

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

*Compartilhamento de Saberes e Práticas da  
Equipe de Enfermagem Sobre Cuidados com a Pele  
na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia  
Educativa*

*Keila do Carmo Neves*

RIO DE JANEIRO

2014

*Keila do Carmo Neves*

*Compartilhamento de Saberes e Práticas da  
Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a  
Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia  
Educativa*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

*Orientadora:*

*Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Luiza de Oliveira Teixeira*

**RIO DE JANEIRO**

**2014**

Neves, Keila do Carmo.

Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa/ Keila do Carmo Neves

Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2014.

Orientadora: Maria Luíza de Oliveira Teixeira

Dissertação (mestrado) – UFRJ / EEAN / Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014.

Referências Bibliográficas: \_\_\_\_\_

1. Compartilhamento de Saberes e Práticas. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Pesquisa Convergente-assistencial. 4. Enfermagem. I. Maria Luíza de Oliveira Teixeira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós Graduação e Pesquisa. . III. Título.

*Keila do Carmo Neves*

*Compartilhamento de Saberes e Práticas da  
Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a  
Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia  
Educativa*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2014.**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Luíza de Oliveira Teixeira, EEAN/UFRJ  
Presidente

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristina Lavoyer Escudeiro, EEAAC/UFF  
1<sup>º</sup> Examinador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elen Martins da Silva Castelo Branco, EEAN/UFRJ  
2<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Martha Sauthier, EEAN/UFRJ  
Suplente interno

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fátima Helena do Espírito Santo, EEAAC/UFF  
Suplente externo

## RESUMO

NEVES, Keila do Carmo. **Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

O estudo trata de aspectos relacionados à Doença Renal Crônica (DRC), que se apresenta como um importante problema de saúde pública, devido sua alta taxa de morbidade e mortalidade. Dentre as diversas complicações e alterações causadas pela DRC, o impacto da doença na pele do paciente, despertou o interesse na pesquisa. Neste sentido, os objetivos do estudo são: Identificar os cuidados e orientações realizados pela equipe de enfermagem à pele do paciente renal crônico na clínica renal; Descrever como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do paciente com doença renal crônica; Discutir junto à equipe de enfermagem os cuidados fundamentais de enfermagem para o tratamento e prevenção de complicações na pele do paciente renal crônico; Propor uma estratégia educativa para a equipe de enfermagem ancorada na educação problematizadora sobre os cuidados com a pele do paciente com doença renal crônica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou o método da pesquisa convergente-assistencial. Os sujeitos foram seis enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro que atuam nos setores de nefrologia e transplante renal e diálise. As fases de desenvolvimento da pesquisa consistiram em: caracterização dos sujeitos por meio de entrevistas individuais, criação de um espaço-encontro para compartilhamento de saberes e práticas e elaboração de um plano de cuidados, observação participante para acompanhamento da implementação de cuidados e avaliação dos participantes da pesquisa em como da pesquisadora sobre todo o processo da pesquisa. O tratamento dos dados ocorreu por análise temática de conteúdo. Identificou-se que apesar dos profissionais apresentarem conhecimento sobre as manifestações cutâneas típicas da DRC, este conhecimento não expressava base teórica ou científica, mas sim de senso comum. Em relação aos cuidados de enfermagem, existe um déficit de conhecimento acerca das possibilidades de intervenção de enfermagem no que tange às manifestações cutâneas na DRC. Esta pesquisa utilizou a metodologia convergente-assistencial como estratégia para o cuidado e educação pautada no diálogo, problematização e reflexão crítica (baseada nos conceitos teóricos de Paulo Freire), com vistas à minimizar a lacuna de conhecimento existente. O tema do estudo é complexo uma vez que, é desafiador tratar dos cuidados com a pele do paciente renal, pois além da literatura escassa, a pele, na doença renal, não é considerada um aspecto relevante. Os resultados da pesquisa apontaram que nem todos os profissionais possuem conhecimentos sobre a pele do doente renal no dia a dia. Deste modo, identificamos uma grande barreira e um grande desafio: incorporar a preocupação e o cuidado com a pele nas práticas assistenciais da equipe de enfermagem. A construção do conhecimento a partir do próprio cenário de prática é extremamente significativa. Pode ser considerada uma estratégia facilitadora para utilizar a análise dos dados obtidos como subsídio ao cuidado cotidiano, representando melhora na assistência de enfermagem, auxiliando na melhor elaboração dos planos de cuidados, objetivando atender às reais necessidades do paciente no tange às alterações de pele sofridas ao longo da progressão da DRC.

**PALAVRAS CHAVES:** Cuidados de Enfermagem; Manifestação Cutânea; Doença Renal Crônica; Educação em Enfermagem; Serviço Hospitalar de Educação.

## RESUMEN

NEVES, Keila do Carmo. **Compartir el conocimiento y la práctica del equipo de enfermería sobre el cuidado de la piel en la Enfermedad Renal Crónica: Una Estrategia para la Educación.** Río de Janeiro, 2014 Tesis (Maestría en Enfermería). Anna Nery Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro. En 2014.

El estudio se ocupa de los aspectos relacionados con la enfermedad renal crónica (ERC), que se presenta como un importante problema de salud pública debido a su alta tasa de morbilidad y mortalidad. Entre las diversas complicaciones y cambios causados por ERC, el impacto de la enfermedad sobre la piel del paciente, ha despertado el interés en la investigación. En este sentido, los objetivos del estudio son: Identificar el cuidado y la orientación hecha por el personal de enfermería para la piel de los pacientes renales crónicos en la clínica renal; Describa cómo el personal de enfermería aprendió a cuidar la piel de los pacientes con enfermedad renal crónica; Discutir con el personal de enfermería la atención de enfermería básica para el tratamiento y prevención de las complicaciones en la piel del paciente renal crónica; Proponer una estrategia educativa para el personal de enfermería anclado en la educación basado en problemas en el cuidado de la piel para los pacientes con enfermedad renal crónica. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizó el método de la investigación-convergente asistencial. Los sujetos fueron seis enfermeras y quince auxiliares de enfermería de un hospital universitario en la ciudad de Río de Janeiro que trabajan en el campo de la nefrología y trasplante renal y la diálisis. Las fases de desarrollo de la investigación en consistieron: caracterización de los sujetos a través de entrevistas individuales, creando un espacio de encuentro para el intercambio de conocimientos y prácticas y el desarrollo de un plan de atención, la observación participante para el monitoreo de la implementación de la atención y la evaluación de los participantes investigación sobre cómo el dolor de investigador a lo largo del proceso de investigación. Los datos se produjeron por el análisis de contenido temático. Se identificó que a pesar del conocimiento actual sobre los profesionales de las manifestaciones típicas de ERC, este conocimiento no expresó base teórica o científica, sino de sentido común. En relación con la enfermería, hay una falta de conocimiento sobre las posibilidades de intervención de enfermería con respecto a las manifestaciones cutáneas en la ERC. Esta investigación utilizó la metodología como una estrategia para el cuidado y la educación basada en el diálogo, el cuestionamiento y la reflexión crítica (basado en los conceptos teóricos de Paulo Freire), con el objetivo de minimizar la brecha de conocimiento existente. El tema del estudio es complejo, ya que es un reto para hacer frente a cuidado de la piel de los pacientes renales, ya que además de la escasa literatura, la piel la enfermedad, renal, no se considera un aspecto relevante. Los resultados de la encuesta indican que no todos los profesionales tienen conocimiento sobre la piel de la enfermedad renal en una base diaria. Por lo tanto, hemos identificado una importante barrera y un gran desafío: incorporar la preocupación y el cuidado de la piel en las prácticas de atención del personal de enfermería. La construcción de conocimiento desde el escenario muy práctica es extremadamente importante. Se puede considerar una estrategia que permite utilizar el análisis de datos como una ayuda para el cuidado diario, lo que representa una mejora en la atención de enfermería, la asistencia en una mejor preparación de los planes de cuidados, con el objetivo de satisfacer las necesidades reales del paciente en relación a los cambios en la piel que sufren A lo largo de la progresión de la ERC.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería; Manifestaciones cutánea; Fallo renal crónica; Educación en Enfermería; Servicio de Educación em Hospital.

## ABSTRACT

NEVES, Keila do Carmo. **Sharing Knowledge and Practice Nursing Team About the Skin Care in Chronic Kidney Disease: An Educational Strategy.** Rio de Janeiro, 2014 Thesis (MS in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. In 2014.

The study deals with aspects related to Chronic Kidney Disease (CKD), which presents itself as an important public health problem because of its high rate of morbidity and mortality. Among the various complications and changes caused by CKD, the impact of the disease on the patient's skin, has sparked interest in research. In this sense, the study objectives are: Identify the care and guidance made by the nursing staff to the skin of chronic renal patients on renal clinic; Describe how the nursing staff learned to care for the skin of patients with chronic kidney disease; Discuss with the nursing staff the basic nursing care for the treatment and prevention of complications in chronic renal patient's skin; Propose an educational strategy for nursing staff anchored in the problem-based education on skin care for patients with chronic kidney disease. This is a qualitative study, which used the method of convergent-care research. The subjects were six nurses and fifteen practical nurses at a university hospital in the city of Rio de Janeiro who work in the fields of nephrology and kidney transplantation and dialysis. The phases of development of research in consitiram: characterization of the subjects through individual interviews, creating a meeting space for sharing knowledge and practices and developing a care plan, participant observation for monitoring the implementation of care and evaluation of participants research on how the researcher sore throughout the research process. The data occurred by thematic content analysis. It was identified that despite the professionals present knowledge about the typical manifestations of CKD, this knowledge did not express theoretical or scientific basis, but from common sense. In relation to nursing, there is a lack of knowledge about the possibilities of nursing intervention with regard to the cutaneous manifestations in CKD. This research used the methodology as a strategy for care and education based on dialogue, questioning and critical reflection (based on the theoretical concepts of Paulo Freire), aiming to minimize the gap in existing knowledge. The theme of the study is complex as it is challenging to deal with skin care of renal patients, because besides the scarce literature, skin, renal disease, is not considered a relevant aspect. The survey results indicated that not all professionals have knowledge on the skin of kidney disease on a daily basis. Thus, we identified a major barrier and a great challenge: to incorporate the concern and care for the skin in care practices of the nursing staff. Building knowledge from the very practical scenario is extremely significant. Can be considered an enabling strategy to use data analysis as an aid to daily care, representing improvement in nursing care, assisting in better preparation of care plans, aiming to meet the actual needs of the patient in relation to changes in the skin suffered throughout the progression of CKD.

**KEYWORDS:** Nursing; Skin Manifestations; Kidney Failure Chronic; Nursing Education; Education Departament Hospital.

## **DEDICATÓRICA**

Dedico este estudo à minha família, em especial, ao meu irmão, Marcos Wesley Arcanjo do Carmo Neves, que mesmo sem saber é uma das maiores e mais importantes motivações que tenho na vida. É quem me faz querer alcançar sempre o melhor que eu possa ser. É especial tê-lo comigo!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao Autor e Consumador da minha fé; ao único digno de honra e glória; àquele que sempre me sustenta e me mantém firme quando penso em desistir: obrigada, Deus!

Aos meus Pais (Marcos e Eliane) que investiram em mim e me apoiaram em tudo, com amor e dedicação. Amo vocês!

Aos meus irmãos (Douglas Henrique e Marcos Wesley) que tanto amo. Vocês são presentes de Deus para mim.

À toda minha maravilhosa família por todo apoio, admiração e respeito. Todos (avós, tios e primos) são preciosos. Deus foi muito generoso comigo ao me enviar vocês.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Luíza de Oliveira Teixeira por sua dedicação, pela confiança depositada em mim e por toda paciência. Foi um longo trabalho. Obrigada por trilhar este árduo caminho comigo!

Ao Marcus Vinicius, meu namorado, que me emprestou seus ouvidos e me acalmou nos momentos de desespero e ansiedade.

À Nadjane Arcanjo, minha enfermeira preferida e minha tia, por sorte. Seu apoio e incentivo sempre foram fundamentais para que eu pudesse sonhar. Obrigada por tudo!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elen Martins da Silva Castelo Branco, minha segunda examinadora, por seu acompanhamento e dedicação. Suas riquíssimas contribuições foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Obrigada!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Lavoyer Escudeiro, membro da banca desde a defesa do projeto, obrigada por suas contribuições. Este trabalho é nosso!

Às demais professoras que compuseram a banca: Fátima Helena do Espírito Santo e Martha Sauthier. Não posso deixar de agradecer às contribuições da Professora Graciele Oroski na defesa de projeto.

À Professora Márcia de Assunção Ferreira que me inspirou e até hoje me inspira na caminhada e quem muito contribuiu para o meu crescimento profissional.

À Professora Silvia Araújo por toda sua contribuição na minha carreira. Obrigada por sempre me ouvir e por acreditar em mim. Nosso convívio é doce e sincero. Obrigada por fazer parte da minha vida!

À todos os integrantes do grupo de pesquisa, especialmente à amiga Julyana Gall, sempre disposta à me ajudar.

Às amigas Ana Carolina, pelas horas de escuta sensível e auxílio na superação das dificuldades encontradas não apenas no desenvolver deste estudo, mas na vida e à Nátales por estar sempre presente no incentivo, mostrando-se disponível à ajudar. Amo vocês!

À secretaria da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, especialmente à Sônia Xavier e Jorge Anselmo, sempre dispostos à nos ajudar.

À todo corpo docente, bem como aos funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, que me ensinaram a ser enfermeira com amor e orgulho de fazer parte desta honrada instituição.

Aos colegas de turma, mestrandos e doutorandos que compartilharam diversos momentos de ansiedade, desafios e conquistas.

À Equipe dos setores 7A e 7B do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF/UFRJ - pela participação ativa no estudo, especialmente a enfermeira Heliany por toda paciência e acolhimento.

Aos que me apoiaram e incentivaram, não é possível citar todos os nomes aqui, mas sintam-se alcançados pelo meu carinho e gratidão. Nada seria e nada serei sozinha, tudo o que sou e tudo o que conquisto devo a muitos dos que caminham comigo e que com palavras, gestos e olhares aumentam em mim o desejo de ser....

## SUMÁRIO

### CAPÍTULO I

<b>Considerações Iniciais.....</b>	<b>12</b>
1. Apresentação e aproximação com a temática.....	13
2. A problemática e a construção do objeto de pesquisa atual.....	15
3. Questões Norteadoras.....	21
4. Objetivos.....	21
5. Justificativa, Contribuição e Relevância do Estudo.....	22

### CAPÍTULO II

<b>BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....</b>	<b>26</b>
2.1 Cuidados Fundamentais de Enfermagem.....	27
2.2 A Doença Renal Crônica: Modalidades Terapêuticas.....	29
2.2.1. Intervenções para diminuir a progressão da doença.....	31
2.2.2. Diagnóstico e tratamento das complicações próprias da DRC.....	33
2.2.3. Identificação e manuseio das comorbidades mais frequentes.....	36
2.2.4. Medidas Educativas e preparo para TRS.....	37
2.2.5. Terapia Renal Substitutiva.....	38
2.2.6. Cuidados de Enfermagem à pele do paciente portador de DRC.....	38
2.3 Impacto da DRC na Autoestima e Autoimagem do paciente: Desafio para o cuidado da equipe de enfermagem.....	40
2.4. A Dermatologia: Um campo de Atuação da Enfermagem.....	42
2.5. Educação Problematizadora e Saúde.....	45

### CAPÍTULO III

<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>49</b>
3.1 Tipo de Estudo.....	50
3.1 Pesquisa Convergente-Assistencial.....	50
a) Fase da Concepção.....	53
b) Fase de Instrumentalização.....	53
b.1) Escolha do espaço para pesquisa.....	53
b. 2) Escolha dos participantes.....	54
b.3) Técnicas para obtenção e análise das informações.....	34

c) Fase de perscrutação: estratégia para obtenção de informações.....	55
c.1) Etapas para coleta de dados.....	55
d) Análise e interpretação de dados.....	59
3.2. Cuidados Éticos.....	60

## **CAPÍTULO IV**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
4.1 Caracterização dos Sujeitos.....	63
4.2 Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem sobre as Manifestações Cutâneas na DRC.....	80
4.3. A Formação dos Profissionais.....	105
4.3.1. O aprendizado Prático.....	106
4.3.2. A Relação com outros profissionais.....	108
4.3.3. A Observação.....	110
4.3.4. O Aprendizado individual.....	111
4.4. O interesse estudo da temática e capacitação dos profissionais.....	112
4.5. Observação Participante.....	117
4.6. A Avaliação dos Sujeitos.....	120
4.7. A Proposta Educativa.....	123
4.8. Aplicação da PCA.....	125
4.9. Planejamento do Cuidado.....	128

## **CAPÍTULO V**

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>

# *Capítulo I*

## *Considerações Iniciais*

## 1. Apresentação e aproximação com a temática

Durante a trajetória acadêmica no Curso de Graduação, vivenciei situações nas quais as dimensões da enfermagem na assistência, gerência, pesquisa e ensino desvelaram a magnitude das ações do enfermeiro tanto para o cliente quanto para a equipe de enfermagem.

