



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFORME A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM PARA PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Maria Luiza Rêgo Bezerra¹
Paulo Roberto da Silva Ribeiro²
Adriana Alves de Sousa³
Aline Isabela Saraiva Costa³
Talita de Sousa Batista³

RESUMO

Este estudo de caráter transversal, quantitativo, qualitativo, descritivo, exploratório e bibliográfico, resulta da realização do Projeto Terapia anti-hipertensiva em pacientes com doença renal crônica (DRC) em diálise na Clínica de Doenças Renais (CDR) no Município de Imperatriz – MA e teve por objetivo analisar diagnósticos de enfermagem, identificados à luz da Teoria do Autocuidado e baseados na taxonomia II da NANDA-I, bem como identificar o perfil socioeconômico de pacientes portadores de DRC em hemodiálise. Para tanto, entrevistaram-se 40 pacientes no período de abril a setembro de 2010, cujos dados apontam que 75% deles são homens, 70% católicos, 65% casados, 30% da faixa etária de 51 a 65 anos e que 35% possuem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: controle eficaz do regime terapêutico, nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais, risco de desequilíbrio do volume de líquidos, fadiga, estilo de vida sedentário, conhecimento deficiente, risco de sentimento de impotência, risco para baixa autoestima situacional, desesperança, disposição para o bem estar espiritual aumentada, risco de infecção e proteção ineficaz. Além disso, relacionaram-se e discutiram-se os fatores que influenciaram na demanda terapêutica de autocuidado a partir dos diagnósticos identificados. Dessa forma, a DRC associada à hemodiálise tem desenvolvido no paciente uma maior necessidade de atenção e apoio para que este não fraqueje diante desta patologia e do processo terapêutico. Para tanto, o processo de enfermagem destaca-se como instrumento do cuidado humanizado que permite ao enfermeiro mimetizar estas necessidades.

Palavras chave: Diagnóstico de enfermagem. Diálise renal. Autocuidado.

¹ Enfermeira do Centro de Referência em Hanseníase do município de Imperatriz – MA .

² Professor Adjunto Nível II e Pesquisador do Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz MA.

³ Bolsista do Projeto de Extensão Humanização da Assistência aos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico.



NURSING DIAGNOSES ACCORDING TO OREM SELF-CARE THEORY IN HEMODIALYSIS PATIENTS

ABSTRACT

This transversal quantitative - qualitative, descriptive, exploratory and bibliography study, is the result from the implementation of the Antihypertensive therapy in patients with chronic kidney disease (CKD) Project on dialysis at the Renal Clinic (CDR) in Imperatriz-MA. The objectives are to analyze nursing diagnoses identified in NANDA-I II self-care theory-based taxonomy of and identify the socioeconomic profile of patients with chronic kidney disease. For this purpose, 40 patients with CKD on hemodialysis treated at Renal Clinic in Imperatriz-MA were studied between November 2009 and April 2010. Data analysis showed that 75% of patients are men, 70% Catholic, 65% are married, 30% are aged 51 to 65 years old and 35% have an income from 1 to 2 minimum wages. The nursing diagnoses identified were: effective control of the therapeutic regime, imbalanced nutrition less than body requirements, risk of imbalances in the fluid volume, fatigue, sedentary lifestyle, poor knowledge, risk of powerlessness, risk of low situational self esteem, hopelessness, disposition for spiritual welfare increased, risk of infection and protection ineffective. In addition, the factors that influence the demand for therapeutic self-care from the related diagnoses were identified and discussed. So, CKD in associated with hemodialysis has developed a greater need for attention and support in the patient so that he/she does not weaken facing his/her disease. Thus, nursing process is a tool for human care which allows nurses to respond to these needs.

Keywords: Nursing diagnosis. Kidney dialysis. Self care.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMARÍA DE ACUERDO CON LA TEORÍA DO AUTOCUIDADO DE OREM, PARA LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

RESUMEN

Estudio de carácter transversal, cuantitativo, cualitativo, descriptivo, exploratorio y bibliográfico, resultante del proyecto de la terapia antihipertensiva del proyecto en pacientes con enfermedad renal crónica (IRC) en diálisis en la Clínica Renal (CDR) en Imperatriz-MA, cuyo objetivo es analizar los diagnósticos de enfermería identificados a la luz de la Teoría del Autocuidado basado en la taxonomía II de la NANDA y identificar el perfil socio-demográficos y económicos de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Por esta razón, se estudiaron 40 pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis tratados en la Clínica Renal de la ciudad de Imperatriz - MA, entre noviembre de 2009 y abril de 2010. Las análisis de los datos mostró que 75% de los pacientes son hombres, 70% católicos, 65% son casados, 30% se encuentran en la edades de 51 a 65 años y 35% tiene un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos. Los diagnósticos de enfermería

identificados fueron: el control efectivo del régimen terapéutico, la alimentación desequilibrada menos que las necesidades corporales, riesgo de desequilibrios del volumen de líquidos, fatiga, sedentarismo, el escaso conocimiento, riesgo de impotencia, de riesgo para la situación de baja autoestima, desesperanza, la provisión por el bienestar espiritual mayor, riesgo de infección y de falta de protección. Además, los factores que influyen en la demanda de autocuidado terapéutico de los diagnósticos relacionados fueron identificados y discutidos. Así, ERC asociadas a la hemodiálisis en el paciente ha desarrollado una mayor necesidad de afecto, atención y apoyo en no flaquear en esta enfermedad y el proceso de enfermería como un instrumento del cuidado humano que permite a los enfermeros satisfacer estas necesidades.

