

**INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO SUPERIOR E PESQUISA**  
**CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL**  
**PÓS – GRADUAÇÃO EM NEFROLOGIA**

**PRISCILA DA SILVA FIGUERÊDO**

**FATORES CONTROLÁVEIS POR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE SOBRE O CONTROLE DO PESO DE PACIENTES RENAIIS  
CRÔNICO: REVISÃO DE LITERATURA**

**RECIFE –PE**

**2015**

**PRISCILA DA SILVA FIGUERÊDO**

**FATORES CONTROLÁVEIS POR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE SOBRE O CONTROLE DO PESO DE PACIENTES RENAIIS  
CRÔNICO: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Centro de  
Capacitação Educacional, com exigência  
do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em  
Enfermagem nefrológica.

Orientadora: MSc Ana Marcia Tenório  
Cavalcanti

**RECIFE – PE**

**2015**

**PRISCILA DA SILVA FIGUERÊDO**

**FATORES CONTROLÁVEIS POR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE SOBRE O CONTROLE DO PESO DE PACIENTES RENAIIS  
CRÔNICO: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Nefrológica.

Recife, 17 de Agosto de 2015.

**EXAMINADOR:**

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

**PARECER FINAL:**

---

---

---

---

---

---

## RESUMO

Insuficiência renal crônica (IRC) é crescente e tornou-se problema de saúde pública. O censo 2010 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estimou em 92.091 o número de pacientes em diálise no Brasil. (U.S. Renal Data System. 2010 USRDS Anual Data Report) A IRC refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva, geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. De acordo com o mesmo autor a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) apontou como principais causas de doenças renais crônicas: a hipertensão (35,2%), a diabetes (27,5%), as glomerulonefrites (12,6%), a doença renal policística (4,2%) e outros diagnósticos (20,5%). Tais informações fazem com que se torne possível a implantação de ações e de estratégias voltadas à implantação de ações e de estratégias voltadas à prevenção da doença renal crônica. Objetivando-se assim investigar os fatores associados ao ganho de peso de pacientes renais crônicos, possíveis intervenções educativas. Tratou-se de uma pesquisa narrativa de literatura, sendo a mesma elaborada a partir de materiais já publicados em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, proporcionando assim um aprofundamento e melhor entendimento do assunto. É uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo para o alcance do objetivo geral, sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. O enfermeiro é um agente de mudanças que por meio da educação em saúde possibilita a qualificação da qualidade de vida das pessoas. A educação em saúde proporciona a possibilidade de adquirir conhecimento dos valores, o desenvolvimento do interesse e atitudes necessárias a proteção da saúde e melhoria do ambiente. Através desta educação o enfermeiro possibilita aos indivíduos, famílias e comunidades medidas para que seja efetivo o cuidado. O trabalho oferece subsídios aos profissionais de saúde quanto à ampliação do olhar terapêutico para que as atividades cotidianas, aspectos sociais e psicológicos, que venham a ser comprometidos, possam ser levando em consideração, a fim de serem norteadores no tratamento, promover transformações em consonância com a realidade e prevenir o comprometimento das atividades significativas do dia-a-dia.

PALAVRAS-CHAVE: Hemodiálise. Educação. Saúde.

### ABSTRACT

Chronic renal failure (CRF) is increasing and has become a public health problem. The 2010 census of the Brazilian Society of Nephrology (SBN) estimated at 92,091 the number of dialysis patients in Brazil. (US Renal Data System.USRDS 2010 Annual Data Report) CRF refers to a syndrome diagnosis of progressive loss of usually irreversible renal clearance, or glomerular filtration. According to the same author the Brazilian Society of Nephrology (2012) pointed as main causes of chronic kidney disease: hypertension (35.2%), diabetes (27.5%), glomerulonephritis (12.6%), polycystic kidney disease (4.2%) and other diagnoses (20.5%). Such information makes it becomes possible will implement actions and strategies focused will implement actions and strategies aimed at the prevention of chronic kidney disease. Is thus aimed to investigate the factors associated with weight gain in chronic renal failure patients, possible educational interventions. This was a narrative research literature, and the same drawn from already published material in the form of books, magazines, loose publications and press, thereby providing a deeper and better understanding of the subject. It is an exploratory and descriptive research to achieve the overall goal, its purpose is to put the researcher in direct contact with everything that was written about a certain subject. The nurse is an agent of change that through health education enables the qualification of quality of life. Health education provides the opportunity to acquire knowledge of the values, the development of interest and attitudes necessary to protect the health and improve the environment. Through this education the nurse enables individuals, families and communities measures to ensure that effective care. The work provides grants to health professionals and to expand the therapeutic look to everyday activities, social and psychological aspects that may be committed, can be taking into account, in order to be guiding treatment, to promote changes in line with reality and prevent the commitment of significant day-to-day.