Tal reflexão permitiu uma análise sobre a abrangência e a pluralidade de conhecimentos adquiridos durante o curso, a fim de oferecer uma assistência efetiva e segura. O cuidado é uma arte e como tal, provém de habilidades e competências que denotam a coerência entre o pensar e o fazer, no âmbito da profissão e também nas relações com os outros membros da equipe de saúde.

No decorrer da graduação, participei de variadas atividades educativas essenciais para o cuidado de enfermagem prestado ao cliente. Entretanto, era evidente que as ações de enfermagem revelavam lacunas em relação à proposta de atividades educativas e a necessidade de se investir na Educação em Saúde tanto para o cliente quanto para os profissionais da equipe de enfermagem.

Nos três períodos iniciais delineava-se a importância da aquisição de conhecimento pautada no pensamento crítico e reflexivo e nos princípios metodológicos tanto para a assistência quanto para a pesquisa. As nossas ações eram prioritariamente orientadas para a promoção e prevenção dos agravos à saúde em crianças, adolescentes e adultos.

Convém ressaltar que ainda no terceiro período do Curso de Graduação, busquei a aproximação com o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem - NUCLEARTE, no Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery. Desse modo, ocorreu a minha inserção no Grupo de Pesquisa “Representações e práticas do cuidado em saúde e de enfermagem” como bolsista PIBEX<sup>1</sup> onde atuei na linha de pesquisa: O cuidado como objeto de conhecimento e prática da enfermagem.

A inserção no projeto de extensão propiciou um novo olhar sobre os variados ambientes de cuidado e a busca por respostas através da pesquisa. Além disso, houve a

---

<sup>1</sup> O Programa Institucional de Bolsas de Extensão – PIBEX-UFRJ é mantido com recursos próprios da Universidade e tem por objetivos contribuir para a formação profissional e cidadã por meio da participação de estudantes de graduação no desenvolvimento de programas e projetos de extensão universitária e, fortalecer a institucionalização das atividades de Extensão no âmbito das Unidades e dos Centros da UFRJ.

oportunidade de divulgar os estudos em eventos científicos, principalmente no que tange às temáticas abordadas na linha de pesquisa do núcleo.

A partir do quarto período, uma nova etapa introduziu o ambiente hospitalar como cenário prático e os procedimentos fundamentais de enfermagem exigiam conhecimentos mais aprofundados sobre a experiência humana no contexto saúde e doença. Neste momento, protagonizavam os cuidados tecnicistas e os cuidados preventivos tornavam-se mais acessórios as nossas ações. Afinal, apresentava-se aos alunos de graduação um universo repleto de experiências variadas, bem como novas possibilidades de atuação.

Tais situações, distintas das vivenciadas no início da graduação, despertavam cada vez mais o interesse pelo manuseio dos artefatos tecnológicos e conteúdos procedimentais no ambiente hospitalar. Além disso, crescia a proximidade com a sistematização da assistência e com os cuidados fundamentais relacionados à higiene, medidas de conforto, prevenção e tratamento de lesões de pele como o curativo, entre outros.

No quinto período, o Programa Curricular Interdepartamental VII - Cuidados de Enfermagem ao Cliente Hospitalizado I, propiciou o contato inicial com clientes internados no setor de Nefrologia e Transplante Renal do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Tratava-se de uma clínica especializada e, conforme destacam Araujo e Koeppel (2009), um setor considerado pelas suas especificidades como um dos cenários importantes utilizados nas experiências de aprendizagem dos graduandos da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Tal vivência motivou o interesse de aprimorar as competências e habilidades necessárias para a assistência de enfermagem ao paciente renal. Por isso, ingressei no Curso de Especialização em Nefrologia em Enfermagem, com vistas a conhecer os aspectos técnico-científicos que orientam os cuidados de Enfermagem específicos para esta clientela e consequentemente proporcionar os cuidados essenciais para a prevenção, o tratamento e o controle de certos agravos decorrentes da doença.

Cabe ressaltar que a evolução clínica e o tratamento especializado da doença renal acarretam importantes alterações no paciente, tornando-o suscetível a complicações. Assim sendo, vários fatores interferem no bem-estar do paciente, que vivencia em seu dia a dia as mudanças no estilo de vida causadas pelo agravamento da doença. Entre as diversas complicações, a vulnerabilidade do paciente renal crônico às lesões cutâneas motivou a investigação em questão.

## 2. A Problemática e a construção do objeto de pesquisa atual

A Doença Renal Crônica (DRC) se configura como importante problema de saúde pública. De acordo com Lupi *et al* (2011) a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise no Brasil aumentou cerca de 40% no período de janeiro de 2004 a março de 2008.

Trata-se de uma síndrome clínica que apresenta índices de morbidade e mortalidade elevados e decorre da perda lenta, gradativa e irreversível das funções renais. Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em janeiro 2006 o número de pacientes em diálise era de 70872 (383 pacientes por milhão da população). Ressalta-se que o número de pacientes tem aumentado 9,9% por ano.

A prevalência de pacientes em tratamento renal substitutivo, adicionando-se os transplantados, é de 518 pacientes por milhão da população. Em julho de 2006 estimava-se que 71 mil pacientes estariam no estágio 05 da DRC, 94 mil no estágio 4 e 1,8 milhões no estágio 3, correspondendo a um total de 1,96 milhões de pacientes, ou seja, 1,87% da população adulta no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Ainda mais, o censo apontou um acréscimo do número de casos de pacientes com DRC em todo o país, convergindo com a tendência do aumento mundial dessas taxas. Em 2008, 87.044 pessoas eram dialisadas, e em 2010 esse número aumentou para 92.091. Das pessoas dialisadas em 2010, 85,8% foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 35,2% dos pacientes novos a cada ano têm o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Entre as causas mais comuns destacam-se a glomerulonefrite crônica, a hipertensão arterial grave, o diabetes mellitus, a pielonefrite (CUPPARI, 2005). Entretanto, a etiologia é variada e outros agravos como infecções urinárias, obstruções das vias urinárias e doença policística também causam injúrias à função renal. Aproximadamente 25% dos pacientes em diálise tem idade superior a 65 anos e em igual proporção são diabéticos.

A DRC está dividida em estágios funcionais segundo a taxa de filtração glomerular e o grau de insuficiência renal, sendo que o quinto estágio indica o maior grau de severidade, pois representa a perda do controle do meio interno. Os seus efeitos são complexos e podem acarretar a disfunção de múltiplos órgãos, incluindo o sistema tegumentar. Sobre este aspecto, Lupi *et al* (2011) explicam que

na insuficiência renal terminal, com o declínio progressivo da taxa de filtração glomerular, ocorre incapacidade do rim em manter níveis normais

de produtos do metabolismo das proteínas, tais como uréia e creatinina. Além destes, sódio, cálcio e fosfato são os principais agentes envolvidos na patogênese das alterações cutâneas da doença renal grave.

As manifestações cutâneas estão relacionadas à disfunção renal grave ou doença renal terminal e são classificadas em específicas e não específicas. O tipo não específico corresponde às alterações de coloração da pele, elastose, equimose, xerose, prurido, neve urêmica, unhas meio a meio (*half-and-half*) e ginecomastia. Por outro lado, as manifestações específicas englobam as desordens perfurantes, calcificação metastática, dermatopatia fibrótica urêmica e dermatoses bolhosas (LUPI *et al*, 2011).

Na DRC, a coloração alterada da pele pode ser evidenciada por palidez, pele amarelada e pele marrom-acinzentada cujas causas são respectivamente a anemia, a retenção de pigmentos lipossolúveis na derme e subcutâneo e depósito de hemossiderina, hiperpigmentação associada à fotoexposição e a elastose. Ressalta-se que a concentração elevada de ureia e o acúmulo de ácido guanidinossuccinico podem induzir também as alterações da agregação plaquetária, sendo, portanto, um dos fatores do sangramento urêmico (HAJHEYDARI, 2008).

A xerose ou ressecamento anormal constitui-se como uma complicação comumente observada em 50% a 85% dos pacientes renais terminais, em destaque naqueles em que o tratamento dialítico não foi iniciado. Na maioria dos casos, a xerose desaparece com o restabelecimento da função renal pós-transplante. A xerose urêmica é cogitada como o principal fator no desencadeamento do prurido. O mecanismo fisiopatogênico da xerose ainda é desconhecido, entretanto, existe uma provável relação com a disfunção de glândulas écrinas e a depleção de volume causada pelo uso de diuréticos. (LUPI *et al*, 2011).

Na xerose urêmica, o ressecamento da pele é usualmente associado aos sinais de turgor da pele e elastose, como o aumento da extensibilidade da pele, fragmentação da elastina, atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, que devido ao espessamento da pele podem significar desidratação. Cabe ressaltar que a xerose pode estar relacionada à diminuição da transpiração, atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, acarretando a redução do nível de lipídeos na superfície da pele e a perda da integridade do extrato córneo devida à diminuição do conteúdo hídrico. Em casos graves, a pele xerótica adquire aspecto escamoso ou ictiosiforme.

Tais alterações são responsáveis pelo envelhecimento cutâneo precoce frequentemente encontrado nos pacientes renais crônicos. O prurido localizado ou generalizado ocorre em

53% desses pacientes, ocasionando um enorme prejuízo a sua qualidade de vida. Tal agravamento não está relacionado com outras enfermidades cutâneas primárias ou sistêmicas, alterações psicológicas ou insuficiência renal aguda. A fisiopatologia não é totalmente conhecida, porém, há relação com hiperparatireoidismo, xerose, hipervitaminose A, anemia ferropriva e níveis séricos elevados de magnésio, cálcio, fosfato, alumínio e histamina, sendo que esta última pode estar associada à sensibilização alérgica a componentes presentes nas membranas de diálise. O prurido contribui para o surgimento de lesões perfurantes pelo fenômeno de Koebner (LUPI *et al*, 2011).

A neve urêmica é uma das mais raras apresentações descritas que ocorre em 3% dos pacientes na DRT, está relacionada à uremia franca. É reconhecida como um depósito branco na superfície cutânea, secundário a uréia cristalizada excretada pelo suor e responde a diálise (LUPI *et al*, 2011).

As unhas também podem apresentar uma série de alterações. Na DRT, a unha meio a meio (*half-and-half*) é a mais típica e frequente em 21% dos pacientes e caracteriza-se por uma descoloração bem marcada de tom marrom ou róseo na extremidade ungueal. Tal manifestação se mostra mais prevalente nos pacientes em diálise, podendo haver remissão após transplante renal. A patogênese da unha meio a meio é atribuída à elevação do hormônio de estimulação melanocítica.

A DRC pode levar à disfunções hormonais. Em alguns casos, a hiperprolactinemia conduz à inibição da liberação do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante, resultando em menor produção de estrogênio e progesterona. As implicações são ginecomastia nos homens e hirsutismo e acne nas mulheres, podendo, ainda, ocorrer acantose nigricante resultante da resistência insulínica promovida pelo excesso de prolactina. A ginecomastia também pode ocorrer em pacientes renais crônicos, devido ao acúmulo de prolactina. O nível sérico elevado (acima de 30ug/L) relaciona-se diretamente com o agravamento da função renal (HAJHEYDARI, 2008).

Em relação às principais substâncias envolvidas no tratamento dialítico da DRT, podem-se citar a eritropoietina (EPO), o calcitriol e os quelantes de fósforo a base de sais de cálcio (carbonato e acetato de cálcio) que, apesar de pouco frequentes, podem causar farmacodermias. No caso da EPO, o componente alergênico está associado ao veículo da substância, não a ela em si. Pesquisadores observaram quadro de prurido intenso sem lesões de pele visíveis quando foi utilizada a forma liofilizada da EPO, em comparação com a solubilizada. Os efeitos colaterais do calcitriol relacionam-se ao uso prolongado da droga

sem uma supervisão adequada, o que causa hipercalcemia e, posteriormente, calcificações cutâneas. Os quelantes de fósforo também podem provocar hipercalcemia, tendo o oxalato de cálcio os menores índices devido ao percentual de cálcio em sua composição (HAJHEYDARI, *op. cit.*).

O paciente renal crônico, com doença renal em estágio terminal é dependente das condições de uma fístula arteriovenosa (FAV) eficiente para melhorar a qualidade de vida. Entretanto a presença da FAV ocasiona complicações importantes. As complicações dermatológicas comumente associadas à confecção das fístulas são: necrose causada pela manipulação exagerada da pele, hematomas, tensão na sutura da pele e infecção. Nesses casos, a terapia antimicrobiana e o debridamento da ferida podem ser indicados. As infecções são mais frequentes nas fístulas com enxerto arteriovenoso sintético em até 10% dos casos. O *Staphylococcus aureus* é a bactéria evidenciada em até 80% das vezes e, menos comumente, o *Staphylococcus epidermidis* e os gram-negativos representam 15% das infecções. O tratamento é diferenciado, de acordo com o tipo da fístula, se nativa ou enxerto. No caso das fístulas nativas, a infecção está, geralmente, associada às falhas na punção ou a falta de higiene do paciente no cuidado da fístula. O uso de antibióticos por quatro a seis semanas e cuidados locais é suficiente, ficando a indicação cirúrgica para os casos de êmbolos sépticos (HAJHEYDARI, 2008).

Na presença de enxerto, além do uso de antibióticos, a ressecção da porção infectada se faz necessária. Em geral, a utilização de antibióticos sistêmicos é determinada pela hemocultura ou cultura de secreção local, que devem ter cobertura para bactérias gram-positivas e negativas até o isolamento da bactéria. As cefalosporinas são os antibióticos mais empregados na monoterapia. Nos casos com complicações, indica-se a associação de vancomicina com aminoglicosídeo (LUPI *et al*, 2011).

As manifestações cutâneas afetam os pacientes em diversas dimensões: o conforto é alterado em casos de prurido, por exemplo, a ruptura da função protetora que a pele exerce, como observado em casos de descamação cutânea, a fragilidade diante do uso de adesivos para fixação de curativos da fístula e até a suscetibilidade do paciente a desenvolver lesões por pressão. Tudo isso traz consequências que podem agravar o quadro do paciente em relação a pele. Um quadro de prurido pode levar ruptura da integridade da pele, gerando lesões cutâneas, causadas pelo ato de coçar.

Portanto, percebe-se a necessidade do olhar atento da enfermagem sobre a singularidade das lesões cutâneas em consequência da DRC. Os cuidados de enfermagem são

planejados em coerência com a priorização do atendimento individual às necessidades básicas do cliente e reúnem ações que visam prover as melhores condições possíveis para a prevenção de infecção, a higiene, a alimentação, as eliminações, o repouso e as funções respiratória e cardiovascular.

Os cuidados e orientações específicas que possam auxiliar no tratamento destes pacientes, assumem extrema relevância no âmbito da clínica renal. Para isso, a equipe de enfermagem, pela proximidade e em contato direto com o paciente, deve estar preparada para prestar esse tipo de assistência.

De acordo com Souza et al (2006) um dos fatores que dificulta o cuidado profissional é o déficit de conhecimento. As mesmas autoras afirmam que este é um fator essencial, uma vez que a educação funciona como eixo central da assistência de enfermagem. Tal dimensão é considerada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem quando destaca a educação permanente como uma das competências gerais a serem adquiridas pelo enfermeiro. Deste modo, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Durante minha atuação no setor de Nefrologia e Transplante Renal pude perceber que o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a especificidade das lesões cutâneas decorrentes da DRC é bastante heterogêneo. O cuidado se baseia em experiências do cotidiano assistencial, geralmente aplicando e associando os conhecimentos de situações genéricas e que por vezes deixam lacunas no que se refere ao contexto da DRC.

Ressalta-se que a capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem pode ser uma das estratégias para minimizar este quadro. Nesse sentido, Davini (2009, p. 39) considera que

a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Entretanto, a mesma autora (*ibid*) ressalva que apesar da importância e difusão da capacitação, os resultados almejados nem sempre são alcançados, ou seja, nem sempre esses projetos se convertem em ação. A capacitação consiste na transmissão de conhecimentos na lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política.

Atualmente está em vigor a Política Nacional de Educação Permanente, implantada pelo Ministério da Saúde conforme a Portaria 198/GM/MS de 2004, com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Uma das questões principais associadas à educação permanente e a capacitação ressalta que a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. (DAVINI, *op.cit*)

A autora ainda informa que no âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional.

Assim sendo, no âmbito do estudo, o grupo específico de trabalhadores foi a equipe de enfermagem do setor de nefrologia e transplante renal, com a temática sobre as lesões cutâneas decorrentes de DRC.

Considerando o exposto, afirmo ser possível desenvolver uma estratégia educativa que valorize o saber-fazer dos profissionais de enfermagem, com ênfase na capacitação da equipe de enfermagem quanto aos cuidados relacionados ao paciente com lesões cutâneas decorrentes da DRC. Tal estratégia privilegia, especialmente, seus saberes e práticas, como preconiza a educação problematizadora através do estímulo à atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente segura.

