

INFECÇÃO RENAL E SEUS AGRAVOS

Andra Luara Barbosa Lima

Graduanda em Enfermagem,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Jéssica Thamara Crispin de Lima

Graduanda em Enfermagem,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Juliana de Carvalho Apolinário Coêlho

Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Fisiológicas – UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de revisão teórica que utilizou vários autores conceituados que auxiliaram a compreender pontos relevantes sobre a Doença Renal e o papel do profissional em enfermagem. A enfermagem, ao lidar com pacientes dialíticos, necessita prestar-lhes uma assistência holística e de qualidade, assim como também orientar os familiares. O objetivo deste trabalho será focar no trabalho de prevenção da infecção renal e na importância do atendimento do enfermeiro aos pacientes, pois o tratamento pré-dialítico acarretará na não gravidade da infecção renal. A prevenção e o acompanhamento das doenças associadas pelo profissional de enfermagem, especialmente diabetes e hipertensão, têm função relevante na prevenção e progressão da DRC, que é uma doença complexa e exige múltiplos enfoques de tratamento. Existem muitos fatores de risco que envolve a DRC como: diabéticos, hipertensos, idosos, familiares de pacientes em terapia renal substitutiva, portadores de outras doenças cardiovasculares, tabagismo, etilismo, obesidade e normalmente esses grupos de risco estão inseridos na atenção básica. Por isso é muito importante um trabalho competente e sério da equipe de enfermagem para única e exclusivamente identificar esses grupos de riscos e desenvolver ações para prevenção dos possíveis agravos da infecção renal. Assim, nossas considerações finais por meio do estudo teórico enfatizam que os profissionais de enfermagem precisam refletir quanto à relevância da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um instrumento metodológico e sistemático para o melhoramento do padrão da assistência oferecida ao paciente.

Palavras- Chaves: doença renal; profissional em enfermagem; prevenção; SAE.

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos é natural que os adultos desenvolvam doenças não infecciosas que se não tratadas acabam se tornando crônicas com a hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência renal, insuficiência cardíaca entre tantas outras (PEREIRA, 1995). Assim, a doença renal bem como seu agravamento é muito preocupante devido às elevadas taxas de morbimortalidade, por isso é relevante que a mesma seja detectada no início retardando a progressão da doença. A doença renal pode agravar chegando à fase crônica, portanto a infecção renal é considerada um problema de saúde mundial onde a população precisa ser alertada sobre os primeiros sintomas (BASTOS, 2004).

“Vale ressaltar que independente do diagnóstico etiológico da DRC (doença renal crônica), a presença de dislipidemia, obesidade e tabagismo acelera a progressão da doença” (BRASIL, 2006, p. 21).

A detecção da doença renal em seu estágio inicial é muito importante, pois será essa detecção que evitará o avanço para uma doença renal crônica, assim algumas ações se fazem necessárias como: diagnosticar de forma precoce a DRC, depois esse indivíduo deverá ser submetido o mais rapidamente a um acompanhamento especializado e como última ação, a família do paciente deverá ser conscientizada sobre a relevância de uma terapia renal substitutiva, assim, como retificar as principais complicações e comorbidades da doença renal crônica.

Assim, este trabalho justifica-se pela importância da prevenção da infecção renal (IR), pois o tratamento pré-dialítico acarreta na não gravidade da IR. Essa prevenção consiste em orientar a população, através de materiais impressos, sobre a gravidade desta doença, uma vez que a IR leva à paralisação dos rins o que acarreta na incapacidade dos mesmos em filtrarem as impurezas do sangue. Além disso, em muitos indivíduos, no início, a doença renal é assintomática, o que dificulta seu diagnóstico antecipado (BASTOS, 2004).

Muitos indivíduos poderão apresentar um acentuado grau de lesão renal sem, porém apresentarem qualquer tipo de sintoma que alerte a doença e permita iniciar o tratamento na sua fase inicial, assim, os testes de laboratório são importantíssimos, pois permitirão o diagnóstico, além de ser de baixo custo (KIRSZTAJN, 2011).

“A doença renal é uma doença subnotificada no país e é necessário que a atenção básica passe a diagnosticar as comorbidades do hipertenso e do diabético incluindo perda da capacidade funcional dos rins” (ABREU, 2011, p. 50).