KEYWORDS: Hemodialysis. Education. Cheers.

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Plano de cuidados a pacientes renais .....	19
---	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>ANEXO .....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal cita Barros et al (2006) e a partir do diagnóstico de insuficiência renal terminal o indivíduo necessita de terapia renal substitutiva (TRS), hemodiálise e diálise peritoneal, para manutenção de sua vida.

Insuficiência renal crônica (IRC) é crescente e tornou-se problema de saúde pública. O censo 2010 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estimou em 92.091 o número de pacientes em diálise no Brasil. (U.S. Renal Data System. 2010 USRDS Annual Data Report) A IRC refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva, geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular (RIELLA et al, 2003).

De acordo com o mesmo autor a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) apontou como principais causas de doenças renais crônicas: a hipertensão (35,2%), a diabetes (27,5%), as glomerulonefrites (12,6%), a doença renal policística (4,2%) e outros diagnósticos (20,5%). Tais informações fazem com que se torne possível a implantação de ações e de estratégias voltadas à implantação de ações e de estratégias voltadas à prevenção da doença renal crônica.

A prevalência de pacientes em tratamento dialítico no Brasil tem crescido a cada ano. Estimou-se que, em janeiro de 2006, eram 70.872, em março de 2008, eram 87.044 e é estimado que em 2012 sejam mais de 90.00 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA).

Trata-se de uma doença sem perspectiva de melhoras rápidas, com evolução progressiva, causadora de problemas médicos, sociais e econômicos. Devido as suas características clínicas, a grande maioria dos pacientes evolui para estágios mais



avançados, nos quais se fazem necessários o emprego de uma terapia substitutiva dos rins, a hemodiálise ou o transplante renal (KAMIMURA et al, 2004).

Para Martins & Cesarino (2005), O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores estes que refletem na qualidade devida.

As condições crônicas podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a atividade ou estilo de vida dos pacientes/clientes ou podem levar à dependência de tecnologia avançada para a sobrevivência, como é o caso da doença renal crônica em estágio terminal.

Conforme Barros et al (2006), o diagnóstico de IRC é fator de ruptura, de perdas e de intensa desorganização psicológica. As reações iniciais do paciente e de seus familiares são sempre singulares. Pode-se observar uma reação em comum de choque acompanhada por medo e ansiedades pelo possível resultado fatal da doença.

Nessa contextualização, devem ser priorizadas as ações voltadas para prevenção, as quais o processo de trabalho envolva uma equipe multidisciplinar com modelo de atenção voltado para o autocuidado, pois, atentar para a educação em saúde com participação da população em detrimento de um modelo fragmentado, reativa ações curativas e de resposta imediata à demanda (MENDES, 2011).

Para Freese (2006), o grande desafio à saúde pública é a implementação de ações coletivas pelos serviços de saúde. Trata-se de ações voltadas para as questões que contemplem a promoção de saúde e a prevenção de doenças relacionadas às crônicas, pois as mesmas vêm se constituindo a primeira causa de morbimortalidade. Objetivando-se assim investigar os fatores associados ao ganho de peso de pacientes renais crônicos, possíveis intervenções educativas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Riella (2003), Os rins, em número de dois, são órgãos que lembram a forma de um grão de feijão, de coloração marrom-avermelhada, situados no espaço retroperitoneal, um de cada lado da coluna vertebral, entre as vértebras L1 e L4, seu eixo longitudinal corre paralelamente ao músculo psoas maior, apresenta aproximadamente 12 cm de comprimento. Seu peso médio é de 150 g. Macroscopicamente, pode ser dividido em córtex e medula, sendo o córtex constituído de glomérulos, túbulos contorcidos proximais e distais; já a medula contém as alças de Henle e os túbulos coletores, os quais se abrem nas papilas dos cálices menores. A gordura perirrenal, localizada entre o rim e a fâscia renal, é a responsável pela visualização radiológica da silhueta renal.

A unidade funcional do rim é o nefro. Os dois rins juntos contêm em torno de 2.400.000 nefros. Cada nefro é composto por um glomérulo e por um túbulo. O glomérulo (onde ocorre a filtração) é o início do nefro, é composto por tufo de aproximadamente 50 capilares alimentados por uma arteríola aferente e drenados por uma arteríola eferente. O túbulo em si é dividido em três partes: túbulo proximal (contornado), a alça de Henle e o túbulo distal. O rim possui 2 funções básicas: função endócrina, apesar de não ser uma glândula endócrina, e a homeostática, que constitui sua principal função (FERMI, 2003).