De acordo com Amestoy *et al* (2008) a educação problematizadora caracteriza-se por ser uma educação em que os alunos e professores são influenciados pela realidade e também a influenciam. É considerada a mais adequada prática educativa em saúde, e por isso foi adotada no estudo em tela.

Deste modo, refletindo sobre o contexto no qual se situa a problemática apresentada, considero importante desenvolver uma *estratégia educativa para a equipe de enfermagem, ancorada na educação problematizadora, sobre o cuidado com a pele no contexto dos pacientes com doença renal crônica*, sendo este o **objeto de estudo**.

Amestoy *et al* (2008) ressaltam que a política de educação foi criada pelo Ministério da Saúde para ser utilizada nos serviços de saúde em geral, porém sua adesão parece estar mais associada à rede básica de saúde. De acordo com as diretrizes que constituem a Política de Educação Permanente, as instituições hospitalares também são visualizadas como locais propícios à capacitação profissional. Sob esta ótica, a responsabilidade pela formação profissional não recai exclusivamente sobre as unidades de ensino, sendo necessária a participação das instituições onde são desenvolvidas as atividades práticas.

### 3. Questões Norteadoras

A elucidação do objeto foi norteadada pelas seguintes questões:

- Quais são os cuidados realizados pela equipe de enfermagem a pele do cliente com DRC?
- Como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do cliente com DRC?
- A proposta de uma estratégia educativa elaborada e realizada em conjunto com a equipe de enfermagem contribuiria para ampliar o conhecimento sobre os cuidados com a pele do cliente com DRC?

### 4. Objetivos

- Identificar os cuidados e orientações realizados pela equipe de enfermagem à pele do paciente renal crônico na clínica renal.
- Descrever como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do paciente com doença renal crônica.
- Discutir junto a equipe de enfermagem os cuidados fundamentais de enfermagem para o tratamento e prevenção de complicações na pele do paciente renal crônico.
- Propor uma estratégia educativa para a equipe de enfermagem ancorada na educação problematizadora sobre os cuidados com a pele do paciente com doença renal crônica.

Ressalta-se que a estratégia educatica proposta para a equipe de enfermagem fundamenta-se na concepção da educação problematizadora de Paulo Freire, fazendo-se as aproximações com o campo da saúde e do cuidado de enfermagem.

Embora suas ideias tenham sido concebidas no contexto da educação formal de adultos, seus pressupostos são amplamente conhecidos na Educação e na Saúde. Nesse sentido, é pertinente citar os seis pressupostos que Freire (1999, 2000) denomina de ideia-força e que são fundamentais para uma prática educativa crítica, transformadora da realidade:

- a) toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e o seu contexto;
- b) a educação deve levar o educando a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de haver mudança da realidade;
- c) por meio da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, a construção de si mesmo e o ser sujeito;

- d) à medida que o homem se integra às condições de seu contexto de vida, poderá realizar uma reflexão crítica e dar respostas aos desafios que se lhe apresentam, transformando sua cultura;
- e) o homem é criador de cultura e fazedor da história;
- f) é necessário que a educação permita que o homem chegue a ser sujeito de suas ações capaz de transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

Tais pressupostos fundamentam alguns conceitos formulados por Freire, que apresentam aplicabilidade Educação e na Saúde, por se tratar de conceitos básicos para pensar educação em saúde transformadora da realidade e não reformadora de pessoas (MIRANDA, BARROSO, 2004). Dentre os conceitos formulados temos: problematização, reflexão crítica, diálogo, conscientização que serão utilizados nesta pesquisa.

## **5. Justificativa, Contribuição e Relevância do Estudo**

O cuidado prestado ao paciente renal é um tema que suscita a investigação, não só pela enfermagem como também por outras áreas. O acesso às bases de dados evidenciou estudos predominantemente na nutrição e medicina, dentre outras. As temáticas mais abordadas versam sobre a qualidade de vida do paciente, dieta, complicações decorrentes do tratamento e percepção quanto a sua condição. Entretanto, os estudos são escassos no que se refere ao cuidado com a pele do paciente renal.

Tal afirmativa baseia-se na consulta às bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e CINAHL mediante a constatação de um número reduzido de estudos sobre a temática, conforme descrição a seguir. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: utilizar periódicos *on-line* que abarcassem o tema e disponíveis como texto completo, independente do idioma, podendo ser em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos em duplicidade. Foram excluídos ainda, os artigos que mesmo apresentando os descritores utilizados não se enquadravam na temática. O recorte temporal compreendeu ao período de 1983 a 2012. Se justificando pelo ano de criação da Sociedade Brasileira de Enfermeiras Nefrologistas (SOBEN) até o ano da última publicação localizada.

Os resultados foram analisados e identificados pelo título, ano de publicação e categoria profissional dos autores. Os objetivos, metodologia, resultados e conclusão também foram considerados na categorização das publicações.

Os descritores utilizados foram os seguintes: [Manifestações Cutâneas], [Skin Manifestations], [Manifestaciones Cutâneas]; [Falência Renal Crônica], [Kidney Failure

Chronic], [Fallo Renal Crónico]; [Cuidados de Enfermagem], [Nursing Care] e [Atención de Enfermería]; [Educação em Enfermagem], [Education, Nursing], [Educación em Enfermería]; [Serviço Hospitalar de Educação], [Education Department Hospital], [Servicio de Educación em Hospital]. Para restrição da amostra, utilizou-se o operador booleano *and*, entre os descritores.

Os resultados foram identificados pelo título, ano de publicação e categoria profissional dos autores. A leitura e análise dos objetivos, metodologia, resultados e conclusão também foram considerados na categorização das publicações.

O Quadro 01 demonstra os resultados originados a partir da busca pelos descritores na primeira etapa.

Quadro 1: Resultado da busca isolada dos descritores

<b>DESCRITORES</b>	<b>Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS</b>
<i>Manifestações Cutâneas</i>	3.237
<i>Falência Renal Crônica</i>	78.705
<i>Cuidados de Enfermagem</i>	142.290
<i>Educação em Enfermagem</i>	102.772
<i>Serviço de Educação Hospitalar</i>	6.505

A seguir, realizou-se outra busca associada, com os descritores: Manifestações Cutâneas *and* Cuidados de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem *and* Falência renal Crônica, Cuidados de Enfermagem *and* Educação em Enfermagem e Cuidados de Enfermagem *and* Serviço Hospitalar de Educação. Vale dizer que os descritores Educação em Enfermagem e Serviço Hospitalar de Educação foram associados aos demais descritores, com isso 1.657 artigos foram encontrados. A associação dos cinco descritores não gerou resultados.

Na etapa seguinte os artigos foram selecionados em conformidade com a temática investigada. Assim, a partir da leitura dos títulos, 162 artigos foram selecionados. Em busca pelo refinamento, a leitura dos resumos elencou 21 artigos que foram lidos na íntegra e destes, somente 3 relacionavam-se com a temática do estudo. Cabe ressaltar que nenhum artigo tratava diretamente do objeto do estudo em tela.

Dos 3 artigos, apenas 1 aborda as manifestações cutâneas relacionando-as à doença renal. Entretanto, não inclui o enfermeiro na lista de autores, não menciona a enfermagem em seus descritores, não cita os cuidados de enfermagem e a sua relevância na discussão do tema.

A busca nos Catálogos de Dissertações e Teses da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) utilizou o recorte temporal de 2001 à 2012, todos disponíveis *online*. Inicialmente, as dissertações e teses foram selecionadas segundo a área de concentração. A leitura dos títulos e resumos conduziu a 17 dissertações e 9 teses relacionadas à DRC, porém não foram encontrados estudos que versavam sobre a pele do paciente DRC ou sobre os cuidados de enfermagem neste contexto.

As publicações que abrangem a Enfermagem, ou seja, de autoria de Enfermeiros e/ou que citam a Enfermagem ou Cuidados de Enfermagem em seus descritores, quando estão relacionados à doença renal, tratam predominantemente da diálise, das percepções e estratégias de enfrentamento do paciente em relação à doença, da percepção do familiar sobre a mudança na rotina, entre outros aspectos nessa linha. Tais produções foram excluídas, visto que para o estudo em tela buscou-se as manifestações cutâneas na doença renal. Convém ressaltar que, até o término da busca, não foram localizadas produções da enfermagem que abordassem objetivamente o tema.

Neste sentido, o presente estudo se justifica pela necessidade do desenvolvimento de pesquisas que ampliem o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem com a pele do paciente renal. Já dito anteriormente, a pele encontra-se susceptível ao desenvolvimento de lesões tanto pelo curso da patologia em si quanto pelas modalidades de tratamento que expõe o paciente às situações de risco de infecção ou lesão.

Voltar o olhar para a equipe de enfermagem que cuida desta clientela é primordial para a sistematização da assistência e para o cuidado seguro, ético e qualitativamente melhor. Tal preocupação se apresenta no estudo e faz emergir uma importante questão sobre os conhecimentos adquiridos pelos profissionais que atuam na clínica renal, seja no contexto da internação ou no contexto ambulatorial.

O estudo também se justifica pela relevância da educação permanente no cenário hospitalar, pela complexidade do sistema que absorve grande parte os profissionais da saúde. Pelo exposto, o preparo de profissionais e estudantes em concordância com os princípios do SUS traz consigo a adoção de práticas educativas e ações críticas, reflexivas, pautadas no diálogo e em consonância com os preceitos da educação problematizadora.

Nesta pesquisa, o enfoque conferido à educação permanente foi a problematização dos cuidados com a pele do paciente com doença renal crônica junto à equipe de enfermagem. Neste ponto, a investigação do objeto se aproximou dos estudos pertinentes à área de fundamentos do cuidado de enfermagem, em especial ao NUCLEARTE (Núcleo de Pesquisa

de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem) do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery.

A pesquisa se insere na área de domínio do NUCLEARTE denominada Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem, que em sua ementa contempla “*procedimentos técnicos, clínicos e interativos próprios da assistência de enfermagem para o ensino e pesquisa*”. Ainda mais, suscita importantes discussões em que pese à aplicabilidade dos princípios da enfermagem fundamental nos procedimentos clínicos e interativos próprios ao cuidado de enfermagem. Desse modo, a proposta de uma estratégia educativa para a equipe de enfermagem sobre o cuidado com a pele do paciente com doença renal crônica, é uma relevante contribuição para a consolidação dos conceitos inerentes a esta área de domínio.

Sendo assim, os resultados obtidos no estudo contribuem para a ampliação do conhecimento no campo da enfermagem fundamental e, conseqüentemente, para o fortalecimento da linha de pesquisa do NUCLEARTE. Além disto, o estudo representa importantes contribuições para a assistência, ensino e pesquisa.

*Capítulo II*

*Bases Teórico-Conceituais*

## 2.1. Cuidados Fundamentais de Enfermagem

O cuidar em enfermagem consiste em doar esforços transpessoais de um ser humano para outro, auxiliando com encorajamento para enfrentamento e busca de significados na doença, sofrimento e dor, a até mesmo, na existência. O cuidar em enfermagem é ainda, ajudar o outro a alcançar autoconhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (SOUZA, 2005).

O cuidado em enfermagem aproxima-se das idéias do humanismo latino, quando faz uma identificação dos seres humanos pela sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo, estabelecendo uma relação de empatia. Assim, prestar cuidado, quer seja na dimensão pessoal quer na social, se torna uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem. Compartilhar as experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos dos humanistas, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem. Tratando-se do respeito ao outro, é necessário destacar o conceito de mutualidade como meio-termo ou equilíbrio entre duas posições extremas: o paternalismo e a autonomia. O primeiro centralizado na provedoria, e o segundo, assentado extremamente no cliente. Os atributos da mutualidade caracterizam-se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão, com objetivo de satisfação de ambos intervenientes (HENSON, 1997).

Isso conduz a uma reflexão a respeito do conceito de humanização e sua aplicabilidade em todas as dimensões do cuidado de enfermagem. A preocupação com o outro, a integralidade e individualidade no cuidado de enfermagem, permeiam importantes discussões no âmbito profissional e acadêmico, visando à incorporação deste conceito na prática do Enfermeiro.

O cuidado é a essência da profissão, quando se fala em cuidado fundamental de enfermagem não se tem um campo específico de atuação, não se fala em algo próprio, particular, pois a enfermagem fundamental permeia a enfermagem em sua *inteireza*, tanto seu conceito, quanto a sua prática, como se a transcendesse no sentido *metafísico* (no todo e nas partes), como se estivesse presente, latente, ou subsistindo em todos os possíveis campos da ação e setores da atuação e da totalidade profissional. Por isso, no âmbito e no contexto, “a enfermagem fundamental” compreende, também, cenários consistentes com uma aprendizagem adequada à formação do perfil profissional, imprescindível às competências de

quem terá que se haver com uma arte especial que prima pelos cuidados prestados à clientela (CARVALHO, 2003).

No âmbito da enfermagem fundamental, os cuidados de enfermagem são conceituados como cuidados básicos de enfermagem e expressam a amplitude da sua natureza:

a prestação de cuidados básicos de enfermagem se faz a qualquer clientela, em qualquer cenário, e nada mais é do que a aplicação dos conhecimentos gerais e simples de enfermagem a situações particulares, que lhe emprestam por adição e nunca por substituição, características específicas. (CARVALHO e CASTRO, 1985 p.78)

Deste modo, considera-se o ato de cuidar como a alma dos serviços de saúde, uma vez que o foco da saúde não está na cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos aspirados. Para isso, diversas estratégias são consideradas para produzir saúde, que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários. (KOERICH, 2006) Assim sendo, é necessário que o profissional conscientize-se que o cuidado em enfermagem vai além de técnicas e procedimentos manuais. No processo de trabalho de enfermagem, a administração e a gerência realizadas pelo enfermeiro tem por finalidade organizar o serviço de maneira a atender ao usuário, ao trabalhador e à instituição assistencial. (KIRCHHOF, 2003). Contudo, o profissional necessita de uma evolução pessoal que lhe permita abarcar a questão em sua totalidade e também apropriar-se da relevância do cuidado em enfermagem, para o desenvolvimento dessas ações.

## **2.2. A Doença Renal Crônica: Modalidades Terapêuticas**

Como já abordado na construção da problemática deste estudo, a prevalência da DRC tem crescimento acentuado no Brasil e no mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A sua permanência silenciosa por muitos anos, compromete o funcionamento renal de modo irreversível. Para Rudnicki (2006) e Thomas (2005), as consequências da doença requerem do indivíduo formas de se adaptar, reconfigurar seu estilo de vida e de se organizar frente a cada uma das fases de desenvolvimento.

Deve-se ter em mente que o tratamento dos pacientes com DRC requer o conhecimento de aspectos diversos, relacionados entre si, que englobam a doença de base, a velocidade de queda da taxa de filtração glomerular (TFG), o estágio da doença, a ocorrência de complicações e co-morbidades, particularmente as cardiovasculares.

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC. Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde que cuidam destes pacientes. Ao mesmo tempo, os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal (JUNIOR, 2004).

Assim, a capacitação, a conscientização e vigilância do médico de cuidados primários à saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e a instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da DRC, prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

Segundo Junior (2004), nos pacientes com doença renal crônica o estágio da doença deve ser determinado com base no nível de função renal, independentemente do diagnóstico (C). Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, a DRC é dividida em seis estágios funcionais (figura 1), de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios são:

**Fase de função renal normal sem lesão renal** - importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC, etc), que ainda não desenvolveram lesão renal.

**Fase de lesão com função renal normal** - corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de  $90\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ .

**Fase de insuficiência renal funcional ou leve** - ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar estas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. Compreende a um ritmo de filtração glomerular entre  $60$  e  $89\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$

**Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada** - nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lupus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc.). Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Fase de insuficiência renal clínica ou severa** - O paciente já se ressentir de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Fase terminal de insuficiência renal crônica** - como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Figura 1- Estadiamento e Classificação da Doença Renal Crônica, Ministério da Saúde do Brasil (2002)**

Estadiamento e classificação da doença renal crônica		
Estágio	Filtração Glomerular (ml/min)	Grau de Insuficiência Renal
0	> 90	Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
2	60 – 89	IR Leve ou Funciona
3	30 – 59	IR Moderada ou Laboratorial
4	15-29	IR Severa ou Clínica
5	< 15	IR Terminal ou Dialítica

*IR = insuficiência renal; DRC=doença renal crônica.*

Neste ponto, vale dizer que para efeitos de tratamento, são considerados nestas Diretrizes somente os Estágios de 2 a 5 da classificação da DRC.

Uma série de medidas terapêuticas pode ser implementada nos estágios da DRC, antes da Terapia Renal Substitutiva (TRS). O tratamento “conservador” da DRC constitui-se em um conjunto de medidas baseadas nas melhores evidências disponíveis na literatura sobre o assunto até o momento. Segundo Bastos (2004), este tratamento pode ser dividido em 4 modalidades: 1. As intervenções para diminuir a progressão da doença; 2. O diagnóstico e tratamento das complicações próprias da DRC; 3. A identificação e o manuseio das comorbidades mais freqüentes; e 4. As medidas educativas e de preparo para TRS.

