

Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, portador de insuficiência renal crônica, hospitalizado

Systematization nursing care for elderly patients of chronic renal failure hospitalized

Reginaldo Passoni dos Santos
Daniele Lais Brandalize Rocha

RESUMO: O presente artigo relata a experiência de acadêmicos de enfermagem no processo de elaboração do plano de cuidados à saúde do idoso, portador de Insuficiência Renal Crônica, hospitalizado. A elaboração do planejamento da assistência buscou abarcar o cuidado ao sujeito na sua integralidade. A vivência acadêmica, junto à realidade profissional, fortalecem a habilidade para a aplicação prática do aprendizado teórico relativo às metodologias da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Insuficiência renal; Processos de enfermagem.

ABSTRACT: *This paper reports the experience of a nursing student in the process of preparing the plan of health care of the elderly with Chronic Renal Failure hospitalized. The development of care planning aimed to cover the care to the subject in its entirety. The academic experience with the professional reality strengthens the ability for practical application of theoretical learning methodologies concerning nursing care.*

Keywords: *Health of the elderly; Renal insufficiency; Nursing process.*

Introdução

A Insuficiência renal crônica (IRC) constitui-se como um problema de saúde pública mundial, pois apresenta elevado índice de morbidade e mortalidade (Bastos & Kirsztajn, 2010). Na tentativa de promover o desenvolvimento de atividades de prevenção da IRC, a Sociedade Internacional de Nefrologia, juntamente com a Federação Internacional de Fundações do Rim, instituíram em 2006 o Dia Mundial do Rim (DMR), celebrado desde então, anualmente, em 14 de março.

Todos os anos, várias ações de educação em saúde para a prevenção da doença renal são efetivadas mundialmente (Couser & Riella, 2011).

Em 2011, as práticas de educação em saúde enfatizaram a forte relação entre doenças cardiovasculares (DCV) – em especial a hipertensão – e doenças renais (Hostetter *et al.*, 2011).

No ano de 2012, o foco da campanha promovida por entidades brasileiras teve como tema o *slogan* “Rins em Defesa da Vida”. A ideia foi gerar a sensibilização de autoridades governamentais e população em geral em torno de questões que envolvem a DCV e a IRC (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2012). Neste ano corrente, a campanha teve como tema principal a educação popular para sensibilização acerca da lesão renal aguda, com o *slogan* "Pare de agredir seu rim" (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2013). Bastos e Kirsztajn (2011) declararam que, a vigilância em saúde para a realização de diagnóstico precoce, principalmente entre a população de risco, é a melhor maneira de prevenção e controle da progressão da IRC.

Apesar da reconhecida necessidade, na prática, o diagnóstico precoce ainda é pouco efetivado. Como consequência, todos os anos inúmeros pacientes ingressam direto em um programa de Terapia Renal Substitutiva (TRS) ao darem início ao tratamento da IRC em serviços especializados (Sesso *et al.* 2012).

Riella (2003) cita que, entre os possíveis fatores que barram o rastreamento precoce da IRC de modo mais veemente, está o fato de que a deterioração das funções renais ocorre de forma lenta e assintomática, sendo que os primeiros sinais e sintomas podem emergir apenas quando já houve comprometimento de cerca de 50% da funcionalidade renal.

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, torna-se desafio a instituição de metodologias assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa. Nesse sentido, Linck e Crossetti (2011) lembram que envelhecer caracteriza-se como um processo tangível a todo o ser humano e que o mesmo envolve uma enorme gama de questões biopsicossociais. Diante disso, as autoras ainda relatam que é dever de todo o profissional de saúde – e nesse contexto insere-se o enfermeiro – implantar metodologias estratégicas de assistência consoantes com um acompanhamento holístico do paciente/cliente, no qual todas as suas necessidades são atendidas.

Diante do disposto, a enfermagem deve elaborar um plano de cuidados que objetive organizar a assistência e direcionar as ações, além de possibilitar a avaliação da eficiência e eficácia das intervenções realizadas. Todo este planejamento estratégico para o cuidado faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Instrumento do cuidado profissional que permite o acompanhamento integral do paciente/cliente, bem como de todas as necessidades humanas básicas (Oliveira, Paula & Freitas, 2007).

