

Fundamentos da Enfermagem 3

**Michelle Thais Migoto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos da enfermagem 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-116-9

DOI 10.22533/at.ed.169191202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

No volume 3, desta obra *Fundamentos de Enfermagem*, é composto por 20 capítulos, que englobam assuntos relacionados ao ambiente hospitalar, como também a dimensão ensino. A principal relação entre eles, é que os hospitais além de serem espaços voltados para a assistência à saúde em suas diversas especialidades, é também o campo da prática de ensino, de pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.

A assistência hospitalar se fortalece quando ela se abre para o ensino e o desenvolvimento de pesquisa, que retroalimentam a qualidade da assistência, segundo a Segurança do Paciente. Esta relação ocorre pelo ensino para a graduação e pós-graduação para as diversas profissões da área da saúde.

Por fim, esperamos que este livro possa fortalecer a Enfermagem, colaborando e instigando os envolvidos na dimensão do ensino, da pesquisa e da extensão. Estimulados por instrumentos metodológicos, tecnológicos, educacionais e assistenciais que corroboram com o desenvolvimento da prática profissional da Enfermagem

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A TEORIA DO CUIDADO HUMANO APLICADA AO PACIENTE CARDIOPATA	
Andrea Cristina Dantas Borba	
Valdecy Ferreira de Oliveira Pinheiro	
Ana Beatriz de Oliveira Aziz Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.1691912021	
CAPÍTULO 2	12
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A HEMODIÁLISE	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Ismael Viana Aragão	
Maxwell do Nascimento Silva	
Fernando Rodrigo Correia Garcia	
Francisca Bruna Arruda Aragão	
Wochimann de Melo Lima	
Luciana Coelho Carvalho Oliveira	
Rafael Mondego Fontenele	
DOI 10.22533/at.ed.1691912022	
CAPÍTULO 3	29
CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE CUSTO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza	
André Ribeiro da Silva	
Cássio Murilo Alves Costa	
Maria Auristela Menezes Costa	
Jitone Leônidas Soares	
Jônatas de França Barros	
Carissa Menezes Costa	
Críssia Maria Menezes Costa	
Fernando Antibas Atik	
DOI 10.22533/at.ed.1691912023	
CAPÍTULO 4	51
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA ORIENTAÇÃO DO USO DOS EPI'S PARA A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES OCUPACIONAIS	
Milena Suzy Lopes Pereira	
Natália Saldanha Ferreira Augusto	
Sílvia Ximenes Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.1691912024	
CAPÍTULO 5	56
DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)	
Elaine Ribeiro	
Adriana Cristina Mota Furlan	
Érika Christiane Marocco Duran	
DOI 10.22533/at.ed.1691912025	

CAPÍTULO 6 69

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SINDROME DE ONDINE

Maria Cláudia Parro
João Cesar Jacon
Marcela Pereira de Sá
Roberta Bistafa

DOI 10.22533/at.ed.1691912026

CAPÍTULO 7 82

POLÍTICAS E AVANÇOS DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karine Raiane Cabreira de Oliveira
Oscar Kenji Nihei

DOI 10.22533/at.ed.1691912027

CAPÍTULO 8 93

REVISÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DO HCFMUSP

Nathalia Casarin Scoz Campos
Camila Hidalgo
Larissa Cristina da Silva Pinheiro
Andreia Oracic Pena
Fernanda Santos da Silva
Renata Lourenço César Parra

DOI 10.22533/at.ed.1691912028

CAPÍTULO 9 100

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A SUA OCORRÊNCIA

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Roberta Daniele Rocha Chagas de Oliveira
Ana Rute Soeiro Brandão
Maxwell do Nascimento Silva
Fernando Rodrigo Correia Garcia
Francisca Bruna Arruda Aragão
Fabrício e Silva Ferreira
Wochimann de Melo Lima
Luciana Coelho Carvalho Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.1691912029

CAPÍTULO 10 118

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM RURAL

Ângela Roberta Alves Lima
Eliana Buss
Maria del Carmen Solano Ruiz
José Siles González
Rita Maria Heck

DOI 10.22533/at.ed.16919120210

CAPÍTULO 11 131

A ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: POSSIBILIDADES DO
AUTOESTUDO DOCENTE

Lídia Chiaradia da Silva
Rita de Cássia Magalhães Trindade Stano

DOI 10.22533/at.ed.16919120211

CAPÍTULO 12 147

USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA DE PACIENTES EM CUIDADO INTENSIVO

Graciela de Brum Palmeiras

Adriano Pasqualotti

Marlene Teda Pelzer

DOI 10.22533/at.ed.16919120212

CAPÍTULO 13 162

AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUANTO A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Rocha Gouveia Neto

Bruna Oliveira Gonzaga

Mirelly da Silva Barros

Mônica Gusmão Lafrande Alves

Nathália Bianca Gomes da Nóbrega

Taciana da Costa Farias Almeida

DOI 10.22533/at.ed.16919120213

CAPÍTULO 14 175

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES

Anna Karla Nascimento Lima

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Fábio da Costa Carbogim

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

William Ávila de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.16919120214

CAPÍTULO 15 189

FORMAÇÃO POLÍTICA COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA DE UMA PROFISSÃO: A REALIDADE DA ENFERMAGEM DESDE ACADEMIA

Audrey Moura Mota-Gerônimo

Heloisa Maria Pierro Cassiolato

Bruna Paesano Grellmann

Daniela de Oliveira Soares

Giordan Magno da Silva Gerônimo

DOI 10.22533/at.ed.16919120215

CAPÍTULO 16 202

INFORMÁTICA EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Neyse Patrícia do Nascimento Mendes