### **2.2.1. Intervenções para diminuir a progressão da doença**

Primeiramente, é necessário destacar que as intervenções para diminuir ou reverter a progressão da DRC serão mais impactantes se instituídas o mais precocemente possível. É sempre oportuno ressaltar que o sucesso terapêutico da doença primária também é muito importante na prevenção da falência renal.

Dentre as intervenções imperativas, o controle da pressão arterial é de suma importância, pois fica cada vez evidente que esta ação minimiza a progressão da doença e reduz riscos da doença cardiovascular frequentemente associada. No que se refere aos medicamentos de escolha no tratamento da hipertensão arterial em paciente com DRC, entre os mais utilizados estão: Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), bloqueador do receptor da angiotensina (BRA), bloqueadores dos canais de cálcio de longa ação, diuréticos e betabloqueadores (SBN, 2011).

Segundo a SBN (2011), foi demonstrada a efetividade do uso de IECA em reduzir a progressão da DRC em pacientes com nefropatia e diabetes tipo 1(DM1)31(A). Ao comparar o uso de captopril 25 mg, três vezes ao dia, com tratamento convencional da hipertensão em pacientes com DM1 e duração média da doença de 22 anos, hemoglobina glicada de 11,8 g/dl e proteinúria de pelo menos 500 mg/dia: com seguimento médio de 3 anos (1,8-4,8). Observou-se que o uso de captopril reduziu o risco relativo de complicações renais em 61% dos casos que inicialmente apresentavam creatinina sérica  $\geq 1,5$  mg/dl com redução do risco relativo (RRR)=61%; IC 26-80% e 46% dos pacientes com creatinina  $\leq 1,5$  mg/dl (RRR=46%; IC 95% 22-76%). O uso de captopril reduziu o risco absoluto (RRA) em 9,2% de dobrar a concentração da creatinina sérica em 3 anos (RRA=9,2%; IC95% 2-16,4%), necessitando-se tratar 11 pacientes durante 3 anos para beneficiar um (NNT=11 com IC 95% 6-50). Enquanto que o paciente em uso de captopril apresentou aumento de  $0,2 \pm 0,8$  mg/dl/ano na creatinina sérica, o paciente em uso de placebo aumentou  $0,5 \pm 0,8$  mg/dl/ano ( $p=0,004$ ). Apesar do seguimento pequeno para avaliar mortalidade, o uso de captopril permite redução do risco

absoluto de morte, necessidade de diálise ou transplante renal em 9,7% (RRA=9,7 com IC 95% 2,7-16,7), necessitando-se tratar 10 pacientes por 3 anos para beneficiar um paciente (NNT=10 com IC 95% 6-38).

Reduzir a proteinúria é relevante também, uma vez que, nos últimos anos, tem-se dado grande importância à presença da proteinúria nas diferentes doenças renais. A albuminúria, inicialmente interpretada apenas como um indicador de lesão glomerular, é atualmente também considerada deletéria ao rim *per se* e é o principal fator de risco de progressão na DRC (SANTOS *et al*, 2001).

Até o momento, não está completamente confirmado se o controle rigoroso da glicemia possui uma ação protetora nos pacientes com nefropatia diabética estabelecida (BRASIL, 2013). Contudo, o controle glicêmico intenso tem sido recomendado na prevenção primária e na diminuição da progressão da microalbuminúria, tanto nos pacientes com diabetes tipo 1, quanto no diabetes tipo 2. Independentemente da ação benéfica de um estado de euglicemia na evolução da nefropatia diabética, a maioria dos autores recomenda o controle glicêmico adequado como estratégia para prevenir ou diminuir as complicações macro e microvasculares do diabetes. Fumar associa-se com maior velocidade de progressão da doença renal em pacientes com nefropatia diabética e não-diabética e com maior risco de doença cardiovascular (BASTOS, 2011).

O Diabetes mellitus e a hipertensão arterial são duas das principais causas de DRC e estão intimamente relacionadas ao sobrepeso ou obesidade. A obesidade é observada em 90% dos pacientes com diabetes tipo 2 e é responsável por 65-75% dos casos de hipertensão arterial primária (BASTOS, 2011). Os mecanismos pelos quais a obesidade pode contribuir na perda funcional da DRC podem estar relacionados com a glomerulosclerose, hipertensão arterial, resistência à insulina, hiperglicemia ou à obesidade *per se* (HALL *et al*, 2003).

O emagrecimento é outro fator que até recentemente, não apresentava evidências definitivas de seu benefício na função renal. Contudo, um estudo recente realizado com pacientes portadores de nefropatia por depósito de IgA e com pacientes transplantados renais evidenciou maior nível de proteinúria e maior velocidade de perda da filtração glomerular nos pacientes obesos comparados aos não obesos (BONNET *et al*, 2001).

Uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (2005) é a redução da ingestão proteica que inclui em seus efeitos retardar a progressão da DRC. Sendo assim, a ingestão proteica diária de 0,8 g/kg/dia é indicada para homens e mulheres não grávidas que não estão amamentando. Nos pacientes com DRC, a dieta deveria ser adequada às necessidades do paciente e, nos casos em que se decida por menor teor de proteína (p. ex., 0,4-0,6 g/kg/dia),

recomenda-se o acompanhamento com nutricionista experiente para prevenir a ocorrência de desnutrição e garantir a adesão.

Apesar das intervenções predominantemente médicas, existem medidas cabíveis à enfermagem, como importantes agentes no retardo e minimização da progressão da DRC. O controle da pressão arterial, avaliação constante dos sinais apresentados pelo paciente quanto à terapia medicamentosa, avaliação do débito urinário, bem como das características da urina e presença de proteinúria, acompanhamento da dieta, dentre outras ações importantes, destaco ainda as orientações específicas e individualizadas ao portador de DRC.

### **2.2.2. Diagnóstico e tratamento das complicações próprias da DRC**

É comum aos pacientes com DRC apresentarem anemia do tipo normocrômica e normocítica, ou seja, níveis de hemoglobina menores do que o normal. A anemia decorrente da DRC determina consequências adversas como a redução na capacidade aeróbica, no bem-estar geral, na função sexual e na função cognitiva. Ainda mais, é considerada como um fator de risco para a hipertrofia do ventrículo esquerdo, fator precipitante da insuficiência cardíaca congestiva e da angina (KAUSZ, 2000); e, possivelmente, associa-se com maior velocidade de queda da filtração glomerular (DEICHER, 2003).

As alterações do metabolismo de cálcio e fósforo também ocorrem nos pacientes com DRC muito antes do estágio de Falência da Função Renal (FFR). A hiperfosfatemia e o aumento do produto fósforo-cálcio podem determinar a doença óssea, além de favorecerem a precipitação de fosfato de cálcio no tecido renal, e assim influenciar na velocidade de progressão da DRC. Estudos recentes mostraram que a retenção do fósforo ocorre em pacientes no estágio III da DRC, quando ainda se observa boa reserva funcional. A hiperfosfatemia e, mais importante, a deficiência de vitamina D ativada favorecem a ocorrência de hipocalcemia (BASTOS, 2004). Sendo assim, é importante atentarmos para estas alterações, uma vez que, no seu início, a doença óssea renal pode não ser aparente devido à sua natureza subclínica, entretanto a presença da doença óssea pode contribuir para a mobilidade física prejudicada e dor. Ambas colaboram para dificuldade de deambulação, mudança de posição e desenvolvimento das atividades diárias. Situações que necessitam de assistência diretamente da assistência de enfermagem.

A acidose metabólica é uma das complicações da doença renal crônica e está associada ao aumento do catabolismo protéico, à diminuição da síntese de proteínas e ao balanço nitrogenado negativo. A dieta tem forte influência sobre a geração de ácidos, podendo contribuir, portanto, para determinar a gravidade da acidose no paciente com doença renal

crônica (LEAL, 2008). Em grande parte dos pacientes, a acidose metabólica é assintomática. Neste sentido, a grande preocupação com a acidose relaciona-se ao seu possível impacto desfavorável na função endócrina, no metabolismo mineral e integridade óssea, função miocárdica e desnutrição calórico-protéica (BASTOS, 2004).

A desnutrição protéico-calórica causa impacto desfavorável no prognóstico da DRC e a sua ocorrência deve ser evitada. Para tal, devemos orientar: avaliação por nutricionista; recomendações nutricionais específicas para a ingestão de proteína, carboidratos, calorias, lipídeos, sódio, potássio e fósforo; e monitorização continuada do estado nutricional. Como já mencionado, a falta de consenso sobre o valor de dietas com baixo teor de proteína como fator de proteção funcional renal e o perigo de desnutrição que pode ocorrer com a progressão da DRC constituem as bases para a prescrição de dietas com maior conteúdo de proteínas (0,8-1,2g/kg/dia) (BASTOS, 2004).

Cabe ressaltar que a desnutrição protéico-calórica grave altera a regeneração tissular, a reação inflamatória e a função imune (BASTOS, 2004), tornando os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões e até mesmo úlceras por pressão. Souza (2006) afirma que em idosos, o baixo nível de albumina sérica pode ser considerado evidência de desnutrição proteica e hipercatabolismo.

O peso corpóreo é um importante componente de indicadores nutricionais tem sido apontado como um fator relacionado ao desenvolvimento e gravidade de lesões e úlceras por pressão (BATES-JENSEN, 2002). O emagrecimento reduz a camada de gordura espessa e, conseqüentemente, reduz a proteção contra a pressão, o que leva à suscetibilidade no desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UP). Neste sentido, FIFE (2001) sugere medidas preventivas agressivas nos pacientes com escore de Braden < 13 e com baixo índice de massa corporal (IMC), na admissão.

A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento de UP, é a primeira medida a ser adotada para a sua prevenção. Deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas ou quando ocorrer alteração em suas condições de saúde, principalmente em pacientes criticamente enfermos que apresentam grande número de fatores de risco. A Escala de Braden (ANEXO 1), desenvolvida nos Estados Unidos por BERGSTRON et al. (1987), é a mais utilizada mundialmente para a avaliação do risco, e foi validada para a língua portuguesa por PARANHOS e SANTOS (1999), para o uso na população brasileira.

A Escala de Braden apresenta seis sub-escalas (BERGSTRON et al., 1987; PARANHOS e SANTOS, 1999):

1. Percepção sensorial – verifica a capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto;
2. Umidade – refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade;
3. Atividade – diz respeito ao grau de atividade física;
4. Mobilidade – mensura a capacidade do paciente em mudar e controlar a posição de seu corpo;
5. Nutrição – retrata o padrão usual de consumo alimentar;
6. Fricção e Cisalhamento – mostra a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção.

As cinco primeiras sub-escalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável) e a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de um a três. A somatória total fica entre os valores de seis a 23. Ao final da avaliação de risco do paciente, realizada pelo enfermeiro, o risco é interpretado da seguinte forma: abaixo ou igual a 11 significa um risco elevado, de 12 a 14 risco moderado, de 15 a 17 risco pequeno e maior ou igual 18 risco baixo. Assim, pode-se dizer que quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da UP (BERGSTRON et al., 1987; PARANHOS e SANTOS, 1999).

A Escala de Braden é um instrumento eficaz no auxílio ao enfermeiro no processo de decisão das medidas preventivas a serem adotadas, de acordo com o risco de cada paciente, pois as UP sempre foram um problema a ser enfrentado pelos enfermeiros, aos quais eram atribuídas as maiores responsabilidades no reconhecimento dos clientes de risco e por sua associação com a deficiência na qualidade da assistência associada aos fatores predisponentes intrínsecos (percepção sensorial, tolerância tissular aspecto nutricional, envelhecimento, doenças degenerativas) e extrínsecos (umidade, fricção e cisalhamento), que acabam por elevar os índices de UP em clientes hospitalizados (FERNANDES, 2000). Além disso, a UP é uma importante manifestação cutânea passível de ocorrência na DRC, uma vez que a pele do paciente renal é suscetível à diversas complicações. Portanto, torna-se necessário investir em cuidados preventivos para evitar o desenvolvimento de tal lesão.

Outro importante fator à ser considerado é a anemia, um quadro comum aos DRC, que diminui a quantidade de oxigênio para os fibroblastos e, com isso, reduz a formação de colágeno e aumenta a suscetibilidade do tecido ao desenvolvimento de lesões (RUSSELL, 2000).

Além disso, o aporte calórico-protéico reduzido pode predizer o desenvolvimento de lesões, devendo-se ressaltar algumas causas dessa diminuição como a persistente falta de

apetite e as restrições alimentares impostas pelo tratamento da DRC. Para os idosos, incluem-se a dependência de ajuda para comer, o comprometimento cognitivo e da comunicação, o uso de medicações que interferem no apetite e aumentam a perda de nutrientes e os fatores psicossociais, como isolamento e depressão (HARRIS, 2004). Pacientes que receberam maior aporte protéico e energético assim como nutrientes específicos tenderam a desenvolver menos lesões e a apresentar melhor cicatrização (LEE, 2006).

Estudos mais recentes ressaltam a importância de alguns nutrientes em cada etapa do processo de cicatrização: inflamatória, proliferativa e de remodelação (MECHANICK, 2004). Em uma revisão sistemática e metanálise, constatou-se que a terapia nutricional, particularmente a suplementação nutricional oral com alto teor protéico, pode diminuir significativamente o risco de desenvolvimento das lesões como úlcera por pressão. (STRATTON, 2005).

Em relação a lesões como úlcera por pressão, HOUWING et al (2003) verificaram que os pacientes que receberam suplemento dietético enriquecido com proteína, arginina, zinco e antioxidantes apresentaram menor índice de úlcera por pressão em estágio II, comparativamente ao grupo controle. Em outro estudo, a suplementação nutricional oral específica resultou em diminuição significativa na área da ferida e em melhoria das condições das úlceras por pressão em estágios III e IV (FRÍAS, 2004). Em pacientes sob estresse, a retenção de nitrogênio e a oferta de micronutrientes são prioritárias para a cicatrização de úlceras por pressão, bem como de outras lesões (MECHANICK, 2004).

### **2.2.3. Identificação e manuseio das comorbidades mais frequentes**

Segundo Sarnak (2000), a doença cardiovascular, é a principal causa de morte entre os pacientes com FFR, dados atuais do Ministério da Saúde (2013) confirmam este dado. A taxa de mortalidade dos pacientes com idade entre 25 e 34 anos em TRS é cerca de 500 vezes maior do que na população geral ou, dito de outra maneira, um jovem em diálise apresenta a mesma taxa de mortalidade que um indivíduo com idade acima de 75 anos sem FFR. Segundo o Ministério da Saúde, a razão deste quadro assombroso é a maior prevalência de infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, parada cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, disfunção sistólica, dilatação do ventrículo esquerdo e acidente vascular cerebral entre os pacientes em TRS (BRASIL, 2013). O diagnóstico e o tratamento das doenças cardiovasculares devem ser estimulados durante todo o período de evolução da DRC. Os pacientes devem ser orientados para modificar as suas dietas, praticar exercícios

adequados às suas condições clínicas, tratados com estatinas, IECA e/ou BRAT 1, além de serem estimulados a parar de fumar e perder peso (BASTOS, 2004)

Apesar de ser comum, a doença vascular periférica não é comumente rastreada entre os pacientes com DRC. Infelizmente, as técnicas usualmente utilizadas no diagnóstico da doença vascular periférica na população geral nem sempre são úteis nos pacientes com DRC, posto que não possuem a sensibilidade e especificidade aceitáveis nos casos de calcificação vascular e doenças dos pequenos vasos (SBN, 2011).

A retinopatia e neuropatia diabética é outra comorbidade frequente na DRC (BASTOS,2004). A ocorrência de albuminúria não só anuncia o aparecimento da nefropatia diabética, mas também das outras complicações secundárias ao distúrbio vascular generalizado, como, por exemplo, no olho e no sistema nervoso (BRASIL,2013)

Para a enfermagem, a identificação destas comorbidades são de suma importância para, a partir de tal identificação, implementar um plano de ação, especialmente pautado na orientação dos pacientes, ação que pode minimizar agravos e retardar a progressão do quadro, em como a evolução das complicações renais.

#### **2.2.4 Medidas Educativas e Preparo para TRS**

Idealmente, os pacientes em estágio 5 da DRC devem ser preparados com a devida antecedência para o início da TRS, evitando-se procedimentos de urgência. Para tanto, desde o estágio 4 da DRC (TFG estimada,  $TFGe < 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ) deveriam receber orientação sobre as opções de tratamento da DRC em estágio terminal. Todos os pacientes e seus familiares deveriam contar com suporte psicológico e social para enfrentar as mudanças decorrentes do adoecimento e do seu tratamento. Devem sempre ser fornecidas orientações ao paciente e sua família sobre as alternativas terapêuticas (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal) que estarão disponíveis a partir desse momento. Assim, a modalidade terapêutica deve ser escolhida em discussão conjunta com eles, para que se encaixe na realidade e estilo de vida do paciente, porém nem sempre é possível. A título de exemplo, a hemodiálise exige que o paciente possa ir ao centro de diálise, em geral três vezes por semana em horários fixos; por outro lado, a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) pode ser feita em casa, mas exige condições adequadas de higiene e esclarecimento, além de treinamento do paciente e/ou familiares para executar os procedimentos, diariamente, sem assistência direta de profissionais de saúde (SBN, 2011).

