



IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À HEMODIÁLISE

IMPLEMENTATION OF NURSING PROCESS TO THE PATIENT SUBMITTED TO HEMODIALYSIS APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SUMETIDO A LA HEMODIÁLISIS

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, Adriana Dias de Araújo, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

RESUMO

Objetivo: aplicar o processo de enfermagem em paciente renal crônico submetido à hemodiálise. **Método:** estudo descritivo, com um paciente doente renal crônico em hemodiálise há mais de 15 anos. O estudo foi realizado em uma clínica de diálise, localizada no município de Natal, Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil em abril de 2012, com roteiro de entrevista e de exame físico, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 0139.0.051.000-11. Após a entrevista, realizou-se o raciocínio clínico e o estabelecimento e a aplicação do plano de cuidados. **Resultados:** traçaram-se três diagnósticos de enfermagem: Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, Volume de líquido excessivo e Insônia. Foi estabelecido e executado um plano de cuidados de enfermagem. **Conclusão:** a utilização do processo de enfermagem proporcionou a assistência direcionada para as reais necessidades do cliente, fornecendo meios para propor intervenções e alcançar resultados esperados. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Falência Renal Crônica; Diálise Renal.

ABSTRACT

Objective: to apply the nursing process in chronic renal patients undergoing hemodialysis. **Methods:** a descriptive study with a patient with chronic kidney disease on hemodialysis for more than 15 years. The study was conducted in a dialysis clinic, located in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil, in April 2012, with a screenplay by interview and physical examination, after approval by the Ethics Committee on Research with CAAE 0139.0.051.000-11. After the interview, was held a clinical reasoning and the establishment and implementation of the care plan. **Results:** three nursing diagnosis were charted: Altered nutrition less than body requirements, excessive volume of fluid and insomnia. It was established and executed a plan of nursing care. **Conclusion:** the use of the nursing process provided assistance targeted to the real needs of the customer, providing the means to propose interventions and achieve expected results. **Descriptors:** Nursing Care; Chronic Kidney Failure; Renal Dialysis.

RESUMEN

Objetivo: aplicar el proceso de enfermería en pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo con un paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis desde hace más de 15 años. El estudio se realizó en una clínica de diálisis, que se encuentra en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, noreste de Brasil, en abril de 2012, con un guion de entrevista y examen físico, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación con CAAE 0139.0.051.000-11. Después de la entrevista se llevó a cabo el razonamiento clínico y el establecimiento y la aplicación del plan de cuidados. **Resultados:** tres diagnósticos de enfermería fueron trazados: nutrición alterada inferior a las necesidades del cuerpo, volumen excesivo de líquidos y el insomnio. Se estableció y ejecutó un plan de cuidados de enfermería. **Conclusión:** El uso del proceso de enfermería proporcionó ayuda específica a las necesidades reales del cliente, proporcionando los medios para proponer intervenciones y lograr los resultados esperados. **Descriptores:** Atención de Enfermería; La Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: ceciliamfqueiroz@gmail.com; ²Enfermeira Especialista, Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/HUOL/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: didica_dias@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: analuisa_brandao@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil e em todo o mundo, a doença renal crônica (DRC) tem aumentado progressivamente a cada ano em proporções epidêmicas, constituindo um problema de saúde pública. No ano de 2010, o número estimado de pacientes com DRC em tratamento dialítico no Brasil foi de aproximadamente 92.091. Dentre as opções de tratamento, a hemodiálise (HD) destaca-se em termos quantitativos, englobando cerca de 90% dos pacientes.¹

A HD consiste na extração das substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e a remoção do excesso de líquido acumulado nos tecidos do corpo. O sangue, repleto de toxinas e resíduos nitrogenados, é passado do paciente para um dialisador, no qual é filtrado, tornando-se limpo para em seguida ser devolvido ao paciente.² A HD geralmente é realizada três vezes por semana, em sessões com duração média de 4 horas.

