



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ALZIRA VIANA

**GRUPOS DE RISCO:
O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA
INSUFICIÊNCIA RENAL**

ARIQUEMES-RO

2012

Alzira Viana

**GRUPOS DE RISCO:
O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA
INSUFICIÊNCIA RENAL**

Monografia apresentado ao curso de
Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Educação e Meio Ambiente - FAEMA
como requisito parcial a obtenção do grau de
bacharelado em: Enfermagem

Prof^a. Orientadora: Ms. Mônica Fernandes
Freiberger

Ariquemes-RO
2012

ALZIRA VIANA

GRUPOS DE RISCO:

**O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA
RENAL**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem, da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente Como requisito
parcial á obtenção do grau de Bacharelado.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora: Ms. Mônica Fernandes Freibeger
Faculdade de Educação e meio ambiente FAEMA

Prof^a. Esp.Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp.Sharon Maclaine Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 19 de Junho de 2012

A Deus por tudo que me fortalece
A meu esposo Edson pela paciência e
dedicação. As minhas filhas Michele
Viana Santos e Cleiciele Viana Santos
que fazem parte da minha estrutura
amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos: o Deus, que através da força do teu espírito, me fez superar as dificuldades encontradas no meu caminho e conseguir mais uma conquista ao concluir este trabalho.

Durante estes quatros últimos anos muitas pessoas participaram da minha vida. Algumas já de longas datas, outras mais recentemente.

Dentre estas pessoas algumas se tornaram muito especiais, cada uma ao seu modo, seja academicamente ou pessoalmente.

Aos meus familiares por me ajudarem, direta ou indiretamente, nesta minha etapa.

As minhas filhas, que tiveram sempre do meu lado e o meu esposo por entender minhas falhas todas as vezes que deixei de dar a atenção devido à dedicação ao estudo.

Aos meus pais Miro e minha mãe Fátima, por terem me permitido existir e que, mesmo longe, acompanharam-me.

Aos meus Irmãos, e toda minha família pelo interesse constante sobre a minha vida acadêmica.

À minha Mestra orientadora Professora Mônica Fernandes Freiburger pela dedicação, paciência, e apoio que teve comigo, fazendo com que este sonho se tornasse realidade.

Aos meus colegas de curso que compartilharam comigo seus conhecimentos.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram ou torceram pela concretização desta pesquisa a minha gratidão.

Aos meus amigos, que direta e indiretamente me auxiliaram a trilhar este caminho.

A todos os meus professores que são os maiores responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, compartilhando a cada dia os seus conhecimentos conosco

À banca examinadora que, ao me questionar e sugerir modificações neste estudo colaborou para meu crescimento pessoal e profissional.

Invista na prevenção, não espere a doença chegar,

A saúde preventiva faz bem às pessoas,

E ao meio ambiente.

Adelmar Marques Marinho

RESUMO

Este estudo identifica por meio de literaturas a atuação do enfermeiro nos grupos de risco para Insuficiência Renal, dentre eles os Hipertensos e Diabéticos. Para este estudo foi realizada uma pesquisa de revisão sistemática de literatura de caráter exploratório, descritiva e quantitativa. Como fontes de pesquisa foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Foram encontrados 2.023 artigos e destes, foram identificados 66 artigos relevantes à pesquisa. Estes foram lidos criteriosamente na sua íntegra, entretanto 38 artigos foram selecionados, pois atendiam rigorosamente os critérios de inclusão. Os resultados encontrados identificam que a prevenção de agravos é a melhor opção de tratamento. Portanto atuação enfermeiro é primordial em todos os níveis de assistência, principalmente nos níveis primários, dentro desta conduta planejar ações protetoras que identifiquem os fatores de risco relacionado aos grupos expostos à lesão renal principalmente na fase inicial do tratamento.

Palavras-chave: Insuficiência renal, Grupo de risco Educação em saúde.

ABSTRACT

This study is identified through literature of nurses' actions in risk groups for kidney failure, among them, Hypertensive Diabetics. For this study a survey was held, a systematic review of the literature and exploratory, descriptive and quantitative. The sources for the research came from the databases of the Virtual Health Library (VHL), Julius Bordignon Library of the Faculty of Education and the Environment – Faema and the Virtual Library and Ministry of Health. In approach of this survey 2023 articles were found, and 66 articles were identified as relevant. These were carefully completely read, however 38 articles were selected rigorously with the inclusion criteria. The results show, that disease prevention is the best option for treatment. Therefore nurses and the primary role in all levels of health care, especially the primary levels, with this plan, perform protective actions that identify the risk factors related to groups with risk of renal injury in the initial phase of treatment.

Key Words: renal failure, risk group, health education

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1- Patologias que podem leva a lesão renal	18
Figura 2- Paciente em Tratamento por Instituição Pública e Privada.....	20
Quadro 1 - As diferenças básicas entre hemodiálise e diálise peritoneal	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DR	Doença Renal
DECS	Descritores
DM	Diabetes Mellitus -
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IR	Insuficiência Renal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FG	Filtrado Glomerular
HÁ	Hipertensão Arterial
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SciELO	Scientific Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
SRA	Sistema Renina Angiotensina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATUR	16
4.1 FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL.....	16
4.2 OS FATORES E GRUPO DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA RENAL.....	22
4.2.1 OS PRINCIPAIS GRUPOS DE RISCOS.....	23
4.3 AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA IR.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis-(DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% das mortes em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos, são atribuíveis às doenças cardiovasculares, renais, diabéticas e às doenças respiratórias e entre outras. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, o estilo de vida da população contribui para o aumento dos fatores de risco, que são originados pelo próprio indivíduo, levando-o a fazer parte dos grupos de risco e o aumento das comorbidades. (BRASIL, 2011f).

Diante desta problemática, este trabalho descreve atuação do enfermeiro na prevenção das complicações das doenças crônicas, o profissional enfermeiro atuar no planejamento com medidas preventivas para identificar e controlar os fatores de risco, relacionados aos portadores de doenças crônicas, que possam levar à Insuficiência Renal (IR). Dentre essas medidas devem haver ações que minimizem as complicações na fase inicial, em especial para portadores de diabetes, hipertensão arterial, familiares com histórico de doença renal. Estudos apontam que essas são as principais patologias dos grupos de risco para desenvolverem a IR. (JUNIOR, 2004, 2008).