É muito importante se atentar para a hipertensão e diabetes visto que tais doenças são consideradas os principais fatores para a doença renal crônica, sendo que neste caso a insuficiência renal crônica poderá ser prevenida. É importante a participação dos programas de saúde de atenção básica que contribuem para a prevenção a DRC (ABREU, 2011). Dessa forma, os enfermeiros poderão elaborar um plano de cuidado para o paciente avaliando os riscos e prevenindo eventos adversos, bem como podem monitorar também as doenças como diabete e hipertensão que são agravantes da infecção renal (HOLANDA, 2009).

Muitas doenças oferecem risco para o agravamento da infecção renal, portanto, o papel da enfermagem é primordial, pois o acompanhamento sério e profissional de grupos de risco portadores de outras doenças é necessário como indivíduo com doenças: cardiovasculares, tabagismo, etilismo, obesidade, hipertensão, diabetes, precisam de uma atenção especial. Assim, caberá os cuidados a uma equipe de enfermagem capacitada para identificar esses grupos de risco e elaborar ações que previnam o agravamento da infecção renal para estágios irreversíveis (RIELLA, 2003).

2 OBJETIVOS

Este artigo tem como objetivo focar na importância do atendimento do enfermeiro aos pacientes com doença renal crônica, em tratamento dialítico, pois os enfermeiros possuem papel importante por esclarecer aos pacientes e familiares sobre os cuidados e sobre aspectos principais da doença, facilitando dessa forma que os pacientes aceitem o tratamento e o façam com comprometimento seguindo todas as recomendações.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para a escrita desse artigo foi a revisão bibliográfica realizada através da busca de artigos científicos, monografias e matérias de revistas eletrônicas com as seguintes palavras chaves: Doença Renal; Profissional em enfermagem; Prevenção; SAE.

4 FUNÇÃO RENAL, ANATOMIA, FISIOLOGIA

Os rins são órgãos importantíssimos onde sua tonalidade é castanho-avermelhado com localização exterior a cavidade peritoneal e sua localização no corpo humano se dá à direita e a esquerda da coluna vertebral, sendo que existe uma diferença de tamanho entre o rim direito e o esquerdo, sendo que o rim direito é discretamente menor por conta da localidade do fígado no corpo humano (SMELTZER, 2009).

O rim em seu formato se parece com um feijão no indivíduo adulto, tendo uma leve curvatura e sua medida se equipara a um pulso fechado com peso medianamente falando de 150 gramas (DANGELO; FATINI, 2002).

Os rins são resguardados de forma importante pelos músculos do abdome e das costas e também pelas costelas, além da proteção do tecido adiposo que serve para proteger os possíveis impactos (SMELTZER, 2009).

Existe uma região bastante importante na borda medial dos rins denominada hilo que é uma abertura vertical para passar a artéria, o ureter e veias renais, os vasos linfáticos, e suprimento nervoso que compõem conjugado com o pedículo renal conduzindo a urina dos rins até a bexiga para ser armazenada e eliminada (DANGELO; FATINI, 2002).

Silverthorn (2003, p. 543) a respeito das funções dos rins, a mais importante função é o equilíbrio hidroeletrólítico, por o distúrbio de este equilíbrio causar sérios problemas médicos. Porém, podem-se dividir as funções dos rins em seis áreas gerais:

1. Regulação do volume extracelular do fluido. Quando o volume do fluido extracelular diminui, também diminui a pressão arterial. Se o volume e a pressão do sangue caem demais, o corpo não pode manter o fluxo sanguíneo adequado para o encéfalo e para outros órgãos essenciais. Os rins trabalham de uma forma integrada com o sistema cardiovascular para assegurar que a pressão arterial e a perfusão tecidual mantenham-se dentro dos padrões aceitáveis.
2. Regulação da osmolaridade. O corpo ajuda na ação dos rins conduzindo comportamentos, como ter sede, para manter a osmolaridade em um valor próximo a 290 mOsM.
3. Manutenção do equilíbrio iônico. Os rins fazem a manutenção da concentração dos íons-chave dentro de uma variação normal pelo equilíbrio de ingestão dos mesmos pela dieta e a perda destes íons na urina. O sódio (Na^+) é o principal íon envolvido na regulação do volume do fluido extracelular e na osmolaridade. O potássio (K^+) e o cálcio (Ca^{2+}) também são regulados em modo similar.
4. Regulação homeostática do pH. O pH do plasma normalmente mantido dentro de uma faixa limitada. Se o fluido extracelular torna-se ácido demais, os rins removem H^+ e conservam íons de bicarbonato (HCO_3^-), que atuam como um tampão. Ao contrário, quando o fluido extracelular torna-se muito alcalino, os rins removem HCO_3^- conservando o H^+ . Os rins não regulam os distúrbios do pH tão rapidamente como os pulmões o fazem, mas tem um importante papel na homeostase do pH.
5. Excreção de resíduos e substâncias estranhas. Os rins removem dois tipos de resíduos: os produtos do metabolismo e substâncias estranhas tais como drogas e toxinas ambientais. Os resíduos metabólicos incluem a creatina proveniente do metabolismo muscular, os resíduos nitrogenados, a uréia e o ácido úrico. Um metabólito da hemoglobina denominado urobilinogênio que dá à urina a sua cor amarelada característica. Os exemplos de substâncias estranhas que são ativamente removidas pelos rins incluem açúcares artificiais como sacarina e o ânion benzoato, que faz parte do conservante benzoato de potássio que é utilizado em refrigerantes diet.

6. Produção de hormônios. Apesar dos rins não serem glândulas endócrinas, eles possuem um importante papel em três vias endócrinas. As células renais sintetizam eritropoetina, o hormônio citocina que regula a síntese das hemácias. Eles também liberam renina, uma enzima que regula a produção de hormônios envolvidos no equilíbrio do sódio e na homeostase da pressão arterial. As enzimas renais ajudam a converter a vitamina D3 em um hormônio que regula o equilíbrio do Ca^{2+} .

Segundo Smeltzer (2009) apontam as fundamentais funções dos rins como: formação de urina, excreção dos produtos residuais, regulação dos eletrólitos, regulação do equilíbrio ácido-básico, controle do balanço hídrico, controle da pressão arterial, clearance renal, regulação da produção de eritrócitos, síntese de vitamina D para a forma ativa, secreção de prostaglandinas, regula o equilíbrio de cálcio e fósforo e ativa o hormônio do crescimento.

Guyton (1998, p.192) afirma que:

A circulação renal é peculiar uma vez que possuem dois leitos capilares, os capilares glomerulares e peritubulares, que se encontram dispostos em séries separados pelas arteríolas eferentes que ajudam a regular as pressões hidrostáticas em ambos os conjuntos de capilares. A pressão hidrostática elevada nos capilares glomerulares (cerca de 60 mm Hg) resulta em rápida filtração de líquidos, enquanto uma pressão hidrostática muito menor nos capilares peritubulares (cerca de 13 mm Hg) permite uma rápida reabsorção de líquidos. Ao ajustar as resistências das arteríolas aferentes e eferentes, os rins são capazes de regular as pressões hidrostáticas nos capilares tanto glomerulares quanto peritubulares, alterando, assim, a intensidade da filtração glomerular e/ou reabsorção tubular em respostas as demandas homeostáticas do organismo.

O rim possui uma unidade funcional denominada e conhecida com néfron, um indivíduo adulto possui mais ou menos 1 milhão de néfrons em cada rim (direito, esquerdo). Assim, esses néfrons quando é diminuído por motivos de lesão ou doença renal ou pelo simples fato do processo de envelhecimento normal do indivíduo o número de néfrons são reduzidos e o rim não tem a capacidade de regenerar ou de constituir novos néfrons (DANGELO; FATINI, 2002).

A função básica do néfron consiste em limpar ou "depurar" o plasma sanguíneo de substâncias indesejadas em sua passagem pelo rim. As substâncias que devem ser depuradas incluem, em particular, os produtos finais do metabolismo, como uréia, creatinina, ácido úrico e uratos. Além disso, muitas outras substâncias, como íons sódio, potássio, cloreto e hidrogênio, tendem a acumular-se no organismo em quantidades excessivas; o néfron também tem por função depurar o plasma desses excessos (GUYTON; HALL, 1996, p. 251).

Podemos dizer que no néfron existem três processos básicos: a filtração, reabsorção e secreção (DANGELO; FATINI, 2002).