Carlos Jordão de Assis Silva

Kátia Regina Barros Ribeiro

Érika Cecília Resende de Souza

Deborah Dinorah de Sá Mororó

DOI 10.22533/at.ed.16919120216

CAPÍTULO 17	210
TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Lisa Antunes Carvalho Nara Jací da Silva Nunes Maria Luzia Machado Godinho Maira Buss Thofehr Álvaro Luiz Moreira Hypólito Edison Luiz Devos Barlem	
DOI 10.22533/at.ed.16919120217	
CAPÍTULO 18	219
TUTORIAL PARA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – UMA PROPOSTA EDUCACIONAL VIRTUAL	
João Cesar Jacon Maria Cláudia Parro	
DOI 10.22533/at.ed.16919120218	
CAPÍTULO 19	229
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Patricia de França Costa Anna Karolina Lages de Araujo Gisely de Jesus Fonseca Morais Yana Thalita Barros de Oliveira Castro Ariadne Sales Fama Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.16919120219	
CAPÍTULO 20	234
EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER: PERFIL DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS	
Rosiane de Oliveira Cunha Kleyde Ventura de Souza Juliana Maria Almeida do Carmo Bernardo Jefferson de Oliveira Sonia Lansky Stella Elizei Malta	
DOI 10.22533/at.ed.16919120220	
SOBRE A ORGANIZADORA	246

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A HEMODIÁLISE

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Ismael Viana Aragão

Universidade Braz Cubas, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Maxwell do Nascimento Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fernando Rodrigo Correia Garcia

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Wochimann de Melo Lima

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rafael Mondego Fontenele

Hospital São Domingos, Unidade de Terapia Intensiva.
São Luís-MA

RESUMO: A Insuficiência Renal Crônica leva o indivíduo a perda gradativa e irreversível da função renal, o que conseqüentemente ocasiona na necessidade da utilização do método de substituição renal. Dentre os métodos de substituição, o mais utilizado é a hemodiálise. Destacando-se as complicações mais comuns temos: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios. Para cada complicação, existe uma medida a ser tomada. O objetivo da pesquisa foi descrever a importância da assistência de Enfermagem destinada ao paciente renal crônico submetido à hemodiálise em busca de sua qualidade de vida. Utilizou as bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME e Portarias do Ministério da Saúde, para busca de publicações de 2005 a 2015. Diante a importância do conhecimento do Enfermeiro sobre as medidas que devem ser tomadas em cada situação, ressalta-se o diagnóstico precoce como a melhor intervenção, mas também na prevenção, controle e principalmente na assistência qualitativa do enfermeiro na busca por qualidade de vida. Conclui-se no estudo, que a assistência de Enfermagem no controle das intervenções das complicações da hemodiálise possibilita um olhar diferenciado para essa clientela, estabelecendo confiança mútua, prevenindo complicações mais sérias, tendo em vista as necessidades dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Hemodiálise. Qualidade de vida. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Chronic Renal Insufficiency leads the individual to a gradual and irreversible loss of renal function, which consequently leads to the need to use the renal replacement method. Among the substitution methods, hemodialysis is the most used. Highlighting the most common complications we have: hypotension, cramps, nausea and vomiting, headache, chest pain, low back pain, pruritus, fever and chills. For each of these complications, there is a measure to be taken. The aim of the study was to describe the importance of nursing care for chronic renal patients undergoing hemodialysis in search of quality of life. He used the databases SCIELO, LILACS, BIREME and Portfolios of the Ministry of Health, to search for publications from 2005 to 2015. Given the importance of the knowledge of the Nurse on the measures which should be taken in each situation, it is worth noting the early diagnosis as the best intervention, but also in the prevention, control and especially in the qualitative assistance of the nurse in the search for quality of life. It was concluded in the study that Nursing care in the control of hemodialysis complications interventions allows a different perspective for this clientele, establishing mutual trust, preventing more serious complications, taking into account the needs of patients.

KEYWORDS: Hemodialysis Units. Quality of life. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema renal é de fundamental importância para a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico do organismo. Para tanto, os rins são responsáveis por tornar o meio extracelular constante para o funcionamento celular normal, através da excreção de produtos do metabolismo (uréia, creatinina, ácido úrico), de eletrólitos e água obtidos da ingesta alimentar. Mantém-se assim uma constante entre a excreção e a soma da ingestão com a produção endógena (GONÇALVES, 2006).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) surge quando os rins não são capazes de realizar a remoção dos produtos da degradação do organismo e de executar suas funções reguladoras. Com isso, há acúmulo de substâncias nos líquidos corporais e comprometimento de funções endócrinas, metabólicas, hidroeletrólíticas e de equilíbrio ácido-base (SANTOS et al., 2011).

A IRC é uma patologia nefrológica que requer, na maioria das vezes, tratamento dialítico. Os sinais e sintomas iniciais da insuficiência renal são inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Entre os tratamentos indicados para a substituição da função renal podemos citar: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Nesta pesquisa daremos maior enfoque a hemodiálise que pode ser usada tanto em pacientes com insuficiência renal aguda e/ou crônica, principalmente por ser tratar de um método rápido e eficaz (KNOBEL, 2010).

No Brasil, os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia indicam que 100

mil pessoas fazem diálise. Atualmente, existem 750 unidades cadastradas no País. Os números mostram ainda que 70% dos pacientes que fazem diálise descobrem a doença tardiamente. A taxa de mortalidade para quem enfrenta o tratamento é 15%. De acordo com os dados do censo em unidades de diálise no Brasil, realizado em julho de 2010, o número de pacientes em programa de diálise era de 92.091, sendo que 90,6% em HD (TEIXEIRA, 2015).

O tratamento é utilizado para pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias a semanas), bem como para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) que necessitam de terapia em longo prazo ou permanente (SMELTZER; BARE, 2006).

O paciente ao ser submetido ao tratamento de hemodiálise torna-se dependente de uma tecnologia, de profissionais especificamente treinados para a manutenção desta tecnologia e atenção que é muito importante a estes indivíduos. Para o enfermo a máquina de hemodiálise representa a manutenção de uma homeostase fisiológica, e por que não dizer, a manutenção de sua vida (CAMPOS; TURATO, 2010).