Silva *et al.* (2012) relatam que, diante da conformação demográfica em que se vive atualmente, na qual o aumento da expectativa de vida passou a ser uma realidade também ao nível de países em desenvolvimento – como o Brasil – é esperado que como consequência haja um crescimento no índice de portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a IRC.

Dessa maneira, Mascarenhas, Pereira, Silva, R.S. e Silva, M.G. (2011) declaram que o enfermeiro desempenha papel de extrema importância no cuidado ao portador de IRC. Isso porque, segundo os autores, este profissional tem, dentre outras, a tarefa de incentivo para o autocuidado através do estabelecimento da boa relação paciente-cliente, favorecendo a aceitação e adesão ao tratamento e plano terapêutico multidisciplinar de maneira positiva. Nessa mesma direção, Moreira e Vieira (2010) inferem que o cuidado ao paciente/cliente com IRC por meio da SAE tem por finalidade promover uma assistência técnico-científica qualificada, além de corroborar para a promoção da qualidade de vida do ser cuidado.

Face ao disposto, o presente artigo relata a experiência de um acadêmico de enfermagem no processo de elaboração do plano de cuidados à saúde do idoso portador de IRC hospitalizado, estabelecido pela sistematização da assistência de enfermagem, a

qual é embasada na Teoria de Enfermagem proposta por Wanda Horta, criada a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow - a qual aborda a hierarquia das necessidades humanas básicas (NHB) -, englobando necessidades fisiológicas, de segurança e proteção, de amor e relacionamento social, de autoestima e, por fim, necessidade de autorrealização pessoal (Neves, 2006).

Metodologia

Realizou-se um estudo de caso clínico, que se apresenta como um método científico frequentemente utilizado por pesquisadores em biociências (Mascarenhas *et al.*, 2011). Segundo Alves, Chaves, Freitas e Monteiro (2007, p.345), a utilização do referido método, na pesquisa em Enfermagem e Saúde, objetiva “[...] realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente [...] com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter os problemas encontrados”. Para Mascarenhas *et al.* (2011), o estudo de caso permite ao profissional estabelecer critérios para a tomada de decisão, de acordo com as necessidades paciente/cliente, constituindo-se, então, como uma ferramenta que fornece subsídios para a práxis profissional de forma específica e direcionada.

O referido estudo foi realizado no mês de março de 2013, em uma unidade hospitalar de clínica cirúrgica de um hospital público da cidade de Toledo, Paraná, no decorrer das práticas do Estágio Supervisionado no Cuidado de Enfermagem em Serviços de Saúde I (ESCESS I). O sujeito eleito para este caso foi uma idosa de 67 anos, portadora de IRC, acompanhada durante o período pós-operatório mediato até o momento da alta hospitalar. No primeiro contato, a paciente foi abordada para que houvesse a apresentação do acadêmico, bem como explicação sobre a metodologia da assistência. Cabe ressaltar que o processo de enfermagem empregado para a assistência ao referido sujeito deste estudo teve total e espontâneo consentimento da paciente. Ainda nessa direção, destaca-se que tendo por base que o presente artigo trata-se de um relato de experiência vivenciada no período de estágio obrigatório, vinculado ao Programa de Aprendizagem (PA) do curso de graduação em enfermagem, compreende-se não haver necessidade de submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Contudo, enfatiza-se que foram respeitados todos os aspectos éticos e legais no decorrer da redação do manuscrito, principalmente, no que tange ao sigilo de informações de identificação do sujeito seguindo o disposto pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleta dos dados ocorreu no momento da consulta de enfermagem, através da utilização de um roteiro elaborado com embasamento na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Horta (como citado em Neves, 2006), utilizado em todas as práticas de estágio curricular do curso, o qual permitiu o levantamento de informações provenientes da anamnese e exame físico. O roteiro constitui-se de duas partes distintas: Anamnese (identificação e dados sociodemográficos e história patológica pregressa e atual); Exame físico (exame físico, sinais vitais e antropometria).