4.1 Insuficiência Renal

A doença renal crônica (DRC) diz respeito a uma lesão renal que pode ter perdas de forma progressiva e irreversível da função renal, pois o rim acaba tendo dificuldade em cumprir seu papel. Assim, já considerada uma doença de saúde pública no Brasil devido a sua alta morbidade e mortalidade (BRASIL, 2006).

O rim possui muitas funções, porém em relação à sua função principal se pode dizer que a mais relevante é a filtração glomerular (FG) que tem a ver com excreção dos solutos tóxicos gerados pelo organismo. Assim, se faz necessário trabalhar as intervenções primárias da infecção renal com a intenção de não se focar apenas aos estágios finais da doença onde causa maior sofrimento ao paciente, por precisar de terapia renal substitutiva (SESSO; GORDAN, 2007).

Existem muitos fatores de risco que envolve a DRC como diabéticos, hipertensos, idosos, familiares de pacientes em terapia renal substitutiva, portadores de outras doenças cardiovasculares, tabagismo, etilismo, obesidade e normalmente esses grupos de risco estão inseridos na atenção básica. Por isso, é muito importante um trabalho competente e sério da equipe de enfermagem para única e exclusivamente identificar esses grupos de riscos e desenvolver ações para prevenção dos possíveis agravos da infecção renal (RIELLA, 2003).

O agravamento da infecção renal tem início a vários fatores que se iniciam desde a fase pré-renal, renal e pós-renal. O desenvolvimento do quadro de infecção renal aguda (IRA) tem diversas causas dentre elas a desidratação, insuficiência cardíaca, uso de diuréticos, coagulação microvascular, drogas imunossupressoras, anti-inflamatório, drogas nefrotóxicas, drogas ilícitas, etc. O rim nesse caso perde totalmente a capacidade de filtrar e, portanto, eliminar as substâncias tóxicas pela urina (AJZEN; SCHOR, 2002).

O corpo precisa manter um equilíbrio metabólico e eletrolítico, para o corpo consiga manter a função renal, porém no Brasil o índice da perda progressiva da função renal é alarmante (OLIVEIRA; MENDONÇA; SENA, 2007).

A uremia elevada pode acarretar sintomas bastante marcantes como perda de apetite, fraqueza, estado mental alterado, vômitos matutinos, náuseas, fraqueza, além de pele amarelada, hálito alterado com cheiro de amônia, além de tremores e convulsões. Sendo bastante sério, por promover o óbito caso o indivíduo não seja atendido a tempo e de forma correta (ZAWADA et al., 2003).

A infecção renal precisa ser diagnosticada o quanto antes, pois doença é progressiva e, portanto seu processo de evolução é conhecido em três fases sendo: assintomática, fase compensada e fase descompensada.

Na primeira fase da doença podemos dizer que a pessoa não tem sintomas e a descoberta da doença se dará através de exames bioquímicos que mostrará que o indivíduo possui perda de filtração glomerular de 50-60 % (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Já na fase denominada compensada, a perda de filtração glomerular está entre 60-90% e é também quando aparece a HAS anemia (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Na terceira e última fase chamada de descompensada, esta é a mais grave de todas, pois necessita que o paciente seja dialisado para que não sofra coma urêmico e venha a more. Pois, nesta fase a sua filtração glomerular é maior de que 90% (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Embora não exista cura para a doença, hoje em dia, segundo Silva e Silva (2003, p. 10):

“[...] existem vários tipos de tratamentos a que o paciente pode recorrer como hemodiálise (HD), diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e diálise peritoneal automatizada (DPA)”.

Existem exames laboratoriais específicos para detecção d a IRC e da IRA, sendo que esses exames são de urina e sangue e sua finalidade é aferir a quantidade de sódio (Na), ureia e creatinina e na urina a osmolaridade urinária. Também poderão ser utilizadas a biópsia renal e a radiografia do abdômen (DURÃO JUNIOR et al., 2001).

A alimentação é um fator importante e deve ser levado em conta, pois os rins acabam perdendo a habilidade de se adaptar ao consumo de determinados alimentos e fluídos, por isso é muito importante um equilíbrio apropriado dos íons sódio (Na⁺), potássio (K⁺), cálcio (Ca²⁺), fosfato (H₂PO₄⁻ e HPO₄²⁻) e água (H₂O) (DAUGIRDAS; LAKE ; ING, 2008).