Antes de iniciar a TRS é necessário planejamento, que passa pela definição do momento ideal para iniciar a terapia, escolha do tipo de TRS e, em função disso, alguns preparos específicos.

É impossível falar de medidas educativas sem tratar da importância do papel da enfermagem nesta modalidade terapêutica. Na DRC essas medidas constituem uma indispensável estratégia para retardar a progressão da doença. Desde o momento do diagnóstico é necessário investir em orientações sobre a doença, alterações no estilo de vida, bem como adequação da dieta e reorientação das práticas de saúde. Dentre tantas mudanças na vida do paciente portador de DRC, torna-se importante abordar as alterações de pele que ele vivenciará ao longo do tempo. A inserção de um plano de orientações bem direcionado pode minimizar o impacto e agravos da DRC e das alterações de pele desencadeadas a partir dela.

### **2.2.5. Terapia Renal Substitutiva**

A indicação da TRS requer que sejam ponderados os riscos e benefícios do tratamento a ser iniciado, bem como essa terapia seja instituída no melhor momento possível, de modo a prevenir complicações da condição urêmica. Algumas complicações decorrentes do comprometimento renal podem justificar o início da TRS, mesmo que a TFG ainda não seja inferior a 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, entre as quais se citam a sobrecarga de volume intratável, a hipercalemia, a acidose metabólica e os sintomas urêmicos.

É importante destacar que a ponderação dos riscos e benefícios da TRS conta com importante participação da enfermagem, especialmente no tocante às medidas educativas instituídas ao longo do acompanhamento até o momento de escolha, quando possível, ou do direcionamento à TRS. As medidas educativas nesta etapa consistem em esclarecer dúvidas e fornecer orientações sobre as terapias disponíveis.

### **2.2.6. Cuidados de enfermagem à pele do paciente portador de DRC**

Cuidar da pele é um processo dinâmico, e constitui um dos cuidados fundamentais de enfermagem. São requeridos da equipe de enfermagem conhecimentos sobre anatomia, fisiologia da pele e bases teóricas da enfermagem que permitam o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados a fim de prevenir e tratar as diversas lesões cutâneas que podem acometer o paciente.

Na pesquisa em tela, investiga-se o cuidado de enfermagem dispensado às lesões de pele decorrentes da DRC. Neste caso, além da anatomia e fisiologia da pele, torna-se

necessário agregar e adequar conhecimentos que se reportam às especificidades do curso clínico da doença e do tratamento empreendido. Neste contexto, o cuidado individualizado, eficiente e ético requer que o paciente seja considerado em sua singularidade.

Considerando a assistência de enfermagem prestada, no sentido de manter a integridade da pele de modo geral, a literatura investigada relata uma série de condutas a serem aplicadas. Potter e Perry (2004) listam um conjunto de cuidados gerais com a pele que consiste na inspeção diária, no registro da avaliação, frequências dos banhos adequadas às necessidades do paciente, o uso de agentes brandos, evitando-se a água quente e atrito excessivo. Além disso, destacam que avaliar e tratar incontinência, limpar a pele imediatamente após as eliminações, usar uma barreira tópica contra a umidade e selecionar lençóis ou peças absorventes e que forneçam superfície de secagem rápida são medidas essenciais para a manutenção da integridade cutânea.

O ressecamento pode ser prevenido com a aplicação de hidratantes e também minimizando os fatores ambientais que levam à pele seca, como a baixa umidade e o ar frio. Para prevenir a instalação ou o agravamento da lesão cutânea provocada pelo atrito e força de cisalhamento recomenda-se não massagear sobre as proeminências ósseas e as áreas avermelhadas. Ainda mais, outras medidas como o uso de lubrificantes secos (amido de milho) ou revestimentos protetores, as técnicas de posicionamento, transferência e mudança de decúbito são enfatizadas. Quando utilizar pomadas, retirar o excesso por completo, além de manter pele seca e limpa.

Em relação à pele do paciente renal, os cuidados de enfermagem anteriormente descritos se incluem no planejamento, uma vez que a avaliação da pele e as medidas preventivas citadas podem minimizar o risco de lesões causadas pelo próprio progresso da doença renal ou por outras causas. Entretanto, tais cuidados devem ser adaptados à especificidade conferida pelo curso da doença, pelo tratamento e também por mudanças produzidas no estilo de vida do cliente e conseqüentemente com a família ou cuidadores. Em estágios variados, o cliente não consegue cuidar de si e necessita do apoio profissional ou familiar para executar os cuidados apropriados.

A avaliação constante da pele do paciente renal pode proporcionar intervenções eficazes, no sentido de fornecer alívio frente ao incômodo vivenciado e relatado pelos pacientes renais, principalmente, em relação ao ressecamento da pele e prurido.

### **2.3. Impacto da DRC na Autoestima e Autoimagem do paciente: Desafio para o cuidado da equipe de enfermagem**

Segundo Queiroz (2008), os portadores de DRC sofrem grave alteração nas dimensões psicológicas em suas vidas a partir da doença. Tais alterações manifestam-se no âmbito fisiológico, trazendo alterações físicas, como as alterações de pele (foco deste estudo) e também se manifestam no âmbito psicológico, trazendo alterações psicossociais, como o impacto na autoimagem e autoestima do paciente frente às alterações de pele vivenciadas a partir da DRC.

As características corporais podem ser derivadas do curso clínico, do tratamento e suas consequências, impondo ao paciente a necessidade de adaptar-se à nova condição. A título de exemplo, o acúmulo de líquidos provocado por medicamentos é uma prova visível para os pacientes de que são portadores de DRC, e torna-se uma característica que os diferencia dos outros. As cicatrizes geradas por fístulas, implantações de cateteres, exames e cirurgias, a pele pálida e seca e as múltiplas manchas hemorrágicas são algumas alterações presentes no paciente e que ocasionam déficit na autoimagem e na autoestima. A anorexia, presença de toxinas urêmicas, distúrbios gastrointestinais e alterações metabólicas podem contribuir para a alteração do corpo desse paciente (QUINTANA,2006).

Devido ao tratamento, os pacientes com DRC têm suas atividades físicas diminuídas e as necessidades de repouso aumentadas. Nesse sentido, a diminuição da atividade física do indivíduo é vista como fonte de estresse (RUDNICKI, 2007). Poucas são as recomendações dadas por médicos, porém os exercícios prescritos adequadamente aos pacientes renais podem auxiliar no controle da hipertensão arterial, da capacidade funcional, da função cardíaca, da força muscular, e conseqüentemente, da qualidade de vida (MACHADO, 2003).

A sexualidade é outro aspecto importante que também sofre influência em casos de DRC, uma vez que esta energia é advinda das dimensões psicológicas. Define-se sexualidade como pensamentos das nossas sensações, sentimentos e emoções que envolvem a energia sexual, Neste sentido, afeta o casal, podendo causar perda da libido, infertilidade, dificuldade hormonal, circulação e sistema nervoso. Segundo Meneze (2007), o homem passa a ter dificuldades na ereção e a mulher no orgasmo. De fato, a própria aparência modificada, a presença de fístula, cicatrizes e cirurgias fazem com que o indivíduo sinta-se diferente em relação ao parceiro, afetando diretamente a autoestima dos portadores de DRC. Ressalta-se que em muitos casos essas alterações são causadas também por medicamentos.

Outro aspecto que traz grande impacto na rotina diária do portador de DRC é a dieta alimentar. Segundo Riella (2001), um dos grandes desafios postos é seguir a termo a dieta prescrita. A dieta pode representar grandes e importantes mudanças nos hábitos alimentares e até mesmo no padrão comportamental do paciente. A restrição de alimentos preferenciais e a

substituição por alimentos menos agradáveis ao paladar pode ser uma das causas da perda do apetite, perda excessiva de peso, podendo levar ao desânimo e desistência do tratamento. Por isso, acredito que se faz necessário tomar a dieta alimentar e o desafio para adesão à dieta prescrita como um fator que influencia diretamente na autoestima e autoimagem do paciente renal crônico.

A perda excessiva de peso, pelas restrições alimentares pode causar distúrbio de imagem. Em contrapartida, o excesso da retenção de líquidos também. Neste contexto, objetivando melhorar a adesão à dieta prescrita são elaboradas diversas estratégias, considerando-se a importância das razões e seus efeitos correspondentes. Neste ponto, torna-se de extrema importância a participação da família, pois a observância por parte dos parentes desse paciente é fundamental para que as recomendações do nutricionista responsável pela prescrição sejam seguidas. Thomas (2005) e Cesarino (1998) garantem que o sucesso da terapia dialítica, por exemplo, depende essencialmente de uma nutrição adequada. Cada paciente necessita de uma avaliação nutricional individualizada, levando em conta a sua bioquímica atual e os sintomas clínicos e físicos.

De acordo com Thomas (2005), Meneze (2007) e Rudnicki (2006), o enfrentamento da doença renal acarreta em inúmeras mudanças no estado emocional: diminuição da imunidade, ansiedade, insegurança, perdas, angústia, medo do desconhecido, entre outros. Tais mudanças podem ocasionar depressão ou estado depressivo, acarretando menor adesão à dieta e ao tratamento, fraqueza e inutilidade. O enfrentamento é um processo auxiliador às mudanças do estado de humor e do estado depressivo (SEID, 2001). Se o paciente encontra sentido em seu sofrimento, sua capacidade de enfrentamento da doença se torna maior, e assim, consegue ser feliz apesar das dificuldades. (RESENDE, 2007).

Verdes Moreiras (1993) afirma que o projeto de vida e o trabalho dependem da fase do desenvolvimento em que se encontra o paciente renal. Nas crianças fica difícil construir um projeto de vida, é sempre preciso pensar nas suas restrições quando for imaginar o futuro. Para o adulto a questão do trabalho é sentida como maior prejuízo da doença, pois geralmente eles precisam deixar de trabalhar devido ao tratamento, começam a se sentir inútil e dependente. Para os idosos essa questão é sentida de uma maneira diferente, pois a maioria já está aposentada e seus projetos de vida são outros.

De modo geral a DRC traz consequências, vistas como negativas pelo indivíduo, devido às restrições que a doença e o tratamento acarretam e que podem afetar as necessidades de autoimagem, autopercepção, autoestima e autoconceito de forma negativa, interferindo nas relações afetivas, que por consequente, interferem na sexualidade, que

podemos perceber através do sentimento de fraqueza e inutilidade, devido ao excesso da dependência. Por isso, é importante que o paciente não o contato com seu meio social, amigos e familiares, pois esses fazem parte do pilar do paciente, auxiliam na adesão ao tratamento e no enfrentamento da doença.

Para falarmos sobre a pele se torna necessário compreender que a pele desempenha um importante papel na constituição da Imagem do Corpo, pois as sensações táteis são responsáveis pela percepção da existência de um espaço interno separado do externo, o que no processo de desenvolvimento primitivo leva a percepção da individualidade (ANZIEI, 1989). Além disso, a pele enriquece as possibilidades de relação com o outro, pois estimula o corpo a servir ao objetivo de satisfazer o desejo em grande parte pela via da comunicação (DOLTO, 1984).

Assim, podemos afirmar que as alterações de pele relacionadas à DRC e seu tratamento causam impactos na autoimagem e autoestima do paciente portador da doença, podendo até dificultar a adesão do paciente ao tratamento. Deste modo, se torna necessário instrumentalizar os profissionais, envolvidos no cuidado, a equipe de enfermagem, sobre os problemas emocionais, que interferem no desenvolvimento desses pacientes. Como se pode observar, o “ser portador” da doença e os sintomas daí decorrentes, bem como as alterações de pele, que trazem dificuldades nos âmbitos físico, emocional, social, estético e sexual.

Dessa maneira, além de ser importante a atuação da equipe de enfermagem no sentido de tranquilizá-los e apoiá-los nas dificuldades emocionais que possam existir. É importante, também, que esse profissional esteja preparado para cuidar e orientar o paciente sobre os cuidados necessários com a pele, com vistas à minimizar o déficit de autoimagem, melhorando inclusive, o enfrentamento da doença.

#### **2.4. A Dermatologia: Um Campo de Atuação da Enfermagem**

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), a dermatologia é a especialidade médica que se ocupa do diagnóstico e tratamento clínico-cirúrgico das doenças que acometem o maior órgão do corpo humano – a pele. A especialidade engloba ainda as doenças que acometem os anexos cutâneos: cabelos e unhas, bem como as mucosas.

A dermatologia como especialidade médica é uma das mais antigas em nosso país, tendo já ultrapassado um século de existência e acumulado ao longo desse período um corpo próprio de conhecimentos e práticas. A enfermagem em dermatologia muito mais recente como especialidade, teve início no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, em uma fase de

transição e busca de novos modelos de assistência, buscando construir suas práticas e seus saberes resgatando os pressupostos de universalidade e integralidade, num contexto de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, compreendendo a pele como um órgão que influencia e é influenciado por todo o contexto individual e que requer uma abordagem multidimensional (SOBNDE, 2010).

As definições de beleza e saúde alteram-se com o passar dos anos, da moda, da ciência, da tecnologia, fica apenas a certeza de que a área da dermatologia é um espaço crescente, principalmente, e em especial, para o enfermeiro, e precisa ser ocupado. Carente de informações, de cuidado e de assistência, a população brasileira também pode contar com a assistência de enfermagem nesta área. O enfermeiro em dermatologia, para assumir esta tarefa, tem muito a aprender e tem que se organizar. Com este ideal, foi criada a sociedade brasileira de enfermagem em dermatologia, fruto do esforço dos profissionais deste setor, de instituições e empresas que sempre apoiaram as atividades do grupo de enfermagem em dermatologia (MONETTA, 2000).

De acordo com informações retiradas do site da Sociedade Brasileira de Dermatologia em Enfermagem (SOBENDE), em outubro de 1994 inicia-se a formação do grupo que hoje é uma associação. O então GEDE – Grupo de Estudos em Dermatologia com apenas algumas profissionais enfermeiras que prestavam cuidados a pacientes com lesões de pele interessadas no intercâmbio de experiências, em ampliar a integração entre as instituições de saúde e de ensino, e no desenvolvimento de pesquisas.

Em 1997 a necessidade de comunicação expande, surge o primeiro informativo do grupo com objetivo de divulgar as atividades desenvolvidas, artigos científicos e entrevistas. Ainda em 1997 o grupo foi convidado a unir-se ao DNA (Dermatology Nurses Association). Tamanho sucesso trouxe a necessidade da profissionalização e neste mesmo ano no congresso brasileiro de enfermagem, em Belo Horizonte, enfermeiros de todo o país reuniram-se para formar a SOBENDE. Em 1998 o GEDE institucionalizado, torna-se a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia, desde então os avanços são constantes:

1999 – Pelle Sana – Revista especializada originada dentro da SOBENDE; reuniões científicas; 1º Simpósio Internacional de Enfermagem em Dermatologia.  
2000 – Participação da SOBENDE na DNA, Fórum Internacional”Avaliação e Diagnóstico de Enfermagem em Dermatologia” na UNIFESP.

2001 – 1º DERMACAMP, 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia paralelo ao IV Congresso Brasileiro de Estomaterapia; Curso de Extensão em Enfermagem Dermatológica Aplicada ao Envelhecimento.

2002 – Reuniões científicas fora de São Paulo; Prova de Titulação em Enfermagem em Dermatologia; Participação e parceria na Campanha de prevenção contra o câncer de pele; Simpósio Paulista de Enfermagem em Dermatologia.

2003 – Participação nos Congressos da ABESE e da NURSING; 3º DERMACAMP.

2004 – Participação no 1º Curso de Especialização em Enfermagem em Dermatologia na UNIFESP; Participação no Congresso da Nursing; 4º DERMACAMP.

2005 – Participação nos Congressos da ABESE e da NURSING; 5º DERMACAMP.

2006 – Início do Projeto Cicatriz e Ação; Boletim científico; Participação no Congresso da Nursing; 6º DERMACAMP.

2007 – II Congresso Brasileiro em Enfermagem em Dermatologia; 2º Concurso de Titulação de Especialista em Enfermagem em Dermatologia; Participação no 2º Curso de Especialização em Enfermagem em Dermatologia na UNIFESP; Participação em Congressos Internacionais – Comunicações (Escócia, Holanda, Argentina); Participação no Congresso da Nursing; 7º DERMACAMP.

2008 – III Congresso Brasileiro em Enfermagem em Dermatologia; 8º DERMACAMP.

2009 – Parceria da SOBENDE com a SBD - sociedade Brasileira de Dermatologia na promoção da Campanha de Prevenção contra o Câncer de Pele.

2010 – I Seminário Regional do Vale do Paraíba.

Assim, podemos afirmar a dermatologia como área de conhecimento da enfermagem, com importantes desafios alcançados, porém ainda com importantes avanços à vista.