Feita a coleta dos dados, levantaram-se os problemas de enfermagem os quais serviram como base para os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A partir destes, foram estabelecidas as intervenções segundo a *Nursing Intervention Classification* (NIC) para, então, elencar os principais resultados esperados por meio da *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Resultados e Discussão

Descrição do caso

M.E.P, 67 anos, gênero feminino, raça caucasiana, brasileira, natural do Estado do Rio Grande do Sul, casada, aposentada, ensino fundamental incompleto. Relata internamento hospitalar para confecção de fístula arteriovenosa (FAV) a ser utilizada no tratamento hemodialítico. Refere ser hipertensa e portadora de IRC. Apresentando queixa de nictúria, alteração do padrão de sono/vigília, além de edema e artralgia em membros inferiores. Foi observado pouco conhecimento da paciente em relação ao procedimento cirúrgico ao qual foi submetida, bem como em relação à sua doença de base.

Segundo informações colhidas (SIC) com a paciente, em momentos anteriores à internação atual, a mesma já vinha apresentando diversos sinais e sintomas sugestivos

de anemia – como cansaço, fraqueza, inapetência, indisposição, tontura, mal estar e náuseas – e picos hipertensivos recorrentes nos últimos cinco anos. Referiu também ter procurado Unidade de Pronto Atendimento (UPA) várias vezes, nas quais se administrava medicação analgésica e hipotensora para reversão do quadro agudo, porém, sem encaminhamento a serviços especializados para investigação detalhada acerca da casuística dos sinais e sintomas apresentados.

Relatou ainda, que procurou novamente uma UPA no mês de janeiro de 2013 com crise hipertensiva e queixa de dor lombar intensa a esclarecer. Na ocasião, referiu ter realizado exames laboratoriais – os quais evidenciaram anisocitose e hipocromia acentuada – e ultrassonografia de abdômen total apresentando massa sólida alojada em parede de trato urinário (ureter direito) compatível com litíase. Por conta disso, a paciente foi encaminhada ao serviço de nefrologia mais próximo de sua residência para avaliação complementar, a qual resultou no diagnóstico médico de IRC em estágio terminal.

Com relação à situação atual, expressou sentimento de pesar pela falta dos momentos de descontração e rodas de conversas com vizinhas e amigas, uma vez que devido a sua condição de saúde era obrigada a viver "em função" da doença. Adicionalmente, citou a falta da companhia, das brincadeiras e divertimentos com seus netos e netas. Relatou preocupação referente aos cuidados com o lar, afazeres domésticos e animais de estimação.

Ao final da entrevista, foi possível perceber, ainda, sentimento de desesperança com relação à realização do transplante renal e melhoria na qualidade de vida, além de impotência e dificuldade de enfrentamento relacionado à IRC, haja vista que a paciente relatou "não ter forças" para lutar, pois, sua senilidade e o estágio avançado da doença não lhe permitem ter o mesmo pico e ânimo de outrora.

Exame físico

No exame apresentou pele hipocorada, com rede venosa pouco visível e presença de pequenas máculas em região distal de membros inferiores (MMII) e proximal de membros superiores (MMSS). Pelos com boa implantação e sem presença

de sinais flogísticos. Presença de ferida operatória (FO) devido à confecção de FAV em região distal de membro superior esquerdo (MSE) com bom aspecto geral, pontos sem sinais flogísticos e frêmito hipofonético. Crânio normoencefálico, cabelos castanho-escuro, sem oleosidade, ausência de lesões no crânio e face, apresentando face simétrica e com movimentos normais. Acuidade visual prejudicada, mucosa ocular hipocorada, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pavilhões auriculares simétricos, sem lesões, com acuidade auditiva diminuída e canais sem secreções. Narinas alinhadas, sem lesões ou secreções, mucosa oral hipocorada e úmida, lábios embranquecidos, língua na linha média, com mobilidade total e resistente, sem lesões ou fasciculações. Pescoço simétrico, sem intumescimento ou linfonodos palpáveis, pulso carotídeo presente, com mobilidade ativa e passiva restrita devido à presença de cateter venoso central (CVC) tipo duplo lúmen para hemodiálise, com curativo oclusivo local.

