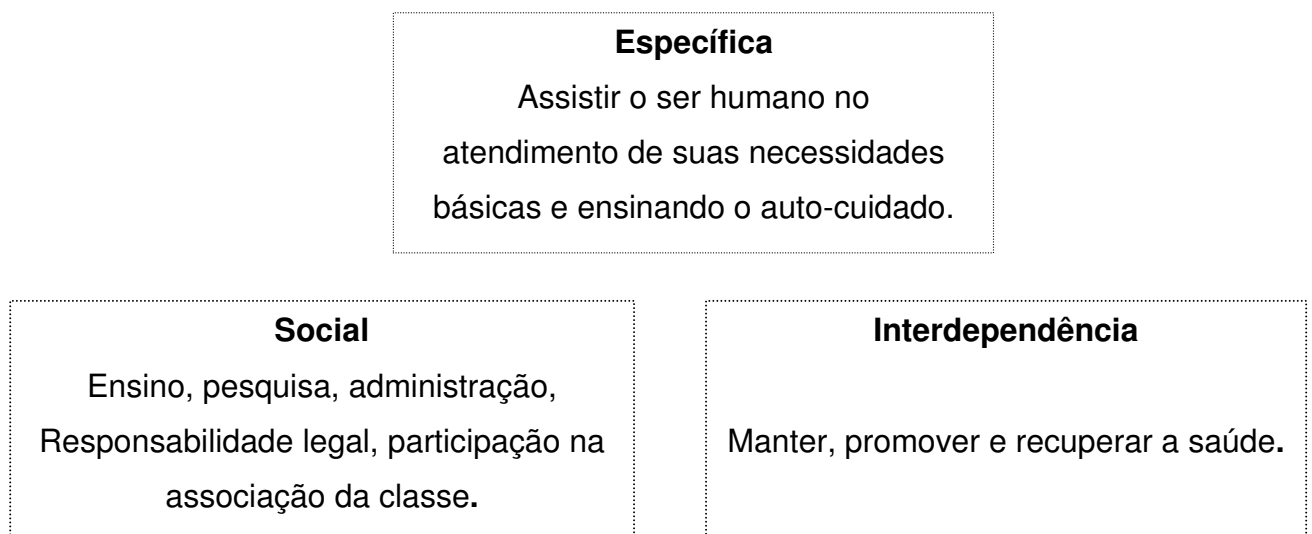
Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (HORTA, 1979, p.29).

Para Horta (1979, p. 30), assistir em enfermagem:

[...] é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

A partir dos conceitos apresentados, Horta (1979) considera que as funções do enfermeiro estão centralizadas em três grandes áreas ou campos distintos.

Figura 01 - Funções do enfermeiro apresentada por Horta (1979, p.30).



Fonte: Horta, 1979.

Horta (1979) considera o processo de enfermagem como “a dinâmica das ações, sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. E tal processo, compreende seis fases, abaixo explicitadas.

O Histórico de Enfermagem, que é o levantamento de dados do ser humano, que possibilita a identificação de seus problemas; Diagnóstico de enfermagem que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão; Plano

assistencial, encaminhamentos, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados; Plano de Cuidados ou prescrição de enfermagem, que é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (aprazamento) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano; Evolução de Enfermagem, que é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o ser humano, enquanto estiver sob os cuidados profissionais; E finalmente, o prognóstico de enfermagem, que é a estimativa da capacidade do ser humano em atender às necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Existe certa diferenciação entre os conceitos de assistência de enfermagem e cuidado de Enfermagem. Para Horta (1979, p. 36).

Assistência de enfermagem é a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visem atender as necessidades básicas do ser humano [...].

Assim, a Enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

4 METODOLOGIA

A metodologia coloca a disposição do pesquisador um conjunto de diretrizes que podem auxiliá-lo na tarefa de pesquisa em diferentes conteúdos científicos. “Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas.” (MINAYO,2004, p.16).

4.1 Abordagem Metodológica

A proposta de pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa. A este propósito “a pesquisa qualitativa se fundamenta em descrições detalhadas de situações, sem muita

preocupação com regras precisas e procedimentos rigorosos a serem seguidos em sua orientação”. (SILVA, 2001, p. 58).

