

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO  
ERNANI DE SÃO THIAGO  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM  
ÁREA TEMÁTICA: POLÍTICAS E GESTÃO DO CUIDADO**

**GISELE VIEIRA COMICHOLI**

**GERENCIANDO AS AÇÕES DE CUIDADO DE  
ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À  
HEMODIÁLISE**

**FLORIANÓPOLIS  
2013**

**Gisele Vieira Comicholi**

**GERENCIANDO AS AÇÕES DE CUIDADO DE  
ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À  
HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito básico para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Área de Concentração: Políticas e Gestão do Cuidado.

**Orientadora:** Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Linha de Pesquisa:** Administração em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS  
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Comicholi, Gisele Vieira

Gerenciando as ações de cuidados de enfermagem ao  
paciente submetido à hemodiálise / Gisele Vieira Comicholi  
; orientadora, Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann -  
Florianópolis, SC, 2013.

124 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Doença renal crônica. 3. Diálise renal.  
4. Cuidado de enfermagem. 5. Planejamento de assistência  
ao paciente. I. Erdmann, Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

**Gisele Vieira Comicholi**

**GERENCIANDO AS AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM  
AO PACIENTE SUBMETIDO À HEMODIÁLISE**

Esta Dissertação foi submetida ao processo e avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de Título de: **MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

---

Profª Dra. Francine Lima Gelbeck  
Coordenadora do Programa

**Banca examinadora:**

---

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Presidente

---

Dra. Lucia Nazareth Amante  
Membro

---

Dra. Jordelina Schier  
Membro

---

Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Agradecer pelo apoio, incentivo e dedicação de pessoas que se fizeram presente nesta caminhada é mais que necessário, é uma obrigação. Sou grata a todos que fizeram parte deste processo.

Primeiramente agradeço a **Deus** por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, dando-me força e coragem para enfrentar as dificuldades.

Ao meu filho **HIGOR**, minha maior conquista, meu grande amor e minha razão de viver.

Aos meus pais **OSCAR COMICHOLI FILHO e ELITE VIEIRA COMICHOLI** pelo amor, carinho, dedicação e pelo exemplo de ser humano que vocês representam para mim.

Ao meu irmão **WILLIAM VIEIRA COMICHOLI** pelo apoio, convívio e ao meu sobrinho **NATHAN CHEREM VIEIRA COMICHOLI**, a quem tanto amo.

À **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**, instituição que proporcionou a minha formação, na graduação, na especialização, no mestrado, e na qual sou servidora com muito orgulho.

Ao **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO** e à **DIREÇÃO DE ENFERMAGEM**, pelo empenho e incentivo na busca da capacitação dos profissionais de enfermagem.

À professora **Dra. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN** que me orientou nesse estudo, compartilhou comigo seus conhecimentos, incentivou e acreditou em meu potencial.

À **Dra. ALINE LIMA PESTANA MAGALHÃES** que foi uma grande companheira em todo o processo, não medindo esforços para se fazer presente nos momentos de dificuldade.

Às professoras **Dra. JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI, Dra. JORDELINA SCHIER, Dra. LUCIA NAZARETH AMANTE e Dra. SUZINARABEATRIZ SOARES DE LIMA**, componentes da

banca examinadora que se dispuseram a contribuir e a orientar, possibilitando o desenvolvimento deste estudo. Fui privilegiada de poder escolher pessoas que admiro como profissional e ser humano.

Aos **COLEGAS DO MESTRADO** que me acolheram, apoiaram, compartilharam suas experiências, alegrias e angústias.

Aos colegas do **GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM (GEPADES)** pela convivência, amizade e companheirismo.

Aos **COLEGAS DA UNIDADE DE TRATAMENTO DIALÍTICO** pelo apoio e incentivo durante todo o processo. Agradeço especialmente às **Enfermeiras ALZIRA TESTONI e ÂNGELA LUCKNER GOULART CARDOSO** pela atenção, compreensão, estímulo e principalmente pela ajuda oferecida nas coberturas de escala. O apoio de vocês foi muito importante para a conclusão deste curso.

Aos **Enfermeiros das UNIDADES DE INTERNAÇÃO MÉDICA E CIRÚRGICA** que se dispuseram a participar e contribuir com o estudo.

À **Enfermeira Dra. JOSIANE DE JESUS** que me incentivou e acompanhou nesta caminhada.

Às amigas **ALICIANA DA SILVA LOPES, MICHELI EDIANEZ GAIESKI E FABIANA MINATTI DE PINHO** que sempre se fizeram presentes nos momentos de dificuldade e de angústia, levando atenção e carinho.

A todas as pessoas que não foram aqui citadas, mas que de alguma forma contribuíram para o êxito dessa jornada, o meu muito obrigada!

COMICHOLI, Gisele Vieira. **Gerenciando as ações de cuidados de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise**. 2013. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

## RESUMO

As transformações econômicas e sociais do Brasil ocasionaram modificações no perfil demográfico e de morbimortalidade da população, aumentando a expectativa de vida e a ascensão das doenças crônicas, dentre as quais se destaca a doença renal. O portador de doença renal crônica pode ser tratado conservadoramente, enquanto a qualidade de vida estiver preservada. As modalidades para o tratamento da doença renal crônica são a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. Em face aos aspectos inerentes ao cuidado do paciente com doença renal crônica em hemodiálise, é fundamental conhecer a percepção dos enfermeiros quanto aos cuidados oferecidos a esses pacientes durante a hospitalização. A hemodiálise exige cuidado especializado, sendo um grande desafio para os enfermeiros. Esta pesquisa teve como objetivo construir coletivamente um plano de ações de cuidados de enfermagem pré e pós-diálise ao paciente hospitalizado submetido à Hemodiálise. Trata-se de um estudo de caráter descritivo e construtivo com abordagem qualitativa, inspirado nos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação. Para uma melhor compreensão e sustentação teórica, foi fundamentado também no pensamento complexo proposto principalmente por Edgar Morin. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado constituído de duas partes: a primeira referente a características sócio-demográficas e profissionais dos participantes e a segunda com perguntas abertas para conduzir o grupo focal. Esse foi desenvolvido em dois momentos. O primeiro foi realizado com o intuito de identificar a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise, bem como os cuidados de enfermagem pré e pós-diálise. O segundo momento consistiu em elaborar, implementar e avaliar um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à Hemodiálise. A pesquisa foi

realizada em um hospital escola do sul do país, no período de novembro de 2012 a julho de 2013. Participaram treze enfermeiros que atuam nas unidades de internação médica I, II e III e unidade de internação cirúrgica I e II. Para análise dos dados qualitativos foram utilizados os princípios da Análise de Conteúdo descrita por BARDIN. A partir dos relatos construíram-se os seguintes manuscritos: I - Cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise: percepção dos enfermeiros e II - Ações de cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise: uma construção coletiva. Conclui-se que a complexidade do sistema de saúde, a falta de acesso para o diagnóstico e tratamento, a mudança no estilo de vida do paciente e da família geram grande angústia não só ao paciente como para toda equipe de saúde por sentir a necessidade de uma rede de apoio e por perceber uma expectativa frustrada de cura por parte dos pacientes. O estudo realizado possibilitou aos enfermeiros a oportunidade de repensar a prática. Os enfermeiros necessitam de instrumentalização para cuidar e planejar o cuidado, sendo que o plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado mostrou-se um aliado para sistematização da assistência de enfermagem de qualidade, orientando as ações necessárias para o cuidado ao paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise.

**Descritores:** Enfermeiros. Insuficiência renal crônica. Diálise renal. Cuidado de enfermagem. Unidade de internação. Planejamento de assistência ao paciente.

COMICHOLI, Gisele Vieira. **Managing the actions of nursing care to patients undergoing hemodialysis**. 2013. 124p. Dissertation (Master Professional Nursing Care Management) Post-Graduate program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Advisor: Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann.

## **ABSTRACT**

Social and economic transformations of Brazil caused changes in the demographic profile and in the morbidity and mortality of the population, increasing life expectancy and the rise of chronic diseases, where it is highlighted the kidney disease. The bearer of chronic kidney disease can be treated conservatively, while the quality of life is preserved. The modalities for the treatment of chronic kidney disease are hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplant. In relation to aspects inherent in the care of the patient with chronic kidney disease on hemodialysis, it is essential to meet the nurses' perception as to the care offered to these patients during hospitalization. Hemodialysis requires specialized care being a big challenge for nurses. This research aimed to build collectively a plan of nursing care actions pre and post dialysis to hospitalized patients undergoing hemodialysis. This is a descriptive and constructive character study with a qualitative approach, inspired in the foundations and instruments of action research. For a better understanding and theoretical support, it was based on the proposed Edgar Morin's complex thinking. For data collection a semi-structured script consisting of two parts was used: the first concerns the socio demographic and professional characteristics of the participants and the second with open-ended questions to conduct the focus group. This one it was developed in two phases. The first was conducted in order to identify the perceptions of nurses in relation to nursing care for hospitalized patients undergoing hemodialysis and nursing care pre and ost-dialysis. The second time was to develop, implement and evaluate an action plan of nursing care to hospitalized patients with chronic kidney disease undergoing Hemodialysis. The research was carried out in a teaching hospital in the south of the country, in the period of November 2012 to July 2013. Thirteen nurses working in inpatient units I, II, and III medical and surgical inpatient unit I and II have participated. For the analysis of qualitative data the principles of Content Analysis described by BARDIN were used. From the reports the following manuscripts were built: I - Nursing Care for hospitalized

patients undergoing hemodialysis: perceptions of nurses and II - Nursing care actions to hospitalized patients undergoing to hemodialysis: a collective construction. It is concluded that the complexity of the health system, the lack of access to diagnosis and treatment, the change in the lifestyle of the patient and family generate great anxiety not only to the patient as to all health team for feeling the need for a support network and by realizing a frustrated expectation of cure on the part of patients. The study made it possible to nurses the opportunity to rethink the practice. Nurses need to take care of instrumentalization and plan for care, and the elaborated nursing care plan of action was an ally for systematization of nursing care quality, guiding the actions needed for the care of the patient with chronic renal disease undergoing to hemodialysis.

**Key Words:** Nurses. Chronic renal failure. Kidney dialysis. Nursing care. Inpatient unit. Planning of patient care.

COMICHOLI, Gisele Vieira. **Administrando las acciones de los cuidados de enfermería al paciente sometidos a hemodiálisis.** 2013. 124p. Tesis (Maestría Profesional en Gestión del Cuidado en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Asesora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

## RESUMEN

Los cambios económicos y sociales en Brasil provocaron cambios en el perfil demográfico y de morbilidad de la población, aumentando la expectativa de vida y el aumento de las enfermedades crónicas, entre las que se destaca la enfermedad renal. El titular de la enfermedad renal crónica puede ser tratada de forma conservadora, mientras que la calidad de la vida se conserva. Las modalidades para el tratamiento de la enfermedad renal crónica son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o trasplante renal. En relación con los aspectos inherentes a la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, es esencial conocer la percepción de los enfermeros con respecto a la atención prestada a estos pacientes durante la hospitalización. La hemodiálisis requiere atención especializada siendo un gran desafío para los enfermeros. Esta investigación tuvo como objetivo construir colectivamente un plan de acción de la atención pre y post-diálisis al paciente hospitalizado sometido a hemodiálisis. Se trata de un estudio descriptivo con un carácter cualitativo y enfoque constructivo, inspirado en los fundamentos y herramientas de la investigación-acción. Para una mejor comprensión y apoyo teórico, fue fundamentado también en el pensamiento complejo propuesto principalmente por Edgar Morin. Para la recolección de datos fue utilizado unguión semiestructurado constituido de dos partes: el primero relacionado con las características socio demográficas y profesionales de los participantes y el segundo con preguntas abiertas para guiar el grupo focal. Esta se desarrolló en dos momentos. El primero fue realizado con el fin de identificar la percepción de los enfermeros al paciente hospitalizado sometido a hemodiálisis, y también los cuidados de enfermería de pre y post-diálisis. En el segundo momento consistió en el desarrollo, implementación y evaluación de un plan de acción de cuidados de enfermería a los pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. La investigación se realizó en un hospital universitario en el sur de Brasil, a partir de noviembre 2012 hasta julio

2013. Participaron trece enfermeros que trabajan en unidades de hospitalización médica I, II y III y la unidad de hospitalización quirúrgica I y II. Para el análisis de datos cualitativos se utilizaron los principios de análisis de contenido descrita por BARDIN. Por medio de los informes se construyeron en los siguientes manuscritos: I - El cuidado de enfermería al paciente hospitalizado sometido a hemodiálisis: percepciones de los enfermeros y II - Las acciones de cuidado de enfermería al paciente hospitalizado sometido a hemodiálisis: una construcción colectiva. Se concluyó que la complejidad del sistema de salud, la falta de acceso al diagnóstico y tratamiento, el cambio en el estilo de vida del paciente y su familia provoca gran angustia no sólo para el paciente sino para todo el equipo de salud a sentir la necesidad de una red de apoyo y por percibir una expectativa frustrada de curación por parte de los pacientes. El estudio permitió a los enfermeros la oportunidad de repensar la práctica. Los enfermeros necesitan de herramientas para cuidar y planear el cuidado, siendo que el plan de acciones de cuidados de enfermería elaborado se resultó ser un aliado para la sistematización del cuidado de enfermería de calidad, orientando las acciones necesarias para el cuidado al paciente con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis.

**Descriptor:** Enfermeros. La insuficiencia renal crónica. Diálisis renal. Cuidado de enfermería. Unidad de hospitalización. Planificación de la atención al paciente.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Diálise Peritoneal
DRA	Doença Renal Aguda
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
EMG	Emergência
FAV	Fístula Arteriovenosa
HD	Hemodiálise
HU	Hospital Universitário
MP/PEN	Mestrado Profissional/Programa de Pós Graduação em Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SF	Soro fisiológico
SN	Se Necessário
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFSC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UI	Unidade de Internação
UIC	Unidade de Internação Cirúrgica
UIM	Unidade de Internação Médica
UTD	Unidade de Tratamento Dialítica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das etapas da coleta de dados. ....	52
Quadro 2 – Ficha de Caracterização .....	112
Quadro 3 – Perguntas Grupo Focal.....	113
Quadro 4 – Roteiro da Avaliação.....	114
Quadro 5 – Identificação.....	115
Quadro 6 – Ações de Cuidado Pré-Dialítico.....	115
Quadro 7 – Evolução Transdiálise .....	116
Quadro 8 – Ações de Cuidado Pós-Dialítico .....	117
Quadro 9 – Parecer Consubstanciado (parte I).....	119
Quadro 10 – Parecer Consubstanciado (parte II) .....	120
Quadro 11 – Parecer Consubstanciado (parte III) .....	121
Quadro 12 – Instrução Normativa .....	122



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>14</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>26</b>
3.1 TRATAMENTO.....	28
3.1.1 Diálise .....	28
3.1.1.1 Hemodiálise.....	28
3.1.1.2 Diálise Peritoneal .....	29
3.1.2 Transplante Renal.....	29
3.2 PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	30
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>33</b>
<b>5 MARCO CONCEITUAL</b> .....	<b>38</b>
5.1 SER HUMANO.....	38
5.2 CUIDADO.....	39
5.3 ENFERMAGEM .....	39
5.4 CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	40
5.5 AMBIENTE DE CUIDADO.....	41
5.6 DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	41
5.7 PLANO DE AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO À HEMODIÁLISE.....	41
5.8 COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO À HEMODIÁLISE.....	42
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>43</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
6.2 LOCAL DO ESTUDO .....	44
6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	46
6.4 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA .....	47
6.5 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES NO GRUPO FOCAL.....	47
6.5.1 Primeira Etapa.....	48
6.5.2 Segunda Etapa.....	49
6.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	52
6.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA-AÇÃO .....	53
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>54</b>

7.1	MANUSCRITO 1: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS .....	54
7.2	MANUSCRITO 2: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA .....	77
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado envolve atos humanos no processo de assistir o sujeito, a família ou a sociedade, de tal forma, que envolve de maneira igualitária, o relacionamento interpessoal fundamentado em valores humanísticos e em conhecimento científico (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Boff (2005) define o cuidado como desvelo, solicitude, diligência, zelo e atenção. Implica num modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro. É um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA et al, 2005).

Para Waldow (2007) o cuidado consiste em uma forma de viver, ser, expressar-se, sendo uma postura ética e estética frente ao mundo. Torna-se um compromisso com o estar no mundo, contribuindo para o bem estar geral, para a preservação da natureza, para a promoção das potencialidades da dignidade humana e da espiritualidade. Na história da civilização humana o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões.

Na Enfermagem, o cuidado humano e o cuidar são vistos como o ideal moral. Cuidado consiste de esforços transpessoais, de ser humano para ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento, na dor e na própria existência (WALDOW, 2007).

Na perspectiva da complexidade, o cuidado de enfermagem transcende as ações técnico-prescritivas, pontuais e lineares e alcança as questões que envolvem o cuidar do outro e do ambiente onde está inserido, valorizando a singularidade dos seres humanos, na tentativa de discutir o cuidado de forma ampla e contextualizada (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

O processo de trabalho do enfermeiro constitui-se de diferentes dimensões complementares, dentre as quais se ressaltam a dimensão assistencial e a gerencial. Na primeira, o enfermeiro adota como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por fim o cuidado integral; na segunda, o enfermeiro adota como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com o intuito de criar e praticar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUCCI, 2005).

Willig, Lenardt e Trentini (2006) identificaram que o gerenciamento do cuidado é visto como sistematização, avaliação, planejamento e suporte para um cuidado eficaz. Isto é evidenciado como sendo um cuidar sistematizado, amplo, que inclui gerência, assistência, educação e pesquisa.

Azzolin e Peduzzi (2007) distinguiram gerenciamento do cuidado e gerenciamento da assistência à saúde, considerando que, em ambos os sentidos, tornam-se indispensáveis à articulação das duas dimensões que são complementares e interdependentes – gerenciar e cuidar. Deste modo, o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, delega ou executa, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o paciente, interage com outros profissionais, ou seja, em todas as atividades realizadas para que se concretizem o cuidado.

O enfermeiro gerente assume a organização do trabalho da equipe de enfermagem, envolvendo ações de cuidado direto e indireto, ou seja, volta-se para a gerência do cuidado, possibilitando o desenvolvimento de uma prática profissional distinta (TORRES et al, 2011).

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) tem apresentado-se como um caminho promissor para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem. Muitos enfermeiros vêm aliando o conhecimento implícito decorrente da prática com o conhecimento científico, para identificar nos pacientes necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, para planejar e implementar ações e intervenções efetivas, avaliar os resultados dos cuidados e possibilitar um registro adequado dos cuidados prestados. A construção e utilização de um instrumento de coleta de dados de enfermagem almeja a sistematização da prática assistencial, possibilitando maior visibilidade das ações de enfermagem implementadas, excelência no cuidado e principalmente valorização da profissão (NETO; FONTES; NOBREGA, 2013).

Enquanto processo organizacional, a SAE oferece subsídio para desenvolver métodos ou metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Assim é necessário que o profissional amplie e aprofunde os saberes específicos de sua área de atuação, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional. A busca pelo aprimoramento contínuo de sua prática contribui para que as ações de cuidado de enfermagem sejam cada vez mais embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade da assistência (NASCIMENTO et al, 2008).

No contexto da hemodiálise, Prata (2011) relata que o cuidado de enfermagem aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC)

caracteriza-se por ações que necessitam de um conhecimento técnico-científico qualificado ao se utilizar de tecnologias específicas.

Prata (2011) pontua ainda que os pacientes com doença renal demandam uma atenção especializada, tendo em vista as várias internações, dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico, presença de lesões degenerativas/crônicas, modificações no cotidiano do paciente e dos familiares, informação insuficiente sobre sua patologia e o manuseio de tecnologias de ponta durante a assistência, as quais demandam atualizações constantes do conhecimento teórico e prático na realização.

O cuidado transcende a dimensão técnica, sendo necessário o estabelecimento de relação terapêutica e de confiança (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Entretanto, a enfermagem adequou o processo de trabalho aos procedimentos, técnicas e rotinas institucionalizadas nos serviços, distanciando-se do cuidado, e das mudanças que seriam necessárias no cotidiano da assistência e do cuidado, do ensino e da pesquisa para a valorização e crescimento da SAE como instrumento para sua prática (PEREIRA et al, 2009).