Palabras - clave: Diagnósticos de enfermería. Hemodiálisis. Auto-cuidado.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é regida por elementos que compreendem uma ampla estrutura teórica e técnica que a qualificam como ciência do cuidar baseada em ações que promovam saúde holisticamente ao cliente, à família e à comunidade. Dentre esses elementos o que melhor caracteriza esta ciência é o Processo de Enfermagem norteado pela Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), definido como o instrumento básico não só para a otimização desta assistência, mas também para o reconhecimento do papel do enfermeiro como um dos fortes diferenciais entre este profissional e os demais que compõem esta categoria. A negação da aplicabilidade do Processo de Enfermagem implica em equiparar, rigorosamente, o trabalho do enfermeiro ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem, tendo como consequência, a exposição desta equipe às iatrogenias, definidas, segundo Silva, Silva e Viana (2007), como distúrbios ou doenças proporcionadas pelos atos de profissionais de saúde, deixando o enfermeiro, de assumir o papel que a Lei lhe determina como responsabilidade (COREN-SP, 2008).

Para nortear a prática de enfermagem, assim como viabilizar e tornar concretos os resultados dessa assistência, é necessário que o processo seja embasado em uma teoria de enfermagem. No que concerne a este trabalho, o conceitual utilizado será a Teoria do Autocuidado de Orem cujo foco estar centrado em subsidiar os pacientes ou os cuidadores de pacientes dependentes de manter a independência ([OREM; TAYLOR, 2001](#)), além de fornecer uma estrutura para uma assistência de enfermagem holística nos aspectos relativos ao levantamento e interpretação de dados referentes à assistência de enfermagem prestada (FOOTE *et al.*, 1993, apud [PEIXOTO, 1996](#)).

A aplicação do processo de enfermagem, a partir da Teoria do Autocuidado de Orem, traz muitos benefícios às ações do cuidar para a melhoria na qualidade de vida do paciente. Dessa forma, esta aplicação pode ser empregada em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em hemodiálise, baseando-se nas necessidades de autocuidado para com estes.

Diante deste contexto, este trabalho foi realizado com base na necessidade da aplicação do Processo de Enfermagem na assistência aos pacientes renais crônicos em hemodiálise, tendo como objetivos analisar os diagnósticos de enfermagem identificados à luz do conceitual de Orem, baseados na taxonomia II da NANDA-I e avaliar o perfil socioeconômico dos indivíduos em estudo.

OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA O ENFERMEIRO

“O processo de enfermagem é uma conduta deliberada de resolução de problemas para satisfazer os cuidados de saúde e as necessidades de enfermagem das pessoas” (SMELTZER *et al.*, 2009, p.29). Ele é um instrumento metodológico que possibilita a todos os enfermeiros identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde e assim sejam estabelecidas as respectivas intervenções de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000) Ele é composto por cinco fases seqüenciais:

[...] histórico de enfermagem ou avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação e evolução de enfermagem. No histórico é feita uma coleta sistemática dos dados para determinar o estado de saúde do paciente e quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais (SMELTZER *et al.*, 2009, p.30).

O *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I, 2010) certifica que os diagnósticos de enfermagem, fase alvo para os resultados obtidos nesta pesquisa, interpretam cientificamente as incapacidades advindas de alguma patologia ou complicação observadas no cliente; logo, são usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação da assistência prestada. Eles são os focos clínicos da assistência prestada e a atividade diagnóstica aproxima o enfermeiro de seus clientes, possibilitando-lhes respostas físicas e emocionais (SILVA, 2001, citado por BRAGA; CRUZ, 2003).

A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

A Teoria de Enfermagem de Orem ou Teoria do Autocuidado de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985 pela enfermeira e empresária estadunidense Dorothea Elizabeth Orem (BRAGA; SILVA, 2011), tem como premissa as ações de promoção de autocuidado aos pacientes e foi primeiramente utilizada em reabilitação e cuidados primários, onde o paciente é encorajado a ser independente o máximo possível (PEIXOTO, 1996). É regida por três conceitos fundamentais inter-relacionados que constituem os seus componentes da mesma, a saber: a *Teoria do Autocuidado*, a *Teoria do Déficit do Autocuidado* e a *Teoria de Sistemas de Enfermagem* (FARIAS; NÓBREGA, 2000)

Para Orem (1980), apud Torres, Davim e Nóbrega (1999), o autocuidado envolve atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da

vida, da saúde e do bem-estar. Assim, “a aplicação da *Teoria do Autocuidado* de Orem na prática da enfermagem proporciona ao enfermeiro a oportunidade de planejar suas ações a partir da identificação das demandas de autocuidado” (RODRIGUES, 2006, p.16).

O déficit de autocuidado é perceptível quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de suporte da enfermagem (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003). Além disso, este déficit ocorre quando as habilidades de autocuidado do indivíduo são insuficientes para satisfazer as suas demandas terapêuticas de autocuidado, sendo neste caso, o enfermeiro provedor de autocuidado.

A *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* é delineada pelo enfermeiro e elaborada com base nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente em desempenhar as atividades que lhe são relacionadas (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007). Esta Teoria é subdividida em três sistemas: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação. O primeiro ocorre quando o ser humano encontra-se incapaz de cuidar de si mesmo e a enfermeira o assiste, sendo essa assistência suficiente para ele. No sistema parcialmente compensatório, a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado (OREM, 1995, citada por DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003). No sistema apoio-educação o enfermeiro atua ajudando os indivíduos capazes de realizar atividades de autocuidado, mas que não teriam capacidade de fazê-lo sem esta intervenção (RODRIGUES, 2006).

A DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

As doenças crônicas não-transmissíveis são atualmente um sério problema de saúde pública, pois constituem a principal causa de morte e incapacitação em todo o mundo. Em 2001, as doenças crônicas não-transmissíveis contribuíram com 60% (33,1 milhões) das mortes registradas no mundo e 45,9% das doenças globais (OMS, 2007).