4.2 Tipo de Pesquisa

Utilizou-se pesquisa tipo estudo de caso.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados. (GIL, 2002, p.54)

4.3 Local do Estudo

A Prática Assistencial foi desenvolvida em uma clínica de hemodiálise.

4.4 Participantes

A Prática Assistencial foi realizada com pacientes que realizam hemodiálise. A consulta de Enfermagem foi desenvolvida com um grupo de cinco pacientes, no entanto, as ações para a organização da assistência foram extensivas a todos os pacientes.

4.5 Desenvolvimento da Prática Assistencial

Primeiro Momento – Autorização para desenvolvimento da prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao enfermeiro gerente do setor em que a Prática Assistencial foi desenvolvida. (Apêndice A)

Segundo Momento – Apresentação do projeto de Prática Assistencial ao Enfermeiro Gerente do Serviço de Saúde.

Terceiro Momento – Reconhecimento detalhado do Setor em que a prática Assistencial de Enfermagem foi desenvolvida.

Quarto Momento – Reconhecimento dos pacientes em tratamento hemodialítico.

Quinto Momento – Desenvolvimento do protocolo para consulta de enfermagem.

(Apêndice B)

Sexto Momento – Aplicação das consultas de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico.

Sétimo Momento – Avaliação da Prática Assistencial desenvolvida por meio de entrevista semi-estruturada com enfermeiro do setor. (Apêndice C)

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vista a este objetivo. (MINAYO, 2007, p. 64).

A entrevista semi estruturada foi realizada conforme disponibilidade do enfermeiro no ambiente de trabalho.

Após o término das consultas de enfermagem e entrevista, a pesquisadora realizou a condensação dos dados, segundo o proposto por Minayo (2008, p.78), que orienta os seguintes passos:

Ordenação dos Dados: neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;

Classificação dos Dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.

Análise Final: Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e a prática.

Segundo Leopardi (2002, p.261) a análise de conteúdo é:

Toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde se fundamenta nos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao estado e aos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando o desejo dos mesmos em relação ao sigilo e anonimato das informações fornecidas, além da desistência a qualquer tempo da participação na pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2008).

Foram analisados em 4 momentos:

- **primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **terceiro momento:** Avaliação da prática assistencial;

Os momentos doravante serão denominados temas, conforme propõe Minayo (2003), para que se possa melhor organizar a apresentação dos dados e discussão dos resultados. O levantamento dos dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2011. Foram concluídas 80 horas para observação, realização das consultas de enfermagem e entrevistas.

Para preservação da identidade dos participantes e manutenção do sigilo das informações obtidas através da realização das entrevistas, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras pela Resolução 196/96, a qual envolve pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a sigla “S” para identificar o profissional

5.1 Caracterização do campo de estágio

A prática assistencial ocorreu em uma clínica de hemodiálise da região sul, dispõe de quatorze máquinas de hemodiálise, com o horário de atendimento das 07h00min às

15h00min horas, com a seguinte equipe: uma enfermeira, cinco técnicos de enfermagem, quatro médicos, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social e uma auxiliar de serviços gerais.

O sistema pelo qual a enfermagem é organizada determina a forma de designação da equipe para a liberação do cuidado do paciente. A equipe de enfermagem trabalha em conjunto quando as necessidades do paciente a demandam. (POTTER e PERRY, 2005, p.367).

Ao entrarmos em campo de estágio, iniciamos com a apresentação a equipe, expondo a proposta do estágio para Prática Assistencial com objetivo de atender pacientes com intercorrências interdialíticas.

As complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A equipe de enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências. (NASCIMENTO e MARQUES, 2005, p.1).

5.1.1 Estrutura física

A estrutura física da unidade dispõe de: duas salas denominadas branca, uma sala amarela, sala de medicação e anexo, dois reusos, copa, três banheiros, uma sala de osmose, consultório, sala de espera, sala administrativa. De acordo com Ministério da Saúde, portaria nº 82/GM, a unidade de diálise deve possuir, no mínimo, os seguintes ambientes para o desenvolvimento de suas atividades:

- a) área de registro (arquivo) e recepção de paciente;
- b) sanitários para pacientes de ambos os sexos;
- c) consultório médico;
- d) sala de recuperação de pacientes;