A autora deste trabalho atua como enfermeira assistencial em um hospital universitário há dez anos, sendo que anteriormente atuou por seis anos em uma Unidade de Internação Médica (UIM), dois anos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e atualmente desenvolve atividades como enfermeira assistencial na Unidade de Tratamento Dialítico (UTD).

Durante sua atuação como enfermeira percebia uma lacuna no conhecimento e na prática assistencial no que se refere ao cuidado ao paciente hospitalizado que necessitava de Terapia Renal Substitutiva (TRS), em especial os que requeriam hemodiálise (HD). Apesar de a UTD disponibilizar um manual de normas e rotinas, foi observada uma carência de informação e ações de cuidados de enfermagem diferenciadas entre as Unidades de Internação (UIs).

Os pacientes internados na UI que necessitam de HD são encaminhados à UTD conforme programação da unidade de diálise – momento no qual dúvidas em relação aos cuidados emergiam, sendo que muitas vezes, fazia-se necessário o contato com a enfermeira da UTD para alguns esclarecimentos.

Durante sua atuação na UTD, a referida autora vivenciou grandes transformações, como o aumento crescente da demanda de pacientes em HD, a aquisição de novos equipamentos, a ampliação do espaço físico e consequentemente a reestruturação do serviço. Nesse momento, a

equipe passava por um processo de capacitação e atualização. No entanto, foi percebida ainda a necessidade de compartilhar o conhecimento com os profissionais que atuam nas UIs pelo fato de que alguns dos cuidados iniciam no pré-diálise e outros são continuados no pós-diálise, que são realizados nas UIs.

Nesse contexto, a autora passou então a refletir sobre o cuidado que esses pacientes recebiam antes e após a HD nas unidades em que se encontravam internados. Foi a partir desta reflexão que surgiu o interesse em desenvolver este estudo por acreditar que se faz necessária a uniformização das ações, oportunizando um cuidado mais seguro e de qualidade.

A partir do cenário exposto, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais são os cuidados de enfermagem pré e pós-dialíticos que compõem o plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à HD?**

A construção coletiva de um plano de ações de cuidados de enfermagem possibilitará ao enfermeiro selecionar ações adequadas baseadas nas evidências científicas, bem como nas necessidades individuais do paciente. Fornecerá ainda subsídios que contribuam para a (re)organização do serviço e da qualificação da assistência, beneficiando tanto os pacientes em condições crônicas quanto a equipe que atua na prestação desse atendimento.

A uniformização e padronização das ações de enfermagem não deve ser vista apenas como benefício para a assistência ao paciente hospitalizado submetido à HD, mas, também, para subsidiar o ensino e a pesquisa em enfermagem.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir coletivamente um plano de ações de cuidados de enfermagem pré e pós-diálise ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar, a partir da prática assistencial dos enfermeiros atuantes nas unidades de internação, qual a percepção em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise;
- Elaborar coletivamente um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise, a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros das unidades de internação;
- Implementare avaliar o plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise juntamente com os enfermeiros atuantes nas unidades de internação.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As transformações econômicas e sociais no Brasil ocasionaram modificações no perfil demográfico e de morbimortalidade da população com o aumento da expectativa de vida. As doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Elas são as principais causas de mortalidade e incapacidade, caracterizadas como problemas de saúde que acompanham o indivíduo por longo período de tempo, necessitando de uma atenção contínua dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas são afecções de saúde que acompanham as pessoas por longo período de tempo, podendo apresentar períodos de piora (episódios agudos) ou melhora (BARROS et al, 2006).

Entre as doenças crônicas que afetam a população está a doença renal, que consiste em perda progressiva e geralmente irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada, definida como Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), os rins não conseguem mais manter a homeostasia do meio interno do organismo, acarretando que o indivíduo se submeta à terapia renal substitutiva (ROMÃO JR, 2004), (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2010).

A incidência e a prevalência da DRCT têm aumentado progressivamente, a cada ano, no Brasil e em todo o mundo. Por se tratar de uma doença assintomática nos estágios iniciais, muitas vezes é detectada tardiamente, podendo comprometer seu controle e tratamento, desencadeando mortalidade precoce (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

De acordo com as informações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), no ano de 1994 havia aproximadamente 24.000 pacientes em tratamento dialítico, elevando-se para mais de 70.000 em 2006 e para 73.605 em 2007. No ano de 2012 foram registrados 97.586 pacientes de uma população de 193,94 milhões.

A DRC é insidiosa e pode evoluir por muitos anos sem manifestar grandes sintomas, até atingir suas fases finais. Esta particularidade decorre de uma propriedade fundamental do parênquima renal, pois embora os rins sejam imprescindíveis à sobrevivência do organismo, sua capacidade funcional é amplamente superior ao mínimo necessário (ZATS, 2010). Ainda, para o mesmo autor, outra característica importante é a capacidade dos néfrons remanescentes de se adaptarem a uma nova condição biológica. No caso de perda considerável do parênquima renal, esses néfrons multiplicam várias vezes seu ritmo de trabalho, mantendo assim níveis funcionais

aceitáveis, ou seja, continuam eliminando os produtos indesejáveis do metabolismo, mantém o volume extracelular, a concentração de eletrólitos, a acidez e a pressão osmótica constante, produzindo, ainda, eritropoietina e vitamina D, na sua forma ativa.

Riella e Pecoits-Filho (2010) apresentam as quatro fases da redução da capacidade renal:

- Na primeira fase há redução de 25% da função renal, não havendo habitualmente elevação da ureia plasmática (azotemia), graças ao processo adaptativo dos néfrons remanescentes;
- Na segunda fase há redução de até 75% da função renal, ocorrendo moderada elevação da ureia plasmática (azotemia), na qual o rim já não é capaz de manter a homeostasia interna;
- Na terceira fase a função renal fica abaixo de 20%, geralmente, as anormalidades do meio interno são mais graves, com azotemia severa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia e hipercalemia;
- Na quarta fase ou também chamada de fase terminal, os sinais e sintomas de uremia são intensos, havendo necessidade de um tratamento substitutivo da função renal, na forma de diálise ou transplante. Estão presentes na uremia sinais e sintomas, tais como:
  - Distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básico: excesso de volume circulante, que se pode traduzir em hipertensão arterial, edema e insuficiência cardíaca, hiperpotassemia, distúrbios do cálcio e do fósforo;
  - Manifestações gastrintestinais: náuseas, vômitos, anorexia, hálito urêmico, sangramento gástrico;
  - Manifestações neurológicas: parestesias, síndrome da perna irrequieta, condução nervosa prolongada e paralisias;
  - Manifestações hematológicas: anemia, que pode ser agravada pela perda de sangue nos dialisadores, sangramentos entre outros;
  - Manifestações cardiovasculares e pulmonares: hipertensão arterial, pleurites, coronariopatias, pericardites, pulmão urêmico, dentre outros;

- Alterações ósseas e articulares: podem ocorrer dores, fraturas ósseas, calcificações cutâneas, articulares e viscerais e hiperparatireoidismo;
- Manifestações dermatológicas, oculares, endócrinas e psicológicas: depressão, ansiedade e psicose.

Esses sinais e sintomas caracterizam a Doença Renal Aguda (DRA) que é definida pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular que se mantém por períodos variáveis de tempo, resultando na incapacidade dos rins para exercer as funções de excreção, manter o equilíbrio ácido-básico e homeostase hidroeletrólítico do organismo. Suassuna et al (2010) afirmam que 6% dos pacientes com doença crítica sofrem com a DRA, passível de necessitar de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo que a maioria dos casos ocorre em pacientes internados em UTI.

### 3.1 TRATAMENTO

O paciente com DRC pode ser tratado conservadoramente, enquanto a qualidade de vida estiver preservada. A TRS (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante) somente é indicada quando o paciente apresenta sinais de desnutrição, excesso de volume extracelular, sinais de neuropatia periférica e sintomas urêmicos, como náuseas e vômitos (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2010).

#### 3.1.1 Diálise

O tratamento dialítico é uma modalidade que tem por objetivo remover resíduos sanguíneos e o excesso de líquidos, além de manter o equilíbrio dos eletrólitos no organismo. Este processo ocorre através de uma membrana semipermeável que pode ser artificial, como a hemodiálise; ou biológica, como na diálise peritoneal (FERMI, 2010).

##### 3.1.1.1 Hemodiálise

A hemodiálise é um tipo de tratamento dialítico em que a circulação do paciente é extracorpórea e o sangue, com o auxílio de uma bomba, passa por dentro de um dialisador (membrana artificial) que em contato com a solução de diálise preparada na máquina promoverá a filtração do sangue (FERMI, 2010).

Para que a HD se efetive, faz-se necessário que se tenha um acesso ao sistema circulatório que permita a circulação extracorpórea.

Uma das vias utilizadas para realizar HD são os cateteres de dupla luz, implantados na veia subclávia ou jugular interna. Esses cateteres podem ser temporários ou permanentes. Uma alternativa é a Fístula Arteriovenosa (FAV) que é uma anastomose de uma artéria a uma veia, muito usada em pacientes crônicos (DARONCO, 2007).

Os pacientes submetidos à HD podem apresentar algumas complicações no transdiálise como embolia gasosa, câimbras, reação pirogênica, hiponatremia, hipotensão, hipoglicemia, alteração do nível de consciência, entre outros. Assim, é fundamental que a equipe de enfermagem tenha um treinamento básico a fim de receber instruções e desenvolver competências necessárias para o exercício de assistência de enfermagem (DARONCO, 2007).

### 3.1.1.2 Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal (DP) é uma terapia na qual se utiliza a membrana do peritônio como membrana de troca. Uma solução hipertônica é infundida na cavidade peritoneal, por meio de um cateter (rígido ou flexível), onde ocorre o transporte transcápsular de água e solutos. Durante a DP, o peritônio funciona como uma membrana semipermeável para depuração de toxinas urêmicas, mediante a difusão de solutos e ultrafiltração induzida por agentes osmóticos (PASQUAL, 2004).

A peritonite é a principal complicação do tratamento. Episódios frequentes de peritonite podem inviabilizar essa técnica de tratamento. A terapia exige dedicação do paciente e de sua família, sendo assim a decisão pelo método deve ser conjunta (equipe de saúde, paciente e família). Além disso, devem ser levados em consideração aspectos como educação, higiene, moradia e estilo de vida do paciente e da família, que podem interferir no sucesso da terapia (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2010).

### 3.1.2 Transplante Renal

O transplante renal consiste na substituição do rim doente por um rim saudável. É hoje um procedimento amplamente utilizado no tratamento de pacientes portadores de DRC (FERMI, 2010).

Nas últimas décadas, o transplante renal tem sido a melhor opção de tratamento da DRC tanto para pacientes em tratamento dialítico quanto para pacientes em tratamento conservador. Esse cenário se dá

pela evolução dos agentes imunossupressores e, conseqüentemente, melhor tratamento e prevenção das complicações (PASQUAL, 2004).

Para muitos pacientes, segundo Pasqual (2004), o transplante é a esperança por uma vida melhor, de maior liberdade, ou seja, o fim das difíceis sessões de HD ou de DP e da dependência de máquinas e equipamentos. Esses tratamentos, ao mesmo tempo em que tornam possível a sobrevivência, escravizam e segregam. No entanto, a angústia de ter de encontrar um doador compatível na família (doador vivo parente), com os amigos e conhecidos (doador vivo não parente) ou por meio da Central de Transplante (doador cadáver) é uma constante. A demora ou a dificuldade de encontrar um doador faz com que a desesperança tome conta do cotidiano do paciente, o que não raramente o faz desistir de lutar, às vezes, resignado e conformado com sua condição e seu tratamento, outras vezes, recusando-se a cumprir as orientações e condutas estabelecidas, renunciando à vida.

### 3.2 PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

O cuidado ao paciente com doença renal crônica exige do enfermeiro conhecimento das práticas que compõem o sistema de cuidado, utilizando como ferramenta de trabalho a sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Esta contribui para a autonomia e a cientificidade da profissão, sendo um instrumento facilitador da qualidade da assistência (FORTES; GREGGIANIN; LEAL, 2006).

A SAE é um importante instrumento gerencial empregado para o planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado de enfermagem direto e indireto aos pacientes (GONÇALVES et al, 2007).

Como ciência, a enfermagem tem buscado a estruturação dos seus valores profissionais, abandonando o uso de intervenções ao acaso, sem planejamento, justificativa científica e reflexão. O processo de cuidado de enfermagem é a representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela SAE, através da qual ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe onde o enfermeiro é responsável. Por meio da SAE é possível detectar as prioridades de cada paciente em relação as suas necessidades, fornecendo assim, uma direção para as prováveis intervenções, correlacionando-as com a realidade em que atua (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

O trabalho do enfermeiro é regido por várias leis, entre elas, a Resolução Nº 358 do COFEN que institui a implantação da SAE em

todas as unidades de atendimento de saúde que forneçam assistência de enfermagem (COFEN, 2009).

A SAE é empregada como metodologia assistencial, compreendida como aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes, podendo utilizar ou não o Processo de Enfermagem (PE) ou partes do mesmo. É todo o planejamento registrado da assistência que compreende desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada, até a adoção do PE (COFEN, 2009).

Desenvolver o pensamento crítico e também a capacidade de tomada de decisão são ações importantes dos enfermeiros, pois estes são reconhecidamente agentes de mudança das condições de vida, atuando diretamente no processo saúde-doença e no bem-estar dos pacientes, famílias e comunidade. O cuidado de enfermagem deve ser planejado e realizado de forma sistematizada, podendo ocorrer por meio da implementação do PE (LIMA, 2009).

O PE é caracterizado como um instrumento metodológico utilizado para as ações do cuidado. Através do PE o enfermeiro identifica os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados (PEREIRA et al, 2009).

O PE é composto por cinco fases: investigação, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (BETEGHELLI et al, 2005).

Oliveira et al (2008) ressaltam que o cuidado de enfermagem, em especial aos que realizam HD, tem como objetivo identificar e monitorar os efeitos adversos desta terapia e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento.

O paciente submetido à HD necessita de um cuidado que muitas vezes é desafiador para a enfermagem, pois ocorrem grandes transformações e este passa de uma condição de ser saudável para outra, tornando-se dependente do atendimento constante e permanente de um serviço de saúde, de uma máquina, de uma equipe multiprofissional e a necessidade de orientação que se torna constante. Quando este paciente toma consciência da perda de autonomia, este perde a esperança pelo fato de que a doença crônica não tem cura e que a curto ou longo prazo conduz à morte. Assim, o cuidado ao paciente com DRC tem mostrado-se um processo complexo pelas mais variadas adaptações, bem como repercussões de variadas ordens, tais como as incapacidades físicas e emocionais que interferem na vida das pessoas, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias. (SANTOS; ROCHA;

BERARDINELLI, 2011).

No cotidiano percebe-se a necessidade de compreender, criar condições e auxiliar na mudança de hábitos para que o paciente se sinta mais confortável, bem como seus familiares possam reorganizar sua dinâmica diária e familiar. É necessária compreensão e compromisso, pois à medida que a doença progride as necessidades de cuidado e atenção aumentam.

Para Erdmann, Nascimento e Ribeiro (2005) o cuidado é um processo interativo, dinâmico, solidário, criativo e um componente importante do ser/fazer da Enfermagem. Tem amparo em conhecimentos próprios, em tecnologias e num trabalho que é realizado por seres humanos, nos quais são utilizados como instrumentos as habilidades, atitudes, modos de ser, e estruturas cognitivas do enfermeiro. A Enfermagem, por sua vez, promove a saúde e a vida, sendo realizada de forma compartilhada, de ajuda mútua e em equipe. Está atenta à segurança bem como caminha para uma melhor compreensão do ser e viver mais saudável. É um trabalho que demanda técnicas específicas, equipamentos, materiais apropriados e, principalmente, muita sensibilidade humana.

Lanzoniet al (2011) entendem que o enfermeiro precisa constituir uma relação de proximidade com os pacientes para cuidar, resultando em um processo interativo no qual o contato e o diálogo são valorizados, estando embasados na ética e respeito da condição do ser. Entender o que ocorre no processo de cuidar necessita que o profissional reconheça as particularidades inerentes à subjetividade dos sujeitos, como os sentimentos envolvidos no processo.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Em busca de uma melhor compreensão e sustentação teórica, este estudo será fundamentado também no pensamento complexo proposto principalmente por Edgar Morin, o qual propõe uma forma de pensar modificada, questionando os modelos cartesianos nas distintas áreas sociais (MARCHI; WITTIMANN, 2008).

Para Silva e Camillo (2007), a teoria da complexidade surgiu para interrogar a fragmentação e o esfacelamento do conhecimento, em que o pensamento linear, originário do século XVI, colocava o desenvolvimento da especialização como supremacia da ciência, contrapondo-se ao saber generalista e globalizante.

A base da epistemologia da complexidade advém de três teorias que se inter-relacionam: a teoria da informação, a cibernética e a teoria dos sistemas. A teoria da informação analisa problemas relativos à difusão de sinais no processo comunicacional. A cibernética é a ciência que estuda as comunicações e o sistema de controle dos organismos vivos e máquinas em geral. Compreende a ideia de retroação, que substitui a causalidade linear pela curva causal. A teoria dos sistemas assegura que o todo é mais que a soma das partes, sugerindo a existência de qualidades emergentes que surgem da organização do todo e que podem retroagir sobre as partes. No conceito de sistema está presente a ideia de rede relacional, onde os objetos dão lugar aos sistemas e as unidades simples dão lugar às unidades complexas (VIEIRA et al, 2009).

Morin (2004) apresenta os sete princípios do pensamento complexo que se encontram descritos a seguir:

1. **Princípio sistêmico ou organizacional:** une o conhecimento das partes ao conhecimento do todo considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista é que o todo é mais do que a soma das partes. O todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
2. **Princípio holográfico:** coloca em evidência o paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte.
3. **Princípio do circuito retroativo:** este princípio permite o conhecimento dos processos autorreguladores, rompendo

com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa.

4. **Princípio do circuito recursivo:** transpõe a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que o produz.
5. **Princípio da autonomia/dependência (auto-organização):** os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, gastam energia para manter sua autonomia. Vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto chave da autoeco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células.
6. **Princípio dialógico:** une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Sob as mais diversas formas, a dialógica está constantemente em ação nos mundos: físico, biológico e humano. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.
7. **Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento:** opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinadas.

Os sete princípios da complexidade, de acordo com Morin (2004), são complementares e interdependentes entre si, auxiliando na compreensão do ser, viver e conviver em um ambiente – sistema, ou num ambiente de cuidados, possibilitado pelas múltiplas relações e interações.

O enfermeiro tem procurado a atualização e a capacitação para o desempenho de suas atividades, visualizando seu ambiente de trabalho com o olhar de um sistema complexo. Assim, vem procurando qualificar-se em diferentes especialidades, desde enfermagem neonatal até os cuidados geriátricos. Nesta perspectiva, há de se ressaltar que a enfermagem como um sistema complexo pode encontrar-se em diferentes locais e com diferentes papéis, como nos ambulatórios e

hospitais com a prestação do cuidado ao paciente; nas empresas mediante atividades de promoção à saúde e segurança do trabalhador; até nos meios acadêmicos, a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão (VIEIRA et al, 2009).

O pensamento complexo propõe uma educação emancipadora justamente porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social. Ao passo que concepções reducionistas, revestidas de pensamentos lineares e fragmentados, valorizam o consenso de uma pedagogia que acaba por estimular a domesticação e a acomodação. A educação precisa ser repensada a partir de uma visão totalizadora, para que não permaneça na inércia da fragmentação e da excessiva disciplinarização, compreendendo a vida em todas as suas possibilidades e limitações por meio da utilização justaposta de conceitos contraditórios, de modo dialógico. Sendo essa a visão que compreende a complexidade do real, remetendo-nos a um pensamento que aceite as ambivalências, o uso de contradições e as incertezas em todas as dimensões (VIEIRA et al, 2009).

A Enfermagem tem como princípio difundido nas instituições de ensino, assistir o indivíduo como ser biopsicossociocultural, no entanto é priorizada a dimensão biológica (BACKES et al, 2008).

A formação não pode adotar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Faz-se necessário o atendimento global, das pessoas e populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a atualização técnico-científica é somente um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco principal, onde a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação para a área da saúde necessitaria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às diversas dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Ceccim e Feuerwerker (2004) colocam que o SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender,

incentivando o desenvolvimento do pensamento crítico e estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação.