Desse modo surge como problema de pesquisa: Qual a importância da enfermagem na hemodiálise frente às complicações em pacientes renais crônicos? Tendo como objetivo geral descrever a importância da assistência de Enfermagem destinada ao paciente renal crônico submetido à hemodiálise em busca de sua qualidade de vida.

A justificativa para realização da presente pesquisa é embasada frente à necessidade de sensibilização e promoção de um cuidado integral e humanizado aos pacientes hemodialíticos, exigindo do enfermeiro e da equipe de saúde um conhecimento especializado, aplicado individualmente, de forma contínua e interdisciplinar, fundamentado em dados empíricos e científicos. O cuidado das pessoas com essas doenças tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto por aqueles que vivenciam a situação quando para os cuidadores.

Também, a qualidade de vida desses clientes pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana imposta pela condição crônica. Além disso, ainda se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida. Dessa forma, existe a necessidade de investigar através dessa pesquisa como o enfermeiro deve agir diante do tratamento e as complicações que possam vir a ocorrer no paciente em hemodiálise, buscando assim atendê-lo com uma maior segurança. Com isto espera-se que este trabalho sirva de base para a elaboração de medidas que diminuam esses episódios e minimizem os riscos da ocorrência dessas complicações.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, por meio de uma pesquisa bibliográfica de cunho documental, cuja metodologia consiste na coleta de dados, realizada de fontes seguras de levantamento bibliográfico. Para a seleção da literatura que respondesse aos objetivos da presente pesquisa, foi realizada uma busca durante os meses de fevereiro a junho/2018 de publicações em diferentes bancos de dados, entre os quais: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BIREME e Portarias do Ministério da Saúde, por meio de descritores, utilizados isoladamente ou agrupados, tais como: Hemodiálise; Qualidade de vida; Enfermagem; Intervenções.

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos publicados de 2005-2015, em português, com resumo e texto completo, disponíveis nas bases de dados que abordassem acerca da hemodiálise e suas complicações a assistência prestada pela Enfermagem, que tratem sobre as intervenções de Enfermagem diante as complicações do paciente em hemodiálise na busca de qualidade de vida do mesmo. Não foram incluídos no estudo publicações que não se adequem ao tema proposto, que estavam incompletos ou que não possuíam referencial científico, como apostilas ou textos inacabados, que foram realizados no período anterior a 2005, que estavam fora do contexto abordado.

Após o levantamento dos instrumentos de dados, foi realizada a seleção e análise dos mesmos, coletando as informações e discussões pertinentes ao tema destacando o posicionamento e os resultados de cada estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Principais métodos de substituição renal

Os métodos de substituição renal possuem como objetivos a melhoria das anormalidades metabólicas decorrentes da disfunção renal, a regulação do equilíbrio e balanços influenciados pelos rins. Além disto, visa o controle do líquido extracelular em pacientes com falência orgânica múltipla, a preservação e o auxílio na recuperação das disfunções orgânicas. E eventualmente, a remoção de mediadores que contribuem para o estado de desregulação da resposta inflamatória na doença crítica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Entre os métodos de substituição temos a diálise peritoneal ambulatorial (DPAC), diálise peritoneal cíclica contínua (DPCC), diálise peritoneal intermitente (DPI), transplante renal (TX) e a mais utilizada, a hemodiálise (VIEIRA et al., 2005).

No tratamento por meio da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), é realizada uma técnica de infusão de líquido de diálise na cavidade abdominal do paciente, favorecendo a depuração do sangue por meio da membrana peritoneal,

com o intuito de remover substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo, acrescentando ainda que o treinamento do paciente para realizar a DPAC é desenvolvido pela enfermeira do serviço de diálise; entretanto, o tratamento propriamente dito, isto é, a troca das bolsas de diálise, é realizada pelo paciente e/ou familiar em seu domicílio. O paciente retorna ao ambulatório para consultas médicas e de enfermagem periódicas, com a finalidade de avaliar o estado de saúde, bem como o tratamento da DPAC, e possíveis complicações. (SILVA et al., 2011).

A solução de diálise está sempre presente na cavidade peritoneal. A drenagem do líquido que estava na cavidade é trocada após um período mínimo de 4 horas e máximo de 6 horas por tornar-se saturada e, infunde-se então uma nova solução. Apenas durante a noite, para não incomodar o bem estar do paciente, a solução permanece por mais de 6 horas. Para renovar o líquido saturado é necessário realizar as trocas no mínimo quatro vezes ao dia. (RESENDE et al., 2007).

A drenagem do dialisado gasto e o influxo de solução fresca de diálise são realizados manualmente, contando com a gravidade para mover o líquido para dentro e para fora do abdômen. As soluções dessa modalidade são embaladas em sacos plásticos flexíveis, claros ou em recipientes plásticos semi-rígidos. Para pacientes adultos as soluções estão disponíveis em volumes de 1,5; 2; 2,5; ou 3 litros, sendo o volume padrão 2 litros (RIBEIRO et al., 2008).

A Diálise peritoneal cíclica contínua (DPCC) combina com a diálise peritoneal intermitente, no período da noite, com um tempo prolongado de retenção durante o dia. O cateter inserido no peritônio é conectado à máquina durante a noite, e o paciente recebe três a cinco trocas de 2 litros durante esse período. Pela manhã, o paciente, após infundir 1 a 2 litros de dialisado fresco, desconecta o cateter e o dialisado permanece na cavidade abdominal até que o equipo seja reconectado à máquina cicladora na hora de dormir (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Neste método a diálise ocorre durante a noite, enquanto o paciente dorme. O paciente é conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise da cavidade peritoneal por uma nova solução por meio da força da gravidade. Antes da infusão, a máquina aquece a solução e, por meio de pinças e temporizadores, as cicladoras regulam o tempo e o volume da infusão, tempo de permanência e o tempo e o fluxo da drenagem. Em casos de eventuais problemas, alarmes sonoros são acionados acordando o paciente que deverá verificar o que está acontecendo e corrigir o problema; para isto o paciente, ou algum familiar, recebe treinamento para manusear a máquina cicladora pela enfermeira da unidade de diálise (HIGA et al., 2008).