Conforme apontado, a hipertensão arterial apresenta-se como fator causal da insuficiência renal, pois provoca uma agressão nos tecido dos vasos sanguíneos pela alta pressão no sistema cardiovascular e renal, tornando-se um alto risco para o organismo. Outro fator de risco registrado é o diabetes que pode afetar os vasos sanguíneos, provocando danos permanentes aos rins, onde o primeiro sinal de problema renal é a presença de albumina na urina. O risco torna-se potencializado quando ocorre a associação da hipertensão e o diabetes. (JUNIOR, 2008; FUNDAÇÃO, NACIONAL DO RIM, 2007).

Segundo Junior (2004), a Insuficiência Renal Crônica é caracterizada por uma perda progressiva e irreversível da função glomerular, tubular e endócrina dos rins. Na fase mais avançada, denominada de fase terminal, ocorre a perda total de todas as funções dos rins, quando o indivíduo tem a necessidade e a total dependência do tratamento substitutivo ou transplante renal. Quando se chega a este estágio, os rins

não conseguem mais realizar sua função de manter a normalidade interna do organismo. Devido a esta falha, ocorre um acúmulo de excreta metabólica no organismo, podendo apenas ser removido com o processo de filtração do sangue, através do tratamento de hemodiálise ou diálise.

O portador de doença renal se depara com um grande desafio, por envolver mudanças de hábitos que estão relacionados à alimentação, prática de exercícios físicos, uso contínuo de drogas medicamentosas e auxílio de profissionais para orientá-lo quanto à importância da adesão ao tratamento e ajudá-lo adaptar-se a um novo estilo de vida para o controle da doença. (BARBOSA; VALADARES 2009)

Na atuação do enfermeiro junto aos grupos de risco para IR, observa-se a vivência de cada indivíduo no contexto saúde-doença, como único e individualizado, observando sua instrução quanto ao conhecimento da patologia em seu contexto de vida. Desta forma, fica evidente como cada paciente vai aderir ao tratamento. E por este motivo e outros, é necessário a sensibilidade do profissional de saúde para perceber cada indivíduo como único e então, planejar ações individualizadas conforme a necessidade do paciente, para melhor adesão ao tratamento proposto. (MALDANER; BRONDANI; PALETTO, 2008; FREITAS et al., 2010).

Portanto, o enfermeiro deve ter uma visão holística, colocar como princípio orientador, o foco de sua atenção, a pessoa e não a doença; transformando a relação do cuidado de maneira humanizada à medida que o indivíduo torna-se um sujeito ativo, que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento. (MALDANER; BRONDANI; PALETTO, 2008).

O enfermeiro é um dos profissionais que atuam de modo mais constante e mais próximo aos pacientes, planejando ações e intervenções que auxiliam quanto ao cuidado com as doenças de base e, possíveis complicações, que possam levar à Insuficiência Renal. Através de medidas educativas, o enfermeiro atua na avaliação individualizada do paciente, numa tentativa de ajudá-lo reaprender a viver num novo estilo de vida, para seu melhor tratamento e reabilitação. (BARBOSA; VALADARES, 2009; MICHELI; ALVES, 2008).

Uma das atribuições do enfermeiro junto à equipe de saúde é detectar os fatores de risco que podem ser prevenidos quanto ao desenvolvimento da IR e seus possíveis agravos, contribuindo assim para a adesão de medidas de prevenção e tratamentos propostos. Enfim, este estudo tem como objetivo, descrever as ações

de enfermagem aos grupos de risco para prevenção da Insuficiência Renal.
(BARBOSA; VALADARES, 2009; MICHELI; ALVES, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever ações de enfermagem aos grupos de risco na prevenção de Insuficiência Renal.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descrever a Fisiopatologia da IR;
- Relacionar os fatores e grupos de risco para IR;
- Relacionar as ações de enfermagem na prevenção da Insuficiência Renal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática de literatura de caráter exploratório, descritiva e quantitativa, na qual se procurou transformar as informações levantadas dos estudos em aplicabilidade para o conhecimento científico, a fim de possibilitar uma melhor compreensão da atuação do enfermeiro na prevenção da Insuficiência Renal. O estudo foi realizado entre fevereiro de 2012 á maio de 2012, respeitando-se as seguintes etapas metodológicas: definição do problema, objetivo do estudo, critérios de inclusão/exclusão, busca, avaliação crítica, coleta e síntese de dados.

A questão norteadora elaborada para a seleção de literatura foi: qual o conhecimento científico produzido sobre as ações de enfermagem nos grupos de risco para prevenção da Insuficiência Renal.

A estratégia para a busca eletrônica utilizada neste estudo foi ampla. Foram utilizadas as bases de dados da BVS, Manuais do Ministério da Saúde e Acervo da Biblioteca JúlioBordignon da FAEMA.

Para o levantamento dos artigos utilizou-se os seguintes descritores: Insuficiência Renal, Grupos de Risco, Educação em Saúde, estabelecendo espaço de temporal entre 2000 á 2012, baseados nos títulos e resumos, com os seguintes critérios de inclusão: periódicos publicados e escritos em línguas nacional e inglesa a acessados na íntegra que estavam relacionados ao objeto de estudo, foram excluídos artigos incompletos, fora da temática e delimitação temporal e que não correspondiam aos objetivos de estudo.

Foram encontrados 1.023 artigos e destes, foram identificados 68 artigos relevantes à pesquisa. Estes lidos criteriosamente na sua íntegra, entretanto, 38 artigos foram selecionados, pois atendiam rigorosamente aos critérios de inclusão em que foram organizados de acordo com os objetivos deste estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, a diminuição progressiva da função renal compromete a manutenção, essencialmente, de todos os outros órgãos. (BASTOS, 2010).

Os rins são órgãos pares de forma semelhantes ao grão de feijão. No indivíduo adulto, mede 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura, e pesa entre 125 e 170 gramas. Com o envelhecimento, esse peso tende a diminuir e em crianças o peso varia. O nefro é a unidade funcional do rim, localiza-se no córtex renal, é composto por glomérulo, túbulo proximal, alça de henle e túbulo distal. Vários túbulos distais unem-se, formando túbulos ou ductos coletores. Cada rim possui aproximadamente 700 mil a 1,2 milhões de nefros. (RIELLA, 2003. p 68).

Os rins desempenham duas funções primordiais no organismo: a eliminação de produtos terminais do metabolismo orgânico, como uréia, creatinina e ácido úrico entre outras substâncias; e o controle das concentrações da água e da maioria dos constituintes dos líquidos do organismo, tais como sódio, potássio, cloro, bicarbonato e fosfatos. Os principais mecanismos através dos quais os rins exercem suas funções são: a filtração glomerular, a reabsorção tubular e a secreção tubular de diversas substâncias do organismo. (RIBEIRO, 2008).

