

Conhecendo as dificuldades de cuidadores e pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças Governador Valadares, MG

Knowing the difficulties of caregivers and patients in continuous ambulatory peritoneal dialysis in the Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças Governador Valadares, MG

Ana Cristina Sicupira Sena¹
Cristina Fialho Cassiano¹
Felipe Nunes Coelho Lages¹
Rúbia dos Santos Marques¹
Êrick da Silva Ramalho²

¹Acadêmica do curso de enfermagem pela Universidade do Vale do Rio Doce

²Orientadora professora enfermeira da Universidade do Vale do Rio Doce; Pós-graduada e especialista em Nefrologia, Administração Hospitalar e Dependência Química e outros transtornos;

Auditora de um prestador de convênio.

Resumo

O estudo teve como objetivo descrever e conhecer as dificuldades dos pacientes e cuidadores submetidos à Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) quanto ao tratamento e o treinamento realizado por enfermeiro na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças. O método foi de pesquisa de campo de caráter epidemiológico, descritivo, quantitativo, através de questionários direcionados às dúvidas e dificuldades dos pacientes e cuidadores quanto ao tratamento e treinamento do enfermeiro, tempo, complicações e intercorrências durante a diálise, cujos dados coletados foram apresentados por meio de gráficos. A pesquisa verificou uma amostra predominantemente feminina, faixa etária maior que 50 anos, baixa escolaridade. A maioria encontra-se economicamente inativa, além de doenças associadas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); contudo não houve nenhum relato de tabagismo e somente um é etilista, sendo que todos tiveram como tratamento inicial a CAPD, com tempo de permanência de um a dois anos e com principal complicação de um a três episódios de peritonite. Através dos dados colhidos foi possível identificar as dúvidas e dificuldades quanto à terapia, o que resultou num provável auxílio ao enfermeiro que, ao identificar tais falhas, terá uma maior atenção no treinamento, possibilitando assim a melhora de seu planejamento.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica (IRC). Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD). Treinamento. Enfermeiro. Paciente/cuidador.

Abstract

The study aimed to describe and understand the difficulties of patients and caregivers undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) on the treatment and training conducted by nurses in the Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças. The method was field research epidemiologic, descriptive, quantitative, through questionnaires addressed to the doubts and difficulties of patients and caregivers about the treatment and training of nurses, time, complications and complications during dialysis, whose data were presented by using graphs. The survey sample was predominantly female, aged more than 50 years, low education, the majority are economically inactive, and associated diseases such as diabetes mellitus (DM) and Hypertension (HBP), but there was no report of only one is smoking and drinking habits, and all had

CAPD as initial treatment, had spent one to two years and a major complication of the three episodes of peritonitis. Through the data collected was possible to identify the doubts and difficulties in therapy, which likely resulted in assistance to nurses, to identify these gaps, will require a greater focus on training, thus enabling the improvement of its planning.

Key-words: Chronic renal failure (CRF). Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Training. Nurse. Patient / caregiver.

Introdução

A falência renal pode afetar qualquer pessoa e pode ocorrer a qualquer momento da vida. Segundo Guyton e Hall (1997), as doenças renais estão entre as causas mais importantes de morte e incapacidade em muitos países do mundo, são graves e podem ser agrupadas em duas categorias principais: Insuficiência Renal Aguda (IRA), em que os rins, abruptamente, param de funcionar por completo, ou quase por completo, podendo, eventualmente, recuperar sua função quase normal e, a Insuficiência Renal Crônica (IRC), em que ocorre perda progressiva da função de um número cada vez maior de néfrons, com a consequente diminuição gradual da função renal.

A doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico, profissional e a percepção da própria saúde, com impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade. À medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo protéico acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do corpo. Assim, quanto maior o acúmulo de produtos de degradação, mais graves são os sintomas. De acordo com Fermi (2003) as principais causas que desencadeiam a IRC são: hipertensão arterial, glomerulopatias, malformação, diabetes, doenças hereditárias e doenças auto-imunes.

Quando os rins já não funcionam corretamente, há a necessidade de se fazer diálise. Na maioria das vezes o tratamento deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de ser submetido a um transplante renal. As formas de diálise existentes são: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) e Diálise Peritoneal Automatizada (APD), sendo esta com duas formas híbridas, que são a Diálise Peritoneal Contínua, por Cicladora (CCPD) e a Diálise Peritoneal Intermitente Noturna (NIPD). Além dessas, existe também a hemodiálise.

Conhecendo-se os tipos de tratamento e observando a escassez de referências sobre o treinamento

percebeu-se a importância de abordar a relação do enfermeiro no treinamento do cuidador e/ou paciente que são submetidos à CAPD, tocante às dificuldades encontradas nesse processo de aprendizagem. Essa forma de tratamento pode ser realizada em casa pelo próprio paciente ou por um cuidador, podendo ser este da família ou outra pessoa que se submeta a um treinamento realizado exclusivamente pelo enfermeiro. Esse tipo de diálise oferece ao paciente maior liberdade e continuidade de suas atividades diárias.