4.2 Insuficiência Renal Aguda

A insuficiência renal aguda (IRA) corresponde a uma perda súbita e quase completa da função renal, e é observada exclusivamente em pacientes hospitalizados, e nos pacientes no setor ambulatorial. Nota-se que a IRA também se

manifesta como anúria ou oligúria ou volume urinário normal. O paciente também pode apresentar volume urinário normal e níveis séricos crescentes de ureia e creatina, além de retenção de outros produtos normalmente excretados pelos rins (SMELTZER et al., 2009).

Outros autores também definem a IRA como uma redução rápida da função renal, nas quais não se sabe o tempo exato de duração, este tipo de infecção tornam incapazes os rins de exercerem suas funções básicas como excreção e manutenção da homeostase do organismo, e mesmo com todo o avanço da medicina nos dias atuais os índices de mortes são muito elevados (SCHOR; SANTOS; BOIM, 2003). Entretanto, podemos ressaltar que a IRA está ligada diretamente com uma alta morbidade e mortalidade nos pacientes criticamente enfermos, ou seja, esse tipo de infecção pode ser de origem renal, pré-renal e pós-renal e esta por sua vez pode ser reversível se houver uma correção rápida, na redução perfusão renal, mas esse tipo de reversão tem como causas, mais frequentes a desidratação acompanhada com os sintomas de vômitos, diarreia, febre (SCHOR; SANTOS; BOIM, 2003).

De acordo com Smeltzer (2009), existem três tipos de categorias principais de distúrbios nos quais provocam a insuficiência renal aguda são elas: pré-renais (hipoperfusão do rim), intra-renais (lesão real do tecido renal) e pós-renais (obstrução do fluxo urinário).

A IRA pré-renal resulta da diminuição do suprimento sanguíneo para os rins, o fato é que a anormalidade ocorre antes dos rins, como por exemplo, obstrução de vasos e artérias ou diminuição do fluxo sanguíneo nos rins, e este tipo de insuficiência pode ocorrer uma insuficiência cardíaca com redução do débito cardíaco, pressão arterial baixa ou condições associadas à diminuição do volume e pressão arterial baixa, como no caso de hemorragia grave. Outro tipo de IRA é a intra-renal, neste caso ocorrem algumas anormalidades no próprio rim, incluindo os vasos sanguíneos, glomérulos e túbulos, e um exemplo da glomerulonefrite aguda é um tipo de IRA intra-renal, onde reações imunes lesões os glomérulos.

E por fim, a IRA pós-renal, esta por sua vez se da por obstrução do sistema coletor urinário de qualquer ponto, desde cálices ate a saída da bexiga, causas importantes como cálculos renais pelas precipitações de cálcio, podem ser causas importantes de obstrução do trato urinário (SMELTZER et al., 2009).

4.3 Insuficiência Renal Crônica

Em relação à insuficiência renal crônica (DRC), esta por sua vez considerando os aspectos fisiopatológicos, psicológicos e sociais acabou se tornando um problema de saúde pública em todo o mundo, e considerada como a epidemia do século XXI, ou até mesmo a epidemia deste milênio (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

A doença renal crônica passou a ter índices muito elevados de incidências e prevalência, passando a ser um problema crescente de saúde pública, sendo uma doença progressiva, nas quais levam a falência renal e requer terapias de reposição renal. Diante disso, com o início precoce de tratamento a progressão da doença renal pode ser prevenida ou retardada, tendo como objetivo diminuir a frequência e a rigidez dos resultados adversos da DRC, como disfunção renal, doença cardiovascular e morte prematura, e para as pessoas que tenham mais índice para progressão da DRC, é necessário identificar o estágio da doença quanto antes (BRASIL, 2006).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) refere-se “[...] à perda progressiva e irreversível da função renal [...]” (NASCIMENTO; MARQUES, p. 719, 2005).

Alguns sinais são apontados quando os rins começam a entrar em falência renal, como a hipertensão arterial e anemia, além de sinais neurológicos, cardiovasculares e metabólicos (SMELTZER, 2009).