Resende et al. (2007) citam a Diálise Peritoneal Intermitente como uma variação da diálise peritoneal que, mesmo não sendo tão eficiente quanto à hemodiálise na remoção de soluto e líquido, permite uma alteração mais gradual no estado de volume hídrico do paciente e na retirada dos produtos de degradação, se tornando o tratamento de escolha para pacientes com instabilidade hemodinâmica.

Esse método consiste em um banho por infusão direta, na cavidade peritoneal, de uma solução dialisadora durante 10 a 15 minutos. A solução deverá permanecer no peritônio por 30 minutos, sendo em seguida drenada por gravidade. O volume introduzido a cada banho varia em torno de 2.000 ml para adultos, e o tempo de duração é de 24 horas, realizando-se ao final do dia 24 banhos, ou seja, 1 hora para cada banho de dialisado, e essas sessões devem ser realizadas de duas a três vezes por semana em ambiente hospitalar (ARONE; PHILIPPI, 2005).

Para Ribeiro et al. (2008), o transplante de órgão, mais do que um procedimento técnico-científico se constitui numa reavaliação de hábitos, valores sociais, princípios religiosos, éticos e morais. É um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida. Sendo assim, no transplante de rim implanta-se um rim sadio em um indivíduo portador de insuficiência renal terminal. Esse novo rim passará a desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter. Relatam ainda em que o melhor tratamento para a IRC é sem dúvida o transplante renal, que só não poderá ser realizado em casos de neoplasia, infecções sistêmicas em atividade, incompatibilidade sanguínea ABO e presença de anticorpos citotóxicos pré-formados contra o doador.

De acordo com Barros et al. (2006), o transplante renal é indicado para o tratamento da IRCFT de quase todas as etiologias, incluindo as mais comuns, como glomerulonefrites, nefropatia diabética, nefrites intersticiais, doenças císticas, vasculares e outras. O transplante envolve a remoção de um rim de um doador vivo ou de cadáver humano para um receptor que possui Doença Renal em Estágio Terminal (DRET).

O transplante é considerado bem sucedido quando se atinge valores de filtração glomerular maior que 50ml/min. Além de melhorar a sobrevida, os benefícios de um transplante bem sucedido inclui a resolução da anemia, o retorno das funções endócrinas, sexual e reprodutivas normais e a melhora dos níveis de energia, tornando viável o retorno para emprego em tempo integral e para uma atividade física mais extenuante. As principais desvantagens do transplante renal inclui o risco cirúrgico, os efeitos colaterais e o custo dos imunossupressores. (HIGA et al., 2008).

No Brasil, somente 10% dos pacientes que estão na lista de espera conseguem realizar esse tratamento (BRASIL, 2004). Segundo Resende et al. (2007) pode-se perceber que o tratamento baseado em transplante renal é bastante complexo e requer uma assistência de enfermagem especializada para superar o comprometimento orgânico decorrente do tratamento. Os cuidados de enfermagem no pós-operatório incluem monitorar sinais vitais e funções fisiológicas, avaliar condições hemodinâmicas e volume de líquido intravascular, realizar curativos estéreis, atentar para sinais de septicemia.

O transplante renal tem o melhor custo efetividade para o tratamento da doença renal terminal. A média de custo para o paciente em hemodiálise por ano é dez vezes maior que o tratamento com transplante, incluindo o custo com imunossupressores.

Entretanto, o transplante renal não é a cura definitiva, pois o paciente irá necessitar de cuidados para o resto de sua vida, o que implica em adquirir conhecimento para reconhecer fatores de risco e sinais e sintomas relacionados às principais complicações a que está exposto, como as infecções e a rejeição do órgão (RIBEIRO et al., 2009).

Em relação a hemodiálise as complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A hemodiálise consiste em retirar do organismo produtos tóxicos que são filtrados pelo rim normal (uréia, creatinina, fósforo, etc.) (SILVA et al., 2011).

Neste processo, utilizam-se membranas de celulose, que são imersas em uma solução eletrolítica ou solução de diálise. Esta solução possui composição semelhante à do plasma de um indivíduo com função renal normal. A hemodiálise é um tratamento onde a circulação do paciente é extracorpórea, realizada entre duas membranas de celulose que agem como membrana semipermeável (TERRA et al., 2010).

A terapia hemodialítica evita a morte dos pacientes com insuficiência renal crônica, embora ela não cure a doença renal e não compense as perdas das atividades endócrinas e metabólicas dos rins. O tratamento é utilizado para pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias a semanas), bem como para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) que necessitam de terapia em longo prazo ou permanente (SMELTZER; BARE, 2006).

Entre as dificuldades encontradas pelo paciente renal crônico durante o tratamento são citadas: alterações no peso e apetite; boca seca; constipação e distúrbios do sono. O paladar torna-se desagradável, devido a restrições do sódio e potássio. Além das complicações clínicas, o paciente necessita de ingestão hídrica restrita e estilo de vida regrado (HIGA et al., 2008).

Guyton e Hall (2006) afirmam que, como a hemodiálise não consegue manter a composição inteiramente normal do líquido corpóreo e não pode substituir todas as múltiplas funções realizadas pelos rins, a saúde dos pacientes mantidos nesse tratamento em geral permanece de modo significativo, comprometida. Os rins trabalham vinte e quatro horas por dia, a hemodiálise, não é uma substituição dos mesmos, porque ela acontece três vezes por semana durante três horas, ocorrendo um acúmulo de substâncias prejudiciais ao sangue entre as sessões, ocasionando sintomas como: náuseas, êmese, anorexia, hipertensão, edema, prurido, dispnéia e mal estar geral (RIBEIRO et al., 2009).