Bulhas cardíacas audíveis, com ritmo regular em dois tempos (tum-tac), sem sopros ou atritos, porém, hipofonéticas. Tórax simétrico, implantação dos membros superiores simétrica, respiração torácica com murmúrio vesicular audível em ambos os hemitórax, sem identificação de ruídos adventícios. Abdômen globoso, indefeso, com cicatriz umbilical íntegra, sinais de Piparote e Murphy negativos, ruídos hidroaéreos presentes, fígado e baço não palpável. Sinal de Giordano negativo.

Durante a consulta de enfermagem, manteve-se na companhia do esposo, calma, consciente, comunicativa, lúcida e orientada em tempo/espço. Afirmou não realizar atividades físicas e ingestão hídrica diminuída. Seguindo prescrição médica, afirmou que estava em uso contínuo das seguintes medicações: 01 comprimido de captopril 25 miligramas (mg) por via oral (VO) 02 vezes ao dia; 02 comprimidos de carbonato de cálcio 500 mg VO 03 vezes ao dia; 01 comprimido de ácido fólico VO 01 vez ao dia; 01 comprimido de complexo “B” VO 01 vez ao dia. Confirmou diurese presente com episódios de polaciúria e evacuação ausente há dois dias. A verificação dos sinais vitais apresentou os dados a seguir: Pressão Arterial (PA) 140x80 mmHg; Frequência Cardíaca (FC) 78 bpm; Frequência Respiratória (FR) 12 rpm; Temperatura Axilar 36,2°C; Peso 77 Kg; Altura 1,70 metros; Índice de Massa Corporal 26,64.

Plano de cuidados

A elaboração do planejamento da assistência buscou abarcar o cuidado de enfermagem à referida paciente na sua integralidade, conforme preconiza Horta (1979), tendo como ponto de partida todos os problemas levantados durante a consulta de enfermagem. Após o levantamento dos problemas, seguiu-se ao estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem relacionados, para, enfim, ser proposto o plano de cuidados à paciente.

No quadro 1, é apresentado um exemplo do plano de cuidados elaborado à paciente em questão, a partir do levantamento dos diagnósticos de enfermagem, bem como da identificação das necessidades básicas apresentadas no momento da consulta de enfermagem.

Quadro 1- Plano de cuidados ao idoso portador de IRC

Necessidade Humana Básica	Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Intervenções (NIC)	Resultados esperados (NOC)
FISIOLÓGICA	Padrão de sono perturbado	Determinar as expectativas do cliente/família quanto ao que é sono adequado; Avaliar a ingestão de cafeína e bebidas alcoólicas; Verificar a ocorrência/frequência de enurese; Ajudar o cliente a estabelecer padrões de sono/repouso ideais.	Identificará as intervenções individualmente, apropriadas para promover o sono; Adaptará seu estilo de vida para acomodar-se aos ritmos cronobiológicos; Dirá que houve melhora do padrão de sono/ repouso; Dirá que se sente melhor e mais descansada.
	Mobilidade no leito prejudicada	Determinar os diagnósticos que contribuem para a imobilidade; Determinar os fatores de risco pessoais e a situação atual; assegurar que o telefone/campainha estejam ao alcance do cliente.	Manterá ou aumentará a força e a função da parte corporal afetada; Verbalizará disposição; Verbalizará que compreende a situação/fatores de risco; Demonstrará técnicas/comportamentos que possibilitem o reposicionamento seguro.