Os rins têm como função a filtração do plasma. É responsável pela depuração de produtos químicos endógenos e exógenos, manutenção do volume e da composição química dos líquidos corporais, síntese de eritropoetina, que tem a função principal de regular a eritropoiese, nome que se dá à produção de células vermelhas que fazem a regulação do metabolismo dos minerais. (FREITAS et al., 2010).

Certificar a Filtração Glomerular-(FG) é a melhor medida de avaliar o funcionamento renal em indivíduos normais ou portadores da doença crônica. O nível da FG varia com a idade. No caso de idoso o FG é menor; a avaliação é diferenciada quanto ao sexo, massa muscular, e a altura também influencia. (BASTOS, 2010).

De acordo com Bastos (2010), FG diminui com o passar da idade, o FG menor que 60ml/min representa diminuição de cerca de 50% da função renal. Abaixo deste nível aumenta-se a prevalência das complicações da doença renal, podendo o portador precisar de possível tratamento substitutivo. Quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min é determinada a falência funcional renal.

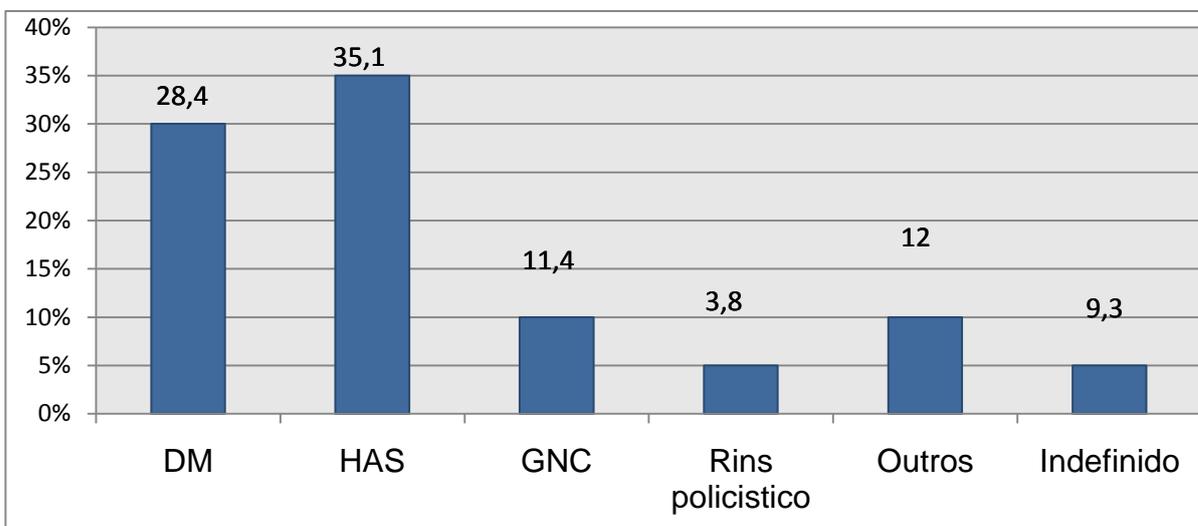
A doença renal leva a degradação da função renal de forma lenta e progressiva, especialmente pela redução do número de nefros funcionais. Só é percebida a redução do número dos nefros funcionais abaixo de 70% do normal, enquanto a quantidade de nefros for maior que 70% o portador vive sem apresentar grandes problemas. (FERREIRA et al., 2008).

Na Insuficiência Renal Aguda-IRA ocorre uma perda súbita e quase que completa da função renal durante um período de horas a dias. Manifesta-se com oligúria, anúria ou volume urinário normal. A oligúria é de 400 ml de urina por dia já a anúria é a mais comumente observada com o volume menos de 50 ml de urina por dia. O volume de urina excretado no paciente com IRA apresenta níveis séricos crescentes de uréia e creatinina e retenção de outros produtos residuais metabólicos, normalmente excretados pelos rins. (SMELTZER; BARE, 2006).

Já a Doença Renal Crônica-(DRC), provoca lesões irreversíveis, com perda progressiva da função renal. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica ou terminal, quando os rins não conseguem realizar a remoção das excretas metabólicas retida no organismo e manter o equilíbrio das suas funções regulatórias, excretórias e endócrino. Devido a esse desequilíbrio, o portador apresenta-se em estado debilitante com alterações metabólicas, que normalmente são eliminadas na urina, agora acumuladas nos líquidos corporais em consequência da excreção renal comprometida. (HIGA, 2008).

Geralmente, quando o indivíduo tem o diagnóstico de portador de Insuficiência Renal Crônica-(IRC), os primeiros problemas a serem demonstrados são o isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de locomoção em razão do estado clínico geral, impossibilidade de passeios, viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, como: prática de esportes, disfunção sexual entre outros. (MARTINS; CESARIANO, 2005).

O diagnóstico da DR baseia-se na identificação dos grupos de risco, conhecendo a doença de base e a presença de alterações em exames como: de urina pode mostrar a presença de proteína, cuja presença continuada pode indicar uma lesão renal em fase inicial. A creatinina é uma substância do sangue que é filtrada pelos rins, por isso o seu aumento no sangue significa que há uma diminuição da função dos seus rins. Com a dosagem da creatinina no sangue o médico pode, através de fórmulas simples, calcular a filtração glomerular. (SBN, 2007).



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011

Figura 1: Patologias que podem levar à lesão renal

O diagnóstico também pode ser sugerido pela associação de manifestações inespecíficas, como: fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria e edema, principalmente de membros inferiores e abdome. (RIBEIRO et al. 2008).

Os sinais e sintomas da lesão renal são: nictúria, poliúria, oligúria, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, anorexia, confusão, sonolência e coma, devido à grande quantidade acumulada de excretas nos líquidos corporais, na falta da função renal. Nas formas avançadas de IRC todos os órgãos e tecidos sofrem seus efeitos por sofrerem uma grande sobrecarga. (RIBEIRO et al., 2008).