## **2.5. Educação Problematizadora e Saúde**

Ao falarmos de Educação e Saúde e da relação entre elas, tomamos como referencial o pensamento de Paulo Freire, que inspira a teoria e a prática da educação. Em suas reflexões, evidencia cuidados com a educação, propondo a humanização das relações e a libertação dos homens. Freire também falava da educação para uma sociedade que pensa, ouve, sente, se veste de forma diferente. Ele mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, vivência, comunidade, escola, meio ambiente, traduzindo-se um trabalho coletivo. A articulação proposta por Freire representa a interdisciplinaridade, hoje tão comentada nas ciências, em

geral na educação e na saúde em particular. Propõe a possibilidade de uma pedagogia fundamentada na práxis, inserida numa política de esperança, de luta revolucionária, de amor e de fé no ser humano (MIRANDA, 2004).

Paulo Freire (1985) diz que a educação para ser verdadeiramente humanista, tem que ser libertadora, tendo como uma das preocupações básicas, o aprofundamento da tomada de consciência que se opera nos homens enquanto agem, enquanto trabalham. Este aprofundamento da tomada de consciência, que se faz por meio da conscientização, não é e jamais poderia ser um esforço de caráter intelectuista, muito menos individualista.

Ele afirma que não se chega à conscientização por uma via psicologista, idealista ou subjetivista, como também não se chega a ela pelo objetivismo, por todas as razões a que já fizemos referência. Assim como a tomada de consciência, não se dá nos homens isolados, mas enquanto travam entre si e o mundo relações de transformação, assim também somente aí pode a conscientização instaurar-se. A tomada de consciência como uma operação própria do homem resulta de uma defrontação com o mundo, com a realidade concreta, que se lhe torna presente como uma objetivação. Toda objetivação implica numa percepção que, por sua vez, se encontra condicionada pelos ingredientes da própria realidade. E é desta maneira, que Paulo Freire afirma a existência de níveis distintos da tomada de consciência. Um nível mágico assim como um nível em que o fato objetivado não chega a ser apreendido em sua complexidade.

É neste sentido que Paulo Freire se refere à educação como prática da liberdade que não é a transferência ou a transmissão do saber ou cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes; não é a “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o “esforço de adaptação do educando ao seu meio”. Para Paulo Freire, a “educação como prática da liberdade” é, sobretudo e antes de tudo, uma situação verdadeiramente cognosiológica. Aquela em que o ato cognoscente não termina no objeto cognoscível, visto que se comunica com outros sujeitos, igualmente cognoscentes.

Para fortalecer a afirmação das relações entre educação, saúde e as práticas educativas no âmbito prático da enfermagem, nos aproximamos das ideias fundamentadas por Paulo Freire.

A partir daí emergiram alguns conceitos de sua própria autoria que são utilizados na Educação e também na área da saúde, dentre elas a Enfermagem, tais como: liberdade, humanização, autonomia, conscientização, diálogo, cultura, reflexão crítica, problematização (MIRANDA, 2004).

Como já descrito anteriormente, nesta pesquisa serão utilizados os conceitos de problematização, reflexão crítica, diálogo, conscientização.

Por meio da problematização, o educador propõe aos educandos a reflexão crítica da realidade, no sentido de produzir uma ação transformadora. Assim, a problematização torna-se inseparável do ato cognoscente e, como ele, inseparável das situações concretas, parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas. (VERDI, BUCHELE E TOGNOLI, 2010)

O conceito de problematização proposto por Freire utilizado neste estudo se mostra adequado, já que propõe ação transformadora, partindo das experiências vividas, implicando em retorno crítico. Por intermédio da problematização, o educador chama os educandos a refletir sobre a realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura em um mundo e com o mundo (FREIRE,1999). É justamente a partir desta idéia que se desenvolve esta pesquisa, que abarca um tema proveniente da prática assistencial para ser levado à reflexão junto aos profissionais sujeitos da pesquisa.

A educação problematizadora, é permeada pela ação-reflexão, que para Freire (1980, p. 26), constitui unidade dialética, que atua permanentemente, determinando o modo de ser ou de transformar o mundo característico dos seres humanos. Sendo assim, “a conscientização não pode existir fora da ‘práxis’, ou melhor, sem o ato ação-reflexão”.

A conscientização é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito podendo transformar o mundo. É o desenvolvimento crítico da tomada de consciência. "É um ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível, é tomar pose da realidade. Nesse sentido, a proposta educativa de Freire (1999) ultrapassa os limites de uma teoria, porquanto ela pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade a partir de uma ação consciente.

Para Freire (1994), o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mudo que é preciso transformar e humanizar. Trata-se da condição básica para o conhecimento, uma vez que o ato de conhecer ocorre num processo social e o diálogo é, justamente, uma mediação deste processo. O diálogo, na teoria freireana, é interpretado como essência da pedagogia libertadora, que busca a interação de sujeitos participativos e construtores da transformação da realidade. Assim, Freire critica o modelo pedagógico existente vigente e introduz o conceito de diálogo como essência da pedagogia libertadora. Outro importante conceito neste estudo é o conceito de conscientização, que é considerada como desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

“É um ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e se assume uma posição epistemológica procurando conhecer (...) é tomar posse da realidade; e, por esta razão, e por causa da radicação utópica que a informa, é um afastamento da realidade” (MIRANDA, 2004).

Neste contexto, a educação e saúde se unem na intenção de conhecer o objeto, como estratégia fundamental para desenvolvimento de suas ações. Deste modo, as estratégias educativas direcionadas aos profissionais visam o desenvolvimento de novas formas de lidar com as diversas situações vivenciadas nas atividades assistenciais, fornecendo subsídios para a realização do cuidado, melhorando assim a qualidade de vida do paciente. Ou seja, preparar o profissional da saúde para que este esteja apto e/ou melhor informado sobre determinados assuntos relativos ao público com o qual ele trabalha e fazê-lo refletir sobre suas práticas se dá por meio de uma estratégia conhecida como Educação Permanente.

A temática de educação permanente em saúde advém de uma política atual para formação de recursos humanos adotada pelo governo. Traz consigo as propostas e as experiências, já desenvolvidas, de longa data, por educadores inovadores e ousados que tiveram sucesso em suas atividades. Esses educadores, ao assumirem lugares de destaque na estrutura do Ministério da Saúde, iniciaram a implementação de políticas na intenção de viabilizar um projeto de educação que contemplasse a grande estrutura que é o Sistema Único de Saúde, na perspectiva de sua consolidação, bem como de sua qualificação, uma vez que esta só é possível, por meio da educação de seus recursos humanos. Assim, a idéia de educação permanente, com abrangência loco-regional, passa a fazer parte do trabalho em saúde (MANCIA, 2004).

Na Educação Permanente em Saúde, as lacunas de conhecimento são identificadas a partir do processo de trabalho, bem como a organização de demandas educativas. Assim são apontados caminhos para o processo de formação. Deste modo, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho. “Diferencia-se, assim, das listas de demandas individuais por treinamento, resultantes da avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer e que, muito frequentemente orienta as iniciativas de capacitação” (MOTTA, 2002).

De acordo com as necessidades, situações e problemas encontrados em cada setor, surgirão diversas demandas educativas, que muitas vezes são específicas do processo de trabalho adotado. Para isso, é necessário um olhar diferenciado para cada situação com o

intuito de conhecer aquela que será trabalhada, problematiza-la e encontrar os melhores caminhos para a abordagem.

## *Capítulo III*

# *Trajetória Metodológica*

### 3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. Considerando o objeto de estudo, sua natureza exige métodos qualitativos de investigação já que o fenômeno abrange estratégia educativa ancorada na problematização. A modalidade é de pesquisa de campo denominada convergente-assistencial (PCA).

### 3.2. A Pesquisa Convergente-Assistencial

A PCA é um método que une a produção de dados para pesquisa articulada ao cuidado junto aos sujeitos da pesquisa, na medida em que são encontradas situações que necessitem de intervenção. Sempre requer a participação ativa dos sujeitos, estando orientada para a resolução ou minimização de problema na prática ou para a realização de mudança e ou introdução de inovação nas práticas de saúde o que poderá levar a construções teóricas (TRENTINI, 2004). Deste modo, a principal característica da PCA é a sua articulação com a prática assistencial e assim, as ações assistenciais vão sendo incorporados ao processo de pesquisa e a pesquisa ao processo assistencial simultaneamente.

Nesta pesquisa, a aplicação da PCA representa o melhor caminho para o alcance dos objetivos, pois está comprometida com a melhoria direta do contexto social investigado, uma vez que pretende buscar soluções para os problemas identificados. Para isso, utiliza a convergência entre o “pensar e o fazer”, articulando a pesquisa com a prática assistencial. Nesse sentido, por intermédio da PCA, o processo investigativo torna-se algo “vivo” e dinâmico, que explora a realidade e ao mesmo tempo possibilita intervenções.

Segundo Trentini (2008), a autora do método, é preciso compreender que a PCA se pauta nos seguintes princípios:

- **Dialogicidade:** que consiste em justapor os processos de prática assistencial e da investigação em contínua ação dialógica;
- **Expansibilidade:** este princípio é o que permite a expansão dos objetivos durante o processo;
- **Interficialidade:** por este princípio a pesquisa pode estabelecer relação de transformadora na prática assistencial frente à questão investigativa, bem como a questão investigativa pode sofrer alterações frente à prática assistencial;
- **Imersibilidade,** pois insere o pesquisador como parte da assistência visando à produção de mudanças compartilhadas;

- **Simultaniedade:** este, é um marco no método, pois permite que a pesquisa e a assistência mantenham suas configurações de instâncias próprias, de modo que ambas são inseparáveis no processo de construção.
- **Conectividade:** se estabelece no compromisso exigido entre o pesquisador e a equipe assistencial para reconstruir o nexos “pensar e fazer”.

Tais princípios nos conduziram a uma reflexão acerca da aplicabilidade do método na pesquisa em tela e, entendemos que os mesmos são pertinentes a temática ora investigada. A PCA é um método que visa beneficiar o contexto da assistência durante o processo investigativo, enquanto acessa as informações procedentes o mesmo. A relação entre a pesquisa e a assistência beneficiada por este método vitaliza o trabalho vivo tanto da investigação científica quando da prática assistencial. Por isso torna-se uma escolha oportuna, ao permitir sua utilização como estratégia educativa pautada na interação que promove entre os sujeitos. Sendo assim, acreditamos que a PCA pode contribuir sobremaneira para um redirecionamento das práticas de saúde, desmistificando a pesquisa como algo que se disassocia da prática.

Cabe destacar que para atender ao princípio da imersibilidade, visitei o setor de Nefrologia e Transplante do hospital universitário, no período de 12 a 20 do mês de março de 2013. Neste período, acompanhei as práticas assistenciais desenvolvidas no setor, e observei a preocupação dos profissionais e, também dos pacientes em relação às manifestações cutâneas resultantes do progresso e/ou instalação da doença renal.

Durante este período acompanhei os profissionais da equipe de enfermagem em suas práticas. Além disto, tive a oportunidade de conversar com os pacientes sobre a sua percepção quanto às alterações na pele, na vivência da doença. Em resposta, a maior parte dos relatos, mostrava a preocupação com as alterações estéticas, como os hematomas devido inúmeras punções para diálise. Houve ainda, o relato de aparecimento de pequenas lesões causadas pela sensibilidade da pele e prurido. Além destas, outra alteração cutânea destacada, especialmente pelas mulheres, foi o ressecamento da pele.

Segundo relatos dos próprios pacientes, na grande maioria das vezes eles não associam a doença renal às alterações de pele, pois desconhecem a relação entre estes fatores. Outros apresentam conhecimento sobre esta relação, porém, não conversam com os profissionais de saúde sobre isto. Para minimizar o ressecamento da pele, os pacientes usam cremes hidratantes comuns, por iniciativa própria. Outros referem não usar nenhum tipo de creme hidratante e também não relatam se já foram aconselhados a fazer uso de algum tipo de creme para hidratar a pele.

Apesar de grande parte das queixas dos pacientes estarem relacionadas aos aspectos estéticos, acredito ser eficaz que eles tenham acesso as informações sobre as alterações cutâneas passíveis de ocorrência em doentes renais, estimulando cuidado e atenção á qualquer mudança no aspecto, coloração e aparecimento de lesões.

Cabe ressaltar que a visita ao setor oportunizou vivenciar situações diferenciadas no que se refere ao trabalho da equipe de enfermagem, ao planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem. Outro aspecto a destacar durante a visita foi a premente necessidade de aquisição de informações por parte da equipe de enfermagem, sobre as orientações e cuidados específicos com a pele do paciente renal crônico.

Pelo exposto, considero proveitosos os dias de imersão no setor de nefrologia, que ratificou a necessidade de voltarmos a atenção para a problemática das manifestações cutâneas e também por evidenciar que essa questão deve ser enfaticamente discutida pela equipe de enfermagem uma vez que as alterações de pele fazem parte da vida do doente renal. Ele percebe e vivencia tais alterações, porém em muitos casos, por não receber orientações específicas desconhecem essas alterações como consequência de sua condição clínica.

A PCA se desenvolve a partir do conhecimento do problema por meio da vivencia, fazendo sempre uma articulação com a prática, pois na PCA a prática é considerada um campo fértil de questões abertas a estudos. Além disso, o espaço das relações entre a pesquisa e a assistência implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo de investigação. Assim, o período de imersão além de atender ao princípio da imersibilidade me levou ao conhecimento do setor onde se realizará a pesquisa e me aproximou da realidade como estratégia para obter informações para auxiliar construções científicas para as atividades de pesquisa e para favorecer o progresso da saúde pela prática assistencial de enfermagem.

A melhor forma de tomar conhecimento de algo é através da vivência, por isso o período de imersão no campo, ainda que tenha se dado num curto espaço de tempo, foi de grande importância para o conhecimento do problema de pesquisa. Este período permitiu contato direto com os pacientes, equipe de enfermagem e, conseqüentemente com as situações a serem estudadas. Estratégias como estas facilitam e favorecem a aplicação da PCA neste estudo.

A trajetória da PCA consiste em um processo de construção dividido em etapas. Estas, são fundamentais para atender os requisitos metodológicos da aplicação do método. São elas: a) Fase da concepção; b) Fase de instrumentação; c) Fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações; d) Fase de análise; e) Fase de interpretação.

### **a) Fase da Concepção**

Esta fase corresponde a elaboração do projeto de pesquisa, se caracteriza pela escolha do tema. Nesta pesquisa apresentado nas considerações iniciais.

Na PCA o tema deve emergir da realidade do pesquisador associando à situação do problema em questão ao ojetivo de identificar o que não está bem na prática assistencial, o que poderia ser modificado e quais inovações podem ser introduzidas. Na pesquisa em tela o problema se situa na necessidade de desenvolver uma estratégia educativa junto a equipe de enfermagem considerando os cuidados com a pele do paciente com doença renal crônica.

A partir de estabelecido o tema, a área e o(s) problema(s) é preciso identificar o quanto se tem de informação sobre os mesmos, definir as questões de pesquisa e os objetivos que se deseja alcançar.

### **b) Fase de Instrumentalização**

Trata-se do momento em que as decisões metodológicas são tomadas. Para Trentini; Paim (2004, p. 73) “os procedimentos metodológicos incluem: 1) a escolha do espaço da pesquisa, 2) a escolha dos participantes e 3) escolha das técnicas para a obtenção e análise das informações”.

#### **b.1) Escolha do espaço de pesquisa**

O estudo foi desenvolvido no setor de diálise (7 A) e no setor de nefrologia e transplante renal (7 B), situados no sétimo andar de um hospital universitário do Rio de Janeiro.

O setor de nefrologia e transplante renal é composto por 5 enfermarias. Destas, 3 são destinadas à nefrologia, que no total ocupa 15 leitos. A equipe de enfermagem do setor é normalmente composta por: 6 Enfermeiros e 15 técnicos, sendo que a cada dia o setor conta com 1 Enfermeiro diarista, que permanece até às 13 horas, e 2 plantonistas, 1 no período diurno e outro no noturno, além de 9 técnicos, 5 no período diurno e 4 no noturno. No período da coleta de dados o setor passou por problemas em relação ao dimensionamento de pessoal. Por isso, neste período o setor não contou com seu quadro completo.

Tem-se como principais causas de internações o transplante renal, a diálise e também a internação para investigação de diagnóstico. Ressalta-se que o período de internação desses pacientes dura cerca de 10 a 15 dias.

O Setor de diálise conta com 5 enfermeiras e 13 técnicos de enfermagem. Diariamente estão no setor 1 Enfermeira, que inicia o trabalho às 7 horas da manhã e permanece até às 16 horas, e 2 plantonistas, 1 no período diurno e outro no noturno, além de 9 técnicos, 6 no período diurno e 3 no noturno.

O setor realiza 3 turnos de diálise por dia, exceto nos dias em que há necessidade de realizar o 4º turno. O primeiro turno se inicia às 6 da manhã, o segundo turno se inicia às 13 horas e o terceiro turno se inicia às 19 horas. Cada turno dialisa cerca de 10 pacientes e costuma durar 4 horas.