Uma proposta estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos implicaria num trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas que implicam na articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aprimoramento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema.

Para Vieira et al (2009), a complexidade caracteriza-se por englobar diferentes disciplinas científicas e por assumir um papel multi e interdisciplinar na busca de respostas a algumas perguntas fundamentais sobre a vida. Para as autoras, a enfermagem é considerada um sistema complexo, só que em menor tamanho, uma vez que tal serviço encontra-se inserido em um sistema complexo maior: a saúde. Assim como a saúde com sua evolução, a enfermagem é vista como um sistema em constante interação com os outros sistemas, ou seja, com os serviços médicos, odontológicos, psicológicos, entre outros. Tais interações, intercâmbios de ideias e flexibilidade entre o serviço de enfermagem com os demais serviços fazem hoje a enfermagem crescer e evoluir, caracterizando-se como um sistema complexo adaptativo.

O pensamento complexo permite o desenvolvimento de olhares mais críticos e criativos sobre a realidade, ou seja, sobre as práticas nas quais se estabelecem as interações e associações de cuidado. De outro modo, o pensamento complexo estimula a desconstrução de padrões culturais objetivos e a construção de estratégias epistemológicas e práticas interdisciplinares reflexivas e críticas (VASCONCELOS, 2004).

Compreender a lógica do cuidar/cuidado sob a ótica da complexidade pressupõe um olhar distinto sobre as premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas, para compreender o cuidado como fruto de múltiplas relações e interações sistêmicas. É necessário, no entanto, expandir gradativamente o entendimento de cuidado, seja no plano ontológico como um fenômeno inerente ao processo de viver humano, ou na dimensão epistemológica, através da interface entre o saber existente e o que pode vir a ser conhecido no sistema de cuidados em saúde pela inovação e ampliação de metodologias operacionais capazes de se agregarem na teia complexa da vida (BACKES, 2011).

Backes (2011) afirma que a complexidade do cuidado das interações interpessoais, sociais e ambientais será capaz de transpor o modo de ser trabalho, a fim de alcançar o modo de ser relacional. Sendo assim, o cuidado só será absoluto na sua dimensão ontológica, epistemológica e metodológica, quando no modo de ser relacional permitir as conexões dos opostos e antagônicos, a partir das interações e associações complexas.

Diante do exposto, Erdmann et al (2007) reforçam que o pensamento complexo retrata um processo social, individual e ecológico, dinâmico e gradual, que demanda tempo, atitude, comportamento, e um esforço incansável pela busca de novas formas de ação e interação.

O cuidado em saúde e enfermagem, na perspectiva da complexidade, precisa ser expandido para a dimensão ecológica e planetária, numa relação de complementariedade e interatividade, sem se restringir apenas ao espaço hospitalar e aos serviços de saúde. Os profissionais de saúde, por sua vez, precisam expandir os seus modos de ser, ver e agir para além do seu local de trabalho, como sujeitos proativos, éticos e comprometidos com o todo (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009).

O paciente com DRC terminal que realiza hemodiálise carece não só dos cuidados referentes às necessidades biológicas, como principalmente às psicológicas, sociais e espirituais. Estes estão envolvidos num sistema complexo de cuidado onde são utilizadas tecnologias de ponta e a exposição às complicações relacionadas a esta terapia são maiores. Além das mudanças ocasionadas no estilo de vida do paciente e sua família, as internações referentes às complicações também interferem na dinâmica familiar, principalmente quando estes têm que lidar com a finitude da vida, gerando novas demandas de cuidado.

Uma rede de apoio envolvendo uma equipe multidisciplinar e a família é de extrema importância para o tratamento. Quando um desses não se faz presente ou se faz de maneira ineficaz pode-se evidenciar um comprometimento no cuidado.

Assim, conclui-se que o cuidado que envolve o paciente com DRC terminal que realiza HD nada mais é do que um sistema complexo, onde o todo deve compreender e articular as partes, assim como as partes deve compreender o todo.

## 5 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual ou modelo teórico são instrumentos que possibilitam a operacionalização da assistência de enfermagem através da aquisição de um referencial teórico e de sua utilização na construção de métodos que possam direcionar e organizar o processo assistencial de enfermagem (NEVES; ZAGONEL, 2006).

Os pressupostos descritos a partir da revisão de literatura e do referencial teórico são:

- O enfermeiro necessita de constante atualização dos conhecimentos técnicos e científicos;
- O ambiente de cuidado é complexo e um campo rico que proporciona condições para estudos e pesquisas;
- As ações de cuidado de enfermagem é uma importante ferramenta para a manutenção da qualidade da assistência, bem como proporciona a uniformização das ações;
- O paciente com DRC, submetido à HD, precisa de um cuidado especializado de forma que atenda as suas diversas necessidades apresentadas em decorrência da doença, da terapêutica e das alterações no estilo de vida.

Os conceitos que embasarão este estudo são: Ser humano, Cuidado, Enfermagem, Cuidado em Enfermagem, Ambiente de Cuidado, Doença Renal Crônica, Plano de Ações de cuidado de enfermagem ao paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise, Complexidade do Cuidado ao paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise.

### 5.1 SER HUMANO

Erdmann (1996) define o ser humano como um ser de relações e de interações sociais com o meio ambiente em que estão inseridos. Estes interagem e relacionam-se com o outro, desenvolvendo uma troca de experiências para seu crescimento e realização pessoal. Nessas relações eles cooperam, competem, colaboram, contribuem e exploram. Eles também agem, reagem, interagem, pertencem, associam-se, partilham, interdependem, ajudam-se, trocam experiências/energias, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo com a harmonia conflitual.

Para Morin (2008) o ser humano é um indivíduo que apresenta características de sua realidade humana que são multidimensionais e

englobam aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, sociológicos, históricos, dentre outros. Estas características, mesmo distintas, estão vinculadas inteirando o mesmo ser humano e tornando-o complexo.

Nesse contexto, o ser humano em evidência nesta investigação é o enfermeiro, que atua nas UISe que acompanha o paciente portador de DRC no seu processo terapêutico durante a hospitalização. Este prepara, encaminha os pacientes ao programa de HD e recebe-o de volta na unidade, dando continuidade ao cuidado.

## 5.2 CUIDADO

O cuidado é definido como preocupação, zelo, proteção, solidariedade ao ser enfermo. Significa cuidar com empatia e sensibilidade entendendo, percebendo, desenvolvendo esse cuidado, considerando a complexidade do ser. Cuidar do outro implica na valorização dos aspectos biológicos, sociais, culturais, espirituais, seja o cliente/paciente, familiar, colega, amigo, pai, mãe, esposo(a), filho(a) e/ou outros, que compõem uma organização complexa de relações humanas de cuidado (BAGGIO, 2008).

Assim, o cuidado deve ser visto como um processo que envolve sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, deixando de ser um ato único, bem como a soma de procedimentos técnicos, satisfazendo a necessidades dos seres envolvidos (PESTANA, 2011).

Minuzzi (2006) caracteriza o cuidado como troca de experiências, conhecimentos, sentimentos e, especialmente, o respeito às crenças e valores de cada elemento envolvido, de forma que permite melhorar, harmonizar, o viver ou ainda proporcionar condições para morrer com dignidade.

Desse modo, entende-se que o cuidado não está restrito apenas à dimensão biológica. Ele vai para além deste aspecto, envolvendo atitudes, valores, empatia, ética, princípios técnicos e científicos de modo a enxergar o outro como prioridade, buscando atender suas necessidades e de modo a restabelecer seu bem-estar, não necessariamente a saúde, como no caso das condições crônicas.

## 5.3 ENFERMAGEM

“A Enfermagem é uma profissão que cuida do ser humano como um ser complexo em um sistema de cuidado, mediante modos próprios, compartilhando num processo dinâmico de interação entre o cliente, sua

família, a comunidade e junto com outros profissionais” (MINUZZI, 2006, p. 47).

Baggio (2008) complementa dizendo que a enfermagem é uma profissão que capacita o profissional através de suas competências, responsabilidades e aptidões intrínsecas à profissão para realizar o cuidado aos seres humanos considerando a multidimensionalidade e o contexto do ser.

A enfermagem é uma ciência que tem como foco o cuidado, sendo este a essência da profissão. O enfermeiro realiza ações que envolvem a sensibilidade dos sentidos, a subjetividade e a comunicação nas múltiplas relações.

#### 5.4 CUIDADO EM ENFERMAGEM

Vale e Pagliuca (2011) conceitua o cuidado de enfermagem como um fenômeno intencional e necessário à vida, que acontece no encontro de seres humanos que interagem, através de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Esse cuidado expressa um "saber-fazer" que deve estar embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Borges et al (2012) define o cuidado de enfermagem como ações, baseado em conhecimento científico, que tem por objetivo atender as necessidades humanas básicas, realizando um trabalho em equipe e, sendo assim, um processo amplo e interativo.

As relações de cuidado, segundo Baggio (2008), podem ser compreendidas como sistemas abertos, que são sustentados pelas trocas, interações, associações com o meio a que pertencem. Os seres de relação interagem com o meio e entre si, dependendo dessas trocas, interações e associações para autocuidado, para o cuidado dos seus e para sentirem-se cuidados.

Na perspectiva da complexidade, o cuidado de enfermagem, segundo Piexak; Backes e Santos (2013), transcende as ações técnico-prescritivas, pontuais e lineares e alcança as questões que abrangem o cuidar do outro e do ambiente no qual está inserido, valorizando a singularidade dos seres humanos, na tentativa de discutir o cuidado de forma ampla e contextualizada.

## 5.5 AMBIENTE DE CUIDADO

O ambiente de cuidado é visto como um sistema complexo adaptativo que serve de cenário para constantes e expressivas experiências, incorporando aspectos científicos com fontes de reflexões, que são influenciadas pelas diversas culturas, normas, leis e tecnologias que a compõem. Em alguns momentos este ambiente acolhe, traz a luz a recuperação, o milagre da (sobre) vivência e com ela o sentimento de vitória da equipe profissional; em outros se torna um ambiente que incomoda, em que a inquietação se faz presente, os ruídos predominam e a insalubridade assume o comando (KLOCK, 2009).

O ambiente de cuidado neste estudo refere-se às unidades de internação médica e cirúrgica, onde se encontram pacientes com alteração da função renal, em situações crônicas ou agudas, com indicação de tratamento dialítico. Este cenário dispõe de uma equipe multidisciplinar, bem como de tecnologias necessárias para o cuidado.

## 5.6 DOENÇA RENAL CRÔNICA

A doença crônica caracteriza-se por alterações do estado de saúde do indivíduo. Estas alterações não são temporárias e muitas vezes são limitantes, atribuindo ao indivíduo várias transformações no seu estilo de vida e no contexto familiar (PASQUAL, 2004).

As doenças crônicas demandam estratégias de cuidado especiais que auxiliem os pacientes a despertar a consciência para o autocuidado. Além do tratamento médico, é necessário envolver e estimular o paciente a participar desse cuidado de forma ativa, aprendendo a interagir com as organizações de saúde (TRENTINI; CUBAS, 2005).

Bastos e Kirsztajn (2011) ressaltam que a DRC é um problema de grande importância, sendo reconhecida como uma doença complexa que demanda múltiplas abordagens no seu tratamento. Embora se façam necessários mais estudos nessa área, o que se percebe é que o modelo de atendimento interdisciplinar é a forma mais adequada de tratar a DRC.

## 5.7 PLANO DE AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO À HEMODIÁLISE

A elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, fundamentado em uma teoria, é um instrumento que viabiliza a sistematização da prática assistencial conferindo maior visibilidade às

ações de enfermagem implementadas, valorização da profissão e, principalmente, excelência no cuidado prestado (NETO; FONTES; NOBREGA, 2013).

O cuidado de enfermagem ao paciente com DRC submetido à HD caracteriza-se por um cuidado que necessita de um conhecimento técnico-científico qualificado, respeitando as características individuais do ser humano, considerando o contexto em que se encontra inserido. O plano de ação é um instrumento para direcionar esse cuidado, respeitando princípios científicos e éticos, bem como o fazer.

## 5.8 COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO À HEMODIÁLISE

O cuidado por si só é complexo e amplo, que envolve ação, conhecimento específico, habilidade técnica e sensibilidade por parte do profissional de oferecer um cuidado individualizado.

O paciente com DRC submetido à HD é complexo e multidimensional que necessita de um olhar multidisciplinar para atender as dimensões que o constituem.

Contrapondo ao modelo biomédico atual, percebe-se a necessidade de direcionar a assistência ao indivíduo de modo sistêmico, não se limitando a assistir apenas à doença em questão.

Desta forma, o cuidado de enfermagem aos pacientes que necessitam de HD deve transcender o tratamento tradicional, atendendo as especificidades do paciente como um todo, colaborando, assim, para a melhoria na qualidade de vida (BARBOSA; VALADARES, 2009).

Para os autores acima citados, o paciente que realiza HD sofre o impacto inicial no momento em que percebe as alterações provocadas pela doença, emergindo um turbilhão de emoções. Passado o impacto inicial, o paciente que teve a sua rotina alterada e segue com o tratamento hemodialítico passa a buscar outras atividades sociais, seja para ocupar seu tempo e esquecer os sentimentos que antes o afligiam, seja para interagir com outros pacientes que vivenciam a mesma condição. Dessa forma, esses pacientes compartilham experiências e buscam aprendizado e novas formas de se cuidar. Assim, a assistência de enfermagem a esses pacientes torna-se um desafio aos enfermeiros que precisam garantir a qualidade do cuidado possibilitando que esses pacientes tenham suas especificidades atendidas e tornando possível a compreensão da sua condição de saúde.

## 6 METODOLOGIA

Nesta etapa são descritos os procedimentos metodológicos que foram utilizados em função do tema, do problema e dos objetivos do estudo. O presente estudo inspirou-se nos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação como referencial metodológico.

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter construtivo, descritivo e com abordagem qualitativa, com foco na construção de um plano de ações de cuidados de enfermagem no pré e pós-diálise, ao paciente hospitalizado submetido à HD.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2003), firma-se na capacidade de incorporar os atos, as relações, as estruturas e as representações sociais construídas coletivamente ao longo da vivência entre diversos atores que compõem um determinado segmento da sociedade.

A pesquisa-ação é considerada por Thiollent (2011), sociólogo francês radicado no Brasil e um dos estudiosos do método como sendo:

Um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo participativo (THIOLLENT, 2011, p. 20).

Este tipo de pesquisa geralmente ocorre em situações em que também se atua na prática e deseja-se melhorar a compreensão desta. A pesquisa e a ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende uma transformação. É um tipo de pesquisa participante, em oposição à pesquisa tradicional. Tem como principal característica a intervenção na prática de modo inovador no decorrer do próprio processo de pesquisa (FRANCO, 2005).

Um dos pioneiros da pesquisa-ação foi o psicólogo alemão Kurt Lewin (1890-1947). Na década de 1960, na área de Sociologia, este método rapidamente se expandiu, no entanto, além de sua aplicação em ciências sociais e psicologia, a pesquisa-ação é, hoje, amplamente aplicada também na área do ensino (FRANCO, 2005).

Alguns aspectos citados por Thiollent (2011) são levados em consideração quando se diz que a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa. São elas:

- Existe uma grande interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação investigada;
- Como resultado desta interação são ordenadas as prioridades dos problemas, bem como das soluções a serem encaminhadas;
- A situação e os diferentes problemas encontrados é que são objeto de investigação, e não as pessoas;
- Durante todo o processo é feito um acompanhamento das decisões, ações e de todas as atividades realizadas;
- Além da ação, a pesquisa procura ampliar o conhecimento do pesquisador e das pessoas ou grupos envolvidos.

Na pesquisa-ação dois tipos de objetivos se relacionam entre si: o prático e o conhecimento. O objetivo prático contribui para o equacionamento do problema, com levantamento de soluções e proposta de ações. Já o objetivo de conhecimento preocupa-se em obter informações e expandir esse conhecimento.

Thiollent (2011) afirma que a pesquisa-ação não limita suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos como na maioria das pesquisas convencionais. Os pesquisadores exercem um papel ativo na própria realidade dos fatos analisados. Segundo o mesmo autor, a pesquisa-ação também ganhou espaço nas ciências ambientais e ciências da saúde, em especial a enfermagem, promoção da saúde e medicina coletiva. Na Enfermagem, vários estudos têm utilizado a pesquisa-ação como referencial metodológico, tais como: Alencar (2007), Coscrato (2010), Santos (2011), Souza (2010), Torres (2008) entre outros.

## 6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como cenário as Unidades de Internação Médica (UIMs) I, II e III e Unidades de Internação Cirúrgica (UICs) I e II do Hospital Universitário Dr. Ernani Polydoro São Thiago inserido na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O Hospital Universitário (HU) Prof. Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em 2 de maio de 1980, pelo Prof. Polydoro Ernani de São Thiago com atendimento 100% público, pelo SUS, tendo também sua atenção voltada ao ensino e pesquisa (HU/UFSC, 2012).

Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, o HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Seu corpo clínico é constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; os médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Fisioterapia e Fonoaudiologia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica que possuem elevados índices de qualificação e titulação. Aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, estes profissionais conferem ao HU grande força, prestígio social e comunitário (HU/UFSC, 2012).

O HU atualmente atende nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica e Onco-hematologia. Possui também serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetrícia, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

As UIMs I, II, III e UIC I e II, estão localizadas no 3º e 4º andares do HU, respectivamente. Com características físicas semelhantes, possuem três quartos com quatro leitos, oito quartos com dois leitos e um quarto de isolamento, todos com banheiro. Ainda em relação à estrutura física, possui posto de enfermagem, sala de preparo de medicação, sala de procedimentos, banheiro para funcionários, sala de repouso de enfermagem e copa.

As instalações da UIM I, em razão de uma reforma, estão provisoriamente em uma área física com capacidade para 19 leitos e aptas para a internação de pacientes nas especialidades de gastroenterologia, pneumologia e clínica médica geral. A UIM II possui 29 leitos, distribuídos entre as especialidades de hematologia, endocrinologia, neurologia e cardiologia. Na UIM III há também 29 leitos divididos nas especialidades de reumatologia, gastroenterologia, neurologia, nefrologia, pneumologia e clínica médica geral. Em maio de 2013, a UIM III foi fechada por falta de recursos humanos, havendo uma redistribuição dos leitos para as outras unidades.

A UIC I tem 30 leitos e atende as especialidades de cirurgia geral, cabeça e pescoço, gastroenterologia e buco-maxilo. A UIC II também tem 30 leitos e atende as especialidades de proctologia, cirurgia plástica, queimados, urologia e cirurgia vascular.

A UTD está localizada no 4º andar do HU e foi inaugurada em julho de 1991, iniciando com atividades em DP intermitente e HD em novembro de 1991 com três máquinas. Em abril de 2003, a unidade passou por uma ampla reforma estrutural e técnica recebendo cinco máquinas novas do Ministério da Saúde e um novo tratamento de água, com Osmose Reversa. Na época, a capacidade de atendimento era de 12 pacientes para HD, distribuídos em três turnos, mantendo uma máquina reserva para atendimento dos pacientes da UTI e da Emergência (EMG), mais dois leitos disponíveis para DP. Esta deixou de ser realizada em 2006 por conta do quadro funcional deficiente e pela demanda reduzida na época.

Atualmente, com a aquisição de mais quatro máquinas de HD e uma osmose reversa em abril de 2012, a unidade tem capacidade para atender 21 pacientes por dia distribuídos em três turnos e mais três pacientes na UTI, ficando duas máquinas permanentemente nesta unidade. Esta unidade conta com um quadro funcional de quatro médicos nefrologistas, três enfermeiras, dez técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. Como suporte há ainda o serviço de nutrição, psicologia e serviço social.

A UTD atende os pacientes crônicos em programa de hemodiálise de segunda à sexta-feira e ainda os pacientes adultos hospitalizados no HU com indicação de hemodiálise.

Nos finais de semana segue uma escala de sobreaviso, ficando um médico nefrologista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem para atender os casos de emergência com avaliação prévia do nefrologista.

### 6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes envolvidos nesta atividade foram os enfermeiros das UIMs I, II e III e UICs I e II. Dos 40 enfermeiros lotados nas UIMs e UICs seis estavam de férias neste período, sendo realizado o convite pessoalmente pela pesquisadora a 34 enfermeiros, onde foram expostos o objetivo e os métodos a serem utilizados na pesquisa. Participaram 11 enfermeiros, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária do grupo variou entre 25 e 57 anos. Em relação ao tempo de profissão, a maioria tinha de um a cinco anos, sendo que o mais experiente possuía 32 anos de atividade.