O tratamento hemodialítico substitui a função dos rins nos indivíduos que tem a DRC, mais não por completo, pois além das funções de filtração do sangue eles exercem várias outras funções no organismo como: controle no nível de sais 29 minerais, controle dos ácidos (pH) no organismo, síntese de hormônios que estimulam a produção do sangue e controle da saúde dos ossos através da produção de vitamina D, controle de água corporal e controle da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Para a realização da hemodiálise é necessário um acesso; que se dá através

da confecção de uma fístula artério-venosa (FAV) ou cateteres percutâneos (jugular, femoral, subclávia). Na atualidade, a hemodiálise se constitui no método dialítico extensamente utilizado, sendo realizado em 85% dos pacientes que se submetem ao tratamento dialítico no Brasil (TERRA et al., 2010).

3.2 Hemodiálise e suas complicações

Para Nascimento; Marques (2005) a principal complicação que ocorre durante a hemodiálise envolve as alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e a remoção de um grande volume de líquidos em um espaço de tempo muito curto. As complicações mais comuns durante a hemodiálise são, em ordem decrescente de frequência, hipotensão (20%-30% das diálises), cãibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaléia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%- 5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%).

As complicações menos comuns, mas sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia. (HIGA et al., 2008).

A hipotensão arterial é citada por Smeltzer e Bare (2006) como sendo uma das complicações mais comuns, ocasionada pela rápida drenagem dos líquidos corporais durante a hemodiálise. Outros fatores também estão relacionados com a hipotensão dialítica, o ganho excessivo de peso no período interdialítico leva a retirada brusca de líquidos do espaço intravascular, quando a perda de água é muito grande e atinge valores inferiores ao peso seco do paciente ocorre hipotensão (ultrafiltração excessiva); solução de diálise de baixa concentração de sódio (hiponatremia) é comum em pacientes em hemodiálise por receberem grandes quantidades de soluções contendo pouco sódio; hiperaquecimento da solução de diálise; cálculo do peso seco inadequado; ingestão de alimentos; pois alguns pacientes podem apresentar hipotensão imediatamente após a ingestão de alimentos após a sessão. Os autores alertam que os pacientes hipotensos podem permanecer assintomáticos até que a pressão arterial tenha caído para níveis perigosamente baixos.

As cãibras musculares ocorrem em até 20% dos tratamentos de hemodiálise. A patogênese está provavelmente relacionada à ultrafiltração rápida, hiponatremia, hipocalemia e hipotensão. Pacientes urêmicos, porém ainda sem tratamento dialítico, não apresentam cãibras com frequência. A administração de sulfato de quinino e o ganho de pouco peso entre as sessões de diálise ajudam a prevenir as cãibras. (VIEIRA et al, 2005).

As cãibras estão associadas a elevadas taxas de ultrafiltração durante a diálise e não indicam, necessariamente, que o paciente atingiu o peso seco. Contudo, em situações que o paciente é ultrafiltrado abaixo do peso seco, as cãibras são mais

frequentes e podem ocorrer horas após o término da hemodiálise. Estas ocorrem usualmente associadas à hipotensão, embora elas frequentemente persistam após a restauração da pressão arterial a níveis adequados. Em uma minoria de pacientes as câibras ocorrem sem qualquer queda precedente da pressão arterial (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

As náuseas e vômitos ocorrem em cerca de 10% dos tratamentos hemodialíticos. As suas causas principais são: hipotensão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, síndrome de desequilíbrio, ansiedade, ingestão de alimentos durante a HD e hipercalcemia. Sugere-se como tratamento a correção da causa, e se persistir deve ser administrado antiemético. A cefaleia é o sintoma mais comum em pacientes em regime de hemodiálise, sendo a origem da cefaleia como sendo a hipertensão arterial, seguido por nenhum fator identificado, hipotensão arterial e alterações no peso corporal e a ansiedade (ANTONIAZZI et al., 2002).

Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato. Em pacientes que ingerem café, a cefaleia pode ser uma manifestação de abstinência de cafeína, uma vez que a sua concentração sanguínea é reduzida agudamente durante a HD. Essa alteração física é tratada por meio de analgésicos e pela eliminação da causa (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

A dor torácica é retratada por Kovelis et al. (2008), que descrevem que o sistema respiratório é especificamente afetado tanto pela doença como pelo tratamento, além da redução da função pulmonar e da força muscular respiratória, pacientes com DRC submetidos à hemodiálise apresentam variações de peso, devido à sobrecarga de líquido corporal no período interdialítico, ainda explicam que essa sobrecarga, em associação com um possível aumento da permeabilidade capilar pulmonar, pode resultar em edema pulmonar e efusão pleural, alterações essas que poderiam explicar redução da função pulmonar. A lombalgia é de início agudo; e às vezes extremamente intensa, que alguns autores relacionam a isquemia da cauda equina. Responde mal à administração de analgésicos, porém é aliviada com a diminuição do fluxo sanguíneo (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

O prurido pode, em alguns pacientes, iniciar-se ou agravar-se durante a sessão de HD. Nessas condições, a fisiopatologia é incerta, e o tratamento inclui o uso de anti-histamínicos e benzodiazepínicos. Os pacientes devem ser aconselhados a tomar banhos rápidos e com água em temperatura ambiente, além de utilizarem cremes hidratantes (TERRA et al., 2010).

Terra et al. (2010) acreditam que febre e calafrios podem ser reações pirogênicas, quando elas ocorrem sugerem a possibilidade de contaminação da água de diálise, dos equipos de entrada e saída de sangue. Afirmam ainda que o paciente renal crônico é imunodeprimido e por isso, está mais suscetível a infecções. As infecções bacterianas nos pacientes renais crônicos parecem progredir de maneira rápida, e a cura pode ocorrer de maneira mais lenta.

A crise hipertensiva é uma complicação pouco frequente durante a HD e sua fisiopatologia obscura. Em alguns pacientes, observam-se elevação nas catecolaminas e, em outros pacientes, ativação do sistema renina-angiotensina secundária à depleção de volume (HIGA et al., 2008).