Dentre as doenças crônicas, a *Sociedade Brasileira de Nefrologia (2001)* define a DRC como a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais mas que resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente assintomático. Podem aparecer sintomas e sinais não tão incômodos, tais como anemia leve, elevação da pressão arterial, edema periorbicular e em membros inferiores, mudança nos hábitos de urinar (polaciúria e micção noturna excessiva) e do aspecto da urina (urina muito límpida e hematúria).

De acordo com o *Grupo Multisetorial de Doença Renal Crônica (2007)*, a DRC tem como causas a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, glomerulopatias, anormalidades morfológicas nos rins, lúpus eritematoso, doenças hereditárias, etc. Também pode ser causada por rápida diminuição de filtração glomerular e por consequência da redução do *clearance* (purificação dosangue exercida pelos rins) dos metabólitos do organismo.

Os tratamentos disponíveis para a DRC são a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), a diálise peritoneal automatizada (DPA), a diálise peritoneal intermitente (DPI), a hemodiálise (HD) e o transplante renal (TX). Esses tratamentos substituem

parcialmente a função renal, aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém nenhum deles é curativo (THOMÉ et al., 1999, citados por [MARTINS; CESARINO, 2005](#)).

A HEMODIÁLISE

De acordo com o [Censo Brasileiro de Diálise \(2008\)](#), no Brasil, em março de 2008, 35.928 (89,4%) pacientes em diálise crônica faziam hemodiálise. Nesta o sangue obtido por meio de um acesso vascular (cateter venoso central-acesso temporário, fístula arteriovenosa (FAV)- acesso permanente ou ainda por enxerto arteriovenoso-acesso raramente utilizado) é impulsionado por uma bomba, da máquina de hemodiálise para um sistema de circulação extracorpórea onde se encontra um filtro (dialisador). No filtro, através de uma membrana semipermeável, ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise (dialisato) (CANZIANI, DRAIBE e NADALETTO, 2002, *apud* [BERTOLIN, 2007](#)). [Smeltzer et al. \(2009\)](#) relataram que são a difusão, osmose e ultrafiltração os princípios nos quais se baseia a hemodiálise. Comumente, os tratamentos ocorrem três vezes por semana, em sessões de 3 a 4 horas dependendo da volemia a dialisar.

Sesso e Yoshihiro (1997), citados por [Fayer \(2000\)](#), afirmam que, dentre vários fatores ocasionados para o surgimento de adversidades durante a hemodiálise, o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, a falta de cuidados pré-diáliticos afetam diretamente a qualidade de vida destes pacientes. Os aspectos emocionais são decisivos na forma de enfrentamento da doença, portanto, conhecer os mecanismos psicológicos presentes nesse processo é relevante à medida que se compreende as formas de enfrentamento iniciais do tratamento hemodialítico e que perdurarão por toda a terapêutica ([FAYER, 2000](#)).

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

O estudo seguiu o delineamento observacional, descritivo e transversal; de caráter quantitativo, qualitativo, exploratório e bibliográfico. Este trabalho foi realizado como parte do Projeto intitulado: Terapia anti-hipertensiva em pacientes com doença renal crônica em diálise na Clínica de Doenças Renais no Município de Imperatriz – MA.

Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na Clínica de Doenças Renais (CDR), localizada no Município de Imperatriz – MA. Esta clínica do setor privado é referência na área de nefrologia na Região Tocantina e presta assistência ambulatorial, bem como a realização de tratamento hemodialítico em pacientes com DRC de diversas cidades daquela região.

Período de realização

A investigação foi realizada entre abril a setembro de 2010.

Participantes

Neste estudo foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com DRC, em tratamento hemodialítico, hemodinamicamente estáveis e com verbalização e mobilidade adequadas ([HOLANDA; SILVA, 2009](#)). Para o recrutamento da amostra, adotou-se o método de amostragem não probabilístico consecutivo. A partir de um estudo piloto, foram estimadas as prevalências utilizadas no cálculo do tamanho amostral, que resultou em 40 pacientes. Desta forma, foram recrutados, consecutivamente, todos os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão durante o período de coleta de dados.

Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados empregado no estudo foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice A) e previamente testado em um estudo piloto. O roteiro destinava-se a coletar dados relacionados ao perfil socioeconômico, ao tratamento da DRC, aos diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras. Estas características foram categorizadas de acordo com os 13 domínios determinados pela taxonomia II do *North American Nursing Diagnosis Association – International* ([NANDA-I, 2010](#)), a saber: promoção de saúde, nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis/relacionamento, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. Assim, foi possível a identificação dos diagnósticos de enfermagem e das características definidoras com base na Teoria do Autocuidado de Orem.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em três etapas: na primeira etapa, a fim de destacar aqueles que estavam em diálise e faziam terapia anti-hipertensiva, foram realizadas buscas nos prontuários dos pacientes que tinham DRC. Na segunda etapa, que ocorreu na sala de hemodiálise, foi realizada a coleta de dados através das entrevistas com os voluntários, com ênfase naqueles que fazem terapia do tipo hemodiálise. Explicou-se aos pacientes que se tratava de uma pesquisa sobre Terapia Anti-hipertensiva em pacientes com DRC em tratamento hemodialítico e que estas informações seriam úteis para melhorar os seus respectivos tratamentos. Durante a entrevista, as perguntas foram lidas para todos os pacientes de forma padronizada. Todas as informações foram transcritas pelo entrevistador. Para evitar exaustão aos voluntários, as entrevistas duravam aproximadamente 20 minutos. Durante a terceira etapa da coleta



dos dados, realizou-se a organização dos dados coletados, tanto aqueles referentes à caracterização da população do estudo, como aqueles referentes às características definidoras identificadas a partir da NANDA-I (2010) conforme a Teoria do Autocuidado de Orem.