Para grande parte dos pacientes submetidos à HD, o tratamento representa um sinal de esperança de vida, já que a doença é incurável. Entretanto, são notórias as dificuldades na adesão ao tratamento, visto que muitas estão relacionadas a não aceitação da doença, às restrições impostas, à percepção de si próprio e ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social.³ Igualmente, frente à elevada morbidade e mortalidade da DRC, os aspectos físico e psicológico comprometidos desta clientela, e um cuidado de enfermagem direcionado a essa população, faz-se necessário a implementação de uma metodologia assistencial diferenciada, como o Processo de Enfermagem (PE).

O PE é a prestação de cuidados humanizados com a finalidade de obter resultados desejados de maneira rentável através de um método sistemático constituído de etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.⁴ Na primeira etapa do PE, a investigação, deve-se fazer um levantamento das informações, utilizando-se como instrumentos a entrevista e o exame físico para que, ao interpretar estes dados, os enfermeiros tenham subsídios para identificar as necessidades ou fenômenos sobre os quais vão agir. Mediante a identificação, traçam os diagnósticos de enfermagem (DE), planejam as intervenções a serem implementadas pela equipe de enfermagem e analisam os resultados obtidos com as ações empreendidas, retroalimentando o processo científico do cuidar.⁴

Vislumbrando este contexto, é perceptível a importância da utilização de sistemas padronizados de linguagem, tanto para diagnósticos, como para as intervenções e os resultados. Assim, com o advento dos modelos para o processo, foram surgindo os sistemas de classificação, como o Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- Internacional (NANDA-I), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).⁵

Logo, a implementação do PE no setor da hemodiálise possibilita que o enfermeiro registre os dados, elabore um plano assistencial específico que abrange os cuidados com o paciente desde a identificação e monitorização dos efeitos adversos do tratamento, como as complicações decorrentes da própria doença, além da possibilidade do desenvolvimento de ações educativas de promoção, prevenção e tratamento.⁶ Oferece ainda aos enfermeiros subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações priorizando o atendimento ao cliente com linguagem própria da categoria. Nesta perspectiva, o PE implementado no setor da hemodiálise irá proporcionar ao enfermeiro um direcionamento para um cuidado integral, humanizado e voltado para as reais necessidades de cada paciente.

OBJETIVO

- Aplicar o processo de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise.

MÉTODO

Estudo descritivo, realizado em uma clínica de referência em diálise localizada no município de Natal, Rio Grande do Norte, em abril de 2012, sendo a população composta por pacientes submetidos à hemodiálise e a amostra de um indivíduo, que atendeu ao seguinte critério de seleção: ser doente renal crônico em hemodiálise a mais de 15 anos.

A coleta de dados iniciou-se com a identificação das reais necessidades do paciente através do roteiro de entrevista e de exame físico. Esse roteiro foi organizado segundo os domínios da NANDA-I. Em seguida, realizou-se o raciocínio clínico e o julgamento diagnóstico conforme a NANDA-I, as intervenções segundo a NIC e as metas a serem alcançadas através da avaliação por indicadores da NOC. Após estas etapas, aplicou-se o plano de cuidados, tendo três dias pontuais de avaliação da assistência implementada.

Em obediência à Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁷, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo nº 115/11 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0139.0.051.000-11). O paciente manifestou sua aceitação em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram trabalhados sem identificação do cliente, assegurando seu anonimato e direito à privacidade.

RESULTADOS

A seguir, os dados do paciente e da assistência de enfermagem serão elucidados em dois tópicos, a saber: apresentação do caso e plano de cuidados de enfermagem.

◆ Apresentação do Caso

S.M.G.V., sexo feminino, 49 anos, natural e procedente de Natal/RN, casada, católica, com ensino fundamental incompleto e aposentada. Diagnosticada com a DRC e submetida à hemodiálise há 16 anos.