Além da maior comodidade, a CAPD, por ser um método de filtração mais lento e menos agressivo que a hemodiálise e tendo a mesma eficácia, fazer a limpeza contínua das toxinas do organismo, faz com que esses pacientes tenham reduções significativas de efeitos extras piramidais como hipotensão, câimbras, calafrios, hipoglicemia, hipertensão, cefaléia, dentre outros, que são sintomas comuns na hemodiálise e não se evidenciam em CAPD.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo desenvolvido em um serviço de nefrologia da CSMNSG no município de Governador Valadares. Fizeram parte do estudo 9 pacientes com IRC que faziam CAPD no período de março a maio de 2010, do referido hospital. Os critérios utilizados para seleção dos participantes foram: ser portador de doença renal crônica e ter como terapia a diálise peritoneal ambulatorial contínua; aceitar participar do estudo respondendo as questões do questionário; permitir que os dados obtidos fossem publicados no meio acadêmico, como, em jornais, revistas e eventos científicos.

A coleta de dados foi através de entrevistas com questionário e também pela observação, onde foram realizadas visitas domiciliares desses pacientes, sendo possível conhecer o local onde fazem diálise, armazenam o material, as condições de moradia e higiene dos mesmos. Além disso, na instituição houve a oportunidade de assistir ao treinamento da enfermeira para o paciente e cuidador. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce.

Anatomia e fisiologia

Os rins localizam-se paralelamente à coluna vertebral, sobre o músculo psoas maior. Na posição de decúbito, os rins situam-se ao nível da 12ª vértebra torácica até a 3ª vértebra lombar. No ser humano adulto

cada rim pesa cerca de 150g e tem aproximadamente o tamanho de um punho fechado. A borda medial de cada rim contém uma região escavada, denominada hilo, através da qual passam a artéria e a veia renais, os vasos linfáticos, o suprimento nervoso e o ureter, que transportam a urina final do rim para bexiga, onde é armazenada até ser eliminada. Quando o rim é seccionado em duas partes do alto para baixo, as principais regiões que podem ser observadas são o córtex externo e a região interna, denominada medula. A medula é dividida em múltiplas massas de tecido em forma de cones, denominadas pirâmides renais. A base de cada pirâmide origina-se na borda entre o córtex e a medula e termina na papila, que se projeta no espaço da pelve renal, que é a continuação, em forma de funil, da extremidade superior do ureter. A borda externa da pelve é dividida em sáculos de extremidade aberta, denominados cálices principais, que se estendem para baixo e se dividem em cálices menores, que coletam a urina proveniente dos túbulos de cada papila. As paredes dos cálices, a pelve e o ureter contém elementos contráteis, que propõem a urina em direção à bexiga, onde é armazenada até ser eliminada pela micção. (GUYTON e HALL, 1997).

Segundo Murta (2007), as principais funções do rim são as excreções dos produtos residuais do metabolismo, como uréia, creatinina e outros, feitos através de um sistema de filtração; do controle da composição hidroeletrólítica e do equilíbrio ácido-base do organismo; do controle da pressão arterial sistêmica e da secreção dos hormônios eritropoietina (EPO) - hormônio que estimula a produção de glóbulos vermelhos pela medula - e a sua falta pode causar anemia grave em pacientes com IRC, renina, hormônio ligado a regulação da pressão arterial e, ainda, a forma ativa da vitamina D, que é fundamental para a absorção do cálcio dos alimentos através do intestino.

De acordo com Constanzo (1999), o sangue chega a cada um dos rins pela artéria renal, que se ramifica nas artérias interlobares, artérias arqueadas e, em seguida, nas artérias radicais corticais (artérias interlobulares). Os menores ramos arteriais se subdividem no primeiro grupo de arteríolas, que são arteríolas aferentes. Essas levam sangue para primeira rede capilar, cujos capilares glomerulares são o território onde ocorre a ultrafiltração. O sangue sai dos capilares glomerulares, por meio de um segundo grupo de arteríolas, as arteríolas eferentes, que levam o sangue para uma segunda rede capilar, capilares peritubulares, que circundam os néfrons. Os solutos e a água são reabsorvidos para os capilares peritubulares. O

sangue dos capilares peritubulares flui para pequenas veias, que drenam para a veia renal. As unidades funcionais do rim são os néfrons. Cada rim contém aproximadamente 1 milhão de néfrons. Um néfron é formado por um glomérulo e seu túbulo renal. O glomérulo é uma rede capilar glomerular, que se emerge de uma arteríola aferente. Os capilares glomerulares são revestidos pela cápsula de bowman, que é contínuo com a primeira parte do néfron. O sangue é ultrafiltrado, pelas paredes dos capilares glomerulares, para o espaço de bowman, o que representa a primeira etapa do processo de formação da urina. A parte restante do néfron é uma estrutura tubular, revestida por células epiteliais, responsáveis pelas funções de reabsorção e de secreção.

Insuficiência renal crônica

A IRC é uma doença progressiva, caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis normais dos produtos do metabolismo das proteínas e valores normais da pressão arterial e do hematócrito, bem como o equilíbrio ácido-básico (LUKE, 2005).