SEGURANÇA	Manutenção do lar prejudicada	Viabilizar ajuda para manutenção do lar; Providenciar uma visita/avaliação domiciliar no pré-alta (contatar serviço social); Identificar os recursos comunitários e os sistemas de apoio; Avaliar os recursos financeiros necessários (contratação de empregada/diarista).	Demonstrará menor preocupação com o lar; irá expressar diminuição da ansiedade relacionada à situação; Possibilitará maior vínculo profissional-cliente, o que viabilizará melhor transmissão de informação acerca da doença e condição de saúde.
	Manutenção ineficaz da saúde	Determinar o nível de dependência/independência; Examinar as condições que o cliente vive; Ajudar o cliente a elaborar metas de promoção da saúde.	Assumirá responsabilidade por suas próprias necessidades de promoção da saúde dentro do seu nível de capacidade; Realizará alterações no estilo de vida que favorecem as metas individuais de promoção da saúde.
Amor/Relacionamento	Processos familiares interrompidos	Identificar os componentes da família; Observar os padrões de comunicação dessa família; Determinar as expectativas de papéis dos membros da família; Envolver a família no planejamento assistencial.	Manutenção dos processos familiares; Participação efetiva de todos os membros em todos os processos de assistência ao cliente; Expressará livre e adequadamente seus sentimentos relacionados ao apoio familiar.
	Interação social prejudicada	Rever a história social com o cliente/família; Encenar modificações de comportamento social e conversar sobre seu impacto; Entrevistar familiares, amigos(as); vizinhos etc.	Expressará o desejo em realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais e relações interpessoais; Desenvolverá um sistema de apoio social eficaz; Apresentará autorreforço positivo diante das mudanças.
Autoestima	Sentimento de impotência	Determinar a percepção do cliente sobre sua condição; Avaliar a resposta ao regime terapêutico; Ajudar o cliente a identificar o que ele pode fazer por si mesmo.	Fará escolhas relacionadas com seu tratamento e ficará envolvido; Identificará as áreas sobre as quais pode ter controle; Expressará seu sentimento de controle sobre a situação atual e o desfecho futuro.
	Desesperança	Empenhar-se para evitar situações que possam gerar sentimentos de isolamento; Encaminhar para outros recursos assistenciais.	Identificará e utilizará os mecanismos de enfrentamento para lidar com os sentimentos de desesperança; Reconhecerá e verbalizará seus sentimentos.

Autorealização pessoal	Enfrentamento ineficaz	Avaliar a capacidade de entender os acontecimentos; Explicar a doença, procedimentos e fatos de maneira concisa e simples; Orientar cliente e família acerca das limitações/restrições e cuidados gerais no pós-alta.	Verbalizará que reconhece suas próprias habilidades de enfrentamento; Avaliará claramente sua situação atual; Identificará os comportamentos de enfrentamento ineficaz e suas consequências; Identificará estratégias de promoção/manutenção da qualidade de vida no pós-alta, dentro das possibilidades.
	Sentimento de pesar antecipado	Determinar a resposta da família à situação/preocupações do cliente; Identificar/promover os sistemas de apoio familiar/social; Reforçar o sentimento de confiança na equipe.	Contemplará/planejará o futuro, um dia de cada vez; Reconhecerá o apoio familiar no enfrentamento da situação atual; Reconhecerá o impacto/efeito do processo de pesar antecipado sobre a situação atual.

O modelo conceitual de Horta e a práxis profissional

Na busca pela instituição de uma metodologia capaz de garantir assistência de enfermagem de forma holística e com abdicação ao modelo tecnicista em vigor à época, Wanda de Aguiar Horta desenvolveu, em 1960, o instrumento, que mais tarde, seria considerado a “bússola” para a prática de enfermagem no Brasil (Kletember, Siqueira & Mantovani, 2006). Amante, Rossetto e Schneider (2009, p.55) aludem, que “os modelos teóricos têm contribuído muito na prática assistencial da enfermagem [...]”.

Nessa perspectiva de contribuição para com a práxis profissional e, se sustentado pelos pilares das NHB de Abraham Maslow, o modelo teórico de Horta procura garantir ao enfermeiro a possibilidade de elencar critérios para a tomada de decisões com autonomia e independência, conquanto que sejam amparadas pelo conhecimento científico (Silva *et al.*, 2011). Tal autonomia e independência profissional consolidaram-se com a criação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE)

7.498 no ano de 1986. Com esta lei, o enfermeiro passou a ser o responsável legal pela implantação da SAE nas instituições de saúde (Kletemberg *et al.*, 2010).

Silva *et al.* (2011) inferem que o advento da preconização do processo de enfermagem feito por Horta possibilitou a transcendência da práxis profissional. O cuidado, antes com foco curativo e unidimensional, passou a ser dispensado por meio de uma visão profissional multidirecionada. As autoras expressam ainda que, ao desenvolver um modelo processual/sistematizado de assistência, Horta procurou admitir todos os fatores determinantes e condicionantes básicos à recuperação do ser cuidado. Por conta disso, a assistência de enfermagem apoiada em seu modelo conceitual deve compreender o cliente/cliente como um todo, desde os fatores inerentes às suas necessidades biofisiológicas quanto aos relacionados às necessidades de auto-realização.