- e) sala para tratamento hemodialítico;
- f) sala para tratamento hemodialítico de pacientes HBsAg positivos;
- g) sala para diálise Peritoneal ambulatorial contínua - DPAC;
- h) sala para diálise Peritoneal intermitente - DPI;
- i) sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes não contaminados por vírus de hepatite;
- j) sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HBsAg positivos;
- k) sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes contaminados por vírus da hepatite C;
- l) posto de enfermagem e serviços;
- m) sala de utilidades;
- n) sala para o tratamento e reservatório de água tratada para diálise;
- o) depósito de material de limpeza;
- p) sala para armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico hospitalar;
- q) sanitários para funcionários (ambos os sexos);
- r) copa ;
- s) sala administrativa;
- t) área para guarda de macas e cadeiras de rodas.
- u) vestiários de funcionários;
- v) abrigo reduzido de resíduos sólidos de serviços de saúde;
- x) área de processamento de roupa (lavanderia) ou contrato com serviços de terceiros, desde que estes serviços atendam aos requisitos mínimos exigidos

5.2 Tema 1 Relato das atividades desenvolvidas

No período de realização do estágio pôde ser confirmado o que a literatura nos trouxe, referente às principais complicações durante a realização do tratamento dialítico. No início do estágio foi possível observar os pacientes durante a hemodiálise, procurando prestar atendimento a todos, buscando com eles o conhecimento dos mesmos, das intercorrências já vivenciadas durante o tratamento. Deste modo, foi realizado o estudo com cinco pacientes que apresentaram algum tipo de intercorrência durante o tratamento dialítico. Assim conseguindo prestar uma assistência mais específica a cada um deles através da consulta de enfermagem.

A consulta pode ocorrer em qualquer etapa do processo de enfermagem, mas, em geral, é mais necessária durante o planejamento e a implantação, quando o enfermeiro tem mais probabilidade de identificar um problema que exige conhecimento, habilidade ou recursos. (POTTER e PERRY, 2005,p.354).

Foi possível observar por parte dos pacientes o conhecimento deles em relação às complicações, que possam vir a ocorrer durante o tratamento dialítico, e que parte dessas complicações depende somente deles para que não ocorra, como, por exemplo, as câimbras que muitas vezes ocorrem devido ao excesso de líquido a ser retirado na máquina de hemodiálise.

A hemodiálise usa uma máquina equipada com uma membrana de filtragem semipermeável (rim artificial) que remove produtos residuais acumulados e excesso de líquido do sangue. Na máquina de diálise, o líquido dialisado é bombeado por um lado da membrana filtrante (rim artificial); enquanto o sangue do paciente passa para o outro lado. Os processos de difusão, osmose e ultrafiltração limpam o sangue do paciente, que retorna através de um aparelho de acesso vascular colocado especialmente (enxerto de gore-tex, fístula arteriovenosa ou cateter de hemodiálise). (POTTER e PERRY, 2005, p.1394).

Os pacientes são orientados pela enfermeira sobre todos os cuidados que devem ser realizados, para que possam ter uma qualidade de vida melhor sem intercorrências. Houve paciente que relatou ser mais difícil cumprir as orientações passadas no começo do tratamento, mas posteriormente, com as mudanças de hábitos, se sente melhor durante a

hemodiálise. Há outros, que apesar de saberem da necessidade de controlar a alimentação e ingestão de líquidos, por exemplo, não conseguem fazê-lo.

A adesão ao tratamento, quanto mudanças no estilo de vida, são fatores de fundamental importância na diminuição dos índices de complicações na máquina. Há paciente que enfrenta dificuldades em mudar os hábitos, principalmente aqueles mais idosos, que no início passam pela fase de negação ao tratamento.

O estilo de vida imposto pelo tratamento freqüente de diálise e pelas restrições na ingestão alimentar e hídrica é, em geral, desmoralizante para o paciente e para a família. (Brunner e suddarth, 2006 p.1363).

Na clínica de nefrologia é fundamental a presença da enfermeira nefrologista, pois é este profissional que tem a capacidade de orientar e estimular os pacientes a enfrentarem as mudanças de hábitos e rotinas necessários a manutenção de suas vidas junto ao tratamento dialítico.

De acordo com Anna (2011), os enfermeiros nefrologistas são os especialistas de primeira linha que cuidam de pacientes com doença renal ou potencial progressista. Estes enfermeiros têm um trabalho desafiador e sofisticado: eles administram tratamentos de diálise complexos. São desafios como interpretar os resultados de laboratório, ensinar aos pacientes, e coordenar os transplantes salvam vidas.