Aspecto ético

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer 058/11 (Anexo A). Solicitou-se a cada participante do estudo seu consentimento por escrito. Para tanto, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação em pesquisa (Apêndice B) para o paciente e, em seguida solicitou-se sua assinatura. Garantiu-se o sigilo sobre as respostas e respeitou-se a recusa do paciente em responder a qualquer pergunta do questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico dos voluntários participantes deste estudo foi obtido a partir da avaliação das seguintes variáveis: faixa-etária, sexo, religião, estado civil, renda mensal e profissão. Neste estudo, verificou-se que 75,0% dos pacientes são do sexo masculino e que 30,0% encontraram-se na faixa etária entre 51-65 anos (Tabela 1). No que diz respeito à renda mensal, 88,0% dos pacientes apresentaram renda entre 1 e 2 salários mínimos, sendo que 28,0% dos entrevistados encontram-se aposentados. A ocupação prevalente foi a de lavrador (33,0%). Em se tratando da religião e do estado civil, respectivamente 70,0% são católicos e 65,0% casados.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes avaliados de acordo com a faixa etária. Imperatriz-MA, 2010.

Variável	N	%
Faixa etária		
21-35	07	17,5
36-50	11	27,5
51-65	12	30,0
66-80	8	20,0
81-95	2	5,0
Total	40	100,0

Em estudo realizado por [Bisca e Marques \(2010\)](#) com 31 pacientes em tratamento hemodialítico, observaram que 58,1% destes estavam compreendidos na faixa etária de 40 a 59 anos. Em estudo com uma população de 184 pacientes, a predominância do sexo masculino foi de 63% ([GULLO, 2000](#)). A prevalência de homens neste estudo também foi encontrada em outros e pode ser justificada pelo fato da hipertensão arterial, principal doença de base para o acometimento pela Doença Renal Crônica, ocorrer quase que três



vezes mais em homens do que em mulheres ([NOMURA; PRUDÊNCIO; KOHLMANN JÚNIOR, 1995](#)).

Conforme os achados (organizados na tabela 2), 93,0% dos pacientes investigados possuem alguma religião, sendo que o catolicismo foi a religião de 70,0% deles. Estes achados são compatíveis com os de [Cordeiro et al. \(2009\)](#) que verificaram que 59,7% dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico também eram católicos.

Tabela 2: Distribuição dos voluntários avaliados de acordo com a religião. Imperatriz-MA, 2010.

Variável	N	%
Religião		
Católica	28	70,0
Evangélica	09	23,0
Ateu	03	8,0
Total	40	100,0

A maioria (65,0%) dos pacientes investigados é casada, conforme demonstrado na tabela 3. [Godinho et al. \(2006\)](#) enfatiza que a DRC é mais comum em pessoas casadas, pois esta patologia é mais freqüente nas faixas etárias mais avançadas e, além disso, permite que estas pessoas tenham maior apoio social e familiar e, em contrapartida, maior incentivo para adesão desses pacientes à hemodiálise.

Tabela 3: Distribuição dos voluntários avaliados de acordo com o estado civil. Imperatriz-MA, 2010.

Variável	N	%
Estado civil		
Casado	26	65,0
Solteiro	07	17,5
Desquitado	01	2,5
Divorciado	02	5,0
Outros	04	10,0
Total	40	100,0

Como mostrado na Tabela 4, a maioria dos pacientes investigados (n=35; 88,0%) recebe entre 1 e 2 salários mínimos, isto é, têm uma baixa renda familiar mensal bruta. Entre as possíveis explicações para isto, encontram-se a dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, controle inadequado de doenças de base, como hipertensão arterial e diabetes, além dos próprios hábitos de vida ([SESSO et al., 2003](#) apud [FAYER, 2010](#)).

Tabela 4: Distribuição dos voluntários avaliados de acordo com a renda familiar mensal bruta. Imperatriz-MA, 2010.

Variável	N	%
Renda mensal		
1-2 salários mínimos	35	88,0
3-4 salários mínimos	02	5,0
5-6 salários mínimos	01	3,0
Acima de 6 salários mínimos	01	3,0
Sem renda fixa	01	3,0
Total	40	100,0

Estudo realizado por [Terra \(2007\)](#) evidenciou que 86,7% dos pacientes com DRC analisados eram aposentados. Este autor enfatiza que esta é uma realidade entre os portadores de DRC em tratamento hemodialítico, sendo que a aposentadoria é uma condição/auxílio imposta pela própria patologia. Este dado corrobora este trabalho, uma vez que 60,0% dos indivíduos investigados também se encontram nesta categoria e, portanto, são recebedores do auxílio de aposentadoria da Previdência Social.

Tabela 5: Distribuição dos voluntários avaliados de acordo com a profissão. Imperatriz-MA, 2010.

Variável	N	%
Profissão		
Nenhuma	03	7,5
Aposentado	24	60,0
Comerciante	02	5,0
Construtor civil	01	2,5
Motorista	04	10,0
Pastor	01	2,5
Pedreiro	01	2,5
Secretária do lar	03	7,5
Soldador	01	2,5
Total	40	100,0

No total foram identificados 12 diagnósticos de enfermagem e 23 características definidoras a partir dos tópicos: caracterização da população em estudo; tratamento e estado do paciente. Estes dados foram organizados de acordo com os domínios da taxonomia II da [NANDA-I \(2010\)](#) (Quadro1). Entre os diagnósticos identificados, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Controle eficaz do regime terapêutico, Proteção ineficaz e Risco para baixa estima situacional foram os que apresentaram maior número de ocorrência, tendo como parâmetro valores maiores ou iguais ao percentil 75.