A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada por uma redução abrupta da função renal que se mantém por períodos variáveis, resultando na incapacidade dos rins em exercer suas funções básicas de excreção e manutenção da homeostase hidroeletrólítica do organismo (RIELLA, 2003).

Dentre as diversas enfermidades que acometem o rim, podemos observar que algumas comprometem a função renal rapidamente, enquanto outras o fazem de uma maneira lenta, mas progressiva. Apesar das diferenças na progressão da insuficiência renal crônica (IRC), o resultado final são múltiplos sinais e sintomas comuns decorrentes da incapacidade do rim de manter a homeostasia interna. No início, quando a função renal está modestamente comprometida, o paciente apresenta-se assintomático, a não ser que a causa básica produza sintomas evidentes de infecção urinária ou de comprometimento sistêmico (PECOITSFILHO, 2004).

A insuficiência renal crônica refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda lenta progressiva e geralmente irreversível da função renal e depuração, ou seja, da filtração glomerular. Esta síndrome metabólica decorrente desta perda progressiva é medida pela taxa de depuração de creatinina em 24h, medido em ml/minutos. Em pacientes com IRC a filtração se reduz podendo chegar até 10-5 ml/min quando o tratamento dialítico ou o transplante renal se fazem necessários (BARROS et al, 2006).

A redução da função se traduz pela retenção, no organismo, de solutos tóxicos geralmente provenientes do metabolismo protéico, que podem ser avaliados indiretamente através das dosagens da uréia e creatinina plasmáticas, que se elevam progressivamente. As causas mais comuns da IRC são glomerulonefrites crônica, nefropatia, túbulo-intersticial crônica (pielonefrite), necrose cortical renal, hipertensão arterial grave, processos renais obstrutivos crônicos, diabetes, lúpus eritematoso disseminado e doenças hereditárias tais como rins policísticos e Síndrome de Alport (FERMI, 2003).

Para Smeltzer e Bare (2002) as manifestações cardiovasculares da IRC incluem hipertensão (devido à retenção de sódio e água ou à ativação do sistema renina angiotensina aldosterona), insuficiência cardíaca congestiva e edema pulmonar (devido à sobrecarga hídrica) e pericardite (devido à irritação da membrana precária pelas toxinas urêmicas). Os sintomas dermatológicos, incluindo prurido intenso, são comuns atribuídos a hiperfosfatemia. Neve urêmicas, depósitos de cristais de uréia sobre a pele, é incomum atualmente diante do tratamento precoce e agressivo para a doença terminal. Os sintomas gastrointestinais são também muito frequentes e inclui anorexia, náusea, vômito. Alterações neuromusculares, incluindo níveis alterados de consciência, incapacidade para concentrar, tremor muscular e convulsões, têm sido observadas.

A hipertensão precede às alterações da estrutura renal observadas nos pacientes hipertensos. As anormalidades funcionais podem ser demonstradas antes das lesões anatômicas porque algumas delas constituem a causa da hipertensão e também por causa da limitada sensibilidade das técnicas disponíveis para a identificação do comprometimento inicial do rim. A evidência aponta para uma relação entre o nível da pressão sanguínea e a extensão das lesões arteriais e arteriolares (FERMI, 2003).

Acredita-se que com a redução inicial de certo número de nefros, aqueles remanescentes tornam-se hiperfiltrantes, hipertrofiam-se, sofrem alterações da superfície glomerular e modificações de permeabilidade da membrana glomerular às proteínas. Essas alterações levam a produção renal de fatores de crescimento, citosinas e hormônios; desse modo a continuidade da presença de lesões fibróticas glomerulares e intersticiais acabaria por determinar perda progressiva dos nefros e da filtração glomerular. O organismo adapta-se continuamente a esta situação no sentido de manter a homeostase: os nefros remanescentes aumentam a excreção fracionada de muitos solutos, que continuam a ser produzidos a taxas normais. Excetuando-se excessos ou privações, o balanço de sódio, potássio e água são mantidos até fases avançadas da IRC. Perdas de função renal de até 50% não se manifestam clinicamente de forma consistente. Reduções maiores causam a síndrome urêmica, constelação de sinais e sintomas e complicações que atingem praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo (BARROS et al, 2006).