O encaminhamento para o tratamento da IRC depende da evolução da doença, o qual, inicialmente, poderá ser conservador, através de medidas

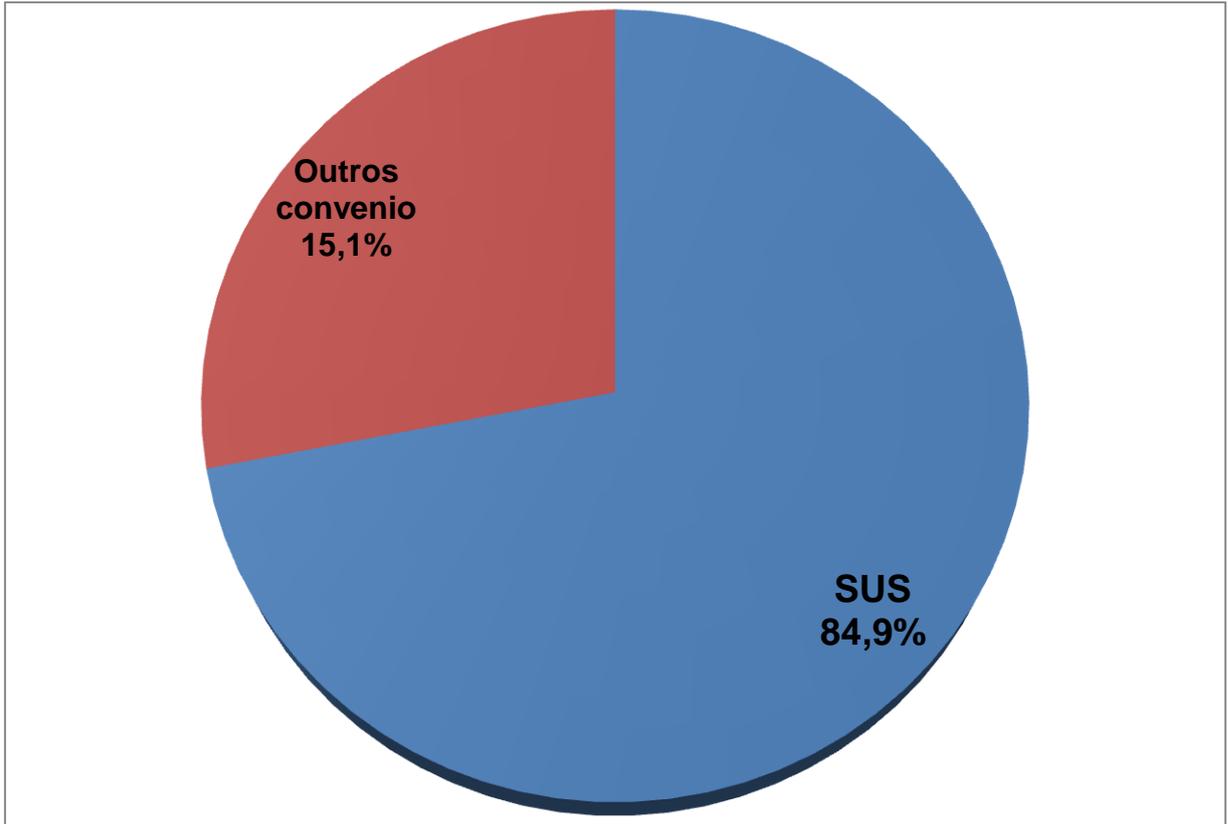
terapêuticas medicamentosas e dietéticas e o acompanhado por meio de orientações quanto à importância do tratamento conservador, evitando ou prorrogando assim, a dependência da máquina de hemodiálise. (RAMOS et al., 2007).

A doença renal tem progredido de modo que tornou-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, devido à alta taxa de morbidade e mortalidade. A taxa de incidência e prevalência, relacionada à comorbidade, devido às complicações e agravos, bem como a evolução para os estágios avançado, faz da DR um processo insidioso, que evolui no início, sem grandes sintomatologias, onde o portador pode apresentar lesões nos rins durante muitos anos, até atingir a fase terminal, levando-o a duas escolhas: o tratamento substitutivo por métodos dialíticos ou o transplante renal. (OLIVEIRA; GUERRA, 2010).

O tratamento substitutivo por métodos dialíticos faz-se necessário quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica, tornam-se insuficientes e o organismo não respondendo a essas medidas; necessita de filtragem artificial, de depuração do sangue de substâncias como a creatinina e a uréia que devem ser eliminadas da circulação sanguínea, devido à deficiência no mecanismo de filtragem dos rins. Nesse estágio, o portador de IRC já começa a ser orientado quanto à possibilidade de submeter-se a um transplante renal e, a conscientização da família sobre o transplante, deve ser realizada. (RAMOS et al., 2007; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

O tratamento renal no Brasil cresceu progressivamente e a prevalência de pacientes, mantidos em programas crônicos de diálise, mais que dobrou nos últimos oito anos; de 24.000 pacientes mantidos em programas dialítico em 1994, alcançou em 2004, 59.153 pacientes neste tratamento. (TERRA et al., 2010).

O número de novos casos cresce 8% ao ano, com 18.000 pacientes em 2001. O gasto com programas de diálise e transplante renal situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano; são procedimentos de alto custo para as clínicas de hemodiálise e para o Governo. Segundo o censo 2011 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o paciente em tratamento pelo SUS é de 84,9% em quanto por outros convênios é de 15,1%. Portanto, a incidência de portadores de Insuficiência Renal em tratamento pelo SUS é superior. (TERRA et al., 2010).



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011

Figura 2: Porcentagem de Pacientes em Diálise por Instituição Pública e Privada

O tratamento de diálise ou hemodiálise significa a tentativa de sobrevivência do paciente ao atingir o estágio terminal da doença renal. Isto significa que a pessoa terá que se deslocar de sua casa, em geral, três vezes por semana, e ficar mantido numa máquina por um período aproximado de quatro horas por sessão. Essa máquina representa um rim artificial externo, que irá filtrar o sangue e devolvê-lo ao corpo do paciente, livre das substâncias acumuladas, devido à falha dos rins. (SBN, 2007).

	Diálise peritoneal	Hemodiálise
Comodidade	Realiza-se o procedimento dialítico no domicílio, sem necessidade de ir ao hospital ou clínica. Cada troca dura aproximadamente 30 minutos (durante o dia) e à noite dorme se com o líquido dentro da cavidade abdominal.	Desloca-se 3 vezes por semana a um centro de hemodiálise por 4 horas e meia.
Horários	Maior flexibilidade de horários para realizar a diálise.	De acordo com a escala programada pela equipe da clínica.
Medicamentos	Utiliza-se, geralmente, menos medicamentos para controle de anemia.	A lista de medicamentos é maior e o uso mais intenso
Independência (viagens)	Necessário encontrar local apropriado e transporte do material de diálise.	Necessário marcar sessão de hemodiálise na cidade de destino do paciente.
Ganho de calorias	Possibilidade maior de engordar, devido à glicose nas bolsas de diálise.	Sem alteração
Risco de infecções	Risco de infecção do local de saída do cateter, do túnel subcutâneo e da cavidade peritoneal.	Risco de infecção de cateter de diálise, quando existente, e de infecções virais, como hepatite.
Acompanhamento médico e de enfermagem	Uma visita ao mês para exames e controle clínico, excetuando-se as de intercorrências.	Mais intenso, pela vinda mais frequente ao centro de diálise.
Convívio social	Uma visita ao mês para exames e controle clínico, excetuando-se intercorrências.	Mais intenso, pela vinda mais frequente ao centro de diálise e contato com outros pacientes

Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia 2011.