As características definidoras, parte do diagnóstico de enfermagem, segundo [Rosenberg e Smith \(2010\)](#), são indícios ou inferências que se agrupam como manifestações reais, ou seja, sinais e sintomas de uma doença ou estados de saúde de bem-estar (Quadro1). Para os diagnósticos de risco (Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de sentimento de impotência, Risco para baixa auto-estima situacional e Risco de infecção) não são inferidas as características definidoras, pois eles descrevem as respostas humanas e condições de saúde/processo vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável, ou seja, ainda não há nada evidenciado.

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Nº	%
1. Promoção de Saúde	a. Controle eficaz do regime terapêutico	30	75,0
2. Nutrição	b. Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais.	21	53,0
	c. Risco de desequilíbrio de volume de líquidos	40	100,0
4. Atividade/repouso	d. Fadiga	23	58,0
	e. Estilo de vida sedentário	28	70,0
5. Percepção/cognição	f. Conhecimento deficiente	4	10,0
6. Autopercepção	g. Risco de sentimento de impotência	28	70,0
	h. Risco para baixa auto-estima situacional	32	80,0
	i. Desesperança	6	15,0
10. Princípios da vida	j. Disposição para o bem estar aumentado	27	68,0
11. Segurança/proteção	k. Risco de infecção	40	100,0
	l. Proteção ineficaz	40	100,0

Quadro 1: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia II da NANDA-I.

O diagnóstico Risco de infecção é definido como o risco aumentado de um indivíduo ser invadido por organismos oportunistas ou patogênicos (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita) de fontes endógenas ou exógenas ([NANDA, 2010](#); [CARPENITO-MOYET, 2008](#)). Risco de desequilíbrio no volume de líquidos é definido por [Carpenito-Moyet \(2008\)](#) como o estado em que o indivíduo apresenta riscos para a diminuição, aumento ou rápida troca de líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular.

O diagnóstico Risco de infecção foi confirmado com base nos seguintes fatores de risco da amostra estudada, assim como afirmam [Holanda e Silva \(2009\)](#): procedimentos invasivos como a venopunção (fístula arteriovenosa ou cateter central), anemia, diminuição da taxa de hematócrito, leucopenia e outras patologias crônicas associadas, como hipertensão arterial e diabetes. O diagnóstico Risco de desequilíbrio de volume de líquidos, esta relacionado, similar a o que afirmam [Smeltzer et al. \(2009\)](#) com o débito urinário diminuído, retenção de sódio e água, e sede excessiva do paciente portador da DRC.

A anemia, uma das complicações potenciais da doença renal crônica, desenvolve-se em consequência da produção inadequada de eritropoetina, substância normalmente produzida nos rins, do espectro de vida encurtado dos eritrócitos, deficiências vitamínicas



(vitamina B12 e ácido fólico-B9), e pela tendência hemorrágica do paciente, sobretudo a partir do trato GI, bem como nos locais de inserção da venopunção ([SMELTZER et al., 2009](#); [ABENSUR, 2004](#)). Tal situação direcionou a ocorrência do diagnóstico Proteção ineficaz (100%), identificado por [Holanda e Silva \(2009\)](#) e evidenciado pelas características definidoras identificadas (Quadro 2.), uma vez que, o paciente em hemodiálise recebe a cada sessão drogas anticoagulantes.

Domínio	Características definidoras.	Nº	%
1. Promoção de Saúde	a. Responsabilidade com a dieta hídrica e alimentar, sintomas da doença dentro do limite normal esperado e verbalização da intenção de reduzir os fatores de risco da progressão da doença e de suas seqüelas	31	77,0
2. Nutrição	b. Anorexia, restrições nutricionais e mucosas orais alteradas (ressecadas);	16	40,0
4. Atividade/repouso	d. Verbalização de uma constante falta de energia, aumento das queixas físicas, aumento das necessidades de repouso;	40	100,0
	e. Rotina diária sem exercícios físicos, descondicionamento físico, preferências por atividades com pouco exercício físico.	32	80,0
5. Percepção/cognição	f. Expressa percepção incorreta sobre a atual situação de saúde, solicita informações	10	25,0
6. Autopercepção	i. Passividade, verbalização diminuída e indicações verbais como "não consigo", "não posso", "nem tento mais fazer.	18	45,0
10. Princípios da vida	j. Leitura da bíblia, hábito de rezar, demonstração de energia (pensamentos positivos).	20	50,0
11. Segurança/proteção	l. Fadiga, alteração da coagulação, deficiência na imunidade (doenças crônicas isoladas e associadas)	40	100,0

Quadro 2. : Distribuição das características definidoras que evidenciam os diagnósticos de enfermagem identificados em seus respectivos domínios.

Define-se o diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico (75%) como o "padrão no qual o indivíduo integra à vida diária a um programa de tratamento da doença e de suas seqüelas de forma satisfatória, a fim de alcançar as metas de saúde" ([CARPENITO-MOYET, 2008](#), p.153). Pacientes que demonstraram este diagnóstico afirmam, por meio das características definidoras identificadas, terem responsabilidade com a dieta alimentar e hídrica, além de buscarem a manutenção dos sintomas da doença dentro do limite normal esperado a fim de reduzirem os fatores de risco, de progressão da doença e suas seqüelas (77%).

[Smeltzer et al. \(2009\)](#) identificaram que o diagnóstico Risco de baixa auto-estima situacional (80%) pode estar relacionado ao distúrbio da imagem corporal ocasionado pela DRC em suas manifestações clínicas, tais como: "aspecto urêmico" em decorrência

do depósito de cristais de uréia na pele, o prurido intenso, a anorexia, aneurisma de MMSS decorrente da fístula arteriovenosa, além da própria cicatriz ocasionada por este acesso vascular.