Fermi (2003) revela que como a progressão da IRC na grande maioria dos casos é muito lenta, podemos dividi-la em quatro fases. Na primeira fase há redução de 25% da função renal. Ainda não existe uremia e o balanço hidroeletrólítico é mantido por adaptação de nefros ainda funcionais. Na segunda fase ocorre a redução de 75% da função renal. O rim já não possui mais a capacidade de manter a homeostasia. O paciente passa a apresentar nictúria, anemia e azotemia (aumento de uréia no sangue). Na terceira fase, normalmente a função renal está abaixo de 20% e os sintomas da uremia são intensos (anemia, acidose metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia). A quarta fase é chamada de fase terminal, nesta fase faz-se necessário alguma forma de terapia renal substitutiva ou transplante renal, pois todas as funções reguladoras, excretoras e secretoras normais do rim estão gravemente comprometidas.

Smeltzer e Bare (2002) afirma que esta fase é evidenciada pelos níveis elevados de creatinina e uréia, bem como pelos distúrbios eletrólíticos. Quando o paciente atinge

esse ponto, a diálise é usualmente indicada. Muitos dos sintomas da uremia são reversíveis com a diálise.

Barros et al (2006), nos traz diversos fatores que devem ser considerados no processo de decisão de qual a melhor opção de tratamento dialítico para um determinado paciente com IRC terminal. As opções são:

- Hemodiálise (HD);
- Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- Diálise peritoneal automatizada (DPA);
- Transplante renal (TX).

Vale salientar que esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviando alguns sintomas da doença e preservando a vida do cliente, porém nenhum deles é curativo. Cada tratamento possui suas peculiaridades. Na verdade, a escolha do método dialítico é feita inicialmente por indicação médica, que deve avaliar as condições clínicas do paciente, ele também quem decide o momento certo de iniciar a terapia renal substitutiva (FERMI, 2003).

É importante apresentar ao paciente e aos familiares, de forma clara e compreensível, as opções de tratamento. Lembrando que conforme a legislação vigente (Portaria MS RDC nº154, n. 82 de 03 de junho de 2000), o paciente deve ser informado das possibilidades terapêuticas e participar do processo decisório.

A escolha e a indicação do tipo de tratamento dialítico a que devem submeter-se cada paciente devem ser efetuadas ponderando-se o seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco de cada opção terapêutica (BRASIL, 2000).

O censo de 2006 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no traz informações que dos 70.872 pacientes em diálise no Brasil, 90,7% realizam tratamento por hemodiálise. Em Santa Catarina este dado é proporcionalmente idêntico ao federal sendo que 89,1% de pacientes em TRS realizam tratamento hemodialítico, conforme dados do SIH/SUS.

A diálise é utilizada no tratamento da IRC para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo. Nela, pequenas moléculas de soluto difundem-se de uma membrana semipermeável, em resposta a um gradiente de pressão ou concentração (BARROS et al, 2006).

Segundo Porth (2004), os princípios básicos da hemodiálise permaneceram inmutáveis por vários anos, apesar de novas tecnologias terem melhorado a eficácia e

velocidade da diálise. Um sistema de hemodiálise ou rim artificial consiste em três partes: um compartimento de sangue, um compartimento de líquido de diálise e uma membrana semipermeável que separa ambos os compartimentos. Existem diversos tipos de dialisador; todos incorporam estas partes e funcionam da mesma maneira.

Os líquidos atravessam a membrana semipermeável através de: 1) aumento da pressão hidrostática, onde o excesso de água passa do sangue, onde é uma área de alta pressão, para o dialisado, que é uma área de baixa pressão; 2) ultrafiltração onde o gradiente de pressão é aumentado pela adição de pressão negativa à máquina. A pressão negativa é uma força de aspiração aplicada a membrana que facilita a remoção da água (SMELTZER; BARE, 2002).

As toxinas e escórias presentes no sangue são removidas por difusão, deslocando-se de uma área de maior concentração no sangue para uma área de menor concentração no dialisador. O líquido de diálise é composto por muitos dos importantes eletrólitos em sua concentração extracelular (RIELLA, 2003).

A membrana semipermeável permite que todas as moléculas de tamanho menor que os poros possam mover-se em ambas as direções do sangue para a solução dialisadora e da solução de diálise para o sangue. A direção do fluxo é determinada pela concentração das substâncias contidas nas duas soluções. Os produtos do metabolismo e o excesso dos eletrólitos no sangue normalmente se difundem para dentro da solução de diálise (PORTH, 2004).