Barros et al (2006) afirmam que a IRC é definida como a presença de uma lesão renal ou queda do ritmo de filtração glomerular independente do diagnóstico e é um problema de saúde pública no mundo inteiro. No Brasil, a prevalência de pacientes em diálise atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) saltou de 33,45 pacientes por 100.000 habitantes em 1999, para 40,1 em 2002. A prevalência é mais elevada no sexo masculino e aumenta com a idade, passando de 12 pacientes por 100.000 habitantes naqueles com menos de 30 anos, para 144 naqueles com 60 anos ou mais em 2002. Em 2004 cerca de 59.000 pacientes estavam em terapia dialítica. A IRC é multicausal, e é tratável de várias maneiras, controlável, mas incurável e progressiva, tem elevada morbidade e letalidade.

Quando o nível sérico de creatinina no adulto atinge cerca de 3mg/dl, e nenhum dos fatores na patogenia renal é reversível, esta tende a evoluir para a Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) no decorrer de um período de tempo muito variável (que se estende de alguns anos até vinte a vinte e cinco anos) (LUKE, 2005).

O resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes à incapacidade renal em manter a homeostasia interna do organismo, uma vez instalada, leva à necessidade de manter um tratamento contínuo para substituir a função renal.

Tratamento

De acordo com Silva e Silva (2003), embora não exista cura para a falência renal, estão disponíveis várias modalidades de tratamento:

a) Hemodiálise (HD): consiste na filtração do sangue através de um processo extracorpóreo de depuração, mediado pela membrana de um dializador, que funciona como um rim artificial. A duração de cada sessão dessa terapêutica varia de 3 a 4 horas, 3 vezes por semana. Para a realização desse tratamento é necessária a utilização de um acesso vascular, que pode ser temporário, como os cateteres de vaso profundo de duplo lúmen, ou permanentes: fístula artério-venosa;

b) Diálise Peritoneal Intermitente (DPI): realiza-se 2 vezes por semana, com duração mínima de 24 horas, com tempo de permanência de 30 minutos, necessitando de ambiente hospitalar e pessoal treinado;

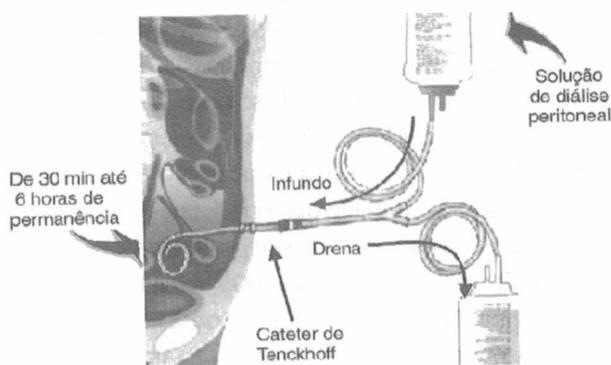
c) Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora (CCPD) ou Diálise Peritoneal Automática (DPA): realizada à noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade;

d) Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD): permite a realização em domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo 4 trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas;

e) Transplante renal: poucas são as contra-indicações para o transplante renal, porém, pacientes HIV positivos não têm indicação de transplante.

Diálise peritoneal ambulatorial contínua

Segundo Smeltzer e Bare (2005), os objetivos da diálise peritoneal (DP) são de remover as substâncias tóxicas e resíduos metabólicos, além de restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico normal. A principal função do cateter de DP é permitir o fluxo bidirecional de dialisato. Os cateteres de uso crônico são tubos flexíveis com múltiplos poros em sua porção distal (intra-abdominal), que deve estar posicionada livremente na área pélvica. O cateter de Tenckhoff é um modelo amplamente utilizado e possui conformação reta e dois cuffs. Condições estereis são fundamentais, além de equipe cirúrgica experiente. O ideal é aguardar 10 a 14 dias após o implante para iniciar a diálise. Caso seja necessário o início imediato da DP, recomenda-se a prescrição intermitente com menores volumes de dialisato.



Fonte: Esquema de DP - Manual de diálise para enfermagem (2003).

Pode ser o tratamento de escolha para os pacientes com insuficiência renal que não são capazes de submeter-se ou que não desejam submeter-se à hemodiálise ou transplante renal.

A CAPD é uma forma de diálise usada por muitos pacientes com doença renal em estado terminal, é efetuada em casa pelo paciente ou por um cuidador treinado, que geralmente é um membro da família. O procedimento permite que o paciente tenha uma liberdade razoável e controle das atividades diárias.

Segundo Arone e Philippi (2005), para esse procedimento não é necessário nenhuma máquina. Ele pode ser realizado em casa num ambiente limpo. Nesse caso, não há necessidade de internação; o paciente ou acompanhante recebe o treinamento detalhado para não ocorrer intercorrências na manipulação de cateter e soluções.

Segundo Fermi (2003), na CAPD a solução de diálise está sempre presente na cavidade peritoneal. Após um período mínimo de 4 horas e máximo de 6 horas, a solução é trocada, ou seja, procede-se a drenagem do líquido que está na cavidade e infunde-se uma nova solução. Após 6 horas de permanências na cavidade, a solução de diálise torna-se saturada e deve ser renovada. 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 de solução no mínimo quatro vezes ao dia. As trocas são realizadas manualmente e a gravidade é a maior aliada para mover o líquido para dentro e para fora da cavidade peritoneal.