É hipertensa, não diabética. Não possui antecedentes cirúrgicos e processos alérgicos. Negou etilismo e relatou abstinência há um ano do tabagismo.

Realiza hemodiálise em três dias semanais, durante quatro horas, e tem como acesso vascular a fístula arteriovenosa. A terapia medicamentosa consiste em anti-hipertensivos, vitaminas, quelante do fósforo e eritropoetina.

Relata ter condição de apetite diminuída, por não conseguir atender a restrição da dieta específica para doente renal crônico em tratamento dialítico,

prefere comidas pouco saudáveis. E afirma ingerir cerca de 1500 ml de líquidos por dia, não atendendo a restrição hídrica prescrita.

Afirmou que se relaciona bem com a família e vizinhos e mora com o marido e dois filhos.

Informou ter problemas no padrão de sono e repouso, relatando interrupção e agitação do sono e acordar cansada. Não consegue realizar as atividades de vida diária como descer escada, andar e tomar banho devido à dor e à falta de ar.

Ao exame físico, apresentou-se hipotérmica (35,5°C), normocárdica (74 batimentos por minuto), hipertensa (160/90mmHg) e taquipnéica (24 movimentos respiratórios por minuto), peso corporal de 40,8 kg (estando com 2Kg acima do seu peso seco) e altura 1,58m, com IMC de 16,32 Kg/m², indicando baixo peso. Encontrava-se consciente, orientada, hipocorada (Hemoglobina= 11,3 g/dl e Hematócrito= 33,9%), anictérica, acianótica e hidratada. Com déficit visual bilateral em correção de óculos e acuidade auditiva preservada. Ausência de linfonodos infartados. Presença de falhas dentárias, cáries e halitose. Pulsos periféricos palpáveis. Tórax e abdome sem alterações. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Membros inferiores com presença de edema (3+/4+). Postura e marcha adequada.

◆ Plano de cuidados de enfermagem

Após a investigação através da entrevista e exame físico foram identificados três diagnósticos de enfermagem prioritários e estabelecidos metas e intervenções para a execução do plano de cuidados, conforme revelam as figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

Diagnósticos de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada a fatores biológicos evidenciado por falta de interesse na comida e relato de ingestão inadequada de alimentos.					
Meta: Estado Nutricional					
Indicadores:					
A) Ingestão de Nutrientes	1	2	3	4	5
B) Ingestão de Alimentos	1	2	3	4	5
C) Energia	1	2	3	4	5
Intervenção: Aconselhamento Nutricional					
Atividades					
A) Discutir o conhecimento do paciente a respeito dos quatro grupos alimentares básicos, bem como as percepções da necessidade da modificação da dieta.					
B) Oferecer encaminhamentos/consultas a outros membros da equipe de cuidados de saúde, quando adequado.					

Figura 1. Plano de cuidados estabelecido ao primeiro diagnóstico de enfermagem prioritário no paciente submetido à hemodiálise. Natal-RN, 2012

O primeiro DE prioritário traçado apresentado na figura 1 foi: Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais relacionada a fatores biológicos evidenciado por falta de interesse na comida e relato de ingestão inadequada de alimentos.

Para tanto, o resultado estabelecido a ser alcançado foi estado nutricional, englobando três indicadores, ingestão de nutrientes,

ingestão de alimentos e energia. E tendo como objetivo máximo da pontuação para tais indicadores um total de 15 pontos.

Neste íterim, a intervenção adotada foi o aconselhamento nutricional, com as seguintes atividades implementadas: discutir o conhecimento do paciente a respeito dos quatro grupos alimentares básicos, bem como as percepções da necessidade da modificação

da dieta e oferecer encaminhamentos e consultas a outros membros da equipe de cuidados de saúde, quando adequado.

Assim, pode-se perceber no decorrer da implementação do plano de cuidados, que no primeiro dia de avaliação, a paciente relatou discreta melhora no padrão alimentar, estando no momento, “comendo bem e de tudo”, mas afirma a preferência de alimentos não nutritivos, como chocolates e refrigerantes, e apresentando pouca energia para as atividades diárias. Ao somatório dos indicadores apresentou-se um total de nove pontos.