Na instituição onde realizamos a pesquisa não há programa de diálise, apesar de ser oferecido o serviço. O programa de diálise é a oferta de diálise numa instituição de referência para cadastro e acompanhamento contínuo. Sendo assim, neste hospital, a diálise ocorre para suprir a necessidade inicial, com a expectativa de que o paciente seja encaminhado para uma instituição de referência mais próxima à sua residência, porém a falta destas instituições acaba por manter os pacientes em diálise por anos.

O centro de diálise do hospital universitário tem a função iniciar os pacientes à diálise e em seguida referenciá-los para instituições que possuem o programa de diálise que sejam mais próximo às suas moradias. Porém alguns pacientes permanecem em diálise no hospital, por anos, devido à fatores como: gravidade do caso, outras patologias associadas à DRC, falta de centro de referência para encaminhar os pacientes, entre outros fatores. O setor recebe pacientes externos e internos.

Vale dizer que estive presente nos setores como pesquisadora, em face do referido estudo, e também como aluna do curso de especialização em nefrologia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), sendo esta a primeira turma de especialização em nefrologia da Escola.

## **b.2) Escolha dos participantes**

Os sujeitos da pesquisa foram seis enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem que atuam no setor de nefrologia e na diálise.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados nos setores especializados em doença renal do hospital universitário cenário do estudo, tanto do quadro temporário quanto do quadro permanente, com pelo menos 6 meses de experiência no setor e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Inserimos seis meses de experiência nos critérios de inclusão para garantir que todos os participantes da pesquisa estivessem adaptados aos setores, estando

aptos para contribuir com seus conhecimentos, observações e práticas. Os critérios de exclusão foram: Enfermeiros ou técnicos de enfermagem que não aceitaram participar da pesquisa e/ou que estivessem no setor cobrindo férias ou que tenham sido deslocados do seu setor de origem no plantão.

Cabe ressaltar que, ao utilizar a metodologia convergente-assistencial, os sujeitos “*não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo*” (TRENTINE; PAIM, 2000, p. 74). Sendo assim, na pesquisa convergente-assistencial, ser parte integrante do estudo significa também ser participante do processo de cuidar.

### **b.3) Técnicas para a obtenção e análise das informações**

Foi possível a criação de um “*espaço-encontro educativo*” com os membros da equipe de enfermagem, inicialmente individual. Este “*espaço-encontro educativo*” consistiu em um momento de abordagem do tema sobre o cuidado da pele do paciente com doença renal crônica. Trata-se do momento em que o ambiente de trabalho também se tornou ambiente de aprendizagem.

Este encontro foi permeado pelos conceitos de Freire, já destacados anteriormente, problematização, diálogo, conscientização, reflexão crítica que sustentarão a proposta educativa da pesquisa.

## **c) Fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações**

### **c.1) Etapas para a Coleta de Dados**

Em atendimento à proposta metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial, a coleta de dados foi desenvolvida em quatro etapas, a saber:

Inicialmente, foi preenchido um instrumento de identificação com a finalidade de caracterizar a equipe de enfermagem (APÊNDICE A). Neste instrumento foram levantados aspectos implicados na construção dos discursos dos sujeitos sobre o objeto de estudo. Para Freire (1997) é necessário um conhecimento prévio da realidade do sujeito para entender melhor seu universo.

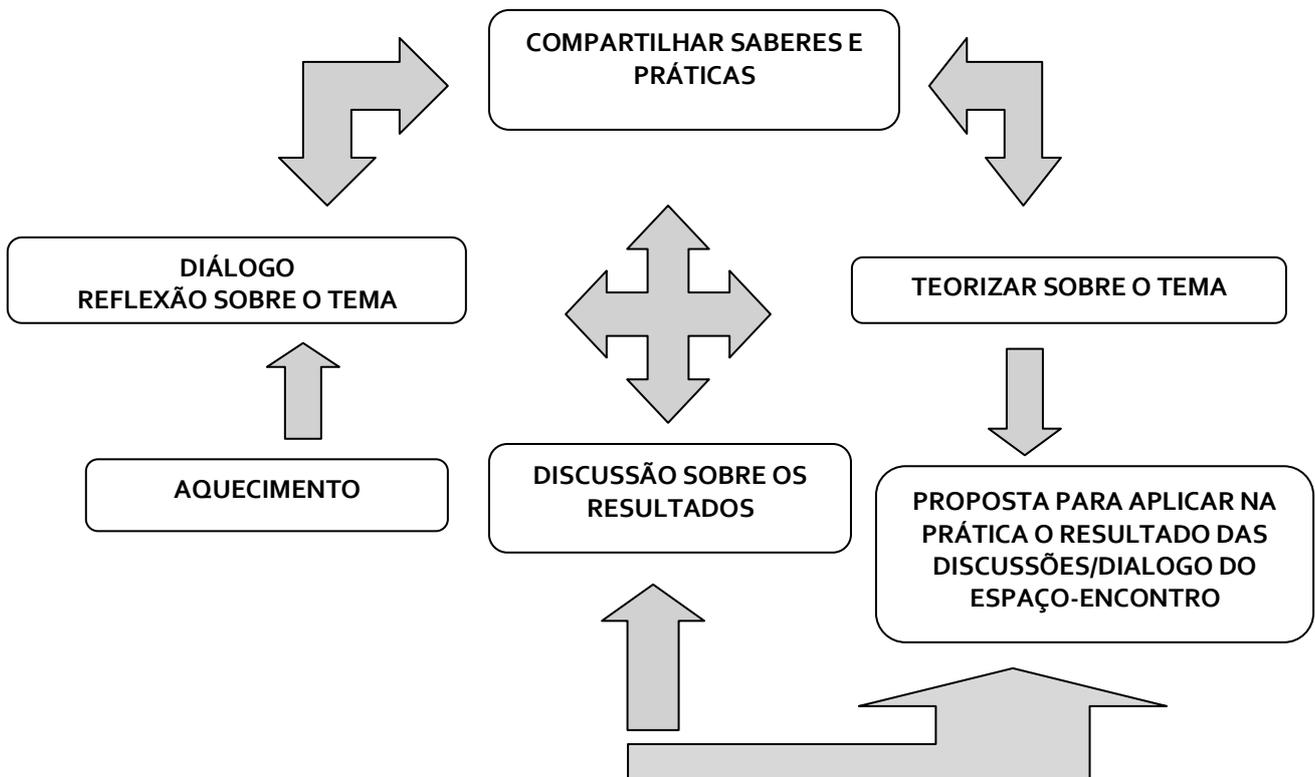
A segunda etapa se caracterizou pela realização do “*espaço-encontro*” sobre o tema em estudo, cuidado com a pele do paciente com doença renal crônica, com vistas a fazer fluir dos sujeitos os seus saberes e práticas e também os da pesquisadora sobre o tema. Para tanto, foi utilizado um roteiro com questões chaves para conduzir a discussão (APÊNDICE B). A partir dos relatos dos sujeitos acerca das suas construções, espera-se que seja desencadeada a

discussão com o objetivo de compartilhar os saberes e práticas, bem como o processo de problematização.

Assim, o espaço de trabalho se transformou num ambiente de aprendizagem entre trabalhador e a pesquisadora, no qual se desenvolve uma relação pedagógica, que, para ser efetiva, necessita provocar e estimular a subjetividade, na perspectiva de proporcionar prazer no ato de aprender, de conhecer e de saber.

Educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade, não para a adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e a recriação dessa realidade (FREIRE, 1993).

Isso só se concretiza por meio de um processo educativo, que possibilita a reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometidas com a transformação da realidade e a emancipação dos sujeitos. Assim a seguir apresento de forma esquemática, desenvolvida pela Doutora em Enfermagem: Maria Luíza, em sua tese de doutorado sobre como se dará este *espaço-encontro*:



Fonte: TEIXEIRA, Maria Luíza de Oliveira [tese]

Simultaneamente a esta fase se deu a execução de estratégia em que o sujeito elaborou, à luz do que foi discutido, uma proposta de cuidados a ser implementada por ele no cuidado da pele do paciente com doença renal crônica.

Os espaços-encontros se deram de modo individual, ou seja, um sujeito por vez e foram agendados de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e da pesquisadora. Tiveram duração de 32 minutos à uma hora. Neste tempo foi possível discutir sobre o tema em questão e mais e alcançar os saberes e práticas da equipe de enfermagem em relação à pele do paciente renal.

Como já falado, a aplicação de um questionário semiestruturado norteou o espaço-encontro (APÊNDICE 2). Com ele foi possível acessar as informações necessárias para o presente estudo. Neste momento, a troca e as contribuições que eu, como pesquisadora pude proporcionar, a partir do diálogo estabelecido, se fez muito importante, uma vez buscou-se oportunizar uma reflexão sobre a pele e sobre as práticas desenvolvidas no setor.

A terceira etapa consistiu na aplicação da técnica de observação participante dos sujeitos no contato com o paciente com doença renal crônica, na enfermaria com vistas a captar o desenvolvimento dos cuidados com a pele implementados por ele. Como parte desta técnica, foram estabelecidos diálogos com os sujeitos com o intuito de buscar a interpretação destes para o que foi observado, evitando-se trabalhar, somente, com a perspectiva interpretativa do pesquisador (APÊNDICE 3).

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.

Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados. Para Morin (1997), o conhecimento é pertinente quando se é capaz de dar significado ao seu contexto global, ver o conjunto *complexus*. Assim, a pesquisa participante que valoriza a interação social deve ser compreendida como o exercício de conhecimento de uma parte com o todo e vice-versa que produz linguagem, cultura, regras e assim o efeito é ao mesmo tempo a causa. Outro princípio importante na observação é integrar o observador à sua observação, e o conhecedor ao seu conhecimento.

O processo de observação participante segue algumas etapas essenciais. Na *primeira* delas, há a aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo. Esse é um trabalho longo e difícil, pois o observador precisa trabalhar com as expectativas do grupo, além de se

preocupar em destruir alguns bloqueios, como a desconfiança e a reticência do grupo. Nessa fase, é necessário que o pesquisador seja aceito em seu próprio papel, isto é, como alguém externo, interessado em realizar, juntamente com a população, um estudo. Diante disso, pode-se dizer que a verdadeira inserção implica uma tensão constante do pesquisador em razão do risco de identificação total com a problemática e o conflito de assegurar objetividade na coleta de dados (RICHARDSON, 2008). Apesar de ser considerada uma etapa desafiadora, o estabelecimento de vínculo com o grupo pesquisado foi facilitado, uma vez que os setores além de cenário de pesquisa eram também o meu cenário de prática, devido ao curso de especialização em nefrologia.

Já na *segunda* etapa, há o esforço do pesquisador em possuir uma visão de conjunto da comunidade objeto de estudo. Essa etapa pode ser operacionalizada com o auxílio de alguns elementos, como o estudo de documentos oficiais, reconstituição da história do grupo e do local, observação da vida cotidiana, identificação das instituições e formas de atividades econômicas, levantamento de pessoas-chave (conhecidas pelo grupo) e a realização de entrevistas não diretivas com as pessoas que possam ajudar na compreensão da realidade. Os dados devem ser registrados imediatamente no diário de campo, para não haver perda de informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados. Caso não seja possível o registro imediato, sugere-se o uso do recurso de filmagens, fotos ou entrevista (RICHARDSON, 2008). Neste estudo, utilizamos o diário de campo para registrar os dados a partir da observação.

Após a coleta dos dados, passa-se à *terceira* fase, na qual é preciso sistematizar e organizar os dados, o que corresponde a uma etapa difícil e delicada. A análise dos dados deve informar ao pesquisador a situação real do grupo e sobre a percepção que este possui de seu estado. Se todas essas etapas forem seguidas adequadamente, pode-se afirmar que o trabalho terá êxito, favorecendo o conhecimento da realidade social, bem como estimulando o crescimento do grupo de estudo por meio da autoorganização e consequente desenvolvimento de ações conscientes e criativas para a mudança social (RICHARDSON, 2008).

A observação foi realizada em horários variados, ora de manhã, ora à tarde antes do horário da visita. O período de permanência do observador em campo teve variações. Esta decisão depende, acima de tudo, do tipo de problema que está sendo estudado e do propósito do estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 29). Neste caso, a observação se deu durante 14 dias. A observação se deu enquanto o profissional prestava cuidados como: avaliação de sinais vitais, punção de FAV, instalação do paciente à máquina de diálise, banho no leito, entre outros procedimentos.

O tempo de observação variou de 2 a 5 horas por dia, totalizou 36 horas aproximadamente. Procurou-se observar os cuidados dispensados aos pacientes, pela equipe de enfermagem, que estavam direcionados à pele. A participação da pesquisadora se deu a partir do diálogo estabelecido com os profissionais após e/ou durante o cuidado, onde eles relatavam suas observações e apresentavam as queixas dos pacientes. A interação entre a pesquisadora e sujeitos constituiu em uma relação facilitadora ao acesso de informações, tanto por meio do diálogo, quanto pela observação apenas.

Para finalizar, na quarta etapa, cada sujeito foi novamente convidado a se reunir com a pesquisadora para discutir sobre o que foi observado, e tecer considerações sobre o processo, em sua totalidade. Nesta etapa, a discussão foi compartilhada a partir do roteiro com questões chaves (APÊNDICE 4). Para o registro das informações foi utilizado gravador.

#### **d) Análise e Interpretação dos Dados**

A **Fase de Análise** é desafiadora para o pesquisador, pois na PCA, os processos de assistência e de coleta e análise de informações devem ocorrer simultaneamente. Esta análise facilita a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. A simultaneidade da coleta e análise das informações protege a Enfermeira de uma posição desconfortável de identificar o problema e não poder agir (BOYD,1993).

A análise consiste em um processo de organização dos dados categorias que permitam melhor ordenação possível. Deste modo, os dados gerados no âmbito da entrevista serão transcritos na íntegra, organizados em categorias temáticas e sofrerão análise temática de conteúdo (BARDIN, 2009).

A **Fase da Interpretação** atribui significados à análise de acordo com os referenciais achados, na PCA consiste em três processos; síntese, teorização e transferência. Em pesquisa qualitativa, o processo de síntese examina subjetivamente as associações e variações das informações. Na fase de teorização os temas e conceitos serão definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente. É interpretar à luz da fundamentação teórico-filosófica, e associá-la com os dados analisados. Assim, se formula novos conceitos, definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo. E, finalmente o processo de transferência possibilita dar significados a determinados achados e procura contextualizá-los em situações similares sem que esse processo venha a ser entendido como poder de

generalização. Pelo contrário, a transferência tem intenção de socialização de resultados singulares, e até mesmo nessa busca, arrisca a justificação de adaptações que venham a ser feitas.

A ordenação dos dados qualitativos foi feita após o mapeamento de todas as informações obtidas, em quadros que conterão as unidades de registros selecionadas de acordo com os temas identificados nas discussões. Com a aplicação de regras simples de contagem de frequência dos temas, buscou-se os núcleos de sentido que formaram as unidades temáticas, com vistas a se discutir os resultados, amparados no referencial teórico-conceitual para o alcance dos objetivos traçados.

### **3.3. Procedimentos Éticos**

O estudo foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA/UFRJ). Aprovado em 13/12/2013, número do parecer: 494.141 (ANEXO 1).

A fim de manter a confiabilidade e o respeito aos princípios da bioética do estudo foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 5) obedecendo às normas estabelecidas pela Resolução 466 da Comissão Nacional de Saúde. Este documento foi fornecido aos sujeitos da pesquisa em duas vias, ficando uma cópia com o indivíduo e a outra com o pesquisador. Respeitando os princípios da beneficência e não maleficência, foi esclarecido que os possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa são baixos e se justificam tendo em vista os benefícios esperado a partir do estudo. Uma vez que a pesquisa trata de tema que não envolveu danos de qualquer natureza tanto físicos ou psicológicos, sendo assim a participação pode acarretar apenas reflexões relativas ao seu trabalho referente aos cuidados com a pele do paciente renal. Os sujeitos não obtiveram qualquer forma de compensação financeira pela participação nem despesas no decorrer da pesquisa. A participação foi voluntária e colaborou para a linha de pesquisa de forma a acrescentar dados que dão subsídios para o conhecimento da enfermagem.

O anonimato foi mantido mediante o uso de códigos de identificação alfanuméricos. As letras “E” e “T” foram utilizadas para identificar a categoria profissional, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, sucessivamente e os números indicam a ordem em que os sujeitos foram entrevistados.

# *Capítulo IV*

## *Resultados*

O capítulo versa sobre a caracterização dos sujeitos a fim de conhecer o perfil da equipe de enfermagem. Destaca-se que esta primeira etapa de coleta de dados foi um momento marcante para o estabelecimento de um diálogo agradável e até mesmo de um vínculo de confiança com os sujeitos da pesquisa. Constitui-se como uma ótima oportunidade para romper o silêncio e criar um ambiente agradável para que os sujeitos se sentissem à vontade em participar da pesquisa.

Os dados coletados através de instrumento próprio (Apêndice 1) foram analisados estatisticamente para permitir que as questões referentes as características sociais, profissionais, econômicas servissem de base para compreensão do contexto social no qual circula os saberes e práticas do grupo.