Todos tinham pós-graduação *lato sensu*, sendo que sete buscaram pós-graduação *stricto sensu*, um doutorado finalizado e outro em andamento, um mestrado acadêmico em andamento e quatro mestrados

profissionais em andamento. Todos os participantes são servidores públicos federais, sendo que dois também tinham outro vínculo empregatício.

Como critério de inclusão estabeleceu-se o tempo mínimo de três meses de atuação nas respectivas unidades de estudo, pois nesse período o participante já estaria familiarizado com a dinâmica da unidade. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estavam em férias ou afastados para tratamento de saúde no período de coleta de dados.

#### 6.4 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado elaborado pela autora deste estudo, sendo constituído de duas partes: a primeira referente a características sócio-demográficas e profissionais dos participantes e a segunda com perguntas abertas (APÊNDICE B) para conduzir o grupo focal com finalidade de identificar a percepção dos enfermeiros em relação às ações de cuidados de enfermagem ao paciente com DRC submetido à HD e as necessidades de cuidados que orientaram a construção do plano de ação.

A opção pelo grupo focal como técnica de coleta de dados justifica-se pela possibilidade de uma melhor interação entre pesquisador e participantes.

O grupo focal como técnica de coleta e de análise de dados representa uma nova possibilidade metodológica para as pesquisas qualitativas. Constitui uma importante estratégia pela sua capacidade interativa e problematizadora, inserindo os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuem com o repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas sociais. Também é considerado uma ferramenta de gestão, sendo um método que pode auxiliar na organização do processo de trabalho da enfermagem e saúde, pela possibilidade de analisar as potencialidades e fragilidades internas, assim como as oportunidades e desafios externos, que requerem adaptações (BACKES et al, 2011).

#### 6.5 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES NO GRUPO FOCAL

Neste estudo, todas as reuniões do grupo focal aconteceram no HU, em sala pré-definida, com cadeiras dispostas em círculo, objetivando propiciar uma melhor interação do grupo. A duração média foi de uma hora à uma hora e trinta minutos utilizando-se o gravador como recurso para auxiliar no registro das falas.

Em um primeiro momento a pesquisadora realizou o convite e apresentou a proposta do trabalho, de forma individual, aos enfermeiros das UIs, sendo que neste abordagem foi observada boa aceitação. Muitos relataram e demonstraram grande interesse pela temática acreditando ser uma oportunidade de aprendizado, discussão e reflexão, pois já nesse momento alguns relataram sentir a necessidade de uma padronização dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido à HD.

Posteriormente, foi agendado o dia, horário e local para as reuniões, sendo que estas foram realizados no turno da tarde e em dois horários: às 14 horas e às 17 horas. A proposta inicial era realizar os encontros por turno de trabalho, no entanto, quando os convites individuais foram feitos, os enfermeiros do turno da manhã sugeriram que os encontros ocorressem após a passagem de plantão e preferiram se organizar para participar das reuniões no horário das 14 ou 17 horas a vir em outro horário. Já os enfermeiros do turno da noite destacaram que em alguns plantões seria inviável a ausência do enfermeiro da unidade, mesmo que por pouco tempo e então sugeriram que os encontros acontecessem antes da passagem de plantão do noturno. Assim, em consulta com aqueles que demonstraram interesse em participar da pesquisa esta pareceu a melhor opção encontrada.

Outro aspecto que se observou foi que muitos dos interessados eram enfermeiros com pouco tempo de trabalho no HU e então foram distribuídos alguns artigos abordando a temática da HD, bem como as principais intercorrências relacionadas para ser distribuído no final do encontro. O objetivo era subsidiar a discussão dos encontros posteriores.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2012 e junho de 2013, por meio de um roteiro semiestruturado e ocorreu em duas etapas, como será apresentado a seguir.

### 6.5.1 Primeira Etapa

Na primeira etapa, em novembro do ano de 2012, foram realizados quatro encontros durante uma atividade para a disciplina de Prática Assistencial – esta etapa contou com a participação de onze enfermeiros.

O desenvolvimento da primeira etapa foi com o intuito de identificar a percepção dos enfermeiros quanto ao cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise, bem como os cuidados de enfermagem necessários aos pacientes antes e após a hemodiálise.

Os enfermeiros responderam às seguintes questões (APÊNDICE B): Qual a sua experiência no cuidado ao paciente com doença renal crônica em hemodiálise? Como você se sente ao cuidar e/ou planejar o cuidado de um paciente com doença renal crônica em hemodiálise? Quais as ações de cuidado de enfermagem você prescreve ou julga necessário ao paciente antes de encaminhá-lo à hemodiálise? E quando o paciente retorna da hemodiálise, quais as ações de cuidado de enfermagem você prescreve ou julga necessário na unidade?

Nos primeiros encontros foi realizada a exposição dos objetivos do trabalho, planejamento das atividades, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), preenchimento do roteiro semiestruturado caracterizando o grupo e posteriormente a discussão em relação à experiência e sentimentos envolvidos no cuidado de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. Com o intuito de subsidiar os encontros posteriores, no final da atividade foi proposta a leitura individual de um artigo abordando as principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise (TERRA et al, 2010).

No terceiro e quarto encontros foram discutidos os cuidados de enfermagem que os enfermeiros das UIs julgavam necessários no período pré e pós-dialítico. No final da atividade foram propostos e distribuídos mais dois artigos, abordando o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem e a importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise (BARBOSA; VALADARES, 2009; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

### 6.5.2 Segunda Etapa

A segunda etapa consistiu em elaborar, implementar e avaliar um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado com DRC submetido à HD (APÊNDICE C) a partir das informações que foram adquiridas de cada enfermeiro na primeira etapa da pesquisa.

Nesta segunda etapa foram programados dois encontros, sendo que no primeiro foi apresentado um plano preliminar das ações de cuidados de enfermagem elaborado pela autora com base nos dados e nas discussões da primeira etapa, sendo esta proposta melhorada pelo grupo de enfermeiros das UIs.

O plano de ações de cuidados de enfermagem construído em conjunto com os enfermeiros ficou estruturado em quatro itens:

identificação do paciente; cuidados pré-dialíticos; evolução transdiálise e cuidados pós-dialíticos. Cada item será descrito a seguir:

- Na identificação foi realizado o registro com o nome do paciente que seria submetido à hemodiálise, a unidade em que se encontrava hospitalizado, o registro do paciente, o quarto e o leito;
- Cuidados pré-dialíticos: Neste item foi registrado do uso de anti-hipertensivos, anticoagulantes, hipoglicemiantes e volume urinário de 24 horas. Também foi julgado importante informar ao paciente o dia e hora da hemodiálise, pois assim o mesmo e a equipe podem se organizar com os cuidados de rotina e horários de visitas. Ainda neste item, os enfermeiros das unidades de internação puderam fazer o registro nas observações complementares das intercorrências que aconteceram durante o plantão ou no plantão anterior;
- Evolução transdiálise: Este item foi preenchido pela enfermeira da Unidade de Tratamento Dialítico, onde foi registrado o número da sessão de hemodiálise, o tempo, a taxa de ultra filtração, a dose de heparina que recebeu, sinais vitais, glicemia e qualquer intercorrência que ocorreu durante a hemodiálise;
- Cuidados pós-dialíticos: Neste item foram incluídos cuidados com sinais vitais, glicemia, fístula arteriovenosa, cateter duplo lúmen, curativo do cateter, data da próxima HD, entre outros que julgaram importantes para dar continuidade à assistência de enfermagem.

Na segunda quinzena de março o plano de cuidados elaborado foi apresentado a todos os enfermeiros das UIs, bem como o modo de preenchê-lo. O plano de cuidados ficou disponível nas unidades de internação nos meses de abril, maio e junho de 2013.

Na primeira semana de abril, em cada unidade de internação, foi deixada uma pasta com alguns instrumentos, bem como um envelope para que os enfermeiros pudessem expor suas dúvidas ou sugestões.

A ideia inicial era de realizar uma reunião por mês, com os enfermeiros envolvidos, para realizar possíveis ajustes no instrumento, assim como esclarecer dúvidas que fossem surgindo durante o processo. No entanto, optou-se por visitar as unidades a cada dez dias para conversar pessoalmente com os enfermeiros, uma vez que ficou difícil conciliar os horários de todos os participantes. Durante o período

proposto para implementação do instrumento foram preenchidos 24 instrumentos, sendo dez na UIM I, 11 na UIM II e três na UIC I. Em maio ocorreu o fechamento da UIM III, sendo desativados 29 leitos.

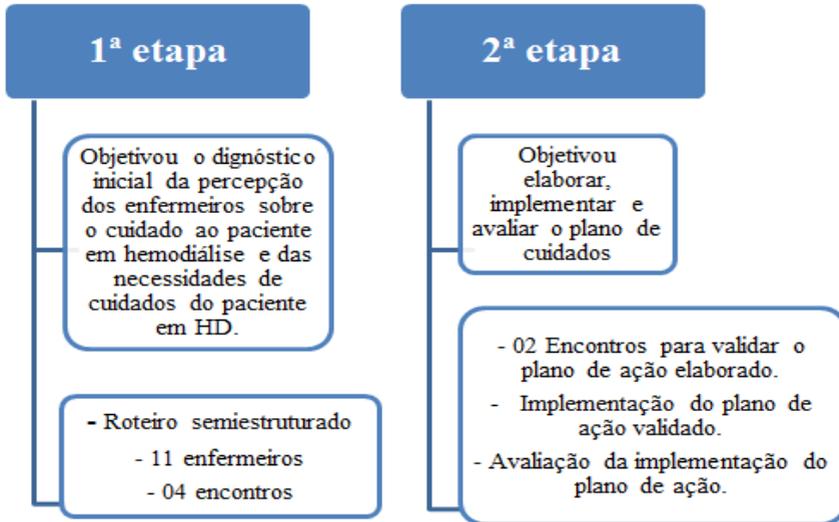
Para realizar a avaliação da aplicação do plano de cuidados optou-se pela entrevista individualizada para garantir a participação de todos os enfermeiros que aplicaram o plano elaborado. Foram preenchidos 24 instrumentos, por nove enfermeiros, sendo dois enfermeiros da UIC I, dois enfermeiros da UIM II e cinco enfermeiros da UIM I.

A avaliação foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) com os seguintes questionamentos: Como foi a sua experiência ao aplicar o plano de ações de cuidado de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise? Como você avalia o plano de ações de cuidado de enfermagem proposto para as unidades de internação? Quais os pontos fortes e quais as fragilidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem? Na sua concepção, o plano de ações de cuidado de enfermagem pré-elaborado auxilia no planejamento do cuidado ao paciente submetido à hemodiálise? Como isso acontece em sua prática profissional?

O plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado também passou pela apreciação de duas enfermeiras especialistas em nefrologia que os avaliaram como adequados. Por último, este plano passou pela comissão de prontuário do HU, sendo aprovado e oficializado como impresso do Hospital.

O quadro a seguir representa a descrição simplificada das etapas da coleta de dados:

Quadro 1 – Descrição das etapas da coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

## 6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados qualitativos foram utilizados os princípios da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011). Esta autora define que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que tem como objetivo obter a descrição do conteúdo das mensagens permitindo a inferência de conhecimento.

Para Bardin (2011) a análise de conteúdo organiza-se em três fases, sendo a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Na pré-análise o pesquisador sistematiza as ideias iniciais. Nessa etapa, realiza-se a leitura em separado do material correspondente ao resultado das informações que emergiram dos grupos de reflexão, objetivando a familiarização com os mesmos (BARDIN, 2011).

Na fase de exploração do material os dados foram exaustivamente analisados, buscando as ideias centrais transmitidas pelos sujeitos da pesquisa de modo a constituírem grupos homogêneos de comunicação, considerando a totalidade das informações (BARDIN, 2011).

Na fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados foram tratados de maneira que fossem

significativos e válidos, sendo constituídas as categorias finais de análise, podendo propor inferências e adiantar interpretações em relação aos objetivos propostos (BARDIN, 2011).

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA-AÇÃO

O projeto de pesquisa foi previamente autorizado pela instituição escolhida para a realização do estudo, em seguida submetido à Plataforma Brasil para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado em 12/11/2012, sob o número 144.418 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 09294112.7.0000.0121(ANEXO A).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi norteadada pela Resolução 196/96 (Brasil, 1996), vigente no momento do estudo, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual preserva os direitos dos participantes, garantindo principalmente a confidencialidade, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo então apresentado o TCLE para que os participantes autorizassem sua participação na pesquisa.

Os profissionais que participaram do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, realizaram a leitura do TCLE e assinaram concordando em participar, recebendo ainda uma cópia do referido termo.

Para garantir o anonimato das informações foram utilizados pseudônimos iniciados pela letra “E”, seguidos por um numeral ordinal (de E1 a E11).

## 7 RESULTADOS

Os dados desta dissertação serão apresentados em forma de manuscrito, de acordo com o que prevê a Instrução Normativa 003/MP-PEN/2011 de 12 de setembro de 2011 (ANEXO B).

Os manuscritos buscam responder os objetivos e perguntas da pesquisa. No primeiro manuscrito buscou-se identificar a percepção dos enfermeiros das UIs em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise.

Neste sentido, foram levantados subsídios para a elaboração, implementação e avaliação de um plano de ações de cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise que será apresentado no segundo manuscrito.

Manuscrito 1: **Cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise: Percepção dos Enfermeiros.**

Manuscrito 2: **Cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise: Uma Construção Coletiva.**

### 7.1 MANUSCRITO 1: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

#### **CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Gisele Vieira Comicholi  
Alacoque Lorenzini Erdmann

#### **RESUMO**

**Objetivo:** conhecer a percepção dos enfermeiros de unidades de internação em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à hemodiálise. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, inspirado nos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação como referencial metodológico. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2012 a junho de 2013, por meio de um roteiro

semiestruturado. Para a análise dos dados foram utilizados os princípios da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** as categorias que ilustram a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise são: Vivenciando a experiência do cuidado ao paciente com doença renal crônica; Sentimentos percebidos ao cuidar do paciente submetido à hemodiálise; Ações de cuidados de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise e Elementos necessários para o planejamento do cuidado. **Conclusão:** o estudo evidenciou que os enfermeiros percebem-se despreparados para cuidar e planejar o cuidado ao paciente submetido à hemodiálise, por ser uma terapia específica e complexa. Destaca-se que a qualificação da equipe de enfermagem é necessária para a transformação da prática profissional, sendo este alcançado também por meio da educação permanente.

**Descritores:** Insuficiência renal crônica. Diálise renal. Cuidado de enfermagem. Unidade de internação. Enfermeiros.

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida observa-se uma ascensão das doenças crônicas, modificando o perfil demográfico e de morbimortalidade da população brasileira (BRASIL, 2006).

Entre as doenças crônicas, destaca-se a doença renal que é uma doença sistêmica que consiste na perda progressiva da função dos rins que deixa de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora no organismo. A insuficiência renal pode ser aguda ou crônica, sendo que na fase aguda a insuficiência renal surge em poucos dias e tem cura, e na fase crônica, a doença vai se desenvolvendo e quando diagnosticada é irreversível (SANTANA; FONTANELLE; MAGALHÃES, 2013). Algumas vezes, é necessário que o paciente seja hospitalizado para haver estabilização do quadro clínico.

De acordo com as informações da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no ano de 2012, 97.586 pacientes de uma população de 193,94 milhões, realizavam terapia renal substitutiva. Esta é uma modalidade que tem por objetivo remover resíduos sanguíneos, o excesso de líquidos e manter o equilíbrio dos eletrólitos no organismo, sendo indicado somente quando o paciente apresenta sinais de desnutrição, excesso de volume extracelular, sinais de neuropatia

periférica e sintomas urêmicos, como náuseas e vômitos (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2010).

O paciente com doença renal crônica pode ser tratado conservadoramente enquanto a qualidade de vida estiver preservada. As modalidades para o tratamento da doença renal crônica são: a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2010). A escolha da melhor modalidade de tratamento deve contemplar a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente.

A modalidade mais comumente empregada é a hemodiálise que consiste em um tipo de terapia renal substitutiva na qual a circulação do paciente é extracorpórea e o sangue, com o auxílio de uma bomba, passa por dentro de um dialisador (membrana artificial) que em contato com a solução de diálise preparada na máquina, promove a filtração do sangue (FERMI, 2010). Ela requer cuidados de enfermagem rigorosos, no pré, trans e pós-hemodiálise devido à possibilidade de intercorrências clínicas.

O objetivo dos cuidados de enfermagem é identificar e monitorar os efeitos adversos desta terapia e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento, propiciando a melhora da qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2008).

Em face aos aspectos inerentes ao cuidado do paciente com doença renal crônica em hemodiálise, é fundamental conhecer a percepção dos enfermeiros quanto aos cuidados oferecidos a esses pacientes durante a hospitalização. Isto porque a hemodiálise exige cuidado especializado, sendo um grande desafio para os enfermeiros cuidar deste paciente a fim de garantir a qualidade do cuidado, possibilitando que os mesmos tenham suas especificidades atendidas e tornando possível a compreensão da sua condição de saúde (BARBOSA; VALADARES, 2009).

Com base no exposto, foram elaboradas as seguintes perguntas de pesquisa: Como os enfermeiros atuantes em unidades de internação percebem o cuidado de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise? Quais cuidados de enfermagem são necessários oferecer a este paciente antes e após a hemodiálise?

Deste modo, a pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros das unidades de internação em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e com abordagem qualitativa, inspirado nos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação como referencial metodológico.

As quatro etapas desenvolvidas na pesquisa-ação, segundo Thiollent (2011), consistem na exploratória (momento do diagnóstico da realidade), planejamento, ação e avaliação. O estudo foi desenvolvido em um hospital escola localizado no sul do país, com atendimento 100% público, pelo SUS, tendo também sua atenção voltada ao ensino e pesquisa. Oferece atendimento nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica e Onco-hematologia. Possui ainda serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetrícia, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização (HU/UFSC, 2012).

Os participantes do estudo foram onze enfermeiros que atuam nas Unidades de Internação Médica e Cirúrgica, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária do grupo variou entre 25 e 57 anos. Em relação ao tempo de profissão, a maioria tinha de um a cinco anos, sendo que o mais experiente possuía 32 anos de atividade.

Todos tinham pós-graduação *lato sensu*, sendo que sete buscaram pós-graduação *stricto sensu*.

Adotou-se como critério de inclusão o tempo mínimo de três meses de atuação nas respectivas unidades de estudo, pois nesse período o participante encontra-se melhor familiarizado com a dinâmica da unidade. Foram excluídos do estudo enfermeiros que estavam de férias ou afastados para tratamento de saúde no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2012 e junho de 2013, por meio de um roteiro semiestruturado e ocorreu em duas etapas. A primeira etapa constou de grupo focal e realização de quatro encontros, com 11 enfermeiros que responderam ao seguinte questionamento: Como você percebe o cuidado de enfermagem ao paciente internado submetido à hemodiálise? O desenvolvimento desta etapa foi com o intuito de identificar a percepção dos enfermeiros quanto ao cuidado ao paciente submetido à hemodiálise, bem como identificar quais cuidados de enfermagem julgavam necessários oferecer a esses pacientes antes e após a hemodiálise.

Nos encontros referentes à primeira etapa foram realizados: a exposição dos objetivos do trabalho, o planejamento das atividades, a

entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchimento do roteiro semiestruturado e posteriormente a discussão em relação à percepção, experiência e sentimentos envolvidos no cuidado de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise.

A segunda etapa consistiu em elaborar, implementar e avaliar um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à hemodiálise a partir das informações que foram adquiridas de cada enfermeiro nos grupos focais. Nesta etapa realizaram-se entrevistas individuais por meio de roteiro semiestruturado, com nove enfermeiros que aplicaram o plano de ação para fazer a avaliação do mesmo.

Nesse manuscrito serão apresentados os dados da primeira etapa da coleta de dados referentes à percepção dos enfermeiros quanto aos cuidados de enfermagem aos pacientes hospitalizados submetidos à hemodiálise.

Para a análise dos dados foram utilizados os princípios da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde(CNS) que dispõe sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 144.418/2012 e CAAE 09294112.7.0000.0121. Para garantir o anonimato dos participantes utilizaram-se pseudônimos iniciados pela letra “E”, seguidos por número ordinal (de E1 a E11).