No terceiro dia de intervenção, após ser questionado sobre a consulta com a

nutricionista, a paciente relata ainda não ter ido recentemente ao profissional, mas está seguindo orientações dadas pelo nutricionista anterior. Está com dificuldades para diminuir a ingestão de alimentos não nutritivos e apresentando discreta melhora na energia para as atividades diárias. Obtendo 10 pontos no quadro dos indicadores.

No último dia da avaliação, após cinco dias da primeira avaliação, a paciente informa ter marcado consulta ao nutricionista, apresentando mais energia para as atividades diárias e ter melhorado o hábito alimentar, com a ingestão de mais nutrientes. Estabelecendo um total de 11 pontos perante os indicadores.

Diagnóstico de Enfermagem: Volume de líquidos excessivo relacionado à ingesta excessiva de líquidos e mecanismos reguladores comprometidos evidenciado por edema, ingestão maior que o débito, mudanças na pressão arterial, hematócrito diminuído, hemoglobina diminuída e ganho de peso em curto período.					
Meta: Equilíbrio hídrico					
Indicadores					
A) Pressão arterial	1	2	3	4	5
B) Peso estável do corpo	1	2	3	4	5
C) Edema periférico	1	2	3	4	5
Intervenção: Controle hídrico					
Atividades					
A) Monitorar os sinais vitais- pressão arterial. B) Pesar diariamente o paciente e monitorar as tendências. C) Avaliar a localização e a extensão do edema, se houver.					

Figura 2. Plano de cuidados estabelecido ao segundo diagnóstico de enfermagem prioritário no paciente submetido à hemodiálise. Natal-RN, 2012.

A figura 2 revela o plano de cuidados referente ao segundo DE prioritário estabelecido: Volume de líquido excessivo, cujo fator relacionado traçado foi ingesta excessiva de líquidos e mecanismos reguladores comprometidos. E os sintomas apresentados foram: edema, ingestão maior que o débito, mudanças na pressão arterial, hematócrito diminuído, hemoglobina diminuída e ganho de peso em curto período.

Desta maneira, com o objetivo de atingir o resultado esperado, equilíbrio hídrico, adotou-se a intervenção controle hídrico e as atividades: monitoração dos sinais vitais- pressão arterial, medição do peso diariamente e monitoração das tendências, além da avaliação da localização e a extensão do edema, se houver. Assim como, aplicaram-se os indicadores da NOC: pressão arterial, peso estável e edema periférico. Com a pontuação almejada de 15 pontos.

Ao decorrer a execução do plano de cuidados, no primeiro dia de avaliação, a paciente apresentava pico hipertensivo (160 x 80 mmHg), ganho de peso de 1,5 kg interdiálise e com melhora considerável de edema periférico dos membros inferiores (1+/4+). E referiu que o médico assistente prescreveu troca de medicações anti-hipertensivas. Foi orientada a reduzir a

ingesta hídrica e de sal e ao somatório dos indicadores apresentou-se um total de nove pontos.

No terceiro dia de intervenção, usando as novas medicações anti-hipertensivas prescritas pelo médico, a pressão arterial apresentava-se um pouco mais controlada (150 x 80 mmHg), a paciente apresentava-se sem edema periférico e mantendo ganho de peso interdialítico de 1,5 kg. Orientada a trocar o sal da comida por temperos naturais, além de diminuir a ingestão de líquidos, obtendo 12 pontos no quadro dos indicadores.

No último dia da avaliação, a pressão arterial apresentava-se controlada (130 x 80 mmHg), o ganho de peso interdialítico permaneceu de 1,5 kg e com ausência de edemas periférico. Estabelecendo um total de 13 pontos perante os indicadores.