Quadro 1 - As diferenças básicas entre hemodiálise e diálise peritoneal.

Determinar a terapia apropriada pode dobrar o tempo, entre a detecção de proteinúria e nefropatia terminal; quanto mais precoce adotarem-se as medidas preventivas, desacelerará a progressão da lesão renal. A microalbuminúria é o melhor marcador disponível para identificar a lesão renal de indivíduo em risco de desenvolver insuficiência renal; o exame deve ser dosado em conjunto com a creatinina em todos pacientes, o material utilizado para a dosagem da microalbuminúria é a urina de 24 horas, recomendando-se que, no dia da coleta, não sejam realizados exercícios físicos vigorosos falsos positivos podem ser obtidos se a

coleta for feita após exercícios vigorosos ou na vigência de patologias renais, como glomérulo nefrite ou infecções. Os valores referenciais são: níveis desejáveis= abaixo de 15 ug/min, níveis aceitáveis = 16 a 30 ug/min. (BRASIL, 2006e).

Frente à gravidade das doenças crônicas no Brasil, a maior parte dos portadores é encaminhada para clínicas especializadas após ter desenvolvido possíveis complicações já em fase tardia. Devido à relevância dos agravos, a importância de realizar ações que retardem a comorbidade das doenças crônica progressiva, com medidas preventivas, inicia-se na atenção primária. (JUNIOR, 2007).

A Insuficiência Renal apresenta grande prevalência no Brasil e no mundo, provoca grandes modificações na qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos afetados, ao mesmo tempo em que exige atenção significativa em termos de recursos econômicos para o seu tratamento. Hipertensão arterial e Diabetes mellitus são as principais causas de doença renal crônica no Brasil e no mundo, são agravos que, na fase inicial, com medidas preventivas, podem ser prevenidos. (SBN, 2010).

4.2 OS FATORES E GRUPOS DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA RENAL

Fatores de risco são componentes que podem levar à doença e à comorbidade ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Podem também ser definidos, como: atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência, de uma doença ou agravo de saúde, em comparação a outros grupos que não o tenha ou com menor exposição a tal característica. (PEREIRA, 2007).

Os fatores de risco podem ser classificados em fatores modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são: hipertensão, diabetes, obesidade, alimentação inadequada, dislipidemia, tabagismo, etilismo, inatividade física, uso de alguns tipos de drogas medicamentosas sem acompanhamento de profissional. Os fatores não modificáveis são: sexo, idade, hereditariedade, má formação genética e etnia. Independentemente do diagnóstico e causa da DRC, a presença de dislipidemia, obesidade, etilismo e tabagismo aceleram a lesão renal. (BRASIL, 2010d).

O hábito de fumar é apontado como um grande problema de saúde pública na história da humanidade, tornando-se assim um fator de risco para doenças

cardiovasculares e doenças renais. O consumo abusivo de bebida alcoólica é responsável por consequências negativas, considerando-se fator de risco para a saúde e a qualidade de vida do usuário, pois aumenta a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais. Os fatores de risco comportamentais da população são potencializados pelos fatores condicionantes: socioeconômicos, culturais e ambientais. (DIRETRIZES, 2007; BRASIL, 2010e).

Os fatores de risco estão relacionados ao estilo de vida da população descrita, e a maior parte desta, não adere às atividades físicas regularmente, elevando-se assim, o índice da população com sobrepeso e aumentando os grupos de risco para doenças crônicas. O índice da população adulta que participa de atividades físicas é mínimo, apenas 15%. Quanto aos demais índices, verifica-se que: “[...] os hábitos alimentares adequados apenas 18,2%, consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes, cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% da população.” (BRASIL, 2011f).

O estilo de vida das pessoas contribui para o aumento dos fatores de risco. As decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se podem exercer certo grau de controle são de responsabilidade pessoal. As decisões e os hábitos pessoais que são prejudiciais à saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando esses riscos resultam em doenças ou morte pode-se afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção. (BRASIL, 2011f).

4.2.1 OS PRINCIPAIS GRUPOS DE RISCOS

Segundo Junior (2004), os chamados grupos de riscos são os hipertensos, diabéticos e familiares de portadores de IRC. Além destes, outros fatores estão relacionados à perda da função renal, com menor incidência, como: glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias. (JUNIOR, 2004; BRASIL, 2006c).

A Hipertensão e *Diabetes* são as principais causas de doença renal crônica no Brasil e no mundo. Assim, quando se fala sobre doença renal crônica coloca-se

grande ênfase nas suas principais causas, como: o estilo de vida, hereditariedade (SBN, 2010).

A Hipertensão Arterial é uma das principais causas de DRC no Brasil. Neste contexto, representa o principal fator de risco modificável, cujo tratamento adequado é capaz de diminuir, significativamente, a progressão da doença. (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Sistêmica provoca uma agressão mecânica exercida sobre as paredes dos vasos sanguíneos ao sistema cardiovascular e renal, que refletem o alto risco para o organismo. O agravamento da hipertensão leva à Insuficiência Renal crônica devido à exposição do tecido renal durante um grande período a altas pressões de perfusão, acarretando fibrose crônica do parênquima renal e a perda irreversível da função renal. (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

Segundo Censo SBN (2006), o Diabetes é a segunda causa de DRC, porém sua prevalência aumentou de 10% para, cerca de, 25% em 10 anos, o que constitui a base da epidemia, levando, portanto, a uma descompensação glicêmica. O controle rigoroso dos níveis glicêmicos, associado ao bloqueio do Sistema Renina Angiotensina - SRA e o controle da hipertensão, diminuem a progressão de diabetes dos tipos 1 e 2. (GOZZI et al., 2007).

Os familiares de portador de Insuficiência Renal devem ser acompanhados pela sua história familiar de nefropatia. Devem submeter-se ainda, a exames semestrais e anuais, adotando, com tais atitudes, medidas protetoras. Estudos realizados demonstraram que a prevalência de DR entre familiares de primeiro e segundo grau de pacientes em tratamento renal, era de 26% comparados aos 11% da comunidade. (GOZZI et al., 2007).