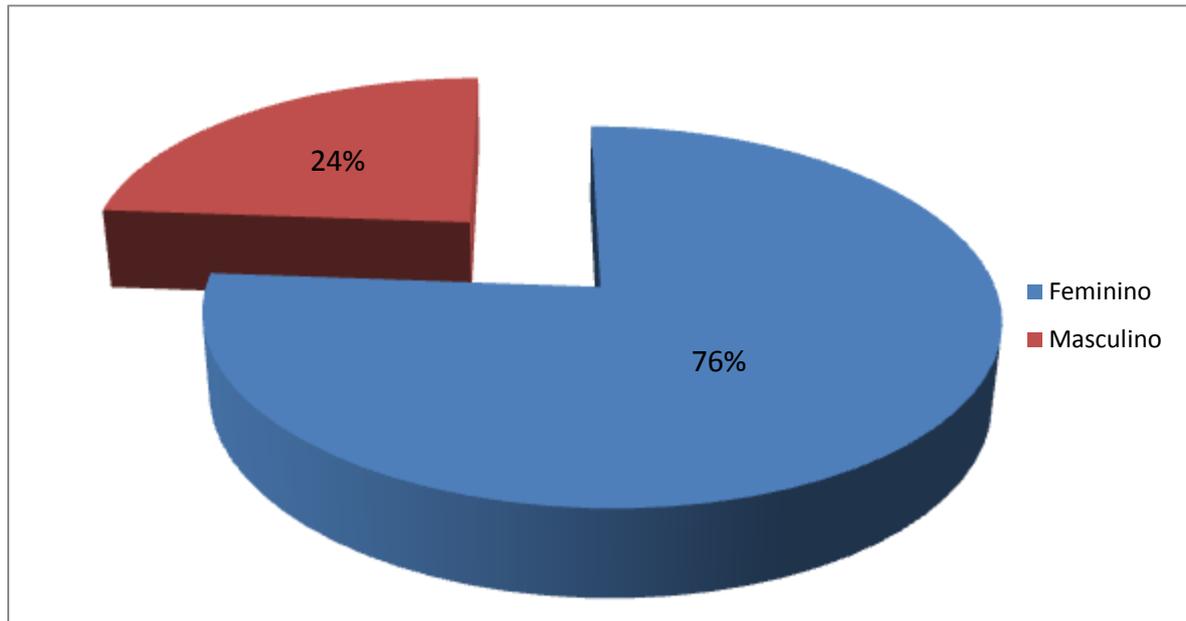
#### **4.1. Caracterização dos Sujeitos**

Considera-se importante caracterizar os sujeitos, a fim de conhecer a realidade social em que estão inseridos e assim alcançar os objetivos propostos no estudo de forma mais efetiva e abrangente.

Para Paulo Freire a atenção dada à realidade humana decorre da grande capacidade que tinha de conexão com o mundo. Ele falou de si próprio como um *menino conectivo* (Freire, 2000b:281) e esta sua característica se apresenta não apenas como uma marca pessoal, mas, sobretudo, epistemológica que lhe desafia à uma visão da realidade entrelaçada pelas diversidade histórica, política, étnica, de gênero, de classe, etc. Assim, parece-nos possível falar que *a conectividade* iniciada no *menino* Paulo Freire fê-lo perceber, desde então, o seu posicionamento diante do mundo e das pessoas como educador e educando.

Segundo Freire (1997), conhecer a realidade do sujeito é necessário para que se possa compreender seus saberes e práticas. Deste modo, a caracterização dos sujeitos trata-se de uma importante etapa do estudo.

**Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos por sexo. Rio de Janeiro, 2014.**

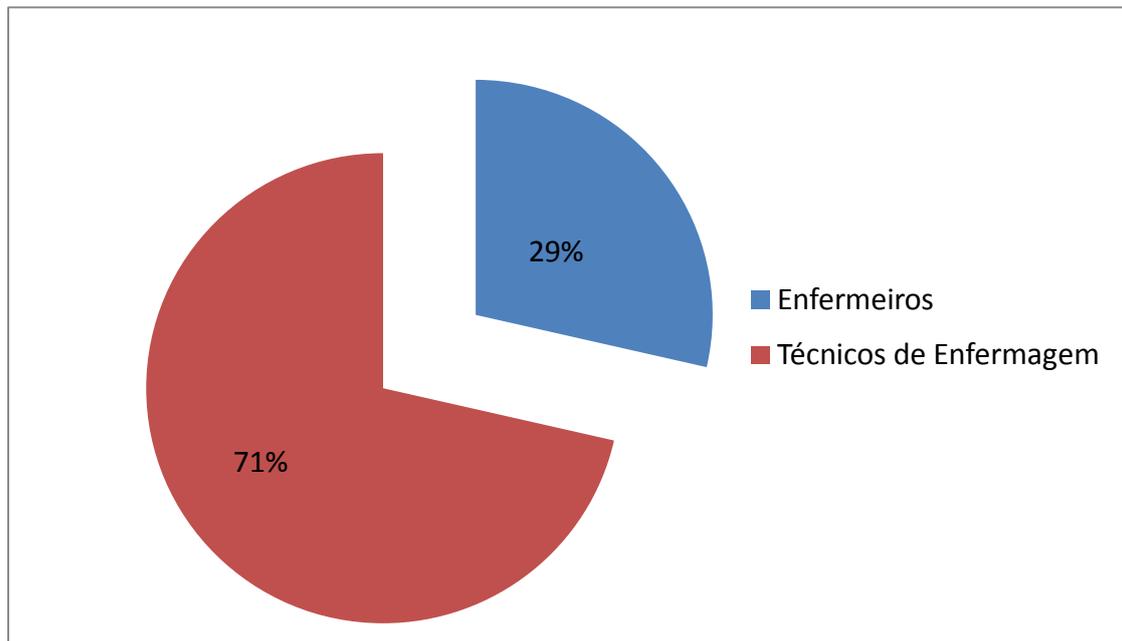


Dos profissionais entrevistados 16 (76%) eram do sexo feminino e 5 (24%) do sexo masculino.

Segundo Lopes (2005), a marca das ordens religiosas impôs à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional majoritariamente feminino e caritativo. Considerando-se o contexto socio-histórico, a enfermagem coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associando-se à figura da mulher-mãe, da curandeira e detentora do saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher.

Mesmo após tantos anos, e já com a inserção de homens no quadro de profissionais, a enfermagem continua trazendo raízes históricas como a feminização persistente da profissão. Estudos demonstram a predominância de mulheres nos cursos de Enfermagem (SANTOS, 2006), com percentuais variando de 89% a 97,8% (WETTERICH, 2007). Esse perfil também foi confirmado em pesquisa sobre os estudantes que realizaram o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes de 2004, que reforçou duas tendências já constatadas na literatura quanto às relações construídas historicamente entre a mulher e o cuidar, e socialmente entre a mulher e a opção pelos cursos de Enfermagem (TEIXEIRA, 2006).

**Gráfico 2: Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional. Rio de Janeiro, 2014.**



Dos 21 profissionais entrevistados, 29% (6) são Enfermeiros e 71% (15) são técnicos de enfermagem, o que está de acordo com a conformação da equipe apresentada na metodologia do estudo.

Tal configuração se expressa pelas diferentes atribuições assumidas pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros. De modo geral, a equipe de enfermagem do setor trabalha para que o cuidado prestado, seja na hemodiálise, na diálise peritoneal ou durante a internação de um paciente renal crônico, não se torne um ato mecânico de apenas mexer na máquina, administrar medicamentos ou obedecer a rotina. É preciso dar a devida importância aos demais aspectos que interferem na saúde e bem estar do paciente como: sentimentos do paciente, no sentido de ouvi-lo e atendê-lo, e valorizar a relação cuidador/cuidado.

As ações assistenciais do técnico de enfermagem consistem na realização da higiene do paciente (enfermaria), fiscalização da higiene do paciente pré-hemodiálise, instalação do paciente nas máquinas de diálise; monitorização da terapia, atuação nas intercorrências que possam surgir durante a terapia, administração de medicamentos prescritos e atuação sistêmica de maneira integral ao paciente.

É importante saber que o técnico de enfermagem, deve observar os parâmetros da terapia de modo a colaborar com a avaliação do estado do paciente e, junto ao enfermeiro, discutir a adequação dos cuidados, no caso de diálise.

Na hemodiálise, o técnico de enfermagem é o responsável pelo reprocessamento de dialisadores, e é imprescindível que ele tenha conhecimento das normas de biossegurança e faça a adoção do uso de equipamentos de proteção individual necessários naquele setor (SOUZA, 2012).

Segundo Souza (2010), as ações administrativas do técnico de enfermagem consistem em auxiliar na elaboração de escala de tarefas, auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional de cuidado ao paciente renal, auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade, seguir as normas de biossegurança e executar ações de assistência de enfermagem ao paciente renal, com exceção àquelas privativas do enfermeiro.

É importante também que estes profissionais tenham sensibilidade para entender o estado emocional dos pacientes e sejam agentes de mudança na unidade, oferecendo conforto e atenção ao paciente que, por vezes, mostram-se cansados da rotina que o cotidiano crônico de saúde exige.

O papel do enfermeiro no cuidado, ao paciente renal, inclui a prevenção de agravos por meio da educação do paciente e da assistência integral. Percebe-se, que o enfermeiro deve estabelecer ações educativas para promover um tratamento com máxima eficácia, prevenindo e tratando as complicações. Deve praticar um atendimento humanizado, tratando o paciente de forma holística e atendendo as suas necessidades humanas básicas (SOUZA, 2010).

De acordo com Koeppel (2009), o enfermeiro por interagir diretamente com o paciente é capaz de identificar expressões verbais e não verbais, barreiras, medos e dúvidas quanto à sua doença e ao tratamento que está se submetendo. O diálogo e a observação são fundamentais para identificação destes e para uma melhor interação paciente/enfermeiro, pois proporcionam uma relação de afeto e comunicação efetiva, fazendo com que o paciente vivencie e aceite de uma melhor forma sua doença crônica e a sessão de hemodiálise.

É de responsabilidade também do enfermeiro a educação em saúde tanto dos pacientes, como de seus familiares e da própria equipe de enfermagem. Esta deve ser permanente e organizada. A ação educativa proporciona aos pacientes e à sua família melhor entendimento e aceitação sobre os procedimentos e confiança na equipe multiprofissional, ensinando-os a adaptarem-se a esta nova realidade. Para a equipe de enfermagem, esta permite a atualização dos seus conhecimentos e competências técnicas, garantindo qualidade e domínio das práticas a serem realizadas. Consequentemente oferece mais segurança e qualificação no tratamento e melhor qualidade de vida dos pacientes.

Assim, o enfermeiro deve estabelecer estratégias adequadas e específicas ao paciente renal crônico, de acordo com a necessidade própria, promovendo o cuidado e o restabelecimento deste. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento que favorece a identificação destas estratégias, cabendo ao enfermeiro conhecer e aplicar as fases do processo de enfermagem.

Em relação ao dimensionamento, a RESOLUÇÃO COFEN-293/2004 fixa e estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde.

O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o sistema de classificação de pacientes (SCP), as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem deve observar as seguintes proporções e o SCP:

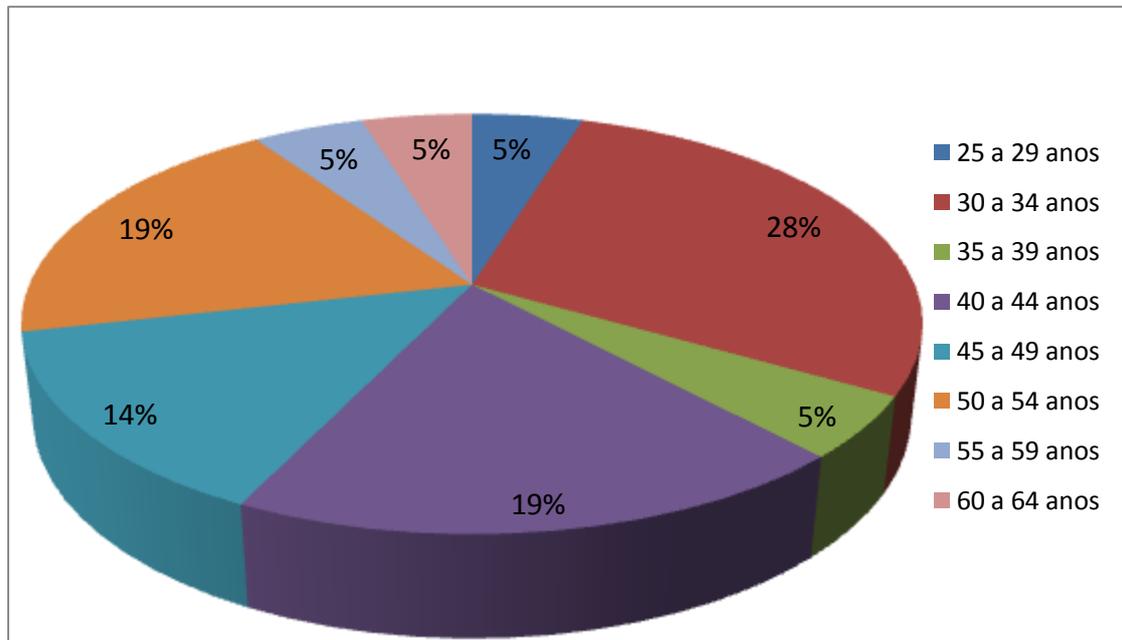
- 1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- 2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- 3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único – A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

O dimensionamento da equipe de Enfermagem deve atender à RDC (Regime Diferenciado de Contratações) nº 154 de 15 de junho de 2004, que define: um enfermeiro para cada 35 pacientes por turno de diálise e um técnico ou auxiliar de Enfermagem para cada 4 pacientes por turno de diálise (LIMA, 2012).

Desta forma, a distribuição por categoria, visualizada neste estudo, atende ao que é preconizado no modelo administrativo para a composição da equipe de enfermagem da própria instituição, bem como o que está posto e estabelecido pela resolução do COFEN.

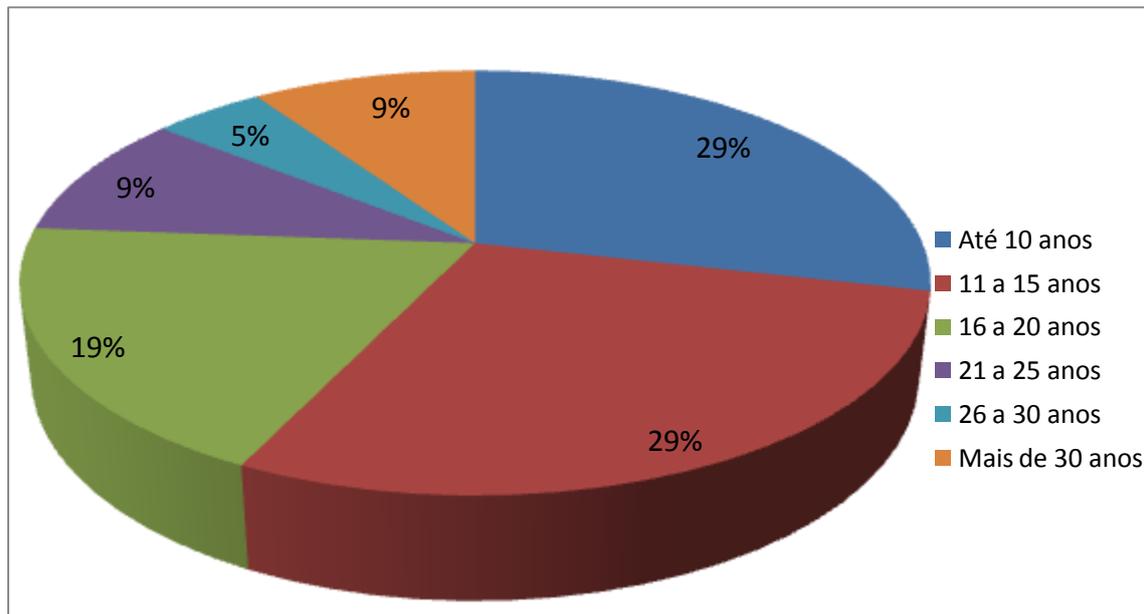
**Gráfico 3: Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2014**



Em relação à faixa etária, um dos sujeitos da pesquisa (5%) tinha entre 25 a 29 anos, seis (28%) apresentavam idades entre 30 a 34 anos, um dos participantes (5%) apresentou idade entre 35 a 39 anos, quatro (19%) tem entre 40 a 44 anos, três (14%) tinham idades entre 45 a 49 anos, quatro (19%) entre 50 a 54 anos, um (5%) entre 55 a 59 anos e apenas um dos participantes (5%) apresentava idade entre 60 a 64 anos.

Pelo exposto, a maior parte dos sujeitos da pesquisa tem entre 30 a 44 anos (52%). Sendo, esta, considerada uma faixa etária produtiva profissionalmente.