Tão importante quanto estabelecer intervenções para o cuidado, faz-se necessário realizar o acompanhamento rotineiro do paciente, a fim de avaliar e registrar a evolução deste com relação aos resultados obtidos frente às medidas intervencionistas, analisando se estes resultados estão em consonância com o que se esperava para determinada ação/intervenção (Ochoa-Vigo, Pace, Rossi & Hayashida, 2001). A importância do acompanhamento de enfermagem para avaliação da evolução do paciente se dá, dentre outros motivos, pelo fato de que, ao portador de IRC que se encontra hospitalizado especificamente para confecção de FAV, a assistência de enfermagem deve procurar estabelecer um plano de cuidados que viabilize a prevenção e identificação precoce de processos inflamatórios e/ou infecciosos. Dessa forma, é preciso estar atento tanto para sinais e sintomas de complicações trombóticas, quanto para complicações não trombóticas, que nem sempre surgem e/ou são identificadas logo nas primeiras avaliações (Marques, Pereira & Ribeiro, 2005).

Ressalta-se, ainda, que a utilização da SAE enquanto instrumento de organização do processo de trabalho possibilita ao profissional a elaboração de "[...] metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado" (Nascimento, Backes, Koerich & Erdmann (2008, p.644). Nesse sentido, considera-se imprescindível que o portador de IRC tenha um acompanhamento multiprofissional (Silva *et al.*, 2008). Dessa forma, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009) instituiu que a implantação da SAE é tarefa privativa do enfermeiro; no entanto, essa tarefa deve ser

exercida como parte de um todo, ou seja, integrar o cuidado multiprofissional e multidimensional ao paciente/cliente.

Atenção à saúde do portador de IRC

Na tentativa de estabelecer diretrizes públicas de atenção à saúde do paciente renal crônico, criou-se em 15 de junho de 2004 a Portaria n.º 1.168, do Gabinete do Ministério. A partir da referida portaria, instituiu-se a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica (PNAPDRC). A mesma dispõe, dentre outras, sobre as atividades a serem desenvolvidas pela equipe multiprofissional no âmbito da assistência primária, secundária e terciária à saúde do portador de doença renal (BRASIL, 2004).

Diante do supracitado, é necessário que a enfermagem saiba de que maneira contribuirá à assistência ao portador de IRC, haja vista que esta equipe insere-se como membro efetivo do cuidado ao renal crônico. Dessa forma, de acordo com Oller *et al.* (2012), o papel da equipe de enfermagem relaciona-se, dentre outros, com a educação em saúde para o autocuidado, fortalecimento do vínculo profissional-paciente, de modo a facilitar a adesão à modalidade terapêutica e ao planejamento de cuidado, condizente com características e limitações individuais. Nessa mesma direção, cabe ressaltar que o idoso em TRS necessita, ainda, que a equipe ofereça apoio de ordem emocional e psicológica. Isso porque, devido às características da IRC, em muitos casos quando o idoso dá início ao tratamento da doença, o mesmo é diretamente inserido na modalidade terapêutica hemodialítica, fato este gerador de diversas transformações que vão além das alterações biofisiológicas (Fortes, Greggianin & Leal, 2006).

Os diagnósticos de enfermagem identificados por meio da aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem a paciente do presente estudo são decorrentes das complicações multifatoriais próprias da IRC. Entretanto, constitui-se como de extrema importância que a equipe de enfermagem trabalhe veementemente na tentativa de minimizar tais complicações (Dallé & Lucena, 2012).

Kusumota *et al.* (2008) relatam que a equipe deve estar atenta aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente/cliente, dispensando uma atenção especial às

complicações que interferem significativamente na qualidade de vida (QV), além de incorporar o núcleo familiar e social do sujeito no planejamento de cuidados.

Nesse sentido, Alves, Leite e Machado (2010) discorrem que a incapacidade funcional pode influenciar negativamente na QV do doente renal. Com isso, as autoras dissertam ainda que a equipe de saúde pode promover a melhoria dessa capacidade por meio de atividades que estimulam a aptidão funcional e cognitiva do sujeito, desde que tais atividades permitam que o profissional reconheça as limitações de cada paciente/cliente.