Desta forma, o controle da pressão arterial e controle glicêmico, acompanhamento de familiares de portador de Insuficiência Renal e adesão ao tratamento proposto, contribuem para a diminuição de muitos agravos, em especial, a incidência da Insuficiência Renal. (BARBOSA; VALADARES, 2009).

4.3 AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA IR

No Brasil, as atenções com o portador de Insuficiência Renal são prestadas, quase que exclusivamente, aos estágios finais, quando o paciente necessita de terapia renal substitutiva, provavelmente, devido à falta de ações preventivas com os grupos de risco na fase primária. (OLIVEIRA; DIA; GUERRA, 2010).

A porta de entrada da assistência à saúde são os centros de atendimento primário, ou seja, a Atenção Básica onde se realiza o atendimento individual e de grupos, considerados de maior risco a agravos, sendo o enfermeiro, o responsável pela condução desse atendimento, de forma planejada. (MICHELI; ALVES, 2008).

A prática educativa é entendida como parte do trabalho dos enfermeiros, principalmente na Atenção Básica. As ações educativas são realizadas durante a consulta de enfermagem, nas salas de espera, nos encontros com os grupos prioritários e com palestras realizadas na UBS e na comunidade. (NASCIMENTO, C. D., 2005) (NASCIMENTO, M. S., 2005).

Segundo Travagim e Kusumota (2009), frente à importância de promover intervenção que previnam as possíveis complicações das doenças crônicas, que levam à lesão renal, podem ser destacadas as atribuições do enfermeiro nos cuidados primários, que são: incentivar o paciente à adesão ao tratamento das doenças de base que leva à lesão renal; realizar exames que certifiquem a lesão no órgão (Urina tipo 1, Creatina), estimulá-lo a mudanças de estilo de vida, através de uma alimentação de qualidade e prática de exercício físico, evitando o etilismo, tabagismo e o uso de medicamentos que podem lesionar os rins; promover encontros com a comunidade, com os grupos prioritários (hipertensos, diabéticos e familiares), nos locais estratégicos, como nas associações de bairros e escolas, promovendo palestras educativas e preventivas e orientações das possíveis complicações das doenças de base e, a importância do acompanhamento dos profissionais ao tratamento, facilitando a acessibilidade aos serviços de saúde.

A atuação do enfermeiro na identificação dos fatores de risco e nas ações educativas e preventivas para prevenção das complicações dos agravos torna-se crucial para evitar a fase tardia da doença renal. (OLIVEIRA; DIA; GUERRA, 2010).

Segundo Micheli e Alves (2008), o planejamento de atividades educativas e preventivas, são ações do enfermeiro voltadas à população. Na Atenção Básica, o

enfermeiro deve ser capacitado para ser cuidador e educador, além de ter o compromisso ético e profissional, pois é o profissional mais próximo ao paciente.

O enfermeiro deve fazer o acompanhamento junto à clientela, através de consultas de enfermagem investigando sobre fatores de risco e hábitos de vida, tais como: fumo, álcool, sedentarismo e alimentação, orientando e avaliando o conhecimento do paciente sobre os agravos, que pode ocorrer a não adesão ao tratamento, e reforçando as orientações sobre hábitos de vida pessoal e familiar e, quanto à importância do retorno agendado. (MICHELI; ALVES, 2008; PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

Do mesmo modo, ressalte-se o compromisso social desse profissional com comunidade, na busca de faltosos, através do Agente Comunitário de Saúde – ACS; planejando ações preventivas de possíveis agravos, evitáveis ou controláveis, sensibilizando os pacientes a participarem dos grupos de Hipertensão, se possíveis, com familiares, onde terão orientações de ações educativas sobre HA e DM e as possíveis complicações em caso de descontrole que podem levar à RC. Cabe-lhe ainda, intensificar aos grupos para avaliar peso, altura, IMC, circunferência abdominal, glicemia capilar, adesão à medicação atual, estilo de vida e a necessidade do autocuidado. (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007; OLIVEIRA; DIA; GUERRA, 2010).

Todo o estabelecimento assistencial de saúde da Atenção Básica até aos cuidados complexos, exige uma equipe de saúde multidisciplinar que conte com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos e outros profissionais de apoio, pois ao identificar episódios estressantes ou depressivos, esses pacientes devem ser encaminhados ao especialista. (FONTES et al., 2010).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento de doenças crônicas na prevenção das complicações progressivas. Assim, como todas as doenças crônicas, a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, as Unidades Básicas devem ter os seguintes profissionais, além do médico e do enfermeiro: nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2006b).

O trabalho em equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade, motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que

tornem as ações efetivas e permanentes. Desta maneira, poderá ser abordada maior quantidade de indivíduos que, com as diferentes abordagens, a adesão ao tratamento será nitidamente superior, o número de pacientes com pressão arterial controlada e o diabetes, e a adoção de hábitos de vida saudáveis, será consequentemente maior; tendo cada paciente como replicador de conhecimentos sobre tais hábitos de vida, quanto mais conhecimento eles tiverem sobre a sua patologia e seu tratamento, melhor será a adesão ao tratamento. (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

Segundo Ministério da Saúde (2006a), dentre algumas das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, destaca-se a Promoção à Saúde, que aborda ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo em local estratégico, treinamento e motivação dos profissionais, encaminhamento dos pacientes a outras especialidades, quando necessário; o desenvolvimento de ações em grupo e individual e certificando quanto aos resultados da aplicabilidade das ações desenvolvida com a população.

Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os pacientes seus familiares, e a comunidade por meio de recursos que vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informação coletiva, como folhetos, reuniões, palestras, peças teatrais, vídeos e músicas educativas. Outro aspecto fundamental para o sucesso do programa é o treinamento de profissionais, buscando sensibilizá-los para a importância do trabalho; como também a participação em projetos de pesquisa e a criação de associações de hipertensos e renais crônicos, constituindo-se assim, estratégias que podem aumentar a adesão do paciente ao tratamento instituído. (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

Portanto, a importância do direcionamento da assistência para o nível ambulatorial, a consulta de enfermagem é uma atividade que atende às necessidades do paciente. O enfermeiro assume a responsabilidade quanto às ações de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados, e estabelece a sua intervenção. (DIOGO, 2000).

No levantamento relativo dos dados pessoais de saúde do paciente e da família, o enfermeiro considera as atividades rotineiras, em especial os hábitos de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo e estresse, como dados relevantes para resolver a problemática. Cada

atividade deve ser avaliada em termos da função e ação, buscando a identificação de rotinas anteriores e execução atual dos problemas. (DIOGO, 2000; OHARA e SOUZA, 2008).