A CAPD funciona sobre os mesmos princípios que as outras formas de diálise peritoneal: difusão e osmose. Durante o curso da diálise peritoneal ocorrem três processos de maneira simultânea: difusão, ultrafiltração e absorção. Na difusão, solutos uréticos e potássio difundem-se no sangue do capilar peritoneal para a solução de diálise

peritoneal, obedecendo ao gradiente de concentração, enquanto a glicose, lactado e cálcio, numa menor extensão, difundem-se em direção oposta. Na ultrafiltração, a hiperosmolaridade relativa da solução de diálise peritoneal leva a ultrafiltração de água e solutos associados através da membrana. Há uma absorção constante de água e solutos da cavidade peritoneal, tanto direta como indiretamente para dentro do sistema linfático.

Porém, Arone e Philippi (2005) ressaltam que podem surgir os seguintes problemas: obstrução, extravasamento, infecção no nível do local de saída, formação de coágulos de fibrina, e contaminação bacteriana/fúngica. Pode haver também algumas complicações como: peritonite, ficar atento para dor abdominal, hipersensibilidade, rigidez e retorno de dialisado turvo; choque, ficar alerta para hipovolemia e hipotensão; perda de proteína, controlar os exames laboratoriais e observar a presença de edemas acentuados; perfuração vesical ou intestinal, verificar o esvaziamento da bexiga antes de introduzir o cateter e estar atento à saída de urina ou fezes no dialisado.

De acordo com Blake e Daugirdas (2003), a peritonite ocorre mais frequentemente devido a uma técnica inadequada na realização ou a uma quebra do equipo de transferência na conexão com a bolsa ou na conexão com o cateter. Isso permite que a bactéria tenha acesso à cavidade peritoneal pela luz do cateter. Também pode ocorrer da bactéria presente sobre a superfície da pele entrar na cavidade peritoneal pelo trato do cateter peritoneal, ou ainda pode ocorrer devido a uma bactéria de origem intestinal entrar na cavidade peritoneal migrando pela parede do intestino.

Relevância do conhecimento no processo saúde doença

Segundo Lisboa e Branco (2009), com relação às doenças crônicas, diversas patologias se destacam, mas aquela que nos últimos anos vem atingindo grande parte da população é IRC. Dessa forma, os clientes que são renais crônicos e realizam seu tratamento com a CAPD precisam ser selecionados e capacitados pela equipe de enfermagem a efetuar as trocas das bolsas em seu domicílio. Assim, para o sucesso do tratamento com a CAPD, o perfeito desenvolvimento da técnica é fundamental, mas este deve estar acompanhado do desejo do cliente de ser o responsável pelo seu cuidado, ou seja, de ser capaz de decidir a respeito e entender a necessidade de realizar o autocuidado.

Figueiredo, Kroth e Lopes (2005) explicam que a educação do paciente com IRC começa assim que o diagnóstico é feito, e nunca termina. O paciente tem

que ser orientado sobre a doença, seu tratamento e especialmente sobre a modalidade de tratamento escolhido. O nível de instrução vai depender do grau de envolvimento do paciente. O paciente que seleciona uma terapia domiciliar, dependente do autocuidado, necessita aprender exatamente como desenvolver a diálise. Assim, a enfermagem se definirá como a arte de ajudar as pessoas para manter a vida, recuperar-se da doença e/ou adaptar-se a viver de maneira crônica com ela, tendo como objetivo principal conseguir que os pacientes sejam autossuficientes em diferentes graus. Por este motivo, o trabalho da enfermeira de diálise peritoneal vai consistir em fomentar, motivar e apoiar os pacientes para que possam realizar seu próprio tratamento. Este trabalho é fundamentado na teoria de enfermagem de Orem (1985).

Orem (1985) define auto-cuidado como a "prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem estar...", portanto vê a pessoa como um todo. Esse modelo de enfermagem valoriza a responsabilidade do indivíduo com a saúde, enquanto reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspectos importantes nas intervenções de enfermagem. De acordo com Orem, a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o auto-cuidado.

História da enfermagem

A história da enfermagem pode ser dividida em quatro períodos: período antes de Cristo; período da unidade cristã; período da decadência de enfermagem; e por último o período do sistema Nightingale ou Sistema moderno de enfermagem que se destaca dentre os demais.

O último período é chamado período do sistema Nightingale devido a Florence Nightingale, nascida em 1820 e falecida em 1910 e considerada a fundadora da assim chamada enfermagem moderna (CASTRO, 1989).

No desejo de realizar-se como enfermeira, em 1854, na Guerra da Criméia, os soldados ingleses foram achados no maior abandono. Com a sua chegada e os seus cuidados a mortalidade entre os hospitalizados decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela a imortalizada "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859 (SÃO PAULO, 2005).

No Brasil, o nome que se destaca na enfermagem brasileira é o de Anna Justina Ferreira, conhecida como Anna Nery. Na Guerra do Paraguai dispõe seus serviços à pátria, partindo no dia 15 de agosto. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil. Faleceu no Rio de Janeiro em 20 de maio de 1880 e a primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome. Anna Nery, que como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher, prisioneira do lar.