Diagnóstico de Enfermagem: Insônia relacionada a mudanças hormonais periódicas evidenciado por relato do paciente em dificuldade para permanecer dormindo e sono não restaurador.					
Meta: Sono					
Indicadores					
A) Horas de sono	1	2	3	4	5
B) Padrão de sono	1	2	3	4	5
C) Sensação de rejuvenescimento após o sono	1	2	3	4	5
Intervenção: Melhora do sono					
Atividades					
A) Adaptar o ambiente para promover o sono. B) Orientar o paciente quanto à forma de fazer relaxamento muscular progressivo ou outras maneiras não-farmacológicas de indução do sono.					

Figura 3. Plano de cuidados estabelecido ao terceiro diagnóstico de enfermagem prioritário no paciente submetido à hemodiálise. Natal-RN, 2012.

O plano de cuidados referente ao terceiro DE prioritário: Insônia relacionada a mudanças hormonais periódicas evidenciado por relato do paciente em dificuldade para permanecer dormindo e sono não restaurador está contemplado na figura 3. E tem como meta a ser alcançada o Sono, apresentando três indicadores: horas de sono, padrão de sono e sensação de rejuvenescimento após o sono. Para tanto, a intervenção adotada foi melhora do sono, com as seguintes atividades: adaptar o ambiente para promover o sono e orientar o paciente quanto à forma de fazer relaxamento muscular progressivo ou outras maneiras não-farmacológicas de indução do sono. Buscando atingir um somatório de 15 pontos em relação aos indicadores.

Pode-se avaliar no transcorrer da execução do plano de cuidados, que no primeiro dia de avaliação, a paciente relata dormir apenas duas horas por dia, sendo essas duas horas ininterruptas, acordando cansada no dia posterior e destaca que o problema é “muito calor durante a noite”. Sendo estabelecida a pontuação de três pontos em relação aos indicadores.

No terceiro dia de intervenção, após ser orientada a tomar banho antes de dormir e usar climatizadores, a cliente permanece com dificuldade para permanecer dormindo. Relatando que essa sensação térmica é o “calor da menopausa”, já tendo ido ao ginecologista que prescreveu reposição hormonal, porém a mesma não está fazendo uso. Permanecendo com os três pontos no quesito dos indicadores e foi orientada quanto ao uso das medicações prescritas pela ginecologista.

No último dia de avaliação, após cinco dias da primeira avaliação, a paciente afirma está dormindo mais horas (cinco horas), realizando os banhos gelados e utilizando climatizador de ar. Porém, revela não estar fazendo uso da reposição hormonal e que o sintoma da menopausa ainda faz o sono ser interrompido. Diante desta revelação, a cliente foi orientada a marcar consulta com a ginecologista e ao

somatório dos indicadores obteve cinco pontos.

DISCUSSÃO

Na implementação do processo de enfermagem, destaca-se o DE, que são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação. Essa etapa é de singular importância, pois a depender da identificação do diagnóstico correto e prioritário se faz um cuidado eficiente inferindo no sucesso das demais etapas.⁸

O DE Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, está contemplado no domínio 2 (nutrição), na classe 1 (ingestão) e tem como definição a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.⁸ E dentre os fatores relacionados, os fatores biológicos, em concordância ao quadro de anemia instalado esteve presente na paciente em questão.

Grande parte das pessoas com insuficiência renal desenvolve anemia, já que essa afecção pode ocorrer no início do desenvolvimento da insuficiência e piorar à medida que os rins perdem a capacidade de funcionar bem e produzir o hormônio - eritropoetina. Também pode acontecer quando há falta de ingestão de alimentos saudáveis com teores suficientes de vitamina B12, ácido fólico e ferro.⁹