Finalmente, é válido reforçar que a equipe de enfermagem e saúde deve estar atenta para que todas as necessidades apresentadas pelo paciente/cliente sejam atendidas de maneira integral e humanizadas. O ser enfermo, portador de afecção crônica, deve ser compreendido como aquele que apresenta inúmeros motivos para o afloramento de sentimentos relacionados à desesperança, impotência e baixa autoestima crônica, fatores estes veementemente contribuintes para a não adesão ao tratamento terapêutico. Destarte, faz-se necessário que a equipe mantenha um olhar atento não apenas para as questões biofisiológicas, mas também para questões relacionadas à subjetividade do cliente, à importância de uma postura ativa e comprometida, mostrando, ainda, que todas as suas ações ou passividades afetarão diretamente sua saúde e, por conseguinte, sua qualidade de vida.

Considerações Finais

A aplicação da SAE para o cuidado da paciente idosa portadora de IRC que se encontrava hospitalizada serviu como base para orientar e direcionar o cuidado. Além disso, as respostas da paciente frente às intervenções implementadas mostraram-se positivas, o que fortaleceu a comprovação da eficácia da SAE como subsídio para o cuidado holístico.

Outra questão de grande relevância diz respeito às orientações para alta. A utilização do modelo sistematizado da assistência corroborou para o aconselhamento e orientação em saúde de maneira clara, objetiva e de acordo com as necessidades ainda apresentadas no momento da alta hospitalar, ressaltando que tais orientações compreendidas tanto pelo paciente/cliente como pelos familiares.

Por fim, conclui-se que a vivência de futuros enfermeiros junto à realidade profissional fortalece o conhecimento técnico-científico destes, bem como a habilidade para aplicação prática do aprendizado teórico relativo às metodologias da assistência de enfermagem.

Referências

- Alves, A.R., Chaves, E.M.C., Freitas, M.C. & Monteiro, A.R.M. (2007, jun.). Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpura. *Rev Bras Enferm*, 60(3), 344-347. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a19.pdf>.
- Alves, L.C.; Leite, I.C. & Machado, C.J. (2010). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*, 44(3), 468-478. Recuperado em 04 abril, 2013, de: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n3/10.pdf>.
- Amante, L.N., Rossetto, A.P. & Schneider, D.G. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Rev Esc Enferm USP*, 43(1), 54-64. Recuperado em 04 abril, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>.
- Bastos, M.G. & Kirsztanj, G.M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras*, 56(2), 248-253. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.
- Bastos, M.G. & Kirsztanj, G.M. (2011, mar.). 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 Nefrol*, 33(1), 93-108. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>.
- BRASIL. (2004). *Portaria n.º 1.168, de 15 de junho de 2004*. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Recuperado em 05 abril, 2013, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm.
- COFEN (2009). Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN 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. Recuperado em 25 março, 2013, de: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
- Couser, W.G. & Riella, M.C. (2011). World Kidney day 2011 – Protect your kidneys, save your heart. *Arch Med Sci.*, 7(1), 1-4. Recuperado em 15 março, 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3258693/pdf/AMS-7-1-1.pdf>.