Em 1926, foi fundada a Associação Brasileira de Enfermagem, uma entidade sem fins lucrativos com a finalidade de agregar os técnicos e enfermeiros, promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional e, no ano de 1973, por meio da Lei 5.905 foram criados os conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, com o objetivo primordial de zelar pela qualidade dos profissionais de Enfermagem e cumprimento da Lei do Exercício Profissional (MURTA, 2007).

Enfermagem no setor de diálise

Carvalho, Melo e Andraus (2001) afirmam que historicamente falando, a diálise teve início em 1854 através do Dr. Thomas Graham. Já em 1913 surgiu uma técnica chamada de vividifusão que levou à hemodiálise atual. No Brasil a hemodiálise teve início em 1949 através do Dr. Tito. Outra consideração importante que se deve fazer diz respeito à equipe que atua nesse campo, devendo ela ser multiprofissional, a fim de se ter maior êxito na terapêutica. E, nesse campo, entra a enfermagem e sua equipe que observa muito de perto reações de enfrentamento diferentes em cada tipo de tratamento.

A enfermagem executa inúmeras funções no gerenciamento da hemodiálise, não sendo possível dessa forma separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se auto completam visando à melhor assistência ao cliente. As intervenções embora executadas pela maioria dos enfermeiros, não estão relacionadas como literatura científica e, muitas vezes, não são documentadas no prontuário do cliente, como assistência prestada ao cliente (LINARDI et al, 2004).

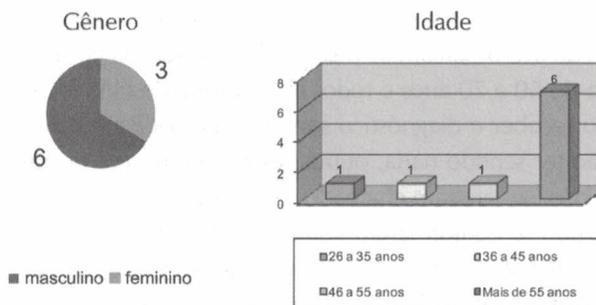
Para melhor atuação do enfermeiro no setor é necessário que tenha conhecimento das portarias que regem esse serviço, como a Portaria MS nº 82, de 03 de janeiro de 2000, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento desses junto ao Sistema Único de Saúde, Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho

de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal; portaria nº 241 de 16 de dezembro de 1998, cujo Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria nº 3.998 de 9 de dezembro de 1998, cria novos procedimentos de diálise peritoneal domiciliar, na tabela de procedimentos do SIA/SUS (BRASIL, 1998).

Resultado

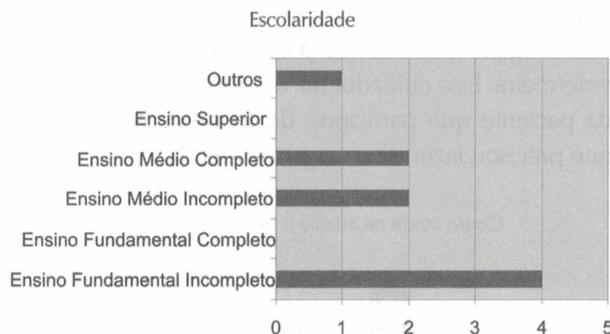
A instituição CSMNSG presta serviço a 11 pacientes que fazem CAPD, desses, dois não participaram da pesquisa devido ao não comparecimento à unidade, estando então uma amostra de 9 pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

Dos entrevistados, a maioria é do sexo feminino e na amostra é prevalente a faixa etária de pessoas com idade acima de 55 anos e apenas uma é economicamente ativa.



Fonte: dados da pesquisa

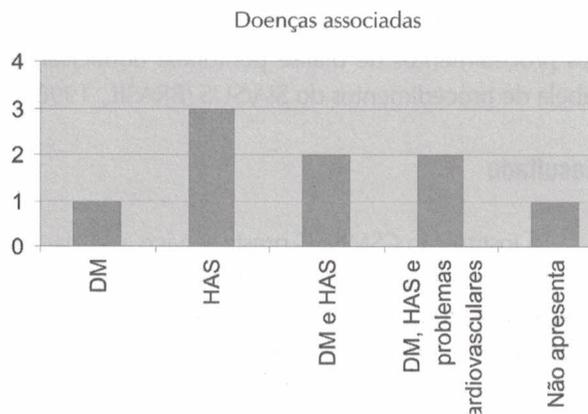
Em relação ao nível de escolaridade destaca-se o ensino fundamental incompleto, sendo que no gráfico, a pessoa que se posicionou como outras, afirmou nunca ter frequentado a escola, mas, sabe ler e escrever.