## **RESULTADOS**

As categorias apresentadas a seguir refletem a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente internado submetido à hemodiálise.

### **Vivenciando a experiência do cuidado ao paciente com doença renal crônica**

Alguns pacientes apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco, como os hipertensos e diabéticos (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

No contexto estudado encontram-se pacientes internados para elucidação diagnóstica e tratamento, sendo que as principais causas de internação são as doenças crônicas, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabete Mellitus*, podendo ou não estar associadas a outras doenças.

Esse grupo de pacientes, quando não tratados ou tratados de maneira ineficaz, contribui para o aumento da demanda de pacientes com DRC nas unidades de internação. Estes por sua vez requerem cuidados especializados, gerando nos enfermeiros preocupação com a maior complexidade nos cuidados, conforme pode ser evidenciado nas falas abaixo:

*Na unidade de internação que trabalho houve um aumento da demanda, assim como o número de leitos para a nefrologia.[...] A gente vê que a demanda cresce conforme crescem também as doenças crônicas como a diabete e hipertensão, pois nem sempre é uma doença primária (E1).*

*Muitos pacientes internam e dialisam por causa de uma doença crônica, como a diabete e hipertensão. Alguns também têm que dialisar na condição aguda como nos casos de picada de cobra. Tenho preocupação com os cuidados, pois são muito complexos (E3).*

Ainda é identificada nos relatos dos enfermeiros a preocupação relacionada às angústias e expectativas dos pacientes quanto à doença. Os enfermeiros percebem que se trata de um paciente especial, mas que chega à unidade de internação sem clareza do significado da doença e, muitas vezes, sem perceber que se tratará de um processo longo e difícil.

O paciente com doença renal cria grandes expectativas em relação à realização da hemodiálise, pois por meio dela tem melhora do seu quadro clínico. No entanto, esta modalidade terapêutica não proporcionará a cura do paciente, exigindo esforço em relação à adesão ao tratamento, assim como na mudança do estilo de vida. Desse modo, o paciente sente-se frustrado e este sentimento também é percebido pelos enfermeiros que relatam esta situação de cuidado como desafiadora.

*No primeiro momento o paciente que tem indicação de diálise realiza o procedimento e expressa um sentimento de alívio e bem-estar. Quando ele vai se dando conta de que tem que continuar e que tem mudar o seu estilo de vida vai ficando mais difícil (E1).*

*Eu via nos pacientes aquela grande expectativa, o que será de mim agora? Alguns achavam que iam dialisar e que ia ficar tudo bem, iam pra casa [...] a minha maior dificuldade nessa vivência sempre foi a perspectiva do paciente, do susto que ele*

*levava, da adesão, mudando alguns hábitos de vida [...] Além desse sofrimento que é a hemodiálise, tem as outras coisas, a dieta, a autoaplicação de medicamentos, as restrições no estilo de vida. Não é um paciente fácil de cuidar porque há sofrimento e não melhora (E3).*

Ao questionar os participantes em relação à experiência com pacientes portadores de doença renal crônica, a maioria relatou ter contato no contexto hospitalar, principalmente em unidades de internação e emergência. No entanto, tinham pouca experiência para este cuidado. Destaca-se que dois enfermeiros informaram ter experiência com esses pacientes em outras instituições de saúde, conforme as falas a seguir:

*Minha experiência hospitalar é pouca, pois tenho apenas dois anos de formação e de trabalho no hospital universitário (E4).*

*Já tinha trabalhado em terapia intensiva na cidade de onde eu vim. Lá a hemodiálise era realizada e monitorada pelo enfermeiro da UTI (E6).*

*Minha experiência é pouca e se divide em dois momentos: primeiro quando trabalhei na emergência e chegavam pacientes com insuficiência renal aguda ou insuficiência renal crônica agudizada e outro momento quando fui trabalhar na unidade de internação onde internavam alguns pacientes da nefrologia (E8).*

*Minha experiência hospitalar é pouca. Tive mais contato na unidade básica (E9).*

### **Sentimentos percebidos ao cuidar do paciente submetido à hemodiálise**

Os enfermeiros relataram que no momento do cuidado aos pacientes que realizavam hemodiálise emergiam sentimentos de insegurança ao lidar com os acessos venosos, como fístula arteriovenosa e o cateter duplo lúmen para hemodiálise, surgindo dúvidas de como realizar os cuidados específicos. Na percepção dos enfermeiros, a insegurança no cuidado também é gerada pelo despreparo profissional, pela falta de conhecimento e instrumentalização para o cuidado. Alguns enfermeiros expressaram ainda sentimentos de despreparo e impotência, como se pode destacar nas falas a seguir:

*Acho que falta um suporte para orientação (E2). Sentimento de insegurança, pois quando a gente não domina o assunto fica sujeito a não responder de acordo com as necessidades. Sinto falta de orientação, às vezes somente repito o que foi feito (E4).*

*Tenho dúvida com relação ao curativo do cateter, se temos que trocar ou não. Quando vão dialisar, se tem algo que a gente possa fazer antes. A gente tem bastante dúvida (E7).*

*É muito específico, tem muitos cuidados. Acho que falta informação, falta alguma coisa que nos auxilie. Me sinto também muito insegura” (E8).*

*É muito específico e tenho muitas dúvidas principalmente em relação à fístula arteriovenosa e cateter [...] sinto bastante insegurança e preocupação. É um paciente complexo e me sinto pouco preparada (E9).*

Além das dúvidas em relação à manipulação e cuidados com o cateter duplo lúmen para hemodiálise, a administração da Eritropoetina tem se mostrado outra preocupação, pois muitos participantes têm dúvidas se o paciente a recebe na unidade de internação ou na Unidade de Tratamento Dialítico após a hemodiálise. Mesmo com os registros realizados pelas enfermeiras da Unidade de Tratamento Dialítico essas informações não ficam claras para algumas enfermeiras das unidades de internação.

*OEprex é um problema, às vezes o paciente não recebe e às vezes recebe duas vezes (E1).*

*Tenho muita dúvida com relação ao manuseio do cateter. O Eprex também tenho dúvida, se o paciente recebe durante a diálise ou se recebe aqui. Às vezes acho que falhamos bastante (E7).*

Nos relatos dos participantes observa-se que esse sentimento de insegurança ao cuidar e planejar o cuidado ao paciente em hemodiálise está claramente relacionado ao pouco conhecimento, habilidade e experiência do enfermeiro, o que pode resultar em falhas no cuidado, podendo comprometer a segurança e o bem-estar desses pacientes.

### **Ações de cuidados de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise**

Em relação aos cuidados de enfermagem no pré e pós-diálise dos pacientes que estão internados percebe-se que diferentes condutas são

adotadas pelos enfermeiros das unidades de internação. Não há uma uniformização das ações, fazendo com que os enfermeiros atuem conforme a necessidade dos pacientes e naquilo que percebem e acreditam ser correto.

Para alguns participantes, a falta de uma rotina faz com que esse paciente seja avaliado de forma generalizada, desconsiderando alguns cuidados específicos relacionados à doença e à terapia hemodialítica. Esse desconhecimento por vezes leva o enfermeiro a realizar procedimentos, como o curativo do cateter duplo lúmen, somente de acordo com o conforto do paciente e não como é preconizado.

Os enfermeiros percebem a necessidade de alguns cuidados que antecedem a hemodiálise, no entanto, algumas vezes os pacientes são encaminhados sem que o enfermeiro tenha conhecimento, deixando de avaliar sua condição clínica e realizar os registros. Da mesma forma acontece quando o paciente retorna da hemodiálise – muitas vezes os enfermeiros priorizam o acompanhamento daqueles pacientes que apresentaram intercorrência durante a hemodiálise. Quando esta situação não acontece os enfermeiros dão continuidade aos cuidados de rotina, como verificar sinais vitais e glicemias.

*Se o paciente teve intercorrência durante a hemodiálise acompanhamos na unidade, verificamos sinais vitais e glicemia. Se está estável, seguimos com os cuidados de rotina (E1).*

*Temos o cuidado de pesar o paciente e observar se o curativo se está limpo, com cobertura adequada. [...] O planejamento do cuidado acaba sendo de forma geral. Quando o paciente retorna, observo apenas a sintomatologia. Quando tenho dúvida, ligo para hemodiálise (E4).*

*No pré-diálise não ressalto quase nada. Procuramos anotar o débito urinário e peso. Acredito que deve ter muita coisa para orientar. Quando o paciente retorna leio a evolução para saber se teve alguma intercorrência durante a diálise para ficarmos observando na unidade. Fico mais atenta para as alterações hemodinâmicas (E9).*

### **Elementos necessários para o planejamento do cuidado**

Os participantes com mais tempo de trabalho no hospital universitário, ou que tiveram experiência com cuidados a pacientes renais em outros hospitais, perceberam a necessidade de uma

uniformização dos cuidados, bem como descrição desses cuidados de forma detalhada.

Os enfermeiros destacam a necessidade de um plano de cuidado para orientar e padronizar as ações de enfermagem nas unidades de internação, assim como para facilitar a articulação da comunicação entre os profissionais dos diferentes setores envolvidos no cuidado ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise, conforme descrito nos relatos a seguir:

*Talvez, fosse interessante um impresso, como um checklist que tem nas clínicas cirúrgicas quando o paciente vai para o centro cirúrgico. Passaria a ser uma rotina do paciente que dialisa. Não acredito que iria sobrecarregar porque isso obriga o funcionário a checar (E2).*

*Acho que um material com esses cuidados seria muito importante (E5).*

*Sinto falta de algo sistematizado, senão, cada um faz de um jeito (E6).*

*Sinto falta de uma padronização do que fazer no pré e pós-diálise (E8).*

*Elaborar um checklist com os cuidados de enfermagem que antecedem a hemodiálise e com os cuidados de enfermagem após, iria contribuir bastante. Não sei quais as intercorrências que o paciente pode apresentar após a hemodiálise, por isso acho que ter um material com os cuidados iria nos auxiliar (E9).*

Outro ponto destacado pelos enfermeiros é a comunicação como elemento que deve auxiliar no planejamento do cuidado. Os relatos dos participantes apontam que a comunicação entre os profissionais de saúde das diferentes unidades envolvidas no cuidado ao paciente em hemodiálise é pouco eficiente, uma vez que percebem que faltam informações essenciais para a continuidade da assistência a esse paciente.

*Quando dá tempo reviso o prontuário, mas às vezes aquelas informações ficam superficiais pra gente que não entende bem (E4).*

*Sinto e percebo a falta de comunicação. A hemodiálise passa o plantão quando o paciente retorna, mas nós não passamos o plantão antes dele ir para hemodiálise (E6).*

*Percebo que para quem trabalha na hemodiálise também deve faltar informação desse paciente que está indo. A gente não apresenta esse paciente, não passa o plantão quando ele é encaminhado. Acho que também é uma falha. Nem sempre fazemos as anotações e evolução antes dele ir (E9).*

A hemodiálise é uma modalidade terapêutica muito específica, exigindo do profissional de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes que assegurem o planejamento e implementação da assistência de enfermagem de modo seguro e resolutivo.

Dos participantes do estudo, dois relataram que receberam capacitação específica para a realização dos cuidados de enfermagem. No entanto, os demais participantes informaram não ter recebido preparo específico para os cuidados com o paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise. Relataram ter recebido apenas algumas orientações quanto ao curativo do cateter, exames laboratoriais, sinais e sintomas, o que gera preocupação em relação à complexidade do cuidado ao paciente com doença renal crônica e a hemodiálise.

*Nunca tive um treinamento específico. Alguns pacientes já me fizeram perguntas que fiquei com dúvida em responder. Geralmente oriento para eles perguntarem na diálise. Sinto falta de informação (E1).*

*Quando trabalhei em outra instituição onde internavam os pacientes de uma clínica de hemodiálise recebíamos orientações dos enfermeiros e médicos da clínica em relação a alguns cuidados com o curativo do cateter, exames laboratoriais, sinais e sintomas (E2).*

*Treinamento específico não, apenas orientações das enfermeiras da diálise no momento da passagem de plantão quando retornavam para a unidade (E3).*

*A minha experiência foi quando trabalhei na terapia intensiva onde o enfermeiro da unidade era responsável pela hemodiálise. Recebi treinamento específico na época (E6).*

Os enfermeiros relataram não ter recebido capacitação específica para cuidar dos pacientes hospitalizados em tratamento hemodialítico, o que dificulta a realização e o planejamento do cuidado direcionado a

esta terapia. Poucas pesquisas, de nível nacional e internacional, abordam esta temática, reforçando a necessidade de estudos na área.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo evidenciaram uma fragilidade no cuidado aos pacientes hospitalizados com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. Os enfermeiros percebem a especificidade e a complexidade da terapia renal substitutiva, porém, sentem-se despreparados para cuidar e planejar o cuidado.

O paciente submetido à hemodiálise vive um conflito diário em relação ao tratamento. Por um lado ele sabe que a hemodiálise é indispensável para a manutenção de sua vida, mas, por outro, o tratamento faz com que perceba a fragilidade de sua condição de saúde (KOEPE; ARAÚJO, 2008).

Cuidar desse paciente é desafiador para a enfermagem, pois este passa de uma fase de ser saudável para outra na qual passa a depender do atendimento constante e permanente de um serviço de saúde, de uma máquina de hemodiálise e de uma equipe multiprofissional com necessidade constante de orientação (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Estes autores afirmam também que na medida em que o paciente toma consciência da perda de autonomia, perde a esperança na continuidade de sua própria vida pelo fato de que a doença crônica não tem cura e que a curto ou longo prazo conduz a morte.

O cuidado de enfermagem ao paciente com doença renal crônica, em especial os que realizam hemodiálise, tem se mostrado um processo complexo. As mais variadas adaptações, bem como as repercussões de variadas ordens, como incapacidades físicas e emocionais, interferem na vida das pessoas, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias.

O enfermeiro precisa estabelecer uma relação de proximidade com os pacientes, que deve resultar em um processo interativo no qual o contato e o diálogo são valorizados e entendidos como instrumento para o cuidado, estando estes embasados na ética e respeito da condição do ser. Entender o que ocorre no processo de cuidar prescinde que o profissional reconheça as particularidades inerentes à subjetividade dos sujeitos, como os sentimentos envolvidos no processo (LANZONI et al, 2011).

Para compreender o cuidado como fruto de múltiplas relações e interações sistêmicas é necessário compreender a lógica do

cuidar/cuidado sob a ótica da complexidade, pressupondo um olhar distinto sobre as premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas (BACKES, 2011).

Os sentimentos percebidos de insegurança e impotência emergiram das falas dos participantes e estão relacionados à falta de instrumentalização em relação às necessidades de cuidado ao paciente renal crônico em hemodiálise.

A pouca experiência profissional e habilidade instrumental são para o enfermeiro um grande desafio, sendo que o início da profissão pode ser marcado por dificuldades, gerando sentimentos de ansiedade. Ao mesmo tempo, esta situação estimula a busca e o fortalecimento dos seus conhecimentos. Assim, o preparo na academia é apenas o início, pois o profissional deve estar em constante aprendizado, buscando o desenvolvimento das habilidades, dos conhecimentos, das atitudes e da experiência necessária para a sua qualificação (MATTOSINHO et al, 2010).

Os participantes relataram que os pacientes que realizam hemodiálise estão expostos a diversos fatores que comprometem a segurança, como, por exemplo, o manuseio do cateter de forma inadequada, administração de alguns medicamentos como anti-hipertensivo, anticoagulante e hipoglicemiante antes da sessão de hemodiálise, podendo contribuir para algumas complicações durante a terapia.

A segurança do paciente consiste na redução, a um mínimo aceitável, do risco de agravo desnecessário associado ao cuidado de saúde. Uma das estratégias de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente consiste na elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente. O PNSP tem por finalidade contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

A elaboração de guias de orientação foi relatada pelos enfermeiros como uma estratégia necessária para o planejamento do cuidado, garantindo uma prática de enfermagem segura ao paciente em tratamento hemodialítico de modo que auxiliaria no direcionamento das ações de cuidados de enfermagem no período pré e pós-diálise.

Observa-se que pela falta de instrumentalização os enfermeiros têm maior preocupação em verificar os sinais vitais e glicemia, quando outros cuidados mais específicos como cuidados com fístula arteriovenosa, cateter duplo lúmen, administração de medicamentos como a eritropoietina nem sempre são acompanhados.

Os participantes ressaltaram a necessidade de melhorar o processo comunicativo, assim como realizar registros que permitam maior clareza em relação aos cuidados de enfermagem.

A comunicação é um elemento fundamental no cuidado. É abrangente e vai além da própria fala, havendo diversas formas de expressão. Ela também é compreendida como o alicerce das relações interpessoais, o que a transforma num processo complexo. Nesta perspectiva, o cuidado associa-se à prática de comunicar-se, assumindo um papel de instrumento de valor para a humanização. A equipe por sua vez deve estar disposta e envolvida para que se estabeleça essa relação e compreenda que é essencial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado e não passivo a ele (BROCA; FERREIRA, 2012).

Na concepção dos participantes, a falta de comunicação pode interferir na qualidade do cuidado ao paciente hospitalizado que realiza hemodiálise.

A assistência de enfermagem e a segurança ao paciente podem ser comprometidas quando os registros são escassos ou inadequados, sendo que este comprometimento pode ainda dificultar a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (SETZ; D' INNOCENZO, 2009).

A carência ou ausência de registros pode provocar, entre outras coisas, a duplicação de procedimentos realizados, a dificuldade de acompanhamento dos cuidados e até a não execução de determinada atividade. Portanto, os registros de enfermagem são imprescindíveis no prontuário do paciente, sendo parte da documentação do processo de saúde/doença, sobretudo considerando que essa equipe o acompanha de forma integral, devido à permanência na unidade hospitalar nas 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações (FRANÇOLIN et al, 2012).

## **CONCLUSÃO**

A não utilização de testes simples para diagnosticar e avaliar a função renal associada à falta de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença tem contribuído para que a DRC seja subdiagnosticada e tratada inadequadamente, resultando na perda de oportunidade para a implementação de prevenção primária, secundária e terciária (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A complexidade do sistema de saúde, a falta de acesso para o diagnóstico e tratamento, a mudança no estilo de vida do paciente e da família geram grande angústia não só ao paciente como para toda equipe

de saúde por sentir a necessidade de uma rede de apoio e por perceber uma expectativa frustrada de cura por parte dos pacientes.

O compartilhamento de experiências revela que os enfermeiros das unidades de internação médica e cirúrgica vivenciam situações semelhantes em relação ao cuidado aos pacientes hospitalizados com doença renal crônica submetidos à hemodiálise, percebendo-o como complexo e específico, gerando sensação de insegurança e despreparo. Percebe-se a importância e a necessidade de protocolos, guias, manuais de atenção ao paciente com DRC em HD para a segurança do paciente.

Conviver com a dor do outro e com a sensação de incapacidade, impotência frente as mais variadas implicações da doença também têm se mostrado um desafio para os enfermeiros. A busca pelo suporte psicológico e pelos recursos técnicos mostra-se necessário para um cuidado de qualidade. Assim, a qualificação da equipe por meio da educação permanente será relevante e de grande importância para a transformação da prática profissional.

Apesar de ser um hospital-escola, onde se realiza a sistematização da assistência de enfermagem, observa-se que os registros, assim como a comunicação, não estão sendo realizados de forma eficaz. Esta situação se faz presente devido ao desconhecimento por muitos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise – cuidados estes que têm início antes da hemodiálise e devem ser continuados após sua realização, na unidade de internação.

Vale ressaltar que estudos sobre os cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica em tratamento hemodialítico ainda são incipientes nacional e internacionalmente, o que demonstra a necessidade de estudos como este sobre o assunto em questão.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A. **Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/Aids com alunos de graduação em enfermagem.** 2007. 143 fls. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2007.

AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre: vol.28, n.4, dez. 2007. p.549-555.

BACKES, M. T. S.; et al. O papel do enfermeiro no contexto hospital: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol.7, n.3. 2008. p.319-326.

\_\_\_\_\_; ERDMANN, A.L.; BACKES, D.S. Cuidado ecológico: o significado para os profissionais de um hospital geral. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol.22, n.2. 2009. p.183-191.

\_\_\_\_\_; COLOME J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da Saúde**. São Paulo: 35(4):438-442. 2011.