É salutar destacar como fator relacionado a este diagnóstico de risco, as alterações de funções como atividades da vida diária realizadas antes da hemodiálise, e que por conta do mesmo não se podem mais realizar, além de atividades relacionadas ao trabalho, ao lazer, às ações domésticas que a maioria das entrevistadas afirmaram estarem limítrofes, lembrando ainda da alteração na função sexual (diminuição da libido, amenorréia, etc.).

Dentre os 12 diagnósticos identificados foram enfatizados 4 baseados nos requisitos de déficit de autocuidado e demandas terapêuticas do autocuidado. A Teoria que prevaleceu foi a Teoria dos Sistemas de Enfermagem - apoio/educação.

Para fatores relacionados ao domínio 2. Nutrição tem-se os diagnósticos Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais e Risco de desequilíbrio de volume de líquidos. Em se tratando do domínio de número 4, Atividade/repouso, destacou-se o diagnóstico Estilo de vida sedentário, e, voltando-se para o 6, Autopercepção, tem-se Risco de baixa auto-estima situacional.

A partir da obtenção dos diagnósticos de enfermagem Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais e Risco de desequilíbrio de volume de líquidos, verificou-se que ambos influenciaram diretamente na escassez de ações de autocuidado voltadas para o suporte nutricional e hídrico durante o tratamento hemodialítico, visto que a intervenção nutricional é necessária, pois inclui a regulação minuciosa da ingestão de proteínas, da ingestão de líquidos para equilibrar as perdas hídricas, da ingestão de sódio para equilibrar as perdas desse elemento e alguma restrição de potássio ([SMELTZER et al., 2009](#)).

Cabe ao enfermeiro organizar um plano de cuidados cujas metas sejam a manutenção da ingestão nutricional adequada e a manutenção da densidade específica da urina dentro de uma variação consideravelmente normal.

O diagnóstico que, segundo o [NANDA-I \(2010\)](#), refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física, denominado Estilo de vida sedentário(70%), foi evidenciado pelas características rotina diária sem exercícios físicos, falta de condicionamento físico e preferências por atividades com pouco exercício físico, identificadas em 80% dos pacientes entrevistados.

[Medeiros, Pinent e Meyer \(2000\)](#) afirmam que, subjetivamente, considera-se precária a capacidade funcional dos indivíduos portadores de DRC para exercícios físicos, e as atividades comuns e diárias são desafiadoras, o que remete a falta de estímulo para este autocuidado. A atividade física beneficia o indivíduo de forma biopsicossocial. Do ponto de vista biológico traz melhorias nas funções orgânicas do indivíduo, favorecendo assim a manutenção da saúde; Do ponto de vista psicológico traz benefícios às funções cerebrais, sobretudo, às da cognição, pois, como afirmam [Antunes et al. \(2006\)](#), a prática de exercícios físicos exerce benefícios nas esferas física e psicológica e que,

provavelmente, indivíduos fisicamente ativos possuem um processamento cognitivo mais rápido.

O fator social da prática de exercícios físicos está relacionado à oportunidade de relacionar-se com outras pessoas no ambiente onde são realizadas estas atividades e, por meio do sistema apoio-educação, o enfermeiro, juntamente com o educador físico, pode intervir na promoção destas atividades. Contudo, é salutar recordar que—os exercícios físicos devem ser feitos de forma suportável e sem excessos.

O diagnóstico Risco de baixa auto-estima situacional pode ser analisado a partir da compreensão do fator qualidade de vida, que é definido por Minayo (2000) apud [Bezerra \(2006\)](#) como uma noção eminentemente humana, próxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, além da essência existencial de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de completo bem-estar.

Na realidade dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, observa-se que esta noção de qualidade de vida, de certa forma, se desestrutura ou rompe-se no decorrer da progressão da doença, algo que é uma importante manifestação do déficit de autocuidado, que deve ser percebida pela enfermagem a fim de proporcionar melhoria na qualidade de vida destes pacientes, de forma gradativa, humanizada e individualizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC associada à hemodiálise tem desenvolvido no paciente uma maior necessidade de atenção e apoio para que o mesmo não venha fraquejar diante desta patologia e do processo terapêutico. Assim, tem-se no processo de enfermagem, o instrumento do cuidar humanizado e ético-científico. Para tanto, é necessário que o enfermeiro aperfeiçoe sua assistência responsabilizando-se com os cuidados que devem ser direcionados ao cliente e tornando-a mais humanizada e individualizada.

Fatores socioeconômicos, como renda e grau de instrução foram identificados como influenciadores para o déficit de autocuidado. Dos 12 diagnósticos identificados foram destacados aqueles inseridos nos domínios: 1. Promoção de saúde, 2. Nutrição, 6. Autopercepção e 11. Segurança e proteção.

A partir da realização deste estudo, percebeu-se a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem e de suas características definidoras como subsídio para assistência de enfermagem. Além disso, é atribuído ao portador de doença renal crônica em tratamento hemodialítico sentimento de emancipação das ações voltadas para o cuidado consigo mesmo em benefício de sua saúde. Assim, o estudo destes diagnósticos é de suma importância por ser, de um lado, um instrumento muito útil no planejamento das intervenções em enfermagem, e, de outro lado, um importante identificador da profissão, contribuindo também para um melhor relacionamento com o paciente.

REFERÊNCIAS

ABENSUR, H. Anemia da Doença Renal Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 16, n. 3, supl. 1, ago. 2004.