Fonte: dados da pesquisa

Há predominância de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como doenças de base e ou associadas a IRC; elas estão intimamente relacionadas à

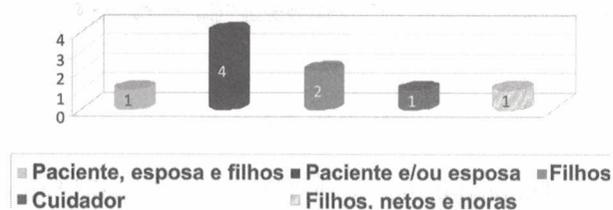
função renal, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal e na diabetes pode ocorrer danos nos vasos sanguíneos dos rins.



Fonte: dados da pesquisa

Todos afirmaram que não fumam e um faz uso de álcool. Quanto ao uso de medicação, apenas um disse não utilizá-lo. Os pacientes que receberam o diagnóstico de IRC destacam-se pela predominância da faixa etária de 50 a 70 anos e todos têm história de HAS e DM. Ao receber o diagnóstico somente um paciente relatou não ter sentido nada, outros responderam que tiveram medo, se sentiram chateados e angustiados, mas com o tempo se conformaram com a doença. A primeira forma de tratamento teve unanimidade em CAPD, três por escolha própria, dois devido a problemas cardíacos, pois não aguentariam a hemodiálise, um não conseguiu manter a fístula, um por escolha do médico e dois ignoravam o porquê. A maioria deles tem menos de dois anos de tratamento e duas dialisam há mais de cinco anos e, dentre elas, apenas uma não se encontra satisfeita com o tratamento. Observa-se que em relação à terapia, somente um paciente não tem ajuda familiar e conta com um cuidador remunerado que não se inclui na área da enfermagem e, ainda, não passou pelo treinamento da enfermeira. Esse cuidador diz ter sido treinado pela filha da paciente que participou do treinamento, uma vez que precisou fazer uma viagem aos EUA.

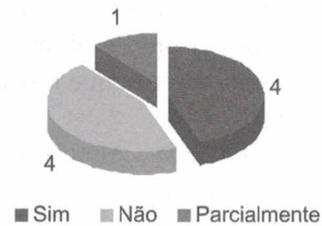
Quem cuida ou auxilia o paciente na CAPD?



Fonte: dados da pesquisa

Quanto à existência de um cômodo adaptado para o tratamento percebe-se que dos quatro que responderam sim, três foram visitados e observou-se que não havia as adaptações necessárias básicas para um bom tratamento.

Há cômodo adaptado?



Fonte: dados da pesquisa

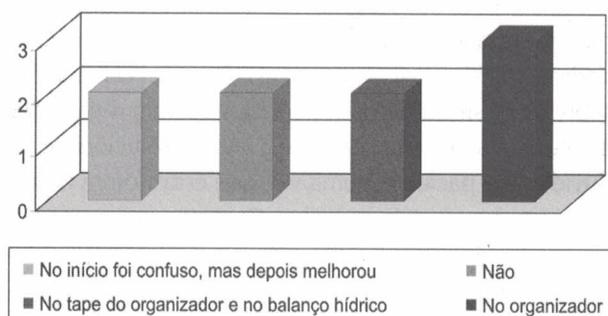
Assim, interpreta-se que a maioria não realiza o procedimento em locais adaptados. Um único paciente adaptou requisitos básicos como pia, mesa, sabonete líquido, papel toalha, suporte de soro e álcool a 70%; o restante fez adaptações incompletas, tais como: uns colocaram só a mesa, outros só o suporte de soro, não sendo suficientes para o tratamento correto. Os materiais para diálise são disponibilizados mensalmente para os pacientes, sete recebem pelo SUS e dois pelo convênio. O armazenamento desses materiais foi investigado e duas pessoas não realizam de forma adequada, armazenando-os no terraço e na garagem.

Em relação às técnicas assépticas durante o procedimento, um entrevistado disse não realizá-las e cinco reconhecem a importância dessa assepsia para evitar a infecção, geralmente a peritonite. Todos os que participam desse tratamento ressaltaram que são orientados quanto aos exames e a maioria sabe que todo mês deve fazer o exame de sangue e urina.

De acordo com todas as respostas, durante o treinamento há a explicação da enfermeira sobre todo o procedimento e, em seguida, ela faz a demonstração de todas as etapas do procedimento, explicando mais uma vez passo a passo. No decorrer do tempo de treinamento, a enfermeira supervisiona o cuidador e/ou paciente a realizar a troca na instituição e quando percebe que estão aptos a fazer sem auxílio, libera-os para iniciar a diálise em casa. O tempo de treinamento varia, quatro pacientes fizeram de 2 a 6 dias, três de 6 a 10 dias e dois de 10 a 14 dias. É levado em consideração para determinar o tempo de treinamento fatores como o grau de instrução, capacidade de assimilação e aprendizado e disponibilidade de tempo do paciente. Ao falarem da enfermeira que realiza esse trabalho, houve muitos elogios quanto à didática do treinamento, cinco disseram