A elevação súbita da pressão arterial durante a diálise pode ser devida a sobrecarga de volume, ansiedade ou síndrome de desequilíbrio. O tratamento é feito pela correção da causa e pela administração de hipotensores, como nifedipina e captopril. A sobrecarga de volume pode ser aliviada pelo aumento da ultrafiltração, e no caso de ansiedade, a psicoterapia e os sedativos prestam uma boa ajuda (VIEIRA et al., 2005).

A Síndrome do desequilíbrio da diálise caracteriza-se por confusão mental, cefaleia, náuseas, vômitos, tremores, agitação, delírio, contrações musculares ou mesmo crises convulsivas generalizadas. Geralmente é observado ao final da diálise ou no período pós-diálise imediato. Não é bem conhecida sua causa, mas admite-se que esteja relacionada à rápida remoção da ureia do sangue. O tratamento consiste, sobretudo, na administração profilática de medicamento anticonvulsivante no início da diálise a todo paciente com níveis excessivamente altos de ureia no sangue (RESENDE et al., 2007).

Quando ocorrem convulsões, o paciente deve ser sedado e a diálise suspensa, podendo ser reiniciada algumas horas depois, se sua condição clínica permitir. A sua duração, em geral, é cerca de 12h, sendo rara a persistência de sintomas por tempo mais prolongado. O seu prognóstico geralmente é bom. Outras complicações da hemodiálise são: embolia gasosa, hemólise, arritmias, síndrome do primeiro uso, alterações eletrolíticas, hemorragia intracraniana, convulsões e morte súbita (SMELTZER; BARE, 2006).

3.3 Principais intervenções que os enfermeiros devem realizar diante das complicações durante o tratamento

O enfermeiro é um agente de mudanças e através das atividades de enfermagem visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital, a fim de incorporar novos conhecimentos no processo instrucional para encontrar uma maneira de ação (MOURA et al., 2010).

A utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita conhecer as fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico, e assim, promover o cuidado e o restabelecimento do paciente (SPERANDIO, 2005).

A SAE é um método que se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases de maneira organizada. O processo de enfermagem é uma das formas

de sistematizar a assistência. É dividido em cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, plano de ação, evolução e implementação (RIBEIRO et al., 2008). Comprovadamente a SAE se faz instrumento de comunicação que efetiva as atividades da enfermeira de assistir o paciente, promovendo subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações, priorizando o atendimento ao cliente (MARTINS, 2005).

O objetivo da assistência de enfermagem neste setor é identificar e monitorar os efeitos adversos da hemodiálise e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento. Nesse setor existem várias intervenções específicas realizada pelo enfermeiro (RIBEIRO et al., 2009).

O paciente em tratamento renal estabelece uma relação de dependência com o equipamento da hemodiálise, ele precisa também de uma equipe especializada, além da obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida. A equipe de saúde treinada pode garantir um tratamento dialítico seguro, mesmo assim não há como se garantir a não-ocorrência de complicações, que no mais das vezes estão associadas às condições clínicas do paciente e a evolução da doença renal (MOURA et al., 2010).

A portaria nº 154 de 15 de julho de 2004 estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde. De acordo com essa portaria, na unidade de hemodiálise deve haver um médico nefrologista para cada 35 pacientes com título de especialidade registrado no Conselho Federal de Medicina, um enfermeiro também para cada 35 pacientes devendo possuir treinamento em hemodiálise reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico de Enfermagem para cada 4 pacientes por turno de hemodiálise (BRASIL, 2004).

A assistência prestada pela Enfermagem em hemodiálise deve atuar juntamente com a equipe multidisciplinar levando o paciente a encontrar um maior entendimento da doença e capacidade de enfrentamento de sua atual condição, visando à diminuição do impacto da doença renal crônica na vida do indivíduo doente e da família, retirando daí aspectos que possam dar subsídios a uma boa qualidade de vida (RESENDE et al., 2007).

Além das complicações, ainda entram na conta dos potenciais riscos ao paciente os eventos adversos relacionados à terapia como: cateter obstruído, retirada acidental da agulha da fístula e coagulação do sistema extracorpóreo. De todos os eventos adversos encontrados, a maioria estava relacionada aos profissionais (falhas, despreparo, falta de atenção, falha na comunicação) e à organização do serviço (qualidade dos materiais, falta de recursos, sobrecarga de trabalho, recursos humanos inadequados, área física inadequada, ausência de protocolos específicos, etc.) (SOUSA, 2013).

Segundo Moura; Ramos; Espíndula (2010) o enfermeiro na hemodiálise, deve

assistir o paciente de forma integral, visando-o como um todo, estabelecendo uma relação de confiança e segurança entre paciente/enfermeiro, priorizando os cuidados necessários bem como sua qualidade de vida. Os autores afirmam ainda, que o papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise inclui orientação para a mudança de hábitos e costumes: adoção de uma dieta rigorosa, com diminuição de proteínas, sódio e potássio, limitação à vida profissional e à atividade física e adesão às rotinas do tratamento. O paciente renal deve receber informações adequadas ao novo modo de vida que terá de assumir com as rotinas das sessões de hemodiálise quanto à dieta alimentar, o cuidado com a higiene, dentre outros. Dessa forma, torna-se necessário julgar as respostas dessa clientela frente ao cuidado da enfermagem (SILVA et al., 2011).

Nesse contexto, o objetivo da assistência de enfermagem na hemodiálise é identificar e monitorar os efeitos adversos e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento, na busca por uma boa qualidade de vida, apesar da doença instalada (OLIVEIRA et al., 2008). Atualmente, obtém-se um grande progresso em relação à segurança e a eficácia das máquinas de hemodiálise, tornando o tratamento mais seguro. Existem alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema (detectores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue entre outros), mesmo assim, isso não garante que as complicações deixem de ocorrer (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

A atuação da equipe de enfermagem diante destas complicações, desde a monitorização do paciente, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção é essencial para a garantia de um procedimento seguro e eficiente para o paciente. 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. (RIBEIRO et al., 2009).