\_\_\_\_\_. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva** [tese]: Marli Terezinha Stein Backes; Orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann, Florianópolis. 2011. 390 p.: il.

BAGGIO, M. **Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e do nós sob a perspectiva da complexidade**. 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

BARBOSA, G.S.; VALADARES, G.V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem**. 13(1):17-23, jan-mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: 2011.

BARROS, MBA; et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. 11(4): 911-26. 2006.

BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista Associação Médica Brasileira**. 56(2): 248-53. 2010.

\_\_\_\_\_; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes

ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrologia**. Elsevier Editora Ltda, 2011.33(1): 93-108.

BETEGHELLI, P.; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um ambulatório de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.2005.

BOFF, L.O **cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social. Vol.1,n.1. 2005.

BORGES, M.C.L.A.; et al. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre:33(1):42-8; mar. 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: CNS. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde – Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. 15 (1): 47 - 65. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 65(1): 97-103, jan-fev. 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 14(1): 41-65. 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência

de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado 26 set 2010]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 25 junho 2012.

**COSCRATO, G. Pesquisa-ação em educação para a saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2010. 144 fls.

**DARONCO, A. Manual de enfermagem em diálise da AHCI: normas, rotinas, técnicas e protocolos de enfermagem.** Ijuí: Ed. Unijuí. 2007. p.264.

**ERDMANN, A. L. Sistemas de Cuidados de Enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1996.

\_\_\_\_\_; NASCIMENTO, K. C. do; RIBEIRO, G. M. J. A. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem.**9 (3): 411-20, dez. 2005.

\_\_\_\_\_; et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem.** Vol.20, n.2. 2007. p.180-185.

**FELLI, V.E.A.F.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem.** In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan. 2005. p.1-13.

**FERMI, M. R. V. Manual de diálise para enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora MEDSI. 2010. p.02-115.

\_\_\_\_\_. **Diálise para Enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

**FORTES, V.L.F.; GREGGIANIN, B.O.; LEAL, S.C. O Cuidado de enfermagem ao idoso em terapia renal substitutiva.** Estud. interdiscip. envelhec. Porto Alegre, vol.10. 2006.p.91-104.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, vol.31, n.3, set-dez. 2005. p.483-502.

FRANÇOLIN, L.; BRITO, M.F.P.; GABRIEL, C.S.; MONTEIRO, T.M.; BERNARDES, A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro: 20(1):79-83, jan-mar. 2012.

GONÇALVES, L.R.R.; NERY, I.S.; NOGUEIRA, L.T.; BONFIM, E.G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. Esc. Anna Nery, 2007. [citado 2011 abr 21]; 11(3): 459-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en.10.1590/S1414-81452007000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en.10.1590/S1414-81452007000300010). Acesso em: 10 agosto 2012.

HU/UFSC. Disponível em [http://www.hu.ufsc.br/novo\\_site/institucional/historico/](http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/historico/). Acesso em: 16 julho 2012.

KLOCK, P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade**. 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KOEPE, G.B.O.; ARAUJO, S.T.C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. **Acta Paul Enfermagem**. 21(Spe):147-51. 2008.

LANZONI, G. M. de M.; et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 64(3): 580-6, mai-jun. 2011.

LIMA, Luciano Ramos de.; et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.ISSN 1518-1944. [S.l.], vol. 8, n. 3, set. 2009.

MARCHI, J. J.; WITTMANN, M. L. **Princípios da teoria da complexidade aplicados à gestão das organizações** in Wittmann,

Milton Luiz. Administração: teoria sistêmica e complexidade. Editora UFSM, Santa Maria (RS). 2008.

MARIA, Mônica Antônio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar; GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. ISSN 0034-7167; vol.65, n.2.2012. p.297-303.

MATTOSINHO, M.M.S; COELHO, M.S; MEIRELLES, B.H.S; SOUZA, S.S; ARGENTA, C.E. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**.23(4):466-71. 2010.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social**.Petrópolis: Vozes, 2003.

MINUZZI, H.G. **Gerência do cuidado em enfermagem hospitalar: apresentando noções e competências**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2006. p.93.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. p.128.

\_\_\_\_\_. **Ciência com Consciência**.11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

NASCIMENTO, K.C. do.; BACKES, D.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem**. USP; 42(4):643-8. 2008.

NETO, J.M.R.; FONTES, W.D. de; NÓBREGA, M.M.L.de. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**.Brasília, 66(4): 535-42. ; jul-ago. 2013.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa cuidado: uma abordagem metodológica que integra, pesquisa, teoria e pratica em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**.Vol.11, n.1, jan-abr. 2006. p.73-79.

OLIVEIRA S.M.; et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta Paul Enfermagem**. 2008; 21(Número Especial): 169-73.

PASQUAL, D. D. **O cuidado nas unidades de hemodiálise segundo a percepção dos enfermeiros**. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PEREIRA, M.J.B.; et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**.62(5):771-7. 2009.

PESTANA, A. L. **Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2011.

PIEXAK, D.R.; BACKES, D.S.; SANTOS, S.S.C. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. ISSN 1983-1447; vol.34, n.2. 2013. p.46-53.

PRATA, G. P. **A tecnologia no cuidado hemodialítico: Prazer e Sofrimento no trabalho do Enfermeiro**.2011, 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

RIELLA, M. C. e PECOITS-FILHO, R. **Diálise Peritoneal**. In: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

RODRIGUES, T.A.; BOTTI, N.C.L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise.**Acta Paul Enfermagem**. 22(Especial-Nefrologia):528-30. 2009.

ROMÃO JR., J.E., Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrologia**. 26 (supl.1):1-3. 2004.

SANTANA, S.S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento

hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Científica do ITPAC**, Araguaína, vol.6, n.3, Pub.5, julho, 2013.

SANTOS, A. D. B. **Promoção da saúde da criança em um centro de educação infantil: a inserção da Estratégia de Saúde da família**. 2011. 160 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN. 2011.

SANTOS, I.; ROCHA, R.P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro: Vol. 15, n. 1, mar. 2011.

SETZ, V.G.; D' INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enfermagem**. 22:313. 2009.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista Escola Enfermagem**. USP; 41 (3): 403-10. 2007.

SILVA R.S.; CAMPOS E.R.A.; PEREIRA A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem**. USP vol.45 no. 3. São Paulo: junho. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>. Acesso em: 20 outubro 2013.

SOUZA, M. F. G. de. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital pediátrico de ensino: uma pesquisa-ação**. 2010. 161 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do norte, Natal (RN). 2010.

SOUZA M.L.; et al. Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.14, n. 6, abr-jun. 2005. p. 266-70.

SUASSUNA J.H.R.; et al. **Nefrologia intensiva** in: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010. p.369 – 390.

TERRA, F.S.; et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**.8(3):187-92.2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, S. M. da S. G. S. de O. **Conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos: pesquisa-ação em uma unidade do programa saúde da família de Natal** /Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres. - Natal, [RN],2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

\_\_\_\_\_.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery** [online]. ISSN 1414-8145.Vol.15, n.4. 2011. p.730-736.

TRENTINI, M.; CUBAS, M.R. Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial teórico expandido além da concepção biologicista de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58 (4): 481-5, jul-ago. 2005.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Vol.64, n.1, 2011. p.106-113.

VASCONCELOS E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

VIEIRA, M.; et al. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichan**. Universidad de La Colombia. Vol.9, n.3, diciembre-sin mês. 2009. p.212-221.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis, RJ: Vozes. 2007.p.190.

WILLIG M.H., LENARDT, M.H., TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira Enfermagem.** Vol.59, n.2, mar-abr. 2006. p.177-82.

ZATS, R. **Insuficiência Renal Crônica (IRC).** In: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

7.2 MANUSCRITO 2: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Gisele Vieira Comicholi  
Alacoque Lorenzini Erdmann

**RESUMO**

**Objetivo:** construir, implementar e avaliar com os enfermeiros atuantes nas unidades de internação de um hospital-escola um plano de ações de cuidados de enfermagem pré e pós-diálise ao paciente internado submetido à hemodiálise. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, caráter construtivo, inspirado nos fundamentos da pesquisa-ação. Os dados foram coletados de novembro de 2012 a junho de 2013, por meio de roteiro semiestruturado e analisados segundo análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** As categorias elaboradas foram: Construção coletiva do plano de cuidado de enfermagem; Experiência da aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem; Potencialidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem; Fragilidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem. **Conclusão:** O plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado possibilitará a sistematização da assistência de enfermagem de qualidade, orientando

as ações necessárias para o cuidado ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise.

**Descritores:** Enfermeiros, Insuficiência renal crônica, Diálise renal, Cuidado de enfermagem, Unidade de internação, Planejamento de assistência ao paciente.

## INTRODUÇÃO

Na história da humanidade o cuidado sempre esteve presente, sendo este caracterizado como uma forma de viver e relacionar-se. Na área da saúde, especialmente na enfermagem, o cuidado ganhou espaço e singularidade, sendo hoje conhecido como foco dominante e unificador da prática do enfermeiro (WALDOW, 2007).

O cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade transcende as ações técnico-prescritivas, pontuais e lineares e alcança as questões que abrangem o cuidar do outro e do ambiente onde está inserido, valorizando a singularidade dos seres humanos, na tentativa de discutir o cuidado de forma ampla e contextualizada (PIEXAK;BACKES;SANTOS, 2013).

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) tem se apresentado como um caminho promissor para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem. Muitos enfermeiros vêm aliando o conhecimento implícito decorrente da prática com o conhecimento científico para identificar nos pacientes necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, a fim de planejar e implementar ações e intervenções efetivas, avaliar os resultados dos cuidados e possibilitar um registro adequado dos cuidados prestados. A construção e utilização de um instrumento de coleta de dados de enfermagem almeja a sistematização da prática assistencial, possibilitando maior visibilidade das ações de enfermagem implementadas, excelência no cuidado e principalmente valorização da profissão (NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013). Ela ainda proporciona uma assistência de enfermagem adequada e individualizada ao paciente (AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009).

Enquanto processo organizacional, a SAE oferece subsídio para desenvolver métodos ou metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Assim, é necessário que o profissional amplie e aprofunde os saberes específicos de sua área de atuação, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional. A busca pelo aprimoramento contínuo de sua prática contribui para que as ações de cuidado de

enfermagem sejam cada vez mais embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade da assistência (NASCIMENTO et al, 2008).

O cuidado de enfermagem no contexto da hemodiálise é complexo e demanda conhecimento técnico e científico específico. O cuidado transcende a dimensão técnica, sendo necessário o estabelecimento de relação terapêutica e de confiança (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

O interesse em desenvolver o estudo surgiu a partir da prática assistencial na qual se percebeu que os enfermeiros das unidades de internação vivenciam situações nas quais emergem dúvidas em relação às ações de cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise. Nesse contexto, buscou-se conhecer as ações de cuidados de enfermagem necessários para compor um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal crônica hospitalizado e submetido à hemodiálise.

A construção de um plano de ações de cuidados de enfermagem permitirá ao enfermeiro selecionar ações de cuidados adequadas baseadas nas necessidades individuais de cada paciente e evidências científicas, bem como uniformizar e padronizar essas ações, fornecendo subsídios que contribuam para a (re)organização do serviço e da qualificação da assistência, além de promover segurança do paciente.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo tem caráter construtivo, com abordagem qualitativa, guiado pelos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação como referencial metodológico.

O estudo foi desenvolvido nas unidades de internação médica e cirúrgica em um hospital-escola localizado no sul do país, com atendimento 100% público, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo também sua atenção voltada ao ensino e pesquisa (HU/UFSC, 2012).

Os participantes envolvidos nesta atividade foram onze enfermeiros, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária do grupo variou entre 25 e 57 anos. Como critério de inclusão adotou-se o tempo mínimo de três meses de atuação nas respectivas unidades de estudo. Foram excluídos enfermeiros que estavam em férias ou afastados para tratamento de saúde no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2012 e junho de 2013, por meio de um roteiro semiestruturado e ocorreu em duas etapas.

O desenvolvimento da primeira etapa foi por meio de quatro grupos focais com o intuito de identificar a percepção dos enfermeiros em relação às ações de cuidado ao paciente submetido à hemodiálise, bem como identificar quais ações de cuidado de enfermagem julgavam necessários oferecer a esses pacientes antes e após a hemodiálise.

No primeiro encontro foi realizado a exposição dos objetivos do trabalho, planejamento das atividades, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchimento do roteiro semiestruturado e posteriormente a discussão em relação à experiência e sentimentos envolvidos no cuidado de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. Nos encontros subsequentes foram discutidos os cuidados que os enfermeiros das unidades de internação julgavam necessários no período pré e pós-dialítico.

A segunda etapa consistiu em elaborar, implementar e avaliar o plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise a partir das informações que foram adquiridas e discutidas pelo grupo de enfermeiros na primeira etapa da pesquisa.

Foram agendados dois encontros, sendo que no primeiro foi apresentado um plano preliminar das ações de cuidados de enfermagem elaborado pela autora desta pesquisa com base nos dados e nas discussões da primeira etapa, sendo esta proposta discutida e adequada segundo as contribuições do grupo de enfermeiros das unidades de internação.

O plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado em conjunto com os enfermeiros ficou estruturado em quatro itens: identificação do paciente; cuidados pré-dialíticos; evolução transdiálise e cuidados pós-dialíticos.

O plano de cuidados elaborado ficou nas unidades de internação por um período de três meses para que os enfermeiros pudessem implementar e avaliar sua aplicabilidade. Nove enfermeiros implementaram 24 planos de cuidados.

Neste estudo serão apresentados os dados relacionados à elaboração e avaliação dos enfermeiros do plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal crônica hospitalizado submetido à hemodiálise.

A avaliação do instrumento foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com os seguintes questionamentos: Como foi a sua experiência ao aplicar o plano de ações de cuidado de enfermagem ao

paciente submetido à hemodiálise? Como você avalia o plano de ações de cuidado de enfermagem proposto para as unidades de internação? Quais as potencialidades e quais as fragilidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem? Na sua concepção, o plano de ações de cuidado de enfermagem pré-elaborado auxilia no planejamento do cuidado ao paciente submetido à hemodiálise? Como isso acontece em sua prática profissional?

Os dados foram analisados de acordo com os princípios da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011) que define como sendo um conjunto de técnicas que tem como objetivo obter a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimento.

O estudo atendeu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pela instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 144.418/2012 e CAAE 09294112.7.0000.0121. Para garantir o anonimato dos participantes utilizaram-se pseudônimos iniciados pela letra “E”, seguido por número ordinal (de E1 a E11).

O plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado também passou pela apreciação de duas enfermeiras especialistas em nefrologia, que o avaliaram como adequado. Por último, passou pela comissão de prontuário do HU, sendo este aprovado e oficializado como impresso do Hospital.

## **RESULTADOS**

As categorias apresentadas a seguir refletiram a elaboração e a avaliação, na concepção dos enfermeiros, em relação à aplicação do plano de ações de cuidados de enfermagem proposto.

### **Construção coletiva do plano de cuidados de enfermagem**

Esta categoria reflete a construção coletiva do plano de ações de cuidados de enfermagem. Foi apresentado aos participantes do estudo uma proposta inicial que surgiu a partir da percepção dos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise realizada na primeira etapa do estudo.

A partir do plano preliminar, os participantes fizeram uma reflexão acerca de cada item e em conjunto discutiram e realizaram os ajustes necessários.

O plano de ações de cuidados de enfermagem ficou estruturado em quatro etapas: identificação do paciente, ações de cuidados pré-dialíticos, evolução transdialise e ações de cuidados pós-dialíticos.

Na identificação optou-se por registrar o nome do paciente que seria submetido à hemodiálise, a unidade em que se encontrava hospitalizado, o número do registro do prontuário do paciente, o número do quarto e do leito.

Os enfermeiros destacaram a importância de registrar o dia e a hora da hemodiálise, pois com base nesta informação é possível programar as ações de cuidados a este paciente, articulando horários de exames, cuidados diretos ao paciente e até mesmo de visitas, conforme relatos a seguir:

*Saber o dia e a hora que o paciente vai para a hemodiálise permite que o enfermeiro programe alguns cuidados como de higiene e até mesmo para se organizar com os exames que são agendados (E4).*

*Acho importante informar com antecedência o dia e a hora da hemodiálise porque os próprios pacientes e familiares se organizam com as visitas. Muitos deles vêm de longe (E11).*

Nos cuidados pré-dialíticos foram selecionados cuidados como o registro do uso de anti-hipertensivos, anticoagulantes, hipoglicemiantes e diurese de 24 horas. O registro destes cuidados é uma importante informação no momento de programar a hemodiálise. Uma das complicações mais frequentes relacionada à hemodiálise é a hipotensão e a hipoglicemia. Assim, a orientação é de não administrar hipotensores e hipoglicemiantes antes da terapia hemodialítica. Se por algum motivo um desses medicamentos for administrado é importante que essa informação seja repassada ao enfermeiro da hemodiálise, pois outras medidas e cuidados poderão ser realizados para evitar tais complicações. Da mesma forma acontece com o uso de anticoagulante, pois o paciente já o recebe durante a terapia. As falas a seguir ilustram a preocupação dos enfermeiros das unidades de internação em relação a estes cuidados:

*Sempre tive dúvida do que o paciente pode ou não pode receber antes da hemodiálise. Esse cuidado nos direciona (E1).*

*No dia da hemodiálise fico preocupada com as medicações, se administramos ou não. Já liguei algumas vezes pra vocês para sanar algumas dúvidas. É um item muito importante (E4).*

*Acho importante manter o registro da diurese das 24h, pois é um cuidado que muitas vezes passa despercebido (E10).*

Ainda nos cuidados pré-dialíticos, os participantes do estudo destacaram a necessidade de haver espaço para fazer qualquer outro registro relacionado às condições clínicas do paciente ou intercorrências apresentadas na Unidade de Internação. Este item irá suprir uma lacuna no que se refere à comunicação. No momento em que o paciente é chamado para a Unidade de Tratamento Dialítico é realizada a passagem de plantão, no entanto, em algumas situações essa passagem de plantão fica prejudicada pela dinâmica da unidade. Esse espaço destinado ao registro de observações complementares proporciona uma comunicação adequada entre os enfermeiros da Unidade de Internação e os enfermeiros da Unidade de Tratamento Dialítico, conforme relatos a seguir:

*Acho importante que no plano tenha espaço para realizar registros das intercorrências do paciente, tanto pra nós como pra vocês. Assim, quando não conseguirmos passar ou pegar o plantão essas informações não se perdem (E9).*

*Concordo, pois às vezes não conseguimos passar o plantão e também não conseguimos realizar a evolução (E11).*

No item evolução transdiálise o enfermeiro da Unidade de Tratamento Dialítico registra todas as informações relacionadas à terapia como o número de sessões de hemodiálise, o tempo, a taxa de ultra filtração, a dose de heparina que recebeu, sinais vitais, glicemia e qualquer intercorrência durante a hemodiálise.

Essas informações permitem a continuidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação, conforme as falas a seguir:

*É muito importante ter registrado tudo o que aconteceu durante a hemodiálise. Vocês passam o plantão antes de encaminhar o paciente para a unidade,*

*mas às vezes algumas informações se perdem (E1).*

*Nem sempre o enfermeiro consegue pegar o plantão. Assim esse registro garante a comunicação e a continuidade da assistência (E9).*

Nos cuidados pós-dialíticos foram selecionadas algumas ações de cuidados para dar continuidade e servir de suporte na assistência ao paciente quando este retorna para a unidade de internação. Foram incluídos cuidados como sinais vitais, glicemia, fístula arteriovenosa, cateter duplo lúmen, curativo do cateter, administração de eritropoietina e data da próxima hemodiálise.

Para algumas ações de cuidados de enfermagem os participantes acharam pertinente descrever e detalhar essas ações como os cuidados com fístula arteriovenosa e cateter duplo lúmen para hemodiálise, no intuito de possibilitar maior clareza e entendimento para os enfermeiros com pouco tempo de profissão e/ou para aqueles com pouca experiência com essa modalidade terapêutica.

*Acho que poderia descrever os cuidados com o cateter assim como os cuidados com a fístula, pois temos muitos enfermeiros novos. Temos que pensar em deixar claro também para os técnicos de enfermagem (E10).*

*Eu também acho importante descrever os cuidados com o cateter, principalmente com o curativo, pois eu também já tive dúvida (E11).*

De acordo com as falas dos enfermeiros observa-se uma preocupação em destacar os principais cuidados relacionados ao período pré e pós-diálises, bem como deixar o plano de ações de cuidados objetivo e prático de forma que os participantes do estudo conseguissem incorporar em sua dinâmica de trabalho nas unidades de internação.