De acordo com Riella (2003), a hemodiálise deve ser vista como uma modalidade terapêutica capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida, maior longevidade e uma frequência cada vez menor de complicações.

No local de estágio, foi possível observar a enfermeira realizando orientações a pacientes que estavam no início do tratamento, realizando hemodiálise através do cateter. Durante as intercorrências observou-se alguns cuidados por parte da equipe de enfermagem e médica, com intervenção até mesmo da seção de hemodiálise. Ocorreram situações observadas pela acadêmica, que poderiam ser evitadas se os pacientes não fossem apressados, como o extravasamento de sangue após saírem da máquina, pela vontade dos pacientes de irem embora, pois ficou evidente a vontade de sair da clínica.

Em uma conversa informal com os pacientes, todos manifestaram interesse pelo assunto do estudo e acharam válida a proposta da prática assistencial.

Na assistência de enfermagem, a observação tem o poder de ver e perceber, contemplar e anotar algo, pela atenção da vida, que permeia toda atividade humana.

Dependendo do cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, o cuidado com a observação deve ser aprimorado. Contudo, essa observação deve ser acurada e analisada por meio de uma avaliação crítica. (NOBREGA e SILVA, 2009, p.144).

Durante a consulta de enfermagem foi questionado quais intercorrências eles já haviam vivenciado durante as sessões de hemodiálise, e as respostas foram muito parecidas como diz o paciente “*dor de cabeça, câimbra, dor nas pernas, enjôo, tontura, pressão alta e baixa*”. Logo, é possível afirmar que as pesquisas desta área estão certas no que publicaram. De acordo com Jesus (2009), “A cefaléia (dor de cabeça), relacionadas ao programa de hemodiálise é uma queixa comum, e a fisiopatologia de cefaléia da diálise ainda é desconhecida”.

Segundo Castro (2001), câimbra é uma complicação frequente da hemodiálise, predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da hemodiálise. As câimbras estão associadas às elevadas taxas de ultrafiltração durante a diálise e não indicam necessariamente que o paciente atingiu o peso seco. Já a hipertensão arterial, ocorre com menos frequência, observa-se elevação nas catecolaminas e, em outros pacientes, ativação do sistema renina-angiotensina secundária depleção de volume. A hipotensão ocorre devido a queda da osmolaridade da membrana de diálise, a temperatura do dialisato, entre outros fatores, reduzindo o débito cardíaco e a resistência vascular periférica, causando a hipotensão. A brusca queda da pressão arterial pode levar a ocorrência de enjôo e tontura no paciente.

No período do estágio, além das consultas de enfermagem foi realizada assistência aos pacientes de forma direta com a colaboração da equipe da clínica onde a acadêmica pode aumentar seus conhecimentos e técnicas da área.

Na clínica de hemodiálise havia uma paciente que era tia da acadêmica, com isso ela tinha certa dificuldade em lidar com a situação quando sua tia chegava para a sessão. Houve dias que ela chorava devido a câimbras que ocorriam ou a tosse que não passava, pois estava internada também por pneumonia.

A pneumonia é uma inflamação do parênquima pulmonar causada por um agente microbiano. A “pneumonite” é um termo mais genérico que descreve um processo inflamatório no tecido pulmonar que pode predispor ou colocar um paciente em risco de invasão microbiana. (Brunner e Suddarth, 2006, p. 1403).

Contudo, foi possível desenvolver o estágio e a prática assistencial. Quatro dias após o término do estágio sua tia veio a falecer, devido a complicações de seu estado de saúde. De acordo com Brunner e Suddarth (2006) “O enfrentamento individual e da família com a antecipação da morte é complicado pelas trajetórias variadas e conflitantes que o luto e o pesar podem assumir na família.”

5.3 Tema 3 Avaliação da Prática Assistencial

Categoria 1 – Avaliação da prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio

SI: A prática assistencial aplicada pela acadêmica foi realizada com muita dedicação e responsabilidade.

No período de estágio foi possível realizar o que estava previsto no presente estudo, com cumprimento das atividades. Porém não ocorreram muitas intercorrências, assim que ocorriam, a acadêmica participava do atendimento, tendo uma oportunidade na prática.

As complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A equipe de enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências. (SOARES, OCHIRO, SANNOMIYA, 2001, p. 1).

Categoria 2 – Importância da prática de enfermagem direcionada a pacientes em intercorrências inter-dialíticas

SI: Sim, é muito importante, pois, deste modo cada vez mais pode-se melhorar a prática assistencial aplicada a estes pacientes.

Durante as consultas de enfermagem realizadas foi possível constatar que o nível de informações que alguns pacientes tinham referentes à doença e as possíveis intercorrências que podem vir a ocorrer ainda é deficiente. Deste modo, torna-se fundamental a atuação do enfermeiro para orientações sobre o assunto.

A consulta aumenta o conhecimento do enfermeiro sobre o problema e ajuda no aprendizado de habilidades e na obtenção dos recursos necessários a solução do problema. Após a consulta, o enfermeiro pode ser capaz de resolver problemas semelhantes no futuro. (POTTER e PERRY, 2005 p.355).

Categoria 3 – Sugestão ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada

S1: Realizaria mais a parte de assistência direta ao paciente.

Durante o estágio realizado da prática assistencial, não houve tempo suficiente para prestar uma assistência direta aos pacientes de qualidade, devido à carga horária do estágio.

O fornecimento de assistência relacionado a saúde é um processo de resolução de problemas. Pacientes apresentam-se com múltiplas necessidades á saúde que o profissional responsável deve abordar de uma maneira sistemática e organizada para prover cuidados eficazes e efetivos. (TIMBY e SMITH, 2005,p. 45).

Categoria 4 - Continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente com intercorrência interdialítica

S1: É de suma importância, pois, pois vem a somar a assistência a ser prestada ao paciente”.

Muitos pacientes precisam de educação continuada e reforço sobre as múltiplas restrições nutricionais necessárias, inclusive as restrições de líquidos, sódio, potássio e proteína. As lembranças sobre a necessidade de atividades de promoção da saúde e triagem de

saúde são uma parte importante de cuidado de enfermagem para o paciente com insuficiência renal. (Brunner e suddarth, 2006 p.1363).

Analisando que a enfermeira considera viável o prosseguimento de prática assistencial de enfermagem ao paciente com intercorrências interdialíticas é uma oportunidade de o enfermeiro atuar na educação e prevenção de intercorrências junto à equipe de enfermagem e aos pacientes.

A educação continuada, segundo Bezerra (2003), assegura atendimento de qualidade, compatível com o estágio de desenvolvimento da sociedade. “Particularmente temos outra opinião sobre a educação continuada, a entendermos como altamente mecânico e que no caso da enfermagem, objetiva o ensino de técnicas”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta prática assistencial se obteve uma maior compreensão sobre as principais intercorrências do dia a dia de cada paciente que realiza hemodiálise. Assim, conseguiu-se colocar em prática a assistência a esses pacientes, ajudando-os a compreender melhor o motivo de cada complicação, e assim melhorando o autocuidado.

Constatou-se neste estudo que a maioria dos pacientes demonstra medo antes mesmo de sentir qualquer sintoma alterado. Assim passam por uma ansiedade precipitada, nota-se, inclusive, que no início do tratamento ocorrem intercorrências com mais frequência.

Percebemos que alguns pacientes têm déficit de autocuidado, prejudicando a si mesmo devido as complicações que este déficit causa. Não sendo por falta de orientação da enfermagem, pois orientações a todos os pacientes, principalmente àqueles que irão iniciar o tratamento. As orientações são dadas de forma contínua diariamente. Percebeu-se que o real motivo seria pela dificuldade de muitos pacientes em mudar seus hábitos de vida.

Deste modo, no que diz respeito às sessões de educação, o enfermeiro deve alertar o doente para os cuidados que deve ter com os acessos vasculares, com a sua alimentação (restrita em líquidos e sem sódio e potássio), bem como ficar alerta para possíveis complicações que possam surgir a longo, médio e curto prazo.

Pode se perceber que a equipe de multiprofissional da clínica, trabalha de forma conjunta, principalmente a de enfermagem, sendo todos dedicados ao trabalho, assim

desenvolvendo para os pacientes um ambiente tranquilo, já que o tratamento muitas vezes não proporciona isso.

Entretanto este assunto é inesgotável, pois o paciente não é um simples ser passivo e receptor de mensagem, mas sim um sujeito que está aberto para possíveis transformações do seu ser e do ambiente em que está inserido.