ANTUNES, H. K. M. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 12, n. 2 – mar/abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v12n2/v12n2a11.pdf>> Acesso em 18 fev. 2010.

BERTOLIN, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico**. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BEZERRA, K. V.; **Estudo do cotidiano e qualidade de vida das pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BISCA, M. M.; MARQUES, I. R. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n.3, p. 435-439, maio-jun. 2010.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pelo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar/abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200016&script=sci_arttext> Acesso em: 17 fev. 2010.

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem**. [S.l]: látria. 2011. 256 p.

CARPENITO-MOYET, L. J.; **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 743 p.

CENSO BRASILEIRO DE DIÁLISE – 2008. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 14 ago. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN /SP. Plenário 2005-2008. Sistematização da Assistência em Enfermagem. São Paulo-SP, 2008. 7 p.

CORDEIRO, J. A. B. L.; Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 4, p. 785-793, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>> Acesso em: 25 dez. 2011.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLUICA, L. M. F.; Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n. 3, dez. 2003.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L.; Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez. 2000.

FAYER, A. A. M.; **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento após ou sem seguimento nefrológico prévio**. 2000. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciências-Nefrologia)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GARCEZ, R. M. (trad.) **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452 p.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Recife/Olinda. Apresentado na Mesa Redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência". **Anais Recife/Olinda** [s.n.], 2000.

GODINHO TM, et al. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em hospital público em Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Salvador, v. 28, n. 2, maio 2006.

GRUPO MULTISSETORIAL DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: SBN, SOBEN, ABCDT, Associações de Paciente Renais Crônicas. **Perfil da doença renal crônica**. O desafio brasileiro. 2007. Disponível em: <[http://www.jbn.org.br/30-4/01-Sesso-Censo-30\(4\)-AF.pdf](http://www.jbn.org.br/30-4/01-Sesso-Censo-30(4)-AF.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2010.

GULLO, A. B. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. São Paulo-SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 34, n. 2, jun. 2000. Disponível em: em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a11.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2010.

HOLANDA, R.H.; SILVA, V. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10. n. 4, abr./jun. 2009.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B.; Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13. n. 5. set./out. 2005.

MEDEIROS, R. H.; PINENT, C. E. C.; MEYER, F. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, 2001. p. 81-88, 2000.

NOMURA, P. I.; PRUDÊNCIO, L. A. R.; KOHLMANN JÚNIOR, O.; Características do indivíduo hipertenso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v.17, n.1, p.13-20, 1995.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B.; Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 127-136, 2007.

OREM, D. & TAYLOR, S. **Nursing concepts of practice**, 6th ed. Mosby: New York, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de doenças não-transmissíveis e promoção da saúde**. 2007. Disponível em: <www.who.int/hpr/about_ncds.shtml>. Acesso em: ago. 2010.

PEIXOTO, M. R. B.; Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de Orem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.1-13, abr. 1996.

RODRIGUES, M. M. G.; **Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer à luz da Teoria de Orem**. 2006. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

ROSENBERG, M. C.; SMITH, K.; Diagnóstico de enfermagem em educação. In: GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452 p.

SMELTZER, S. et al. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**, v. 1, 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 461 p.

_____. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**, v. 3, 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 3

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Insuficiência renal**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>. Acesso em 15 ago. 2010. São Paulo-SP, 2001.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde – Biofarmacologia) – UNIFENAS.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abr. 1999.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA – CCSST.
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROJETO TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM DIÁLISE NA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIS NO MUNICÍPIO DE
IMPERATRIZ – MA

Grupo de pesquisa: Patologia e saúde geral

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Sexo () fem. () masc.
4. Religião - () católica () protestante () outras
5. Estado civil - () casado () solteiro () desquitado () divorciado () outros
6. Renda mensal () 1-2 salários mínimos () 3-4 salários mínimos () 5-6
salários mínimos () Acima de 6 salários mínimos () Sem renda fixa
7. Profissão: _____
8. Características definidoras conforme os domínios da taxonomia II da NANDA-I (no
mínimo 3) :
 - a. Domínio 1 – Promoção de saúde: _____;
 - b. Domínio 2 – Nutrição: _____.
 - c. Domínio 3 – Eliminação e troca: _____.
 - d. Domínio 4 – Atividade/repouso: _____.
 - e. Domínio 5 – Percepção/cognição: _____.
 - f. Domínio 6 – Autopercepção: _____.
 - g. Domínio 7 – Papéis e relacionamento: _____.
 - h. Domínio 8 – Sexualidade: _____.
 - i. Domínio 9 – Enfretamento/tolerância ao estresse: _____.
 - j. Domínio 10 – Princípios da vida: _____.
 - k. Domínio 11 – Segurança/proteção: _____.
 - l. Domínio 12 – Conforto: _____;
 - m. Domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento: _____.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA – CCSST.
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROJETO TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM DIÁLISE NA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS NO MUNICÍPIO DE
IMPERATRIZ – MA

Grupo de pesquisa: Patologia e saúde geral

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação em
pesquisa**

Considerando a importância da qualidade de vida dos pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) que fazem uso da hemodiálise<,> decidiu-se realizar um estudo objetivando analisar diagnósticos de enfermagem identificados à luz da Teoria do Autocuidado de Orem baseados na taxonomia II da NANDA-I, desenvolvido por **ADRIANA ALVES DE SOUSA, ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA, MARIA LUIZA REGO BEZERRA, TALITA SOUSA BATISTA e PAULO ROBERTO DA SILVA RIBEIRO,**

O estudo tem como título“DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFORME A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM PARA PACIENTES EM HEMODIÁLISE.”

O objetivo é analisar diagnósticos de enfermagem identificados à luz da Teoria do Autocuidado de Orem em pacientes portadores de DRC em hemodiálise atendidos na Clínica de Doenças Renais do município de Imperatriz-MA.