Após a análise dos dados e problemas identificados, o enfermeiro em conjunto com sua equipe, elabora planos para o planejamento de ações de acordo com as necessidades de sua clientela, considerando sua população alvo e os recursos disponíveis, quanto ao ambiente físico, equipamentos, acessórios, recurso humano, serviços de apoio, entre outros. O planejamento de enfermagem deve ser flexível e dinâmico, portanto requer no desenvolvimento de uma revisão contínua, a coleta de dados adicionais a partir da avaliação inicial. Os objetivos a serem alcançados são traçados junto ao paciente em termos do seu desempenho esperado, após a intervenção de enfermagem. (DIOGO, 2000).

A educação em saúde é imprescindível, pois, não é possível o controle adequado das doenças crônicas se, o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações e adesão ao tratamento. (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua, por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a ser mantido ao longo do tempo, assim como, desenvolver trabalhos em grupos de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes. (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007; NASCIMENTO, C. D., 2005; NASCIMENTO, M. S., 2005).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT no Brasil é um grande avanço nas prevenções dos agravos na fase inicial, como: O incentivo do Ministério da Saúde - MS com o Guia Alimentação Saudável, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2010e).

A Atenção Básica nos últimos anos obteve um importante crescimento na Atenção Primária em Saúde, que, atualmente, cobre cerca de 60% da população brasileira. O enfermeiro atua juntamente com sua equipe em território definido, dividido em micro área com a população assistida, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de busca ativa de faltosos, acompanhamento das ações desenvolvidas para os usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento do usuário com doença crônica. Outro destaque para melhora na prevenção dos agravos, refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros). (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2010d).

Em março de 2011, o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço, passou a ofertar medicamentos para hipertensão e diabetes e, atualmente, mais de 17.500 farmácias privadas já estão cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos. Além disso, o governo brasileiro lançou, em 2011, o Programa Brasil Sem Miséria, o qual pretende reduzir a pobreza que representa um fator de risco, destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes. Com essas medidas, pode-se minimizar a incidência das comorbidades. (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2010e).

Portanto, é importante que os enfermeiros conheçam e façam o diagnóstico do seu território de abrangência, com a participação da equipe, junto à comunidade; avaliando as condições de saúde da população assistida e as necessidades buscando melhor compreensão na possibilidade de mudança, visando à adesão às ações educativas e preventivas, planejadas de acordo com o levantamento dos problemas identificados. (CIANCIARULLO, 2002)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permite a conclusão de que, a doença renal é considerada um grande problema de saúde pública devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes.

A relevância quanto ao conhecimento do paciente sobre a sua patologia e como prevenir as complicações é de suma importância. A conscientização do paciente é fundamental para a aceitação da doença e sua melhor adesão ao tratamento. Identificou-se também, que o enfermeiro tem papel fundamental na educação desses indivíduos, pois os educa, estimula e responde às suas dúvidas, com o intuito de promover a saúde e prevenir as complicações da doença.

Por tais razões, é imprescindível que haja um despertar para a necessidade de se desenvolver um trabalho, com o objetivo de aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle das doenças crônicas; capacitar os profissionais para melhor orientar os indivíduos dos grupos de risco, garantir acesso desses pacientes aos serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários.

As atividades de educação em saúde destinadas às pessoas com problemas, com ênfase nos grupos de riscos, não devem ser estáticas, pois a simples transmissão da informação não assegura mudanças significativas que levem à melhoria da saúde. É necessária ainda, uma reflexão crítica da equipe de saúde e dos pacientes para, juntos, buscarem meios que possam modificar esta realidade.

Necessita-se ainda, que seja promovida educação continuada aos profissionais, buscando novos dados sobre a qualidade da atenção primária aos grupos de risco, centrado, não somente na cura da doença, mas, sobretudo, na prevenção e intervenção dos fatores de riscos e na incorporação de ações programáticas para a promoção da qualidade de vida das famílias com responsabilidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Genesis de Souza; VALADARES, Glauca Valente. **Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente**. Acta Paul Enfermagem. Rio de Janeiro 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-210020090008&nrm=iso&lng. Acesso em 01/ 04/ 2012.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni, Revista Associação Médica Brasileira. **Doença Renal Crônica: Frequentemente Grave, mas Também Transmissível e Também Tratável**. SP 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>. Acesso: 01/03/2012.

BRASIL, Caderno, de Atenção Básica - n.º 14 Série A. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília - DF 2006a. Disponível <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf. Acesso em: 01/03/2012.

BRASIL, Caderno, de Atenção Básica n.º 15 Série A.. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. .Ministério da Saúde. Brasília 2006b. Disponível. Em http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf. Acesso em 05/04/2012.

BRASIL, Caderno de Atenção Básica - n.º 16 Série A. **Normas e Manual Técnico**. Brasília DF 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf. Acesso em 05/04/2012.

BRASIL, Caderno, de atenção básica, n.º. 25. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas**. Brasília 2010d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad25.pdf. Acesso em 24/04/2012

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS** Brasília-DF 2010e. Disponível em: >http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indica_dores_7_final.pdf. Acesso em 01/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria. Departamento de Análise de Situação de

Saúde. Brasília 2011f. Disponível em:>http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf. Acesso em 05/03/2012.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Saúde da Família e na Comunidade**. Robe Editorial. pg 327 São Paulo 2002.

DIRETRIZES, **Recomendações Cuidadas Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção**. 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>. Acesso em: 05/3/2012.

DIOGO, Maria José D Elboux. **O papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso**. *Revista Latino Americana. Enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 75-81. Ribeirão Preto 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437.pdf>. Acesso em: 15/5/2012.

FERREIRA, Luciene Aparecida de Souza LOURENÇO, Luciana Maria Flávia; PACHECO, Siqueira; PHD, José Maria. **Identificação Precoce da Doença Renal Crônica**. MG 2008. Disponível em: ><http://www.unec.edu.br/pos/publicacoes/integra/doencarenalcronica.pdf>. Acesso em 15/05/2012.

FORTES, Vera Lucia Fortunato; ASSONI, Sheila Mônica; MENEZES Durante; POMATTI, Dalva Maria. **Atividades Lúdicas Durante a Sessão de Diálise**. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.2, n.2, p. 398 408, 2010. Disponível em:><http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/52>. Acesso em 15/05/2012.

FUNDAÇÃO, NACIONAL DO RIM (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION), **Organização Voluntária de Saúde**. 2007. Disponível em:>http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese-Portuguese_LR.pdf. Acesso em 14/04//2012.