A perda da função renal conhecida com doença renal crônica (DRC) ocorre progressivamente de forma que os rins começam a não conseguir desempenhar o seu papel de forma satisfatória, sendo que muitos fatores somam a essa perda da função renal, como doenças autoimunes, glomerulopatias, diabetes mellitus, infecções sistêmicas, neoplasias, infecções urinárias, hipertensão arterial, etc (BRASIL, 2006).

Assim, pode-se definir insuficiência renal quando os rins perdem a capacidade de retirar os produtos de degradação metabólica do corpo ou quando o rim não consegue concretizar as funções reguladoras, assim as substâncias que deveriam ser eliminadas através da urina se concentram junto aos líquidos do corpo, o que leva à quebra das funções endócrinas e metabólicas (RIBEIRO, 2008).

A DRC corresponde à doença renal em estágio terminal (DRET), com deterioração progressiva e irreversível da função renal (SMELTZER, 2009).

4.4 A DRC e o Diagnóstico

Para diagnosticar a doença DRC existem 5 formas como: levar em conta a história clínica do indivíduo, exame físico, estimativa de filtração glomerular, nível da lesão renal, exames de imagem ou histopatológico (BORGES; BASTOS, 2007 apud KIRSZTAJN, 2005).

É primordial que pacientes em grupo de risco devem ser identificados o quanto antes, mesmo que não apresentem sintomas. Estes pacientes precisam ser avaliados todo ano através de exame de urina (fita reagente ou urina tipo 1), creatina sérica e depuração estimada de creatina e microalbuminúria (BRASIL, 2006).

A microalbuminúria é em especial útil em pacientes diabéticos, hipertensos e com história familiar de DRC sem proteinúria detectada no exame de urina (BRASIL, 2006, p. 2122).

No diagnóstico de uma doença renal crônica a TFG é muito importante e uma facilitadora do diagnóstico da doença, visto que a TFG é a competência que os rins têm de extinguir certa substância do sangue. Os rins filtram o sangue e eliminam as substâncias finais, mas preserva o que é importante como proteínas, albumina e componentes celulares. Através da TFG ocorre a avaliação dos níveis de substância sendo a ureia é o primeiro marcador utilizado apesar de não ser completamente confiável, mas não deixa de ser um marcador endógeno utilizado (BASTOS, 2011).

Na prática clínica, a TFG é avaliada por meio da mensuração de níveis de substâncias que são normalmente produzidas pelo corpo. A uréia, o primeiro marcador endógeno utilizado, não é completamente confiável, pois seus níveis são vulneráveis a mudanças por razões que não estão relacionadas com a TFG (BASTOS, 2011, p. 95).

O nome dado à habilidade dos rins em depurar os solutos a partir do plasma é *clearance* renal. Realiza-se esse exame em urina de 24 horas (SMELTZER, 2009).

“A creatinina é um produto residual endógeno do músculo esquelético que é filtrado no glomérulo, atravessa os túbulos com alteração mínima e é excretada na urina” (SMELTZER et al., 2009, p. 1266).

4.5 Tratamento

De acordo com Ramão (2004), podemos ressaltar que o tratamento dos pacientes portadores de algum grau de comprometimento da função renal progressivo pode ser baseado em alguns componentes como sendo: programa de

promoção à saúde e prevenção primária, onde se enquadram os grupos de risco para DRC; identificação precoce da disfunção renal, quanto antes o indivíduo for diagnosticado menos agravos em relação à doença, detecção e correção de causas reversíveis da doença renal dentre outros.

No entanto, em relação à diminuição da DRC são necessárias algumas intervenções, ou seja, para diminuir ou reverter à progressão da doença renal e prevenir a ocorrência de falência de função renal é importante o sucesso terapêutico da doença primária para prevenção da falência. Nota-se que é necessário juntar as doenças de base com reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, estando atento para a velocidade da diminuição da FG, ou seja, o estágio em que a doença se encontra a percepção de complicações e comorbidades, principalmente para as cardiovasculares (BASTOS, et, al., 2010).