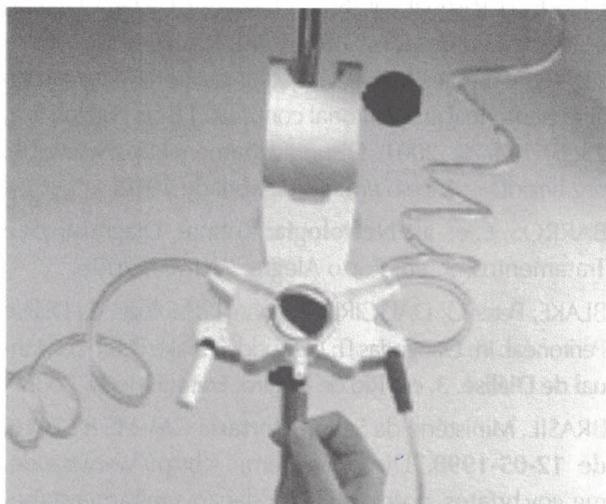
que ela fala de forma clara, dois se sentiram à vontade e tiraram suas dúvidas, com isso, o treinamento se tornou proveitoso. Duas pessoas não se sentiram satisfeitas e justificaram dizendo que foi muito complicado e que a duração do treinamento tivera sido curto.

O que achou do treinamento?



Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que mesmo sete pessoas afirmando a clareza do treinamento, ao responder sobre as dificuldades deste, cinco disseram que têm dúvidas no uso do organizador, em especial no "tape", duas também relataram dúvida na realização do balanço hídrico. Ao questioná-los se ainda existem dúvidas no decorrer da diálise, nota-se a contrariedade de informações, pois dos cinco que disseram não ter dificuldade três enfatizaram problemas no uso do organizador.

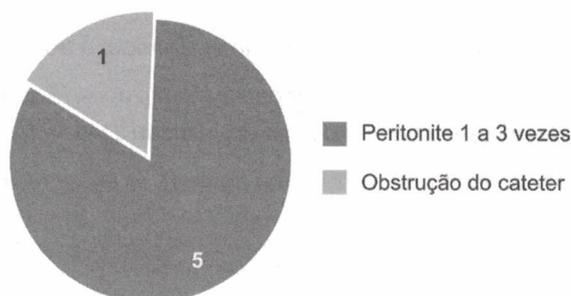


Fonte: Organizador-Fresenius Medical Care

Ao se expressarem quanto às complicações, seis afirmaram que já tiveram, desses, cinco relataram 1 a 3 episódios de peritonite, mostrando que, ao afirmarem que mantêm as técnicas assépticas corretas, contradizem com o número de infecções, dando margem à interpretação de falha na assepsia do procedimento. Tais

dados são preocupantes, pois a peritonite favorece a morbi-mortalidade dos clientes que realizam CAPD. A peritonite é uma das principais causas de descontinuação de CAPD, podendo ser considerada a mais grave complicação desse método dialítico pelo seu impacto sobre a morbidade e mortalidade dos clientes tratados (BARRETTI et al., 2001).

Quais?

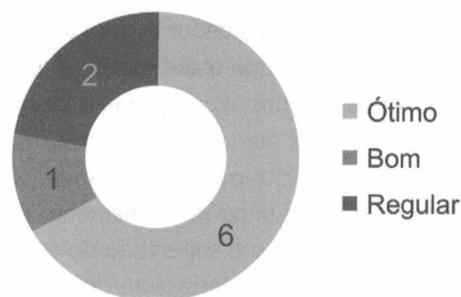


Fonte: dados da pesquisa

Três pacientes contaram sentir desconforto após a diálise, um relatou sentir frio, outro, sonolência e o último, afirmou sentir-se tonto. Seis pacientes afirmaram não ter esses sintomas alegando não sentir nada nem durante nem após o tratamento. Mesmo com a maioria achando confortável o tratamento em casa, duas dessas pessoas reclamaram sentirem-se presas e a outra relatou a vontade em substituir o tratamento para hemodiálise, pois se sentiu pesada após a infusão do líquido no peritônio.

Ao avaliarem o treinamento do enfermeiro, foi evidenciada a satisfação da maior parte dos pacientes que avaliaram o trabalho como ótimo. Dois que avaliaram como regular, sugeriram que aumentasse o tempo de treinamento e um deles pediu que houvesse um trabalho da equipe com o cuidador, falando sobre a importância da paciência e carinho com o paciente durante a diálise. Outros sete acham que está ótimo e mais uma vez elogiam enfermeira e toda a equipe.

Como avaliam o treinamento da enfermeira?



Fonte: dados da pesquisa

No encerramento da entrevista, outras dúvidas foram abordadas pelos pacientes, às quais estão relacionadas a seguir para que possam servir além de acréscimo à pesquisa, como sugestão para inserção no treinamento executado pela equipe da instituição:

- "Sinto uma fraqueza nas pernas e dificuldade para andar após o início do tratamento. É devido ao tratamento?"

- "É obrigatório fazer a diálise rigorosamente na hora certa?"

Pode aquecer a bolsa de diálise antes de iniciar a troca?"

- "É ouvi falar que devo trocar de tratamento após 15 anos. Portanto, esse tratamento pode ser mantido a vida toda?"

- "Posso levar uma vida sexual normal? Se existe restrições quais são elas?"

- "É necessário fazer a troca do cateter?"

- "Por que não posso ligar o ventilador durante a diálise?"

- "Qual a diferença de usar sabão líquido e o sabonete normal?"