Vale ressaltar que hemodiálise é utilizada em pacientes com doença renal aguda e que necessitam de diálise por curto período de tempo (dias a semanas) ou com doença renal crônica, que necessitam de tratamento prolongado ou permanente. Esses pacientes podem ser submetidos a diálise três vezes por semana durante, no mínimo, 3 a 4 horas, durante o resto de suas vidas até receberem um transplante renal bem sucedido (SMELTZER; BARE, 2002).

Para poder efetuar uma sessão de hemodiálise, há necessidade de se obter um acesso venoso à circulação sanguínea do paciente, o que irá permitir a obtenção e o retorno de quantidades variáveis de sangue. Para a diálise crônica, é necessário que se crie um sistema de acesso que possa ser usado repetidas vezes, sem produzir riscos consideráveis à vida do paciente, tais acessos à circulação podem ser: fístula artéria venosa (FAV), cateter de subclávia e femoral ou por enxerto. (BARROS et al, 2006).

Fermi (2005) ao falar sobre FAV nos diz que o ideal é que esta seja criada de 2 a 6 meses antes do início da hemodiálise. Sendo que esta precisa de no mínimo 30 dias

para amadurecer e ser utilizada, entretanto 60 dias seria o tempo ideal, visto que habitualmente não deveria ser utilizada antes desse período, mas, na realidade, existem casos clínicos que exigem o seu uso precoce.

Embora a hemodiálise possa prolongar indefinidamente a vida, ela não altera a evolução natural da doença renal subjacente, tão pouco substitui por completo a função renal. O paciente fica sujeito a inúmeros problemas e complicações. Uma causa importante de morte entre os pacientes que sofrem hemodiálise crônica é a doença cardiovascular aterosclerótica.

Os distúrbios do metabolismo lipídico (hipertrigliceridemia) parecem ser acentuados pela hemodiálise. Insuficiência cardíaca congestiva, cardiopatia coronariana e dor anginosa, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica podem ocorrer, podendo incapacitar o paciente. Anemia e fadiga contribuem para a diminuição do bem estar física e emocional carência de energia e de estímulos e falta de interesse. As úlceras gástricas e outros problemas gastrointestinais ocorrem a partir do estresse fisiológico da doença crônica, do medicamento e de problemas correlatados. O distúrbio do metabolismo do cálcio pode levar à osteodistrofia renal, causadora de dor e fraturas ósseas. Os outros problemas incluem a sobrecarga hídrica associada à insuficiência cardíaca congestiva, desnutrição, infecção, neuropatia e prurido (SMELTZER e BARE, 2002).

Segundo Barros (2006), as complicações do tratamento dialítico podem incluir:

- Cardiovasculares: Hipotensão; Isquemia; Angina; Arritmias;
- Relacionados ao acesso vascular: Infecção; Hematomas retroperitoneais; Trombose venosa; Dano arterial ou nervoso; Pneumotórax; Hemotórax; Punção arterial com sangramento intenso hemomediastino; Arritmias; Estenose venosa; Obstrução do cateter por coágulo.
- Pulmonares: Hipoxemia arterial; Hipoventilação alveolar; Leucopenia;
- Neurológicas: Cefaléia; Síndrome do desequilíbrio; Hiponatremia; Intoxicação hídrica; Convulsões.
- Hematológicas: Leucopenia; Anemia.
- Técnicas: Contaminação do sistema; Ruptura das linhas venosas ou do dialisador; Coagulação do sistema; Erros na formulação ou na diluição do líquido de diálise; Entrada de ar nas linhas venosas.

- Outras complicações: Reações pirogênicas; Câibras; Hipertensão; Náusea; Vômito; Cefaléia; Dor torácica; Dor lombar ou dorsal; Prurido; Inquietude; Diarréia; Distúrbios metabólicos.

As condições crônicas podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a atividade ou estilo de vida dos pacientes/clientes ou podem levar à dependência de tecnologia avançada para a sobrevivência, como é o caso da doença renal crônica em estágio terminal.

Segundo Barros et al (2006), o diagnóstico de IRC é fator de ruptura, de perdas e de intensa desorganização psicológica. As reações iniciais do paciente e de seus familiares são sempre singulares. Pode-se observar uma reação em comum de choque acompanhada por medo e ansiedades pelo possível resultado fatal da doença.



### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa narrativa de literatura, sendo a mesma elaborada a partir de materiais já publicados em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, proporcionando assim um aprofundamento e melhor entendimento do assunto. É uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo para o alcance do objetivo geral, sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. A pesquisa exploratória configura-se na intenção de reunir o maior número possível de informações a respeito de um assunto ou tema que tenha poucas publicações a respeito e apresentá-lo de forma organizada e coerente (SEVERINO, 2008). Por sua vez, a pesquisa descritiva lida com material já organizado, mas que pode ser mais bem detalhado sob algum aspecto específico ou que pode estudar relações entre características ou ainda comparar características (LAKATOS & MARCONI, 2006). A coleta de dados da pesquisa foi feita em bibliotecas e pela internet em sites acadêmicos/ científicos como: Scielo( ScientificElectronic Library Online), LILACS ( Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), Google acadêmico e BVS ( Biblioteca Virtual de Saúde). Foram utilizados estudos de vários autores encontrados em livros, artigos, dissertações e revistas científicas. No levantamento realizado dos últimos 10 anos aos dias de (04/04/2015). Foram selecionadas 20 publicações dentre elas dez (10) artigos, seis (06) protocolos, dois (02) dissertações e dois (02) livros que enfocava o tema com destaque entre outras patologias.

#### 4 ANALISE E DISCUSSÕES DOS DADOS

Os fatores mais frequentes que influenciam a evolução dos pacientes renais crônicos são divididos em dois grupos: fixos- aqueles que não podem ser modificados pelo paciente ou médico, que incluem idade, doença associada, gênero e raça; variáveis- que podem ser modificados: depressão, suporte social e status marital (ZIMMERMANN et al 2004).

Segundo Cesarino e Casagrande (1998), quando cita Phillips et al (1983) afirma que a ação educativa ao paciente renal crônico é essencial para que este consiga conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. O grau de instrução pode ser importante, porém o fator determinante é a informação acerca da condição de saúde que o indivíduo apresenta no momento. A interação entre o profissional e o cliente favorece o aumento de conhecimento do indivíduo e proporciona a criação de vínculo.

De acordo com Santos & Meira (2006), a educação horizontal valoriza o saber da população e constitui-se em um instrumento para a transformação de uma lógica que represente a articulação, a construção e multiplicação de vários saberes. A partir da interação de conhecimentos é dado um passo em direção à qualificação da saúde que queremos.

Nos levantamentos de dados em artigos já publicados foi evidenciado que o paciente portador da patologia em estudo encontra-se na faixa etária de idade produtiva aumentando assim o nível de preocupação dos órgãos públicos.

Em estudo realizado em Santa Catarina (2005), mostrou que a doença acomete indivíduos ainda em idade produtiva sendo fundamental a execução de políticas voltadas para o aumento de sobrevivência e de sua qualidade. Temos como exemplo, o pacto pela saúde criado pelo Ministério da Saúde que visa a otimização dos serviços prestados. Em especial os serviços da rede básica e dos programas de controle da hipertensão arterial e de controle do diabetes mellitus (BRASIL, 2006 b).

A educação em saúde trata-se de uma estratégia fundamental para qualificação e sobrevida dos portadores da patologia, sendo assim fundamental criar plano de assistência individual, criar grupo de apoio e encorajamento para compartilhar as descobertas, medos, conquistas.

## CUIDADOS ASSISTENCIAS A PACIENTES RENAIIS

**TABELA 1: Plano de cuidados a pacientes renais.**

Discutir o significado de manter os hábitos alimentares de acordo com a orientação dada pela nutricionista. Revisar as restrições dietéticas quando indicado (ex. fósforo, magnésio, sódio e líquidos);
Discutir outros aspectos nutricionais como por exemplo a regulação da ingesta de proteína, conforme o nível da função renal (de acordo com orientações do nutricionista, geralmente 0,6-0,7g/kg do peso corporal por dia de uma proteína de qualidade, como carne ou ovo).
Identificar os recursos de cuidados de saúde/ comunitários (ex. grupo de apoio à diálise, serviço social, saúde mental, serviço de nutrição).
Encorajar o paciente a falar sobre o que lhe esta causando medo;
Intervir diretamente na causa do medo quando houver e se for possível;
Explicar os procedimentos dentro do nível de capacidade de compreensão do paciente;
Alternar os locais de punção a cada sessão;
Avaliar e registrar sinais de infecção na região da fístula (calor, rubor, dor, edema);
Avaliar exames laboratoriais, comunicar ao médico quando alterações significativas;
Realizar ausculta pulmonar, registrar alterações;
Observar e registrar distensão de veia jugular;
Observar e registrar presença de edema;
Investigar com o paciente quantidade de líquido ingerida (registrar valores);
Discutir a importância das restrições de líquido e das fontes alimentares com elevado conteúdo hídrico;
Atentar para fatores de risco secundários a HAS como: falência cardíaca;
Avaliar peso seco mensalmente;
Identificar bloqueios à atividade, como idade ou doença associada;
Investigar se há diagnóstico médico/ ou regime terapêutico que tenha o potencial de interferir na capacidade do paciente para agir em nível desejado de atividade;
Encorajar o paciente a participar de um programa de condicionamento em grupos de exercício/ atividades;
Avaliar e registrar as características da dor: tipo (dor profunda, dor em queimação, dor latejante), localização (área dolorosa, irradiação para outras regiões), duração (constante, eventual, em determinados períodos e frequência);
Orientar ao paciente quanto ao uso de estratégias de alternativas para aliviar a dor e o desconforto, como distração, imaginação, relaxamento;
Orientar a paciente quanto a normalidade da diminuição da libido em indivíduos que realizam diálise;
Encaminhar a paciente para acompanhamento com equipe interdisciplinar (psicólogo);