7 REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ana Lucia Queiroz. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo:Lemar e Martinari, 2003.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith; SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & suddarth tratado de enfermagem médica-cirúrgica**. 11. Ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2.v TIMBY, Bárbara Kuhn; SMITH, Nancy E. **Enfermagem médica-cirúrgica**. 8. ed. Barueri, SP: Manole.

CAMPOS, Shirley. **Nefrologia rim/rim**. São Paulo, 2004. Disponível em: www.shirleycampos.br. Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.

CASTRO, M. C. Atualização em diálise: **Complicações agudas em hemodiálise**. J. Bras. Nefrol, 2001;

DEL-FABRO, Luciana Didonet. **Determinação de alumínio e ferro em fluidos pós – hemodiálise empregando voltametria e decomposição de amostras com radiação ultravioleta**. Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://bdttd.bce.unb.br> .Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados intensivos**. Ed. Guanabara: Koogan, 2005.

DOENGES, Marilyn E. **Planos de cuidados de enfermagem**. 5 ed. Guanabara: Koogan, S.A. 2003.

GABRIELII, Carla; VARGAS, Juliano Vargas. **Anatomia sistêmica**.Ed. UFSC, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas,2002.

GUEDES, Thaise Patrício. **Insuficiência renal crônica**. São Paulo, 2005. Disponível em: www.portal/fisioterapia.com.br . Acesso em: 19 de janeiro de 2011.

HORTA, VANDA DE AGUIAR, como colaboração de Brigitta E. P. Castellano. **Processo de Enfermagem**. São Paulo – SC, Editora EPU, 1979.

JESUS, Alan Chester Feitosa. **Caracterização clínica da cefaléia da diálise em pacientes renais crônicos**. Arq. Neuro-psiquiatr. Vol.67, n.4, PP.978-981. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 01 de junho de 2011.

KAMIMURA, Maria Ajako; AVESANI, Carla Maria. **Gasto energético de repouso em pacientes com doença renal crônica**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em 18 dezembro de 2010

LEOPARDI, MARIA TEREZA. **Teoria e Metodologia em Assistência de Enfermagem**. Florianópolis – SC, Editora Soldasort, 2006.

LEVY, Matthew N. KOEPPEN, Bruce M. STANTON, Bruce A. **Fundamentos de Enfermagem**.4ª Ed. São Paulo, Editora Elsevier,2006.

CASTRO, Manoel Carlos M. **Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise**. J Brás nefrol, 2001. Disponível em: www.jbn.org.br/audiencia. Acesso em: 03 de junho de 2011.

MARTINS, Marielza Ismael. **Qualidade de Vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 de janeiro de 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria nº 82/GM, 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-0082.html>. Acesso em 02 de junho de 2011.

NASCIMENTO, Cristiano Dias. MARQUES, Isac R. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura.** Rev.bras.enferm. v.58, n.6. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 02 de junho de 2011.

NOBRERA, Maria Miriam Lima. SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** 2ªed. Belo Horizonte:Aben, 2009.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem.** 6º ed. Mosby: Elsevier, 2005.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Ame Griffin. **Fundamentos de enfermagem.** 5 ed. Guanabara: Koogan, 2001.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroletrolíticos.**4ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Transplante de hormônios tireoideanos em hemácias de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.** Brasília, 2004. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br> .Acesso em 05de fevereiro de 2011.

SANTOS, Paulo Roberto. **Mudanças do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 15 de janeiro de 2011.

SILVA, Marise Borba da. **Metodologia de iniciação á prática da pesquisa e da extensão.** Florianópolis, 2001.

SOARES, Clelia Beltrame. OCHIRO, Emilia Yaeko. SANNOMIYA, Natalina Toyoko. **Relação da temperatura da solução de diálise e a hipotensão arterial sisntomatica observada durante sessões de hemodiálise em pacientes com insuficiência renal crônica.** Rev.esc.enferm.usp. v35, n.4. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 03 de junho de 2011.

SOUZA, Virginia Helena Soares; MOZACHI, Nelson. **O hospital.** Ed. Manuel Real, 2005.

TORTORA, Gerard J. **Corpo Humano**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TIMBY, Barbara K. SMITH, Nancy E. **Enfermagem medico- cirúrgico**. 8ª Ed. São Paulo. Editora: Manole, 2005.