- Dallé, J. & Lucena, A.M. (2012). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.*, 25(4), 504-510. Recuperado em 05 abril, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/04.pdf>.
- Fortes, V.L.F., Greggianin, B.O. & Leal, S.C. (2006). Cuidado de enfermagem ao idoso em terapia renal substitutiva. Porto Alegre (RS): *Estud Interdiscip Envelhec.*, 10(s/n.º), 91-104. Recuperado em 04 abril, 2013, de: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4799/2704>.
- Horta, W.A. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo (SP): E.P.U.
- Hostetter, T.H., Kochis, D.J., Shaffer, R.N., Chertow, G., Harmon, W.E., Klotman, P.E. et al. (2011). World Kidney Day 2011. *J Am Soc Nephrol*, 22(3), 397-398. Recuperado em 05 jan., 2013, de: <http://jasn.asnjournals.org/content/22/3/397.full.pdf>.
- Klettemberg, D.F., Siqueira, M.T.D. & Mantovani, M.F. (2006, dez.). Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. *Esc Anna Nery R Enferm.*, 10(3), 478-486. Recuperado em 02 abril, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a17.pdf>.
- Klettemberg, D.F., Siqueira, M.T.D., Mantovani, M.F., Padilha, M.I., Amante, L.N. & Anders, J.C. (2010, fev.). O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. *Rev Bras Enferm.*, 63(1), 26-32. Recuperado em 26 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>.
- Kusumota, L., Marques, S., Haas, V.J. & Rodrigues, R.A.P. (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm.*, 21(n.º especial.), 152-159. Recuperado em 05 abril, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>.
- Linck, C.L. & Crossetti, M.G.O. (2011, jun.). Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32(2), 385-393. Recuperado em 15 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a24v32n2.pdf>.
- Mascarenhas, N.B., Pereira, A., Silva, R.S. & Silva, M.G. (2011, fev.). Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. *Rev Bras Enferm.*, 64(1), 203-208. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a31.pdf>.
- Moreira, D.S. & Vieira, M.R. (2010, mar.). Crianças em tratamento dialítico: a assistência pelo enfermeiro. *Arq Ciênc Saúde*, 17(1), 27-34. Recuperado em 15 março, 2013, de: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL4_jan-mar_2010.pdf.
- Nascimento, K.C., Backes, D.S., Koerich, M.S. & Erdmann, A.L. (2008). Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*, 42(4), 643-648. Recuperado em 25 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>.
- Neves, R.S. (2006, ago.) Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*, 59(4), 556-559. Recuperado em 24 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a16v59n4.pdf>.
- Ochoa-Vigo, K., Pace, A.C., Rossi, L.A. & Hayashida, M. (2001, dez.). Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 35(4), 390-398. Recuperado em 25 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>.

Oliveira, M.L., Paula, T.R. & Freitas, J.B. (2007). Evolução histórica da assistência de enfermagem. *ConScientia e Saúde*, 6(1), 127-236. Recuperado em 20 março, 2013, de: http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v6n1/cnsv6n1_3m18.pdf.

Oller, G.A.S.A., Ribeiro, R.C.H.M., Travagim, D.S.A., Batista, M.A., Marques, S. & Kusumota, L. (2012, dez.). Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 20(6), 1033-1044. Recuperado em 04 abril, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/04.pdf>.

Riella, M.C. (2003). *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. (4ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.

Sesso, R.C.C., Lopes, A.A., Thome, F.S., Lugon, J.R., Watanabe, Y. & Santos, D.R. (2012, set.). Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *J. Bras. Nefrol.*, 34(3), 272-277. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>.

Silva, B.C.O., Carvalho, G.R.P., Carvalho, I.S., Neto, A.V.L., Nunes, V.M.A. & Araujo, R.D.T. (2012, jun.). Experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 179-189. On line ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 20 março, 2013, da: URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13815/10190>.

Silva, D.G., Freibergger, M.F., Silva, J.L., Vale, J.S. & Gonçalves, J.C.R. (2011). O marco de Wanda Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb.*, 2(slp.1), 56-59. Recuperado em 26 março, 2013, de: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/68/58>.

Silva, F.V.C., Avesani, C.M., Sheffer, C., Lemos, C.C.S., Vale, B., Silva, M.I.B. *et al.* (2008). Tratamento da Doença Renal Crônica: estratégias para maior envolvimento do paciente em seu auto-cuidado. *J Bras Nefrol*, 30(2), 83-87. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.alchieri.pro.br/documentos/insuficienciarenal78788.pdf>.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). (2012). *Dia Mundial do Rim 2012*. Recuperado em 05 janeiro, 2013, de: <http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). (2013). *Dia Mundial do Rim 2013*. Recuperado em 20 março, 2013, de: <http://www.sbn.org.br/index.php?outrasCampanhas2013&menu=6>.

Recebido em 01/09/2013

Aceito em 30/09/2013

Reginaldo Passoni dos Santos - Graduando da Escola de Saúde e Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-SP). Departamento de Enfermagem.
E-mail: reginaldo.passoni@pucpr.br

Daniele Lais Brandalize Rocha - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Saúde e Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-SP). Departamento de Enfermagem.
E-mail: enferdani2004@yahoo.com.br