FREITAS, Thiago Ferreira de; OLIVEIRA, Edilaine Rocha Vieira de; VELLINHO, Luis Philippe Barroso; ROCHA, Priscila Neves Moreira da; MONTEIRO, Larissa Almeida; Henriques SOUZA, Sônia Regina de **Enfermagem e Ações Educativas em Portadores de Insuficiência Renal Crônica** 2010. Online >acesso em 09/03/2012< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1015/pdf>

GOZZI, Aline Braga Lata; ALBUQUERQUE, Jaqueline Galdino; BORBA, Luzimar Aparecida da Silva; CARVALHO, Paim de Ana; LIRA, Luisa Brandão de Carvalho. **Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de Hemodiálise**. Rio Janeiro, 2007. Disponível em: ><http://monografias.brasilecola.com/saude/perfil-paciente-renal-cronico-brasil.htm>. Acesso em 14/04//2012.

HIGA, Karina; KOST, Michele Tavares; SOARES, Dora Mian MORAIS, Marcos César de¹; POLINS, Bianca Regina Guarino. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise** *Acta paulista de*

Enfermagem. volume. 21 São Paulo 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000500012&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 15/04 /2012.

JUNIOR, Romão. **As diretrizes sobre Doença Renal Crônica (DRC) Sociedade Brasileira de Nefrologia. Vivências de Portadores de Doença Renal Crônica 2004.** Disponível em: > http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVE_NABRAPSO/283.%20viv%C4ncias%20de%20portadores%20de%20doen%C7a%20renal%20cr%D4nica.pdf. Acesso em 16/ 03/2012.

JUNIOR, Romão. **Doença renal crônica: definição, epidemiologia.** Jornal Brás Nefrologia, volume. XXVI, nº 3, 2007. Disponível em:<<http://pt.scribd.com/daisyane/d/57029802-Diretrizes>. Acesso em 16/03/2012.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; OLIVEIRA, Milena Moncorvo Lima; SOUZA, Moema Santos. **Adesão ao Tratamento no Grupo de Hipertensos do Bairro Joaquim Romão.** BAHIA 2006. Disponível em:><http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n1a4.pdf> . Acesso em 04/03/2012.

MARTINS, Marielza R. Ismael ; CESARINO, Claudia Bernardi.**Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico.** Revista Latino-am Enfermagem. São José do Rio Preto São Paulo 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>. Acesso em 15/05/2012.

MALDANER, CR, Beuter M; BRONDANI, CM, Budó MLD; PAULETTO, MR. **Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítico.** Ver. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre RS 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19831447201000020004. Acesso em 15/05/2012.

MICHELI, Thaís ALVES, Danilo Bitarello. **O Enfermeiro, na Atenção Básica, ao Lidar com Hipertensão como Fator de Risco para Insuficiência Renal Crônica.** Revista de Iniciação Científica. 2008. Disponível em:<<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/viewFile/226/196> . Acesso em: 11/02/2012.

NASCIMENTO, Cristiano Dias MARQUES, Isaac. **Intervenções de Enfermagem nas Complicações mais Frequentes Durante a Sessão de Hemodiálise.** Revista Brasileira. Enfermagem. volume 58 nº 6. Brasília 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600017&script=sci_arttext. Acesso em: 04/03/2012.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde**. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia 2005. Disponível em: >http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 04/03/2012.

OHARA, Elisabeht Calabuig Chapina; Raquel; SOUZA, Chavier de Saito. **Saúde da Família Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 1ª Edição São Paulo 2008. Disponível em: >http://www.fasmit.edu.br/interna.php?pg=164&secao_id=75&subsecao_id=4. Acesso em 05/04/2012.

OLIVEIRA, Denise Gonçalves; DIA, Shirlei Barbosa; GUERRA, William Luis. **Percepção do Portador de Insuficiência Renal Crônica Acerca da Prevenção da Doença. Revista de Enfermagem Integrada**. Ipatinga Minas Gerais, 2010. Disponível em: < http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/05-percepcao-portador-insuficiencia-renal-cronica-acerca-da-prevencao.pdf. Acesso em 22/03/2012.

RAMOS, Islane Costa; CHAGAS, Natália Rocha; FREITAS, Maria Célia de; MACÊDO, Ana Ruth; LEITE; MONTEIRO, Ana Claudia de Souza. **A teoria de Orem e o Cuidado a Paciente renal Crônico R. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro 2007. Disponível em: ><http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a20.pdf>. Acesso em 08/05/2012.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça; OLIVEIRA, Graziella Allana Serra Alves de; RIBEIRO, Daniele Fávaro; BERTOLIN, Daniela Comelis; CESARINO, Claudia Bernardi; LIMA, Lidimara Copoono Erdosi Quintino de; OLIVEIRA, Sandra Mara de. **Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia**. São Paulo 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000500013. Acesso em 23/04/2012.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 4. Ed. Pg 68. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, Fátima Aparecida Vieira. **Percepção do Paciente Portador de Insuficiência Renal Crônica Sobre sua Adesão ao Tratamento Hemodialítico**. Novo Hamburgo 2006. Disponível em: ><http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaFatimaSantos.pdf>. Acesso em 22/03/2012.

SBN, Sociedade Brasileira Nefrologia Associações, de Pacientes Renais Crônicos **Perfil da Doença Renal Crônica O Desafio Brasileiro** Preparado pelo Grupo Multi-setorial de Doença Renal Crônica 2007. Disponível em: > <http://www.prefeitura.sp>

gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca_Renal_Cronica.pdf. Acesso em 22/03/2012.

SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo-SP. 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; **BARE, Brenda G.** **Brunner Tratado de Enfermagem Médica-Cirúrgica**. Volume 3. p 1.398. Rio de Janeiro 2006.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero; KUSUMOTA, Luciana. **Revista Enfermagem. Atuação do Enfermeiro na Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/index.php?diretrizes&menu>>. Acesso em 22/03/2012.

TERRA, Fábio de Souza; COSTA, Ana Maria Duarte Dias ;RIBEIRO, Carla Cristina Santos; NOGUEIRA, Cibele Siqueira.et al. **Portador de Insuficiência Renal Crônica e sua Dependência ao Tratamento Hemodialítico: Compreensão Fenomenológica**. Revista Brasileira Clínica Médica 2010. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555452&indexSearch>>. Acesso em 25/04/2012.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária**.. São Paulo SP 2007. Disponível em:>http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf. Acesso em 22/03/2012.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN,. Rachel. **Clientes com Doença Renal Crônica: Avaliação de Enfermagem Sobre a Competência para o Autocuidado**. Rio de Janeiro 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18/05/2012.