Controle ineficaz do regime terapêutico está diretamente relacionado aos hábitos alimentares. Orientar os clientes a fazerem uma auto-análise de sua dieta os mesmo conseguem identificar suas falhas. Isto é notório que eles sabeda dieta que deve seguir, mas não segue. As orientações aos clientes quanto a importância de seguir algumas restrições alimentares, como: controle da ingesta hídrica, diminuir ou eliminar aingesta de sal e condimentos, laticínios, carne vermelha e frutos do mar. Poia esses alimentos são ricos em fósforo, Também trata-se de orientações importantes o uso correto do cloridrato de sevemelar (Renagel ®) e o carbonato de cálcio conforme a prescrição médica, ambos são que lantes de fósforo. Um fator negativo observado é o de que o cliente tem conhecimento das restrições alimentares, não às segue e sabe dos problemas que são causados por essa atitude.

O volume excessivo de líquidos é identificado antes e ao final de cada sessão de hemodiálise, antes da hemodiálise o paciente encontra-se com edema generalizado, anúria, boca seca, mal estar. A forma de equilibrar o volume de líquidos é através da hemodiálise. Reforçando assim a orientação quanto a restrição daingesta hídrica, sendo que cliente. A anúria é um sinal de nefropatia que tem fisiopatologia semelhante à oligúria, sendo definida como diurese < 100ml /24h. Diz-se que a anúria é total quando não há diurese (BARROS et al, 2006; RIELLA, 2003).

O edema refere-se á presença de excesso de líquido nos tecidos do corpo. Na maioria dos casos, o edema ocorre no compartimento de líquido extracelular, mas pode envolver o líquido intracelular também (Guyton & Hall, 2006)

De acordo com Figueiredo (2004) o enfermeiro é um agente de mudanças que por meio da educação em saúde possibilita a qualificação da qualidade de vida das pessoas. A educação em saúde proporciona a possibilidade de adquirir conhecimento dos valores, o desenvolvimento do interesse e atitudes necessárias a proteção da saúde e melhoria do ambiente. Através desta educação o enfermeiro possibilita aos indivíduos, famílias e comunidades medidas para que seja efetivo o cuidado

## 5 CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se a literatura atual considera que pessoa com Insuficiência Renal Crônica em contextos sociais desfavorecidos tem maior dificuldade em aderir à conduta terapêutica, bem como, apresentam pior prognóstico. Em relação à faixa etária, indivíduos em idade produtiva queixam-se mais frequentemente a respeito da redução do potencial laborativo e foi constatado em um dos estudos, que crianças em tratamento hemodialítico evidenciam menor desempenho escolar.

Os aspectos emocionais que interferem no tratamento parecem afetar mais a população feminina do que os homens, mas, em contrapartida, a população masculina apresenta menor força, vigor e a energia. Foi percebido que mudanças de hábitos de rotina, bem como, a diminuição no envolvimento de atividades sociais são de difícil aceitação pelos indivíduos.

O trabalho oferece subsídios aos profissionais de saúde quanto à ampliação do olhar terapêutico para que as atividades cotidianas, aspectos sociais e psicológicos, que venham a ser comprometidos, possam ser levadas em consideração, a fim de serem norteadores no tratamento, promover transformações em consonância com a realidade e prevenir o comprometimento das atividades significativas do dia-a-dia.