### **Experiência da aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem**

Para os enfermeiros que participaram do estudo a aplicação do plano de ações de cuidados de enfermagem foi uma experiência considerada positiva por diversos fatores. Primeiramente, o plano de ações de cuidados de enfermagem possibilitou o registro das condições do paciente, pois na maioria das vezes, esses pacientes eram

encaminhados para a unidade de tratamento dialítico sem que fosse passado o plantão de suas condições clínicas.

Outra observação ressaltada foi em relação à evolução, pois muitas vezes, o paciente apresentava alguma intercorrência clínica sendo necessário medicá-lo e a enfermeira da unidade de tratamento dialítico não tinha conhecimento nem da intercorrência, nem das medicações administradas. A estratégia da implementação do plano de ações possibilitou um olhar diferenciado e direcionado a esses pacientes por parte do enfermeiro das unidades de internação, conforme as falas a seguir:

*Vejo como efetivo, pois concentra os principais cuidados relacionados à hemodiálise. São pertinentes. Não tive dúvidas. Mesmo para aqueles enfermeiros que não participaram desse processo acho que conseguem pegar o instrumento e preencher sem dificuldades. Assim como ao receber, acho que não terão dificuldade de analisar. Esse quadro de cuidados pra mim é o melhor porque quando ele retornava não vinha com as orientações. Não encontrávamos na prescrição médica nem de enfermagem (E4).*

*Achei ótimo. Ontem quando eu encaminhei o paciente para hemodiálise e fui preencher o instrumento ele estava hipertenso e tinha apresentado algumas alterações. Pude registrar essa intercorrência nas observações que deverão ser consideradas no momento (E9).*

*Gostei muito. Acho que melhorou a assistência e a nossa visão em relação aos cuidados pré e pós-diálise. Aqui na unidade recebemos pacientes em hemodiálise esporadicamente então era muito comum passar algum cuidado despercebido. Esta proposta nos ajuda a prestar mais atenção em alguns cuidados principalmente quando ele retorna, pois fica registrado o que aconteceu com ele e as intercorrências. Quando não está registrado é mais fácil de esquecer (E13).*

Os pacientes internados são avaliados diariamente, sendo registradas as condições e alterações nas 24 horas conforme a sistematização da assistência de enfermagem preconizada no HU que tem como referência a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Essas evoluções são divididas entre os enfermeiros dos turnos da manhã, tarde e noite. Muitas vezes o paciente é encaminhado para a hemodiálise sem que a evolução tenha sido realizada pelo enfermeiro da unidade. Diante desta situação, algumas informações importantes sobre o quadro clínico do paciente deixam de ser registradas e passadas para o enfermeiro da Unidade de Tratamento Dialítico. O plano de cuidado mostrou-se também objetivo e prático para preencher, não exigindo muito tempo do enfermeiro e contemplando as necessidades de cuidados de enfermagem que antecedem a hemodiálise, conforme os relatos a seguir:

*Achei bem interessante. Antes nós não tínhamos nenhum instrumento que auxiliasse. A gente faz evolução de 24h e acabávamos encaminhando o paciente sem registrar as intercorrências que acontecia naquele período. Achei que ficou sintetizado e prático de registrar (E13).*

*Fiz uns 2 ou 3 recentemente. Achei muito bom. Num deles o paciente apresentou uma intercorrência em relação ao cateter. Eu já tinha evoluído, mas consegui acrescentar essas informações. Lá na UTD quem recebeu o paciente pôde ficar ciente do que tinha acontecido (E16).*

Quanto aos registros no verso do instrumento, onde os enfermeiros da hemodiálise realizavam a evolução transdiálise e prescreviam os cuidados pós-diálise, os participantes também avaliaram como positivo, pois além de conter a evolução do paciente no período transdiálise, consta a prescrição de enfermagem direcionando os cuidados de enfermagem no pós-diálise. Esta prescrição serve de subsídio para que o enfermeiro tenha um olhar diferenciado sobre este paciente e que este cuidado tenha continuidade na unidade de internação.

*Tive a oportunidade de aplicar 2 vezes o plano de ações de cuidado de*

*enfermagem proposto até o momento. Tive um bom retorno, as informações que retornaram foram de grande valia para a assistência prestada ao paciente (E5).*

*Em relação ao registro da parte de trás (evolução transdiálise e plano de cuidados pós-diálise) achei bem completo, contendo as informações mais importantes, assim como os cuidados também (E9).*

*Achei o instrumento interessante e pontual, ficando claro pra nós o que aconteceu com ele e naquilo que temos que prestar atenção quando ele retorna. Nem sempre conseguimos pegar o plantão pelo telefone porque é muito corrido aqui na unidade e mesmo quando conseguimos pegar este plantão às vezes não conseguimos absorver toda a informação (E13).*

A proposta foi disponibilizar o plano de cuidados como primeira folha no prontuário do paciente com o intuito de facilitar o acesso e a visualização dos registros para as equipes da hemodiálise e das unidades de internação. Encontrar esses registros no prontuário de um paciente que está internado há muitos dias nem sempre é fácil pela quantidade de impressos, como prescrição médica e de enfermagem, evolução dos profissionais que acompanham este paciente, resultados de exames e outros referentes aos dados do paciente e sua internação.

### **Potencialidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem**

Na avaliação dos participantes do estudo o plano de ações de cuidados proporcionou um olhar diferenciado ao paciente que realiza hemodiálise. A objetividade e clareza do plano de cuidados auxiliaram não só no planejamento desse cuidado, bem como no processo comunicacional, trazendo segurança para os profissionais com pouca experiência.

*Antes desse instrumento não havia comunicação. Achei bem legal, pois anotamos como o paciente está saindo e recebemos por escrito como ele está chegando. Melhora a comunicação. É*

*rápido de preencher e dinâmico. Muito tranquilo (E7).*

*Me senti mais segura. Antes esse era um processo que me incomodava, pois não tinha muito conhecimento e não sabia o que fazer para auxiliar [...] Percebo e acredito num benefício muito grande para o paciente. Eles percebem que estamos mais atentos e acabam se sentindo mais seguros. Eles percebem que estamos integrados. Estamos dando mais atenção para os pacientes que estão fazendo hemodiálise (E9).*

*É um instrumento que está sendo muito prático e nos dá muita segurança pra gente e acho que até pra vocês também. Agora sei que tudo aquilo que registro a enfermeira que recebe vai ler. Antes ficava na dúvida, pois passava algumas informações por telefone, às vezes registrava, mas não tinha certeza se iriam ver o que foi registrado. Achei claro e prático para todos os envolvidos. Trouxe segurança e praticidade, abordando justamente aqueles pontos que tínhamos dúvidas e que são os principais (E15).*

*Auxilia bastante. Ele complementa. Fiquei mais confiante em relação ao manuseio do cateter, curativo. Pois quando entrei tinha uma orientação muito forte para não mexer. Ficava preocupada nos finais de semana. Sou enfermeira e sou capacitada para realizar curativo em acesso central. Faltavam mesmo algumas orientações. Traz segurança para a equipe e para o paciente principalmente (E16).*

O cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise é muito específico, sendo que a falta de conhecimento e a in experiência podem comprometer o planejamento e a qualidade da assistência.

Na concepção dos enfermeiros o plano de ações de cuidado de enfermagem elaborado é dinâmico, claro e objetivo, auxiliando no planejamento do cuidado ao paciente submetido à hemodiálise. O plano de cuidado se tornou um grande aliado na assistência, pois este orienta e

norteia o processo de trabalho do enfermeiro, trazendo segurança na execução do cuidado de enfermagem não só para os profissionais como principalmente para o paciente.

*Esse instrumento apresenta as ações básicas e necessárias para o cuidado. Ele permite acrescentar qualquer outra intercorrência ou cuidado que seja necessário. Ele dá essa abertura. Engloba todas as necessidades básicas e concentra as informações para esse tipo de cuidado. Eu consigo pegar o instrumento e ver o que aconteceu, como ele foi, como ele passou, como ele voltou e o que tenho que fazer (E4).*

*Ajuda sim, direciona. Às vezes o paciente chegava e não sabia muito bem o que fazer. Me preocupava mais com os sinais vitais. Fica mais claro o que aconteceu com ele. Antes eu ficava mais perdida quando ele chegava da hemodiálise. Não sabia o que tinha recebido ou não na hemodiálise. Gostei muito. Até agora não consigo ver nada que tenha que ser modificado. É válido sim. É dinâmico, não exige muito tempo e é bem objetivo (E7).*

*Acho que está auxiliando bastante no planejamento. O que acontece é que muitas vezes a gente acaba não planejando, apenas respondendo a demanda. As coisas vão acontecendo e a gente vai resolvendo, algo mecânico, apagando fogo. E ter um instrumento que apoie a fazer isso com certeza facilita e estimula. Tu incorporas com certeza. Pra mim e para algumas colegas quando o paciente tem hemodiálise é automático. Pegamos o instrumento e já sabemos o que observar (E9).*

*Acho que ajuda sim. Como não tenho experiência com esse tipo de terapia vejo que ele me norteia. Ele vai me orientar como manipular o cateter, por exemplo. Pra nós é bom quando o paciente vai fazer*

*algum procedimento e tem as orientações. É confortável. Acho muito importante, pois aqui fica registrado o que aconteceu com o paciente, bem como as orientações (E17).*

A demanda de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise é muita baixa em algumas unidades de internação, mesmo assim os enfermeiros avaliaram o plano de ações de cuidados de enfermagem positivamente, conforme relatos a seguir:

*O plano é adequado para a prestação de uma assistência com qualidade, afinal são poucos os pacientes que necessitam de hemodiálise em nosso setor, e muitas vezes ficamos um pouco receosos com as condutas a serem tomadas frente à terapia (E5).*

*A demanda aqui no setor é pequena. É muito interessante ter esse instrumento para auxiliar no planejamento (E15).*

*Não consegui vivenciar no conjunto, no todo, por conta da demanda que é baixa. Se fosse uma prática mais constante conseguiríamos adequar à rotina porque organiza (E17).*

### **Fragilidades encontradas durante a aplicação do plano de ações de cuidado de enfermagem**

Na percepção dos participantes do estudo o plano de ações de cuidados apresenta mais potencialidades que fragilidades, sendo que estas são vistas como pontos a melhorar.

Uma das preocupações apontadas durante a implementação do plano de cuidados foi o fato de ter outra prescrição de enfermagem no prontuário, o que poderia gerar dúvidas entre os técnicos de enfermagem no momento que fossem retirar e checar os cuidados. Cabe destacar que a prescrição com os cuidados pós-dialíticos não anula a prescrição que é realizada diariamente pelo enfermeiro da unidade de internação.

*Como ponto negativo aponto como sendo mais um papel. Não temos ainda um sistema informatizado, integrando as informações do paciente. Seria muito mais fácil. Claro que não temos um sistema que*

*nos dê suporte. Infelizmente o papel ainda é a melhor opção. Esse é o único ponto que vejo como dificuldade (E4).*

*Temos orientado o técnico a seguir esta prescrição também quando ele retorna da diálise e tem dado certo (E9).*

Algumas fragilidades apontadas foram além do instrumento em si, estando relacionados ao sistema de informatização que ainda não está integrado. A falta deste suporte técnico é o que torna o impresso ainda necessário, como tantos outros que há no processo de trabalho do enfermeiro.

No decorrer da implementação do plano de cuidado surgiu a necessidade da realização de alguns ajustes e esclarecimentos relacionados ao instrumento. Conforme as dúvidas e questionamentos foram surgindo buscou-se esclarecer e atender as sugestões, assim como acrescentar a data da próxima hemodiálise, cuidados e descrição do curativo do cateter duplo lúmen e administração de medicamentos como anticoagulantes, hipoglicemiantes e a eritropoietina.

*Fiquei na dúvida aqui no registro do uso de anticoagulante, pois não sabia se registrava no período ou nas 24h. Acabei colocando o das 24h, pois o horário da tarde ainda não tinha recebido. Estava na prescrição e não estava checado. Em relação ao registro do hipoglicemiante também fiquei em dúvida se era do período. Acabei colocando que estava fazendo uso. No caso do anti-hipertensivo coloquei que estava recebendo e registrei o horário extra que recebeu (E9).*

*Tinha dúvidas em como realizar o curativo. Hoje sei como fazer porque liguei pra vocês. Acho que poderias descrever no instrumento [...] Quanto à eritropoietina também acho que poderia ter um item específico, assim fica mais claro se o paciente recebeu ou não (E16). Acredito que seria interessante anotar a data e hora da próxima hemodiálise, pois os pacientes internados fazem muitos exames e assim podemos organizar e agendar esses exames em horários diferentes (E17).*

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento que organiza o processo de trabalho e permite uma assistência de enfermagem de qualidade. Desde a inauguração do Hospital Universitário, a SAE vem sendo implementada pelos enfermeiros. No entanto, nos relatos dos participantes percebe-se uma fragilidade em relação aos cuidados específicos, como a hemodiálise. A incorporação de um plano direcionado a esses cuidados específicos é considerado um grande aliado, trazendo segurança para o paciente, segurança para o profissional e conseqüentemente uma assistência de enfermagem de qualidade, que é uma preocupação dos profissionais de saúde.

## **DISCUSSÃO**

Garantir a continuidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente com doença renal crônica submetido à hemodiálise é uma preocupação dos enfermeiros das unidades de internação— no entanto, eles percebem a especificidade e a complexidade desse cuidado.

Nos relatos, os enfermeiros destacaram a necessidade de um plano que orientasse o cuidado, assim como o planejamento da assistência.

Ter um plano de cuidados de enfermagem direcionado a uma terapia específica traz benefícios a todos os profissionais envolvidos naquele cuidado.

Percebeu-se a importância e a necessidade de incluir cuidados que orientasse não só a prática dos enfermeiros das Unidades de Internação como também dos enfermeiros da Unidade de Tratamento Dialítico.

De acordo com a lei do exercício profissional, compete ao enfermeiro planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem para que se efetive o cuidado. Dessa forma, o cuidado de enfermagem necessita da integração entre todos os profissionais, sendo considerado interdependente (BROCA; FERREIRA, 2012).

A presença de registros eficazes e que considerem as informações referentes às condições do paciente, ações de cuidado e intercorrências são de grande importância. O Processo de Enfermagem prevê que, após as atividades do cuidado, os registros sejam realizados de modo que permita a troca de informações e segurança no processo terapêutico do paciente (BORSATO et al, 2012).

A ausência ou a realização de registros de forma inadequada compromete não só a assistência como a segurança deste paciente. O registro no prontuário abrange diversos aspectos respaldando de forma ética e legal tanto o profissional como o paciente que recebe a assistência. O registro também possibilita a mensuração de resultados da prática assistencial do enfermeiro (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

O Processo de Enfermagem é considerado uma ferramenta científica que proporciona uma assistência de qualidade. Os registros constituem um indicador importante na avaliação da qualidade desse cuidado, onde a frequência em sua execução não evidencia um cuidado efetivo (MATSUDA; CARVALHO; EVORA, 2007).

O PE apresenta diferentes etapas que se inter-relacionam e envolvem um processo de raciocínio contínuo e uma avaliação clínica que direcionam as ações de enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005).

O PE pode ser aplicado em qualquer cenário de cuidado à saúde, utilizando as mais diversas estruturas teóricas ou conceituais e nos mais variados contextos. O plano de cuidado adequadamente empregado é capaz de conduzir e favorecer a continuidade do cuidado na assistência de enfermagem, por meio da facilitação da comunicação entre enfermeiros e outros profissionais que prestam os cuidados (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Outro elemento essencial para o cuidado de enfermagem é a comunicação. Esta é percebida como alicerce das relações interpessoais e uma grande aliada para promover essa integração e auxiliar no cuidado, pois qualquer situação ocorrida que não for comunicada para o outro membro da equipe ou uma comunicação falha pode acarretar num entendimento equivocado entre os profissionais, bem como comprometer a assistência ao paciente (BROCA; FERREIRA, 2012).

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial que apoia a tomada de decisão do enfermeiro. Instrumentos específicos elaborados permitem a prestação de um cuidado padronizado para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos. Desta forma, a padronização das rotinas proporciona maior segurança na realização dos procedimentos (ALMEIDA et al, 2011).

Repetto e Souza (2005) afirmam que alguns estudos evidenciam que a elaboração de impressos, não padronizados, facilita o emprego do raciocínio por parte do profissional, otimizando a assistência de enfermagem. É importante salientar que o impresso por si só não irá sanar todas as dúvidas encontradas em relação à realização dos registros, sendo necessário desenvolver estratégias educacionais.

## CONCLUSÃO

O estudo realizado possibilitou aos enfermeiros a oportunidade de repensar a prática do cuidado ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise. O plano de ações de cuidados de enfermagem elaborado possibilitará a sistematização da assistência de enfermagem de qualidade, orientando as ações necessárias para o cuidado ao paciente hospitalizado com doença renal crônica submetido à hemodiálise, considerado específico e complexo.

A importância de uniformizar as ações de cuidados de enfermagem foi evidenciada pelos enfermeiros, de modo a auxiliar na tomada de decisão, ampliando a segurança do paciente.

Esta experiência revela que a organização do trabalho e o planejamento da assistência de enfermagem têm muito a melhorar, reforçando ainda a necessidade de educação permanente para o alcance de um cuidado de excelência.

Destaca-se que esse plano de ações de cuidado foi avaliado por duas enfermeiras especialistas em nefrologia e posteriormente encaminhados à comissão de prontuário do hospital para que o plano de cuidados possa a ser reconhecido como um instrumento padronizado na instituição.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M.L.; et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis: 20 (Esp): 131-7. 2011.

AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, 43 (1): 54-64. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, SP: 70. ed. 2011.

BORSATO, F.G.; et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. jul-sep;14(3):610-7.2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: jan-fev; 65(1): 97-103.2012.

HU/ UFSC. Disponível em [http://www.hu.ufsc.br/novo\\_site/institucional/historico/](http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/historico/). Acesso em: 16 julho 2012.

LIMA, L. R. de; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – Contribuição de Orem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.59, n.3. 2006. p.285-290.

MATSUDA, L.M.; CARVALHO, A.R.S.; ÉVORA, Y.D.M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**.6(2):337-46. 2007.

NASCIMENTO, K.C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, 42 (4): 643-8. 2008.

NETO, J.M.R.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M.M.L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Escola de Enfermagem**. Brasília: jul-ago; 66(4): 535-42. 2013.

PIEXAK, D.R.; BACKES, D.S.; SANTOS, S.S.C. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [online]. ISSN 1983-1447. Vol.34, n.2. 2013. p.46-53.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**.58(3):325-9. 2005.

RODRIGUES, T.A.; BOTTI, N.C.L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise.**Acta Paul Enfermagem**.22(Especial-Nefrologia):528-30.2009.

SETZ, V.G.; D' INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enfermagem**. 22:313. 2009.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes. 2007. p.190.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAE é uma importante ferramenta para a manutenção da qualidade da assistência, bem como proporciona a uniformização das ações de cuidado de enfermagem. Assim, o enfermeiro necessita de constante atualização dos conhecimentos técnicos e científicos.

Refletindo sobre o objetivo inicial do estudo, que era identificar a percepção dos enfermeiros atuantes nas unidades de internação em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente com DRC hospitalizado submetido à HD e a partir dos retornos construir coletivamente um plano de ações de cuidados de enfermagem pré e pós-diálise, considerando o paradigma da complexidade pode-se dizer que este processo de construção foi um desafio muito gratificante.

A escolha da Pesquisa-ação foi considerada oportuna como referencial metodológico, uma vez que esta requer a participação ativa dos sujeitos do processo e esteve voltada para a resolução ou minimização de problemas encontrados na prática diária.

O processo da construção do plano de ações de cuidados de enfermagem propiciou aos enfermeiros a oportunidade de repensar a prática do cuidado, relacionando o conhecimento técnico, científico e novas tecnologias com a assistência.

À medida que o plano de cuidados ganhava forma, os participantes motivavam-se pela perspectiva de seu uso, pela necessidade e aplicabilidade na prática.