- "Posso fazer a diálise no carro enquanto viajo?"

- "Quais as complicações posso ter se passar da hora de drenar o líquido?"

- "Existe diferença desse meu tratamento para aquele que dialisa na máquina noturna, em casa também?"

- "Posso continuar andando de moto?"

- "Por que é necessário sacola especial para desprezar as bolsas?"

Conclusão

Devido ao aumento na incidência de insuficiência renal crônica, a necessidade de iniciativas destinadas a integridade na atenção desses pacientes torna-se imprescindível, visto que essa doença traz transtornos para o paciente e seus familiares. Por isso, evidencia-se a importância do profissional enfermeiro atuar junto ao paciente e a família, avaliar na individualidade a necessidade de cada paciente/cuidador quanto à assimilação do treinamento procurando assim ajustar o tempo necessário para boa aprendizagem, planejar intervenções educativas e se manter atento para a necessidade e revisões do treinamento dos pacientes e, ainda, convocar os pacientes após um tempo do treinamento para que possam realizar a diálise sob supervisão do enfermeiro. Esta pode ser uma forma interessante de avaliar o seu treinamento, diagnosticar e intervir nas possíveis falhas, tendo oportunidade de aprimorar o treinamento, já que

não existem estudos focados no aprendizado dessa terapia quanto às dúvidas, dificuldades e complicações que podem ser solucionadas pelo enfermeiro. Nessa pesquisa notou-se a deficiência no uso do organizador, pois se faz necessário enfatizar a manipulação deste, quanto ao balanço hídrico. Através da observação durante a entrevista foi possível visualizar os locais em que cada paciente faz a diálise e estocagem de material, que na maioria não estavam totalmente adequados, o que dá oportunidade do profissional responsável reforçar as orientações sobre os mesmos. Os dados coletados foram repassados à enfermeira do setor para que a mesma solucionasse as dúvidas dos pacientes, uma vez que essas foram levantadas no decorrer do trabalho. Constatou-se, portanto, a importância de melhor preparar os pacientes e cuidadores e reforçar quanto à necessidade em considerar relevantes as técnicas assépticas e os princípios de higiene. A exposição detalhada para auto-cuidado nesse tratamento é que favorece o sucesso e bem-estar do cliente. Nesse sentido, notou-se que um dos grandes desafios do enfermeiro é gerenciar o cuidador, assim como, seus familiares e pacientes em CAPD.

Referências

ARONE, M.V.; PHILIPPI, M.L. **Enfermagem-médico-cirúrgica aplicada ao sistema renal urinário**. 2. ed. São Paulo: Senac, 2005.

BARRETTI, Pasqual; MONTELLI, Augusto Cezar; CUNHA, Maria de Lourdes RS; CARAMORI, Jaqueline CT. Atualização em diálise: Tratamento atual das peritonites em diálise peritoneal ambulatorial contínua. **J Bras Nefrol**, [s.l], 23(2): 114-20. 2001. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2010.

BARROS, E, et al. **Nefrologia: Rotinas, Diagnósticos e Tratamentos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BLAKE, Peter G; DAUGIRDAS, John T. Fisiologia da Diálise Peritoneal. In: Daugirdas JT; Ing Todd S; Blake Peter G. **Manual de Diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS nº 2616, de 12-05-1998**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/control-de-infeccao-hospitalar/portaria_2616.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2010.

CARVALHO, I. M. P.; MELO, R. L.; ANDRAUS, L. M. S. - Produção científica de enfermagem em nefrologia, no Brasil, no período de 1989 até 1999. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 3, n. 2, jul-dez. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 30 de abril de 2010.

CASTRO, I.B. Prefácio in CARVALHO, A. C. de **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Ribeirão Preto- São Paulo. Ed. Cortez 1989.

CONSTANZO, Linda S. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

FERMI, Márcia Regina Valente. **Manual de Diálise para Enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FIGUEIREDO, Ana E.; KROTH, Leonardo V.; LOPES, Maria Helena I. **Diálise peritoneal**: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/>> Acesso em: 16 de maio 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LINARDI, Fabio; BEVILACQUA, José Luis; MORAD, José Francisco Moron; COSTA, José Augusto. Programa de melhoria continuada em acesso vascular para hemodiálise. **J Vasc BR**, [s.l], 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.phpt>>. Acesso em: 30 de março de 2010.

LISBOA, M. T. L.; BRANCO, J. M. A. **Autocuidado em diálise peritoneal ambulatorial contínua**: saberes e práticas de clientes renais crônicos em tratamento domiciliar. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/01078.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

LUKE, R.G. Insuficiência Renal Crônica. In: CECIL. **Tratado de Medicina Interna**. Tradução de: Ana Kemper *et al.* 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 2, p.818-827, 2005.

MURTA, G. F. **Saberes e práticas, guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 3. ed. vol. 2. Caetano do Sul: Difusão, 2007

OREM, D. **Enfermagem**: concepts of practice. 2. ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP. 2005. **Home-page**. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/enfermagem/historico_enf.asp>. Acesso em: 30 de abril de 2010.

SMELTZER, S. C. O. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 15 de abril de 2010.