Quanto às fragilidades da pesquisa, destaca-se que os estudos analisados apresentavam o conteúdo reduzido dos dados sócio-demográficos da amostragem, o que dificulta maior compreensão acerca do significado que o contexto social implica no cotidiano dos pacientes. Pois os pacientes renais necessitam de recursos para poder manter seu tratamento eficaz, já que para a manutenção das restrições alimentares e hídricas a uma grande necessidade de recursos financeiros. É notória a conscientização dos pacientes em cuidados e planejamento para manter a sua vida sem ocorrência de riscos graves. Portanto, incentiva-se estudos na área a fim de favorecer a otimização das práticas dos profissionais de saúde e aumento no bem-estar biopsicossocial desta clientela.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

BORK, A. M. T; MINATEL, V. F. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. **Portaria MS RDC nº154**, n. 82 de 03 de junho de 2000. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/processos.pdf>>. Acesso em 10/abril/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial, nº115, **Resolução- RDC n.154**, de 17/jun./2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 76 p; 2006 b.

CIANCIARULLO, T. I. (org.). **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e

tendências. 3. ed. São Paulo : Ícone, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE** - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Resolução n.272/2002, 27 de agosto de 2002. Disponível em:<[http://www.portalcofen.gov.br/\\_novoportal/section\\_int.asp?InfoID=1114EditioNSectionID=15SectionParentID=>](http://www.portalcofen.gov.br/_novoportal/section_int.asp?InfoID=1114EditioNSectionID=15SectionParentID=>)>. Acesso em 15/março/2015.

COSTA, C; MAIA, S. C. **Percepção dos docentes de um curso de graduação em enfermagem, com relação à sistematização da assistência de enfermagem.** Monografia. Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006. Trabalho não publicado.

DOENGENES, M. E. et al. **Plano de cuidado de enfermagem:** orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed.; Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.  
FIGUEIREDO, N. M. A. (org). **Tecnologias e técnicas em saúde:** como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

GONÇALVES, H. A. **Manual de monografia, dissertação e tese.** São Paulo: Avercamp, 2004.

GUYTON, A. C; HAAL, J. E. **Tratado de fisiologia médica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

JOHNSON, M. et al. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem:** ligação entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LEITE, G; SILVA, N. F. D; BAPTISTA, C. L. B. M. **Cuidando do paciente/cliente terminal através da sistematização da assistência de enfermagem.** Monografia. Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2006. Trabalho não publicado.

LEOPARDI, M.T, **Teoria e método em assistência de enfermagem,** Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LÓPEZ, M. J. L. M. **Semiologia médica:** As bases do diagnóstico clínico. 4. ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001.

MARTINS, M. R. I; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>>. Acesso em 04/abril/2015.

MEURER, K. Z; SCHMITZ, J. **Pacientes com insuficiência renal crônica: principais dúvidas no início do tratamento hemodialítico.** Monografia. Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2007. Trabalho não publicado.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

PECOITS-FILHO, Roberto. **Diagnóstico de Doença Renal Crônica: Avaliação da Função Renal.** Jornal Bras. Nefrol. Vol XXVI – Nº 3 – Supl. 1 – Agosto de 2004. Disponível em <<http://www.diagnosticosdaamerica.com.br/exames/creatinina.shtml>>. Acesso em: 05/março/2015.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.



PORTH, C. .M. **Fisiopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanaba Koogan, 2003.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Prevenção e Tratamento de Doenças Renais e Organização da Rede de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia em Santa Catarina**. Santa Catarina: Secretaria de estado da saúde, 2005.

SANTOS, N. C. M. **Home care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar**. São Paulo: Iátria, 2005.

SANTOS, J. E. dos; MEIRA, M. de O. B. Roda de saúde, articulando saberes: uma experiência da Universidade do Estado da Bahia no Distrito Sanitário do Cabula-Beiru, Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 161-168, jan./jun. 2006 SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/>>. Acesso em 11/abril/ 2015 a.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidade fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

ZIMMERMANN, P. R. et al. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Revista de psiquiatria Rio Grande do Sul**, v 26(3), p. 312-318, set./dez, 2004. Disponível em <[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n\\_extAction=lnk&exprSearch=393401&indexSearch=ID#](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=393401&indexSearch=ID#)>. Acesso em 09/março/2015.

## ANEXO

### DECLARAÇÃO

Eu, Priscila da Silva Figuerêdo portadora do documento de identidade RG 6276841, CPF:00893182427,aluna regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação de Nefrologia, do programa de Latu Senso da FBV – FACULDADE DE BOA VIAGEM, sob a nº 202410 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: FATORES CONTROLÁVEIS POR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O CONTROLE DO PESO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICO: REVISÃO DE LITERATURA, da qual estadeclaração faz parte, em seus ANEXOS ;
2. Respeiteia legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri paratranscrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a torna-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade , dato e assino a presente  
DECLARAÇÃO,

Em Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2013.

Assinaturado aluno(a) \_\_\_\_\_