Os cuidados de Enfermagem incluem a sistematização do momento da entrada à saída do paciente da sessão de hemodiálise, com a chegada do paciente à unidade, deve-se recepcioná-lo, sempre observando o seu estado geral e sempre realizar uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve o encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, verificar sinais vitais, encaminhar o paciente a máquina, os auxiliares e/ou técnicos devem comunicar ao Enfermeiro responsável qualquer alteração, conversar com o paciente sobre qualquer sintoma que ele tenha sentido desde a última hemodiálise e se não houver restrição, iniciar a sessão de diálise. Na avaliação pós-hemodiálise, deve-se atentar para os sinais vitais, sinais de sangramento no local da punção, verificar o peso e não deixar que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico. (MOURA et al., 2010).

As intervenções de enfermagem variam de acordo com as possíveis complicações e com o quadro clínico do paciente. As ações de enfermagem englobam a participação na implantação, na vigilância, no controle e na verificação da manutenção do cateter.

Como também, ações educativas com a equipe de enfermagem e orientações para o paciente, incluindo a necessidade de documentar as ações implantadas e observações no contato com o paciente, por meio de anotações para acompanhar sua evolução. Assim, é importante ter profissionais conscientes, competentes, atualizados, capacitados para a autocrítica e o desempenho do trabalho em equipe, com vistas a interferir positivamente no seu meio, em benefício da coletividade (RIBEIRO, 2008).

Diante das complicações já vistas, identificaremos as medidas que vem ser tomadas em cada situação. Em um episódio hipotensivo está presente cabe à enfermagem diminuir a velocidade de ultrafiltração ou zerar a ultrafiltração conforme necessário, colocar o paciente em posição Trendelenburg e lateralizar a cabeça, infundir bolus de 100 ml de soro fisiológico a 0,9% ou mais se necessário, instalar oxigenoterapia nos casos de sintomatologia mais intensa e, se a hipotensão for grave e o paciente não estiver respondendo a essas medidas terapêuticas, a velocidade da bomba de sangue pode ser temporariamente reduzida, porém esta medida não deve ser utilizada de forma rotineira, pois pode resultar em subdiálise (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Portanto, para a categoria hipotensão as condutas preventivas de enfermagem são as seguintes: adequar a prescrição com a programação da ultrafiltração; frequente aferição da pressão arterial; monitorar sinais e sintomas da hipotensão; reavaliar frequentemente o peso seco do paciente e uso de medicações anti-hipertensivas em contato com a equipe médica; orientar os pacientes quanto ao ganho de peso interdialítico (TERRA et al., 2010).

Souza; Martino; Lopes (2007) afirmam que para o controle das câibras, a equipe de enfermagem deve reforçar sempre que necessário as consequências do ganho excessivo de peso e estimular uma mudança de comportamento, visando a diminuição das complicações intradialíticas. Logo, quando o episódio de câibra está presente a enfermagem deve massagear e aplicar calor no músculo afetado; desprogramar a ultrafiltração a fim de reduzir ou zerar as perdas conforme necessário (HIGA et al., 2008).

Em se tratando de náuseas e vômitos, Daurgidas, Blake e Ing (2008) afirmam que a enfermagem deve considerar náuseas e vômitos como possíveis causas da hipotensão arterial, manifestações da síndrome do desequilíbrio e reações ao dialisador. A enfermagem precisa ainda avaliar causas não relacionadas com a diálise quando ocorrem náuseas e vômitos fora do contexto da diálise, e assim corrigir a causa. Em relação à cefaléia, a enfermagem deve orientar os pacientes quanto ao controle da hipertensão arterial, ganho de peso interdialítico bem como, realizar as intervenções quanto à prevenção e correção de episódios hipotensivos. Deve ainda investigar o consumo frequente de cafeína seja na dieta ou uso medicamentoso a fim de correlacionar possível abstinência de substâncias com o sintoma. Quando a cefaleia está instalada deve-se administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica (TERRA et al., 2010).

A enfermagem deve realizar avaliação da pele em busca de lesões ocasionadas pelo prurido, também pode aconselhar os pacientes a tomarem banhos rápidos e com água em temperatura ambiente, além da utilização de emolientes para hidratar e lubrificar a pele (OLIVEIRA et al., 2008).

Se o paciente apresentar dor torácica ou lombar, não há estratégia de tratamento ou prevenção específica, embora possa ser benéfico substituir a membrana do dialisador por uma de outra variedade (o benefício dessa mudança é controverso). Se o paciente em tratamento hemodialítico apresentar febre e calafrios, cabe à enfermagem investigar as possíveis causas destes sintomas e administrar analgésicos e antibióticos a critério médico. Deve-se sempre, inspecionar os acessos vasculares e durante todos os procedimentos utilizar-se de medidas necessárias ao controle da infecção. Se houver sinal de infecção em acesso permanente (fístula ou prótese), deve-se administrar prontamente a terapia antimicrobiana conforme orientação médica e realizar a diálise por outra via (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Moura, Ramos e Espíndula (2010) completam que a intervenção mais importante nas complicações durante a sessão de hemodiálise é o diagnóstico precoce. A intervenção de enfermagem é de fundamental importância nas complicações durante a sessão de hemodiálise, pois evita o agravamento e a evolução destas e qualidade de vida ao paciente em tratamento. Diante de cada complicação, há uma intervenção específica a ser realizada, minimizando assim a sintomatologia do paciente e proporcionando uma boa readaptação imediata à sessão.

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou uma aprendizagem mais ampla sobre a assistência de Enfermagem sobre as intervenções que devem ser realizadas durante as sessões de hemodiálise na busca por qualidade de vida do paciente em tratamento, concedendo desta forma, um olhar mais cuidadoso, diferenciado para essa clientela.