A complexidade e a vulnerabilidade do paciente com DRC submetido à HD associado as suas diversas necessidades apresentadas em decorrência da doença, da terapêutica, das alterações no estilo de vida e da carência de estudos sobre esta temática foram algumas das principais justificativas encontradas para a elaboração do plano de cuidados.

Desta forma, a construção do plano de cuidados de enfermagem ao paciente com DRC submetido à HD teve o intuito de priorizar e organizar as ações de enfermagem, tornando-o um importante instrumento na tomada de decisão. Através do plano de cuidados será possível sistematizar a assistência prestada, possibilitando uma avaliação da mesma e orientando as ações necessárias para o cuidado.

A forma como plano de cuidados foi apresentado proporcionou uma leitura rápida e sistematizada, estimulando o seu uso pelos enfermeiros.

A elaboração do plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado submetido à hemodiálise buscou atender às

necessidades dos enfermeiros, assim como se tornou um aliado no planejamento da assistência de enfermagem.

Comprovaram-se neste estudo, as fragilidades que os enfermeiros enfrentam no cuidado e no planejamento da assistência ao paciente com DRC submetido à HD. O compartilhamento de ideias, de sugestões, de elaborar em grupo novas possibilidades de organização do trabalho proporcionou maior clareza no processo comunicacional, segurança ao paciente e qualidade na assistência.

A elaboração do plano de cuidados de enfermagem possibilitou a uniformização das ações de cuidados, bem como auxiliou na tomada de decisões, contribuindo para o fortalecimento e segurança do enfermeiro, no sentido de cuidar e planejar o cuidado.

Ressalta-se que estudos sobre os cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado com doença renal crônica em tratamento hemodialítico ainda são incipientes nacional e internacionalmente, surgindo a necessidade de estudos desta natureza sobre o assunto em questão.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A. **Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/ Aids com alunos de graduação em enfermagem.** 2007. 143 fls. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2007.

ALFARO-LÉFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre: vol.28, n.4, dez. 2007. p.549-555.

ALMEIDA, M. L.; et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis: 20 (Esp): 131-7. 2011.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia

Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, 43 (1): 54-64. 2009.

BACKES, M. T. S.; et al. O papel do enfermeiro no contexto hospital: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol.7, n.3. 2008. p.319-326.

\_\_\_\_\_; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Cuidado ecológico: o significado para os profissionais de um hospital geral. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol.22, n.2. 2009. p.183-191.

\_\_\_\_\_; COLOME J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da Saúde**. São Paulo: 35 (4): 438-442. 2011.

\_\_\_\_\_. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva** [tese]: Marli Terezinha Stein Backes; Orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann, Florianópolis. 2011. 390 p.: il.

BAGGIO, M. **Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e do nós sob a perspectiva da complexidade**. 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem**. 13 (1): 17-23, jan-mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: 2011.

BARROS, MBA; et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. 11 (4): 911-26. 2006.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista Associação Médica Brasileira**. 56 (2): 248-53. 2010.

\_\_\_\_\_; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrologia**. Elsevier Editora Ltda, 2011. 33 (1): 93-108.

BETEGHELLI, P.; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um ambulatório de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2005.

BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos***. Inclusão Social. Vol.1, n.1. 2005.

BORGES, M. C. L. A.; et al. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: 33 (1): 42-8; mar. 2012.

BORSATO, F. G.; et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. jul-sep;14(3):610-7.2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde – Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. 15 (1): 47 - 65. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 14(1): 41-65. 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução N° 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado 26 set 2010]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 25 junho 2012.

**COSCRATO, G. Pesquisa-ação em educação para a saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2010. 144 fls.

**DARONCO, A. Manual de enfermagem em diálise da AHCI: normas, rotinas, técnicas e protocolos de enfermagem.** Ijuí: Ed. Unijuí. 2007. p.264.

**ERDMANN, A. L. Sistemas de Cuidados de Enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1996.

\_\_\_\_\_; NASCIMENTO, K. C. do; RIBEIRO, G. M. J. A. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem.** 9 (3): 411-20, dez. 2005.

\_\_\_\_\_; et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem.** Vol.20, n.2. 2007. p.180-185.

**FELLI, V. E. A. F.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem.** In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan. 2005. p.1-13.

**FERMI, M. R. V. Manual de diálise para enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora MEDSI. 2010. p.02-115.

\_\_\_\_\_. **Diálise para Enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

FORTES, V. L. F.; GREGGIANIN, B. O.; LEAL, S. C. **O Cuidado de enfermagem ao idoso em terapia renal substitutiva.** Estud. interdiscip. envelhec. Porto Alegre, vol.10. 2006. p.91-104.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa.** São Paulo, vol.31, n.3, set-dez. 2005. p.483-502.

FRANÇOLIN, L.; BRITO, M. F. P.; GABRIEL, C. S.; MONTEIRO, T. M.; BERNARDES, A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro: 20 (1): 79-83, jan-mar. 2012.

GONÇALVES, L. R. R.; NERY, I. S.; NOGUEIRA, L. T.; BONFIM, E. G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. Esc. Anna Nery, 2007. [citado 2011 abr 21]; 11(3): 459-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en.10.1590/S1414-81452007000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en.10.1590/S1414-81452007000300010). Acesso em: 10 agosto 2012.

HU/UFSC. Disponível em [http://www.hu.ufsc.br/novo\\_site/institucional/historico/](http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/historico/). Acesso em: 16 julho 2012.

KLOCK, P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade.** 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KOEPE, G. B. O.; ARAUJO, S. T. C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. **Acta Paul Enfermagem.** 21(Spe): 147-51. 2008.

LANZONI, G. M. de M.; et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 64 (3): 580-6, mai-jun. 2011.

LIMA, Luciano Ramos de.; et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** ISSN 1518-1944. [S.l.], vol. 8, n. 3, set. 2009.

\_\_\_\_\_; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – Contribuição de Orem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.59, n.3. 2006. p.285-290.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 6 (2): 337-46. 2007.

MARCHI, J. J.; WITTMANN, M. L. **Princípios da teoria da complexidade aplicados à gestão das organizações** in Wittmann, Milton Luiz. Administração: teoria sistêmica e complexidade. Editora UFSM, Santa Maria (RS). 2008.

MARIA, Mônica Antônio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar; GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. ISSN 0034-7167; vol.65, n.2. 2012. p.297-303.

MATTOSINHO, M. M. S; COELHO, M.S; MEIRELLES, B. H. S; SOUZA, S.S; ARGENTA, C.E. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. 23 (4): 466-71. 2010.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINUZZI, H. G. **Gerência do cuidado em enfermagem hospitalar: apresentando noções e competências**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2006. p.93.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. p.128.

\_\_\_\_\_. **Ciência com Consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

NASCIMENTO, K. C. do; BACKES, D.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência de enfermagem:

vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem**. USP; 42 (4):643-8. 2008.

NETO, J. M. R.; FONTES, W.D. de.; NÓBREGA, M.M.L.de. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 66 (4): 535-42. ; jul-ago. 2013.

NEVES, E. P.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa cuidado: uma abordagem metodológica que integra, pesquisa, teoria e pratica em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Vol.11, n.1, jan-abr. 2006. p.73-79.

OLIVEIRA S.M.; et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta Paul Enfermagem**. 2008; 21 (Número Especial): 169-73.

PASQUAL, D. D. **O cuidado nas unidades de hemodiálise segundo a percepção dos enfermeiros**. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PEREIRA, M. J. B.; et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 62 (5):771-7. 2009.

PESTANA, A. L. **Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2011.

PIEXAK, D. R.; BACKES, D. S.; SANTOS, S. S. C. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. ISSN 1983-1447; vol.34, n.2. 2013. p.46-53.

PRATA, G. P. **A tecnologia no cuidado hemodialítico: Prazer e Sofrimento no trabalho do Enfermeiro**. 2011, 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58(3):325-9. 2005.

RIELLA, M. C. e PECOITS-FILHO, R. **Diálise Peritoneal**. In:; RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N.C.L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Acta Paul Enfermagem**. 22 (Especial-Nefrologia): 528-30. 2009.

ROMÃO JR., J. E., Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrologia**. 26 (supl.1): 1-3. 2004.

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L. M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Científica do ITPAC**, Araguaína, vol.6, n.3, Pub.5, julho, 2013.

SANTOS, A. D. B. **Promoção da saúde da criança em um centro de educação infantil: a inserção da Estratégia de Saúde da família**. 2011. 160 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN. 2011.

SANTOS, I.; ROCHA, R.P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro: Vol. 15, n. 1, mar. 2011.

SETZ, V.G.; D' INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enfermagem**. 22: 313. 2009.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista Escola Enfermagem**. USP; 41 (3): 403-10. 2007.

SILVA R. S.; CAMPOS E. R. A.; PEREIRA A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem**. USP vol.45 no. 3. São Paulo: junho. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>. Acesso em: 20 outubro 2013.

SOUZA, M. F. G. de. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital pediátrico de ensino: uma pesquisa-ação**. 2010. 161 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN). 2010.

SOUZA M. L.; et al. Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.14, n. 6, abr-jun. 2005. p.266-70.

SUASSUNA J. H. R.; et al. **Nefrologia intensiva** in: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010. p.369- 390.

TERRA, F. S.; et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. 8 (3):187-92. 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, S. M. da S. G. S. de O. **Conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos: pesquisa-ação em uma unidade do programa saúde da família de Natal** /Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres. - Natal, [RN],2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

\_\_\_\_\_.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery** [online]. ISSN 1414-8145. Vol.15, n.4. 2011. p.730-736.

TRENTINI, M.; CUBAS, M. R. Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial teórico expandido além da concepção biologicista de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58 (4): 481-5, jul-ago. 2005.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Vol.64, n.1, 2011. p.106-113.

VASCONCELOS E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

VIEIRA, M.; et al. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichan**. Universidad de La Colombia. Vol.9, n.3, diciembre-sin mês. 2009. p.212-221.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007. p.190.

WILLIG M. H., LENARDT, M. H., TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira Enfermagem**. Vol.59, n.2, mar-abr. 2006. p.177-82.

ZATS, R. **Insuficiência Renal Crônica (IRC)**. In: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PESQUISA: GERENCIANDO AS AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa: **Gerenciando as ações de cuidado de enfermagem ao paciente submetido à Terapia Renal Substitutiva (TRS)**. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste Termo do Consentimento Livre e Esclarecido onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

**PESQUISADORA PRINCIPAL:** Gisele Vieira Comicholi, [gicomicholi@hotmail.com](mailto:gicomicholi@hotmail.com). Rua Manoel Conceição Moreira Filho, 130, Ribeirão da Ilha, Florianópolis/SC. CEP. 88064-060. Fone: (0xx48) 91276131 / 32334059 / 37219174.

**OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA:** Esta pesquisa tem como objetivo construir, juntamente com os enfermeiros atuantes nas unidades de internação, um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à hemodiálise, no pré e pós-diálise, a partir da Sistematização de Assistência de Enfermagem adotada no Hospital-Escola. Justifica-se a realização do estudo para que se possa uniformizar as ações de cuidado de enfermagem realizando uma assistência segura e de qualidade, tendo em vista a especificidade e complexidade da terapia.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se concordar em participar será realizada uma atividade em grupo e entrevistas para a coleta dos dados e posterior análise.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Este procedimento não acresce risco aos participantes.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Não será utilizado o nome do participante no levantamento de dados e em possível publicação científica deste estudo.

Após leitura do presente termo, eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro meu consentimento para participar como sujeito deste estudo. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos, métodos, confidencialidade e anonimato, bem como o meu direito de desistir a qualquer momento.

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_

Gisele Vieira Comicholi  
COREN-SC 88740

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

### ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

#### I. FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

##### Quadro 2 – Ficha de Caracterização

DADOS PESSOAIS	
1.	Nome: _____
2.	Idade: _____ anos.
3.	Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
4.	Estado Civil: (1) Solteiro (2) Viúvo (3) Casado (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros: _____
DADOS PROFISSIONAIS	
5.	Ano de conclusão da graduação em enfermagem: _____
6.	Tempo de experiência como enfermeiro: _____
7.	Formação profissional: (1) Só graduação (2) Aprimoramento (3) Residência (4) Especialização (5) Mestrado (6) Doutorado (7) Outros: _____
8.	Tipo de admissão: (1) Concurso Público (2) Processo Seletivo
9.	Unidade/Setor em que trabalha: _____
10.	Turno de trabalho: (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Outros: _____
11.	Tempo de trabalho na unidade: _____ anos _____ meses.
12.	Tempo de trabalho na instituição: _____ anos _____ meses.
13.	Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não
14.	Carga horária semanal de trabalho (incluindo o outro vínculo empregatício): _____

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

## II. PERGUNTAS GRUPO FOCAL

### Quadro 3 – Perguntas Grupo Focal

15. Qual a sua experiência e/ou vivência com paciente portador de doença renal (aguda/crônica)?
16. Qual a sua experiência e/ou vivência com paciente em TRS?
17. Já participou de curso e/ou treinamento que tivesse como foco ações de cuidado de enfermagem ao paciente submetido à TRS?
18. Como você se sente ao cuidar e/ou planejar o cuidado de um paciente com doença renal em TRS?
19. Quais as ações de cuidado de enfermagem você prescreve ou julga necessário ao paciente antes de encaminhá-lo a hemodiálise?
20. E quando o paciente retorna da hemodiálise, quais as ações de cuidado de enfermagem você prescreve ou julga necessário na unidade?

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

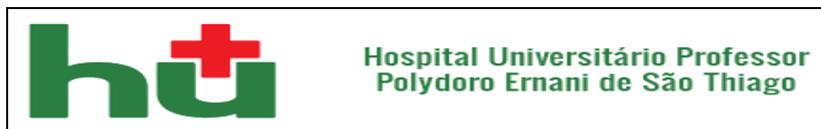
### ROTEIRO DA AVALIAÇÃO

#### Quadro 4 – Roteiro da Avaliação

1. Como foi a sua experiência ao aplicar o plano de ações de cuidado de enfermagem ao paciente submetido à TRS?
2. Como você avalia o plano de ações de cuidado de enfermagem proposto para as UIs?
3. Quais as potencialidades e as fragilidades encontradas durante a aplicação do plano de cuidados de enfermagem? Justifique.
4. Na sua concepção, o plano de ações de cuidado de enfermagem pré-elaborado auxilia no planejamento do cuidado ao paciente submetido à TRS? Como isso aconteceu em sua prática profissional?

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

## APÊNDICE D



### AÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ-DIALÍTICO

#### Quadro 5 – Identificação

Identificação Nome: _____ Registro: _____ Quarto/Leito: _____
---

#### Quadro 6 – Ações de Cuidado Pré-Dialítico

Item	Ações de Cuidado	Registrar	Ass.
01	Informar sobre o dia e hora da hemodiálise.		
02	Anotar a diurese das 24h.		
03	Registrar o uso de anti-hipertensivo.		
04	Registrar o uso de hipoglicemiante.		
05	Registrar o uso de anticoagulante.		
06	Registrar no item observações as necessidades de cuidados que deverão ser considerados no momento do transdiálise.		

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

<b>Observações:</b> _____ _____ _____  Data: ___/___/___ _____ Assinatura/Carimbo _____
--



## AÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-DIALÍTICO

Quadro 8 – Ações de Cuidado Pós-Dialítico

Item	Ações de Cuidado	Horário
01	Verificar sinais vitais.	
02	Verificar glicemia.	
03	Atentar para sangramento em FAV/Cateter/Sistêmico.	
04	Manter cuidados com FAV em membro _____ (não puncionar, não garrotear e não verificar PA neste membro).	
05	Manter cateter duplo lúmen fechado e curativo ocluído. Realizar curativo com SF 0,9% e clorexidine alcoólico, com uso de máscara cirúrgica e luva estéril, <b>somente</b> SN, pelo enfermeiro.	
06	Atentar para a troca do curativo do cateter duplo lúmen caso o paciente não seja encaminhado à hemodiálise. Trocar a cada cinco dias quando realizado com película ou diariamente quando realizado com gaze.	
07	Não usar o cateter duplo lúmen para fluidoterapia e/ou administração de medicação.	
08	Preservar membro _____ para confecção de FAV. Manter membro identificado e orientar exercício.	
09	Acesso em: _____. Data: ____/____/____	
10	Próxima Hemodiálise.	
11	Recebeu Eritropoetina?	

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis – SC, 2013.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo

**ANEXOS**

## ANEXO A – CERTIFICADO DO CONSELHO DE ÉTICA

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC</b></p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Gerenciando as ações de cuidado de enfermagem ao paciente submetido à terapia renal substitutiva (TRS)</p> <p><b>Pesquisador:</b> Alacoque Lorenzini Erdmann</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 09294112.7.0000.0121</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> Universidade Federal de Santa Catarina</p>
<p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 144.418</p> <p><b>Data da Relatoria:</b> 12/11/2012</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>GERENCIANDO AS AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)</p> <p>Orientadora: Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann</p> <p>Pesquisadora: Gisele Vieira Comicholi</p> <p>Trata o projeto em tela de pesquisa do MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM da UFSC na ÁREA TEMÁTICA: POLÍTICAS E GESTÃO DO CUIDADO.</p> <p>Trata-se de um estudo de caráter construtivo, descritivo, com abordagem qualitativa inspirado nos fundamentos e instrumentos da pesquisa-ação como referencial metodológico. O estudo será realizado no Hospital Universitário Dr. Ermani Polidoro São Thiago. Os sujeitos do estudo serão os enfermeiros que atuam nas unidades de internação médica I, II e III e unidade de internação cirúrgica I e II. Para coleta de dados será utilizado um roteiro semiestruturado, constituído de duas partes: a primeira referente a características dos participantes e a segunda com perguntas abertas para conduzir o grupo focal. Os dados quantitativos que caracterizam o perfil dos enfermeiros serão analisados através da estatística descritiva e os</p>
<p><b>Endereço:</b> Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima</p> <p><b>Bairro:</b> Trindade <b>CEP:</b> 88.040-900</p> <p><b>UF:</b> SC <b>Município:</b> FLORIANÓPOLIS</p> <p><b>Telefone:</b> (48)3721-9206 <b>Fax:</b> (48)3721-9696 <b>E-mail:</b> cep@reitoria.ufsc.br</p>

Quadro 9 – Parecer Consubstanciado (parte I)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



dados qualitativos receberão tratamento através da Análise de Conteúdo descrita por BARDIN. O projeto de pesquisa apresentado como requisito no Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem tem como objeto de investigação, as ações de cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal que necessita de terapia renal substitutiva (TRS), visando à construção, juntamente com os enfermeiros atuantes nas Unidades de Internação de um hospital universitário, um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à TRS, no pré e pós-dialíse.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Construir, juntamente com os enfermeiros atuantes nas Unidades de Internação (Unidade de Internação Médica I, II e III e Unidade de Internação Cirúrgica I e II), um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à Terapia Renal Substitutiva, no pré e pós-dialíse.

Objetivo Secundário:

Conhecer as produções científicas e tecnológicas sobre Terapia Renal Substitutiva e os cuidados de enfermagem;- Identificar, a partir da prática assistencial dos enfermeiros atuantes nas unidades de internação, as necessidades de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à Terapia Renal Substitutiva;- Elaborar um plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à Terapia Renal Substitutiva a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros das unidades de internação;- Implementar o plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à Terapia Renal Substitutiva juntamente com enfermeiros atuantes nas unidades de internação;- Avaliar o plano de ações de cuidados de enfermagem ao paciente internado submetido à Terapia Renal Substitutiva juntamente com enfermeiros atuantes nas unidades de internação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa não expõe os participante a risco.

Benefícios:

A construção de um plano de ações permitirá a utilização das ações de cuidado possibilitando ao

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



enfermeiro selecionar ações adequadas baseadas nas necessidades individuais de cada paciente. A importância da uniformização e padronização das ações de enfermagem não deve ser vista apenas como benefício para a assistência ao paciente internado submetido à terapia renal substitutiva, mas, também, para subsidiar o ensino e a pesquisa em enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está adequada e é relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

aprovado.

FLORIANOPOLIS, 12 de Novembro de 2012

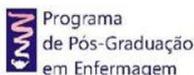
---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Quadro 11 – Parecer Consubstanciado (parte III)

## ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA 03/MP-PEN/2011, DE 12 DE SETEMBRO DE 2011.



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011

Florianópolis, 12 de setembro de 2011.

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

### RESOLVE:

**Art. 1.** As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 2.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 3.** Orientações gerais:

- a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

*Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC de 12/09/11.*

Original firmado na Secretaria PEN