A meta para o primeiro DE traçado, estado nutricional, está compreendido no domínio saúde fisiológica, na classe digestão e nutrição, e tem por definição o alcance da disponibilidade de nutrientes para atendimento das necessidades metabólicas. Para ser avaliado há a escala de graduação, apresentada em níveis, em que o primeiro, apresenta como sendo um desvio grave da variação normal e o último como nenhum desvio da variação normal, compreendendo oito indicadores: ingestão de nutrientes, ingestão de alimentos, ingestão de líquidos, energia, proporção peso/altura, hematócritos, tônus muscular e hidratação.¹⁰

Os resultados e indicadores de enfermagem permitem a realização de medidas de respostas do paciente, família ou comunidade em qualquer ponto ao longo de um contínuo, desde o mais negativo ao mais positivo, e em diferentes pontos do tempo. Para tanto, utiliza-se uma escala do tipo Likert com a formatação da pontuação de cinco pontos. Logo, ao medir o resultado antes da intervenção, o enfermeiro estabelece um escore de base no resultado e pode classificar o resultado após a intervenção.¹⁰

Para a intervenção, em busca da meta estado nutricional, selecionou aconselhamento nutricional que tem por definição o uso de processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta.¹¹ Assim, teve como foco a mudança dos maus hábitos alimentares apresentada pela paciente estudada e o encaminhamento ao nutricionista.

Volume de líquidos excessivo, segundo DE prioritário mencionado, é definido como a retenção aumentada de líquidos isotônicos. Encontra-se no domínio 2 (nutrição) e na classe 5 (hidratação). E tem como fatores relacionados: ingesta excessiva de líquidos, sódio e mecanismos reguladores comprometidos.⁸

Um estudo realizado com o objetivo de identificar o perfil dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes em hemodiálise destacou que cerca de 70% da amostra apresentou o DE Volume de líquido excessivo. Em relação às características definidoras, 73,3% apresentaram ganho de peso em curto período e alteração da pressão arterial. E que, 90% tinham o fator relacionado, mecanismos reguladores presente.¹²

A intervenção adotada para o DE Volume de líquidos excessivo foi controle hídrico no intuito de obter o resultado esperado, equilíbrio hídrico, pois a paciente em questão apresentava como fatores relacionados mecanismos reguladores comprometidos (insuficiência renal) e a ingesta excessiva de líquidos.

Controlar a ingesta de líquidos em pacientes em hemodiálise é um importante preditor de resultados, contudo é uma restrição de difícil obtenção. Assim, estimular para uma melhor adesão dos pacientes quanto ao seguimento das orientações oferecidas é papel fundamental da equipe de enfermagem.¹³

O último DE prioritário traçado, Insônia, está inserido no domínio 4 (atividade e repouso), na classe 1 (sono/repouso) e tem por definição um distúrbio na quantidade e na

qualidade do no que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.⁸

Estudo¹⁴ revelou que 80% dos pacientes em hemodiálise apresentaram qualidade do sono ruim ou algum tipo de distúrbio do sono. Distúrbios relacionados ao sono, como a má qualidade do sono, sonolência diurna excessiva e síndrome das pernas inquietas são frequentes em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico, contudo não apresentam relação com o turno da diálise.¹⁵

O fator relacionado respectivo ao DE Insônia foi a mudanças hormonais periódicas e neste aspecto, buscou atingir a meta, sono.

O resultado sono é definido como a extensão e padrão da suspensão natural e periódica durante a qual o corpo se restabelece. Está contemplada no domínio saúde funcional e na classe conservação de energia. E para avaliação, tem-se a relação dos indicadores contemplados numa escala de variação de extremamente comprometido, com o valor igual a 1 ao não comprometido, no valor de cinco.¹⁰

Assim, com o objetivo de estabelecer a meta sono, intervenção e atividades referentes à melhora do mesmo foram prescritas. As intervenções de enfermagem incluem cuidados diretos e indiretos, voltados a indivíduos, famílias e comunidade. E as atividades são comportamentos ou ações específicos realizados por enfermeiros para implementar a intervenção e auxiliar o paciente a obter a meta desejada.¹¹

Neste aspecto, acredita-se que a implantação do PE em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico se faz necessário para subsidiar o direcionamento no planejamento da assistência de enfermagem, contribuindo para uma melhora na qualidade de vida dessa clientela.