Entretanto, conforme Bastos (2010), existem algumas orientações a seguir, como 1) controle da pressão arterial (para poder minimizar a progressão da DRC, diminuindo assim também os riscos de doenças cardiovasculares frequentemente associadas. Neste sentido, para esse tipo de paciente com doenças renais é recomendável os valores da pressão arterial entre 130/85 mm Hg e para os de idade acima de 60 anos, 140/90 mm Hg); 2) diminuição da proteinúria (importante ressaltar que precisa de total cuidado, pois é um excelente marcador de lesão renal, para a progressão da DRC é um importante fator de risco. Entretanto, a proteinúria é persistente quando há em duas de três avaliações urinária, para a redução de albuminúria também em pacientes selecionados com antagonistas do receptor aldosterona, e por fim, tem que ter um controle de ingestão de proteínas em pacientes com índice de massa corporal acima do normal, o ideal é a redução desse índice) e 3) controle do diabetes (ajuda na diminuição da microalbuminúria, independente de qual tipo de diabete seja sendo ele tipo 1 ou tipo 2 essa prevenção ajuda a diminuir as complicações que podem ocorrer macro e microvasculares do diabetes).

Dentre esses fatores, a mudança no estilo de vida é importantíssima também, pois além da doença renal, geralmente são portadores de outras doenças de base, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, ocasionando a progressão da falência renal, e também outros tipos de complicações cardiovasculares, sendo assim é essencial que o doente tem de se educar e se adequar a hábitos de vida

saudáveis, tomando algumas medidas que ajudam no controle (BASTOS, et, al., 2010).

4.6 Hemodiálise como Opção de Tratamento

Para pacientes que sofrem com IRC, o meio mais utilizado como alternativa de diálise é a HD, devido à sobrevida apresentada por essa forma de tratamento ser alta, levando expectativa e esperança para as pessoas que dela necessitam. Porém, o papel do enfermeiro com o paciente é relevante para que o paciente compreenda e aceite o tratamento e possíveis mudanças advindas do mesmo (SALLES; LOPES, 2008).

Como a HD tem o papel de filtrar as impurezas do sangue, substâncias tóxicas, excesso de líquidos que precisam ser eliminados da corrente sanguínea em portadores da IR através de uma máquina de diálise, mediado pela membrana de um dialisador, a HD causa ao paciente um pouco de stress emocional e até mental, dor, desgaste físico devido ao próprio processo e por também ser um tratamento incerto por não recuperar integralmente o paciente e nem ter predeterminado a sua duração (OLIVEIRA; FERRARI, 2010).

Ao iniciar o tratamento com a HD necessita-se de um acesso vascular que podem ser de três tipos e se distinguem devido ao tempo de permanência, sendo: os acessos provisórios investidos para prática de HD por um curto período com indicação para diálise de urgência, ou quando não houver tempo para obter entrada permanente e o tempo de sua maturação, em casos de IRA ou quando houver falência da entrada permanente. Nesses casos, é então implantado um cateter, mais habitualmente o cateter de duplo lúmen (CDL) em um acesso venoso central, geralmente na jugular, subclávia ou ainda femoral, quando não se obtém a introdução nos outros dois lugares. No local da inserção, deve ser feito um curativo diário, ou em caso de haver probabilidades, curativos de longa permanência, como os filmes de poliuretano, pois o sítio da inserção deverá conservar-se limpo e seco, para se evitar infecções. É função de o enfermeiro nortear o paciente sobre os riscos que existem quando não são adotados os devidos cuidados (SMELTZER; BARE, 2005).

Os pacientes com IRC que dependem de tratamento hemodialítico ficam em cada sessão mais ou menos quatro horas por dia, sendo um procedimento realizado três vezes por semana, e demanda que o paciente se desloque para a unidade de

tratamento. O oposto dos outros tipos de terapêuticas, a máquina de hemodiálise não se pode ter em casa devido aos diferentes fatores seu custo é muito alto necessitando também de profissionais habilitados para a prática correta da sessão (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

4.7 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A SAE é um processo muito importante, porém para que o enfermeiro consiga colocá-lo em prática se faz necessário conhecer o processo de enfermagem (PE), aproximando a teoria da prática (BRITTAR; PEREIRA; LEMOS. 2006).