UNESC- Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Nosso cursos**. Disponível em: <http://www.unesc.net/portal/>. Acesso em 03 de junho de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício de encaminhamento**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Of. Nº. 001/ Enf. /2011.

Criciúma, 10 de fevereiro de 2011.

Ilma. Sr^a Andréia b. Bialeski

ENFERMEIRA GERENTE CLÍNICA DE HEMODIÁLISE

ARARANGUÁ - SC

Prezada Senhora,

Vimos, por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da aluna Rosana Porto Matias do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, do período de março de 2011, na Clínica de Hemodiálise do Hospital Regional de Araranguá. Trata-se da aplicação de um projeto Assistencial utilizando a Metodologia da Assistência em Enfermagem (MAE) na Atenção ao paciente com crise hipertensiva fundamentado na Teoria de Wanda de Aguiar Horta.

A acadêmica Rosana Porto Matias (fone:48-88316903) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof^a. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

Luciana Rosa

Professora Orientadora- UNESC

**APÊNDICE B – Protocolo de consulta de enfermagem segundo Wanda de Aguiar
Horta**



Nome:.....Data:.....
..... Hora:.....

1.HISTORIA ATUAL

Doença Base:

Glomerulonefrite Pielonefrite Diabetes Melitus Hipertensão

Outra:.....

Início do tratamento dialítico:.....

Tipo de tratamento no início:

HD CAPD DPI APD

Lista de transplantes:.....

2.TRATAMENTO DIALÍTICO ATUAL

HEMODIÁLISE – HD

Data de início:

2.1. FAV: MSE MIE Peso seco:.....

MSD MID

Data em que foi feita a FAV:.....

Data da primeira punção da FAV:.....

2.2. CATÉTER: a) DUPLO LÚMEN - Subclávia E Jugular E Femoral E

Subclávia D Jugular D Femoral D

Data do implante:

b) PERM-CATH- D E

Funcionamento do cateter:

colabamento, fluxo maior que 200ml/mim

obstrução, data:..... Conduta:.....

fixação, se solto data:.....

outro:.....

Numero de sessões semanais:..... Reposição de Ferro:.....

Horas semanais de tratamento:..... Eprex:.....

Dialisador:..... Sódio Variável:.....

Solução esterilizante:.....

Fluxo sanguíneo:..... Fluxo de dialisato:.....
 Heparina – numero de unidades:..... Outros anticoagulantes:.....
 Intercorrências durante a diálise:.....

3. DIAGNÓSTICOS

D1.....
 D2.....
 D3.....
 D4.....

4. PLANO

PLANO DE CUIDADO	HORÁRIOS	RESPONSÁVEL

5. IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES:

.....

6. AVALIAÇÃO:

.....

Fonte: Instrumento Construído por Gabriela Motta Ribeiro e adaptado por Rosana Porto Matias, Acadêmica de Enfermagem do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2010.

**APÊNDICE C – Avaliação da prática assistencial segundo o olhar do enfermeiro do
setor**

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO O OLHAR DO
ENFERMEIRO DO SETOR**

1. Como você avalia a prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio?
2. Você considera importante uma prática de enfermagem direcionada a pacientes renais crônicos com foco em intercorrências interdialíticas?
3. O que você mudaria com relação ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada?
4. Você considera viável a continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente com intercorrências interdialíticas?

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105. B. Universitário, C.P. 3167, CEP: 88806-000
Fone: 48 3431 – 2500 – Fax: 48 3431 -2750
E-mail: www.unesc.rct-sc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um projeto de prática assistencial apresentado ao curso de pós graduação Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado: **Prática assistencial de enfermagem na atenção ao paciente com intercorrências interdialíticas na clínica de hemodiálise do hospital regional de Araranguá – SC- Fundamentado em Wanda de Aguiar Horta.** O (a) Sr (a) foi plenamente esclarecido de que, participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos **“Verificar as intercorrências interdialíticas durante as sessões de hemodiálise”**. Embora o (a) Sr (a) venha aceitar a participação neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos esses assegurados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo a publicação de imagens fotográficas de acordo com os preceitos acima citados.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica Rosana Porto Matias (Fone: 88316903) do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, e orientada pela prof^ª Luciana Rosa (Fone: 48-9954 3730).