CONCLUSÃO

A utilização do PE na assistência ao paciente submetido à hemodiálise proporcionou uma assistência direcionada para as reais necessidades do cliente, fornecendo meios para propor intervenções e alcançar resultados.

Foram avaliados, através dos indicadores, que após as intervenções adotadas, os três resultados traçados tiveram progressos, porém não alcançaram a pontuação máxima desejada.

Nesse sentido, novos estudos em relação aplicação do PE devem ser realizados em busca de proporcionar novos modos de cuidar, oferecendo ao enfermeiro subsídios para o cuidado de enfermagem a partir de uma linguagem própria, pressupondo o

fortalecimento do agir profissional, demonstrando a verdadeira dimensão da prática de cuidar. A utilização do PE na assistência ao paciente submetido à hemodiálise proporcionou uma assistência direcionada para as reais necessidades do cliente, fornecendo meios para propor intervenções e alcançar resultados.

Foram avaliados, através dos indicadores, que após as intervenções adotadas, os três resultados traçados tiveram progressos, porém não alcançaram a pontuação máxima desejada.

Nesse sentido, novos estudos em relação aplicação do PE devem ser realizados em busca de proporcionar novos modos de cuidar, oferecendo ao enfermeiro subsídios para o cuidado de enfermagem a partir de uma linguagem própria, pressupondo o fortalecimento do agir profissional, demonstrando a verdadeira dimensão da prática de cuidar.

AGRADECIMENTO

Estudo financiado pelo Edital Universal MCT/CNPq 14/2010.

REFERÊNCIAS

1. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. J bras nefrol [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2012 Jan 20];33(4): 442-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/09.pdf>
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/ Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
3. Souza EF, Martino MF, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2007 Dec [cited 2011 Apr 12];41(4):629-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/12.pdf>
4. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Seganfredo DH, Almeida MA. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2010 Jan/Feb [cited 2012 Mar 15];63(1):122-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a20.pdf>
6. Oliveira SM, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Lima LCEQ, Pinto MH, Poletti NAA. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. Acta paul enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Apr 05];21(spe):169-73. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a06v21ns.pdf>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 1996; 4(2 Supl.):15-25.
8. NANDA. Diagnóstico de enfermagem: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical practice guideline and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target. Am J Kidney Dis. 2007;50:471-530.
10. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3th ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Costa AGS, Santos RMB dos, Vitor AF, Araujo, TL. Nursing diagnosis of patients in treatment of hemodialysis in teaching hospital. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 Jan 25];4(3):1477-83. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1047/pdf_126
13. Yokoyama Y, Suzukamo Y, Hotta O, Yamazaki S, Kawaguchi T, Hasegawa T, et al. Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. Nephrol nurs j [Internet]. 2009 May/June [cited 2012 Mar 22];36(3):289-97. Available from: http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.hdcn.com/ContentPages/50158946.pdf
14. Guimarães CKD, Alves DAG, Guimarães LHCT. Avaliação da qualidade e quantidade do sono em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Rev neurociênc [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 17];19(4):609-13. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/originais%2019%2004/560%20original.pdf>
15. Bastos JPC, Sousa RB, Nepomuceno LAM, Gutierrez-Adrianzen AO, Bruin PFC, Araújo MLLB, et al. Sleep disturbances in patients on maintenance hemodialysis: role of dialysis shift. AMB rev. Assoc Med Bras [Internet]. 2007 [cited 2012 Apr 10];53(6):492-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a14v53n6.pdf>

Submissão: 26/07/2012

Aceito: 11/02/2013

Publicado: 15/03/2013

Correspondência

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão
Avenida Almirante Alexandrino de Alencar
1392 / Ap. 901
Bairro Tirol
CEP: 59015-350 – Natal (RN), Brasil