O enfermeiro para conseguir aplicar a SAE precisa de um alto grau de profissionalização para que consiga tanto usando sua habilidade e aprendizados técnicos quanto também sua experiência organizar propostas sistematizadas e particulares de forma a tender as reais necessidades do paciente e família (DELL ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

A implantação do SAE vem ocorrendo desde a década de 1970 pela Wanda de Aguiar Horta, porém sua aprovação pelo COFEN se deu apenas em 2002. A SAE, quando aplicada de forma correta, como uma assistência metódica, sistemática e individualizada, permite uma melhor organização do trabalho e dos cuidados dispensados, proporciona a avaliação dos resultados e a modificação ou finalização de algumas intervenções (BACKES; SCHWARTZ, 2005). Na RDC COFEN - 272/2002, artigo 3º, afirma-se que, quando se elabora uma SAE, isso deve constar devidamente no prontuário do paciente, sendo descritas as suas etapas: o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). Porém, alguns profissionais de enfermagem oferecessem resistência para sistematizar o atendimento devido a: sua própria dificuldade e despreparo em lidar com esse método, ou devido ao desinteresse do paciente em cooperar com a sistemática, e também devido ao desinteresse do profissional de enfermagem em buscar conhecimento sobre o método, além de condições precárias de trabalho oferecidas nas instituições de saúde e sobrecarga do profissional (VARGAS; FRANÇA, 2007).

Atualmente, com a aprovação da resolução do COFEN nº 358/2009 que, em seu art. 1º, resolve que o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que

ocorre o trabalho do profissional de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), ele tem se consolidado.

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

No diagnóstico real, são retratados os problemas existentes no presente, sendo carregado pelas características definidoras: “[...] é sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010, p. 436).

O enfermeiro precisa ter conhecimento do paciente como um todo para que os cuidados posteriores não sejam simplificados e nem os problemas sejam resolvidos, por isso é importante o DE como etapa do SAE para avaliar sintomas que podem ser fisiológicos, comportamentais, psicossociais ou espirituais (VARGAS; FRANÇA, 2007).

Os diagnósticos podem ser classificados em: real, de promoção de saúde, de risco, de síndrome e de bem-estar. No diagnóstico real, são retratados os problemas existentes no presente, sendo carregado pelas características definidoras: “[...] é sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010, p. 436).

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

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica passou a ter índices muito elevados de incidências e prevalência, passando a ser um problema crescente de saúde pública, sendo uma

doença progressiva, nas quais levam a falência renal e requer terapias de reposição renal. Diante disso, com o início precoce de tratamento a progressão da doença renal pode ser prevenida ou retardada, tendo como objetivo diminuir a frequência e a rigidez dos resultados adversos da DRC, como disfunção renal, doença cardiovascular e morte prematura, e para as pessoas que tenham mais índice para progressão da DRC, é necessário identificar o estágio da doença quanto antes.

Existem muitos fatores de risco que envolvem a DRC como: diabéticos, hipertensos, idosos, familiares de pacientes em terapia renal substitutiva, portadores de outras doenças cardiovasculares, tabagismo, etilismo, obesidade e normalmente esses grupos de risco estão inseridos na atenção básica. Por isso é muito importante um trabalho competente e sério da equipe de enfermagem para única e exclusivamente identificar esses grupos de riscos e desenvolver ações para prevenção dos possíveis agravos da infecção renal.

Os profissionais de enfermagem precisam refletir quanto à relevância da aplicação da SAE como um instrumento metodológico e sistemático para o melhoramento do padrão da assistência oferecida, colocando em prática diária a Sistematização de assistência de enfermagem. O profissional deverá buscar desenvolver uma comunicação que efetive as atividades do enfermeiro de assistir o paciente, promovendo informações importantes para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações, priorizando o atendimento ao cliente.

REFERÊNCIAS

ABREU, P.F. Epidemia Invisível. Revista Médica, São Paulo, n° 18, p 48-53, 2011.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acesso em: 2 de março de 2018.

BITTAR, D. B.; PEREIRA; L. V.; LEMOS, R. C. A.. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15, n. 04, p. 617-628, out./dez., 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 272/2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009. Art. 1º e 2º.

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

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

KIRSZTAJN, G. M; BASTOS, M. G; ANDRIOLO, A. Dia Mundial do Rim 2011 Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para diagnóstico de doença renal crônica. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, Abr. 2011 . disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167624442011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:03 março. 2018.

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

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

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

PEREIRA, M. Epidemiologia: Teoria e Prática. Guanabara, Rio de Janeiro.1995.

RIELLA, M. C.. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

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

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

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

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