Não há benefícios pessoais à participação nesta pesquisa. Entretanto, as informações que serão fornecidas ajudarão a compreender a eficácia da terapia aplicada e a interferência da mesma na não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, bem como para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica.

Despesas e indenização: não haverá nenhum custo para o entrevistado por estar participando da pesquisa, como também, nenhuma indenização.

Ao entrevistado será garantido o direito de:

- A) Esclarecimento sobre a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos sobre a pesquisa.
- B) Esclarecimento sobre a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo.
- C) Compromisso com a segurança da sua identificação e que será mantido o caráter confidencial da informação.

Diante das informações expostas acima, você está sendo convidado a participar como voluntário desta pesquisa na qualidade de entrevistado(a) sendo informado(a) e esclarecido(a) de que os dados serão utilizados exclusivamente nesta investigação e que serão apresentados à comunidade científica (artigos, tema livre, palestras ou congressos), sendo que sua identificação será mantida em sigilo. Nesta pesquisa será utilizado um roteiro de entrevista que levantará dados sobre idade, sexo, renda mensal, estado civil e religião além das características definidoras (sinais e sintomas relacionados a DRC) que nortearão os diagnósticos de enfermagem.

Você receberá uma cópia desse termo assinado pelo pesquisador responsável, além de receber garantias de que não haverá danos pessoais físicos ou morais e que sua identidade não será divulgada, respeitando-se os princípios éticos da pesquisa e a Resolução 169/69 do MS e que, em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do entrevistado

Imperatriz, _____ de _____ de 20____.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL		Nº. do Parecer: 058/11 Registro do CEP: 163/10 Nº do Protocolo: 004553/2010-35 Data de Entrada no CEP: 26/08/2010 Parecer: APROVADO
Conclusão de Curso		
I - Identificação:		
Título do projeto: Terapia anti-hipertensiva em pacientes com doença renal crônica em diálise na clínica de doenças renais do município de Imperatriz - MA		
Identificação do Pesquisador Responsável: Prof. DR. Paulo Roberto da Silva Ribeiro		
Identificação da Equipe executora: Prof. Dr. Paulo Roberto da Silva Ribeiro e Talita Sousa Batista		
Instituição onde será realizado: Clínica de Doenças Renais do Município de Imperatriz - MA		
Área temática:	Multicêntrico: Não	Data de recebimento: 19/11/2010
Cooperação estrangeira: Não	Patrocinador: Não	Data de devolução: 13/12/2010
II - Objetivos:		
Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da prática relativa ao processo de utilização da terapia anti-hipertensiva em pacientes com doença renal crônica (DRC). 		
Específicos		
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o esquema terapêutico com anti-hipertensivo utilizado em pacientes em estudo. • Descrever a forma do controle de monitorização da Pressão Arterial (PA). • Destacar as alterações mais frequentes no controle da PA. • Identificar possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos da terapia anti-hipertensiva. • Estimar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes com DRC. • Verificar as atividades de enfermagem na terapia anti-hipertensiva. 		
III - Sumário do projeto:		
<p>A doença renal crônica é definida pela presença de lesão renal ou a taxa de filtração glomerular (TGM) inferior a 60 mL/min/1,73 m² durante mais de três meses (BAZARI, 2005, p.762). Essa patologia ocasiona alterações estruturais ou funcionais dos rins que, segundo Bortolotto (2008), são manifestadas nos exames de sangue, de urina ou de imagens.</p> <p>A DRC é uma patologia extremamente frequente entre os adultos, embora seja subdiagnosticada e, assim, não tratada e constitui hoje um importante problema médico e de saúde pública (ROMÃO, 2007). De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2009), no Brasil encontram-se 77.589 pacientes em tratamento dialítico.</p> <p>A presença de disfunção renal eleva o risco de morrer prematuramente por doença cardiovascular em cerca de 10 vezes em comparação à população normal (GRUPO MULTISSETORIAL DE DRC, 2007). Dentre os fatores de risco para o desencadeamento de DRC a hipertensão arterial é o principal.</p> <p>Para Lima (2007), a taxa de controle da hipertensão de modo adequado abaixo de 30% e com o aumento da expectativa de vida aliados à obesidade e diabetes mellitus direcionam para a contínua elevação da tendência da incidência e prevalência da doença renal crônica. A principal ação para retardar a progressão desse processo é o controle rigoroso da pressão arterial (BRASIL, 2006). Para isso, torna-se necessário a adoção de terapêutica adequada, abrangendo tanto o tratamento medicamentoso como os fármacos anti-hipertensivos, quanto o não-medicamentoso relacionado às alterações no estilo de vida.</p>		
<p>Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís - Maranhão Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br</p>		

Dentro dessa terapia, o profissional de enfermagem por estar em contato mais tempo com o paciente, torna-se responsável pela administração e acompanhamento do tratamento. Assim, contribuindo para maior adesão e eficácia da mesma.

Diante deste contexto, torna-se de suma importância realizar a avaliação da terapia anti-hipertensiva em pacientes com DRC em diálise na Clínica de Doenças Renais do Município de Imperatriz - MA devido ao alto índice de morbi-mortalidade cardiovascular entre a população em estudo.

IV - Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares:

O protocolo de pesquisa possui a seguinte estrutura: Folha de Rosto, Folhas de identificação, Sumário, Introdução, Fundamentação Teórica, Objetivos, Justificativas, Metodologia, Orçamento, Cronograma, Referência Bibliográficas, Currículo Lattes. Portanto, em conformidade com o estabelecido na Res. 196/96 CNS/MS.

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 25 de março de 2011


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão
Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br