Observou-se que o processo de substituição renal, no caso a hemodiálise, possui várias complicações, dentre as mais comuns, já citadas, encontramos: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios. Para cada uma dessas complicações existe uma medida a ser tomada pelo enfermeiro. É importante lembrar, que a sistematização da enfermagem inicia assim que o cliente entra na unidade, buscando sempre saber de suas condições físicas e clínicas estão adequadas para o início da sessão de hemodiálise.

Diante do exposto, o enfermeiro deve prestar tanto uma assistência qualitativa, como deve assumir também uma posição de educador, já que o enfermeiro é o profissional que possui mais contato com o cliente, devendo estabelecer uma relação de confiança e ensinamentos, envolvendo também a família do cliente.

A equipe de Enfermagem possui tanto a responsabilidade de prestar uma

assistência qualitativa durante o procedimento dialítico, quanto à de assumir uma posição de educador com o objetivo de passar informações de forma preventiva no intuito de minimizar as futuras complicações que a hemodiálise pode gerar, como os cuidados que o cliente deve tomar sobre sua dieta, a realização de atividades físicas, levando sempre em consideração a situação clínica e física de cada cliente, tendo um olhar holístico também, proporcionando uma qualidade de vida ao paciente apesar das limitações e diagnóstico que se encontra.

Dessa forma, se faz notório que, a educação continuada com profissionais que atuam na assistência do paciente dialítico deve prosseguir, buscando melhorias, sempre deixando claro que a melhor intervenção a ser tomada é o diagnóstico precoce e a busca por uma qualidade de vida apesar da doença já instalada. Por esse motivo, este estudo pode servir como base literária para elaboração de estratégias de melhoria para qualificar as intervenções de Enfermagem diante o paciente em hemodiálise, capacitando de forma contínua o Enfermeiro e sua equipe para atuar na busca de qualidade de vida dos pacientes em questão.

As atividades de educação em saúde destinadas às pessoas com problemas renais não devem ser estáticas, pois a simples transmissão da informação não assegura mudanças significativas que levem à melhoria da saúde. É preciso buscar outras maneiras de transmitir esse conhecimento, diferente do método tradicional, uma maneira onde os pacientes aprendam e participem de novas práticas, para que possam adaptar-se de maneira positiva ao seu novo estilo de vida. É necessária ainda, uma reflexão crítica da equipe de saúde e dos pacientes para juntos, buscarem meios que possam modificar esta realidade.

Dessa forma sugere-se que a melhor maneira para que se obtenham bons resultados nas intervenções de Enfermagem mediante as complicações da hemodiálise, é visualizar o sujeito de um modo singular, estimulando a melhoria na qualidade da assistência individualizada, com profissionais sempre aptos a intervir mediante a qualquer complicação, treinamento educacional dos profissionais através da implantação de um Núcleo de Educação Permanente na unidade e diagnósticos precoces.

Por fim, concluímos este estudo com a esperança de que se tenha um olhar profissional mais atencioso para os pacientes em hemodiálise com qualificação nas intervenções realizadas pela Enfermagem, para que se melhore cada vez mais a qualidade da assistência prestada e que traga benefícios e qualidade de vida para a clientela.

REFERÊNCIAS

- ARONE, E. M.; PHILIPPI, M. L. dos S. **Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao sistema renal e urinário**. São Paulo: Editora Senac, 2005.
- ANTONIAZZI, A. L. et al. Cefaléia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Arquivos de NeuroPsiquiatria**, São Paulo, v. 60, n.3, set. 2002.
- BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 799-805, 2010.
- CRUZ, J. et al. **Atualidades em nefrologia**. v.12. São Paulo: Sarvier, 2012.
- DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
- GONÇALVES, L. F. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v.21, número especial, p.203-6, 2008.
- JANICE, L. H.; CHEEVER, K. H. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**.12.ed. v. 2. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.
- KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- KOVELIS, D. et al. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 34, n.11, nov. 2008.
- MARTINS, M.; CESARINO, C. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino Am Enferm**, v.13, n.5, p.670-6, 2005.
- MOURA, S. M. C. de. RAMOS, V. A.; ESPÍNDULA, B. M. O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Goiás, v.1, n.1, ago./dez. 2010.
- NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **REBEn**, Brasília, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005.
- NASCIMENTO, V. P. C. et al. Avaliação da técnica de curativo em cliente com acesso venoso para hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. v.17, n.2, p. 215-219, 2009.
- OLIVEIRA, S. M. de et al., Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade

de hemodiálise. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, dez. 2008.

PECOITS, R. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** v. 26, n. 3, 2004.

RESENDE, M. C. et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica.* **Psicol. Clin.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, dez. 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Levantamento sobre a Infecção do Cateter de Duplo Lúmen. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 21, 2008.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arq Ciênc Saúde,** out-dez; v.16, n.4, p.175-80, 2009.

SANTOS, L. V. A. et al. Qualidade de vida relacionada ao domínio relação social em transplantados renais: estudo preliminar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto,** v. 10, Supl.1, p.64-72, 2011.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **J. Bras. Nefrol.** v. 29, n. 1, mar. 2007.

SILVA, A. S. da et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Enferm,** Brasília, set-out; v.64, n.5, p.839-44, 2011.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev Latinoam Enferm.** v.13, n.6, p.937-943, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise.** Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/Diretrizes_Insuficiencia_Renal_Aguda.pdf. Acesso em: 20.abr.2017.

SOUSA, M. R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm,** v.47, n.1, 2013.

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

TEIXEIRA, F. I. R. et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **J. Bras. Nefrol.,** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 64-71, mar. 2015.

TERRA, F. de S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med,** v.8, n.3, p.187-92, 2010.

TORTORA, G. J. **Corpo Humano:** fundamentos de anatomia e fisiologia. 6. ed.

Porto Alegre: Artmed, 2006.

VIEIRA, Walber Pinto et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Reumatologia.** São Paulo, v. 45, n. 6, nov./dez. 2005.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-116-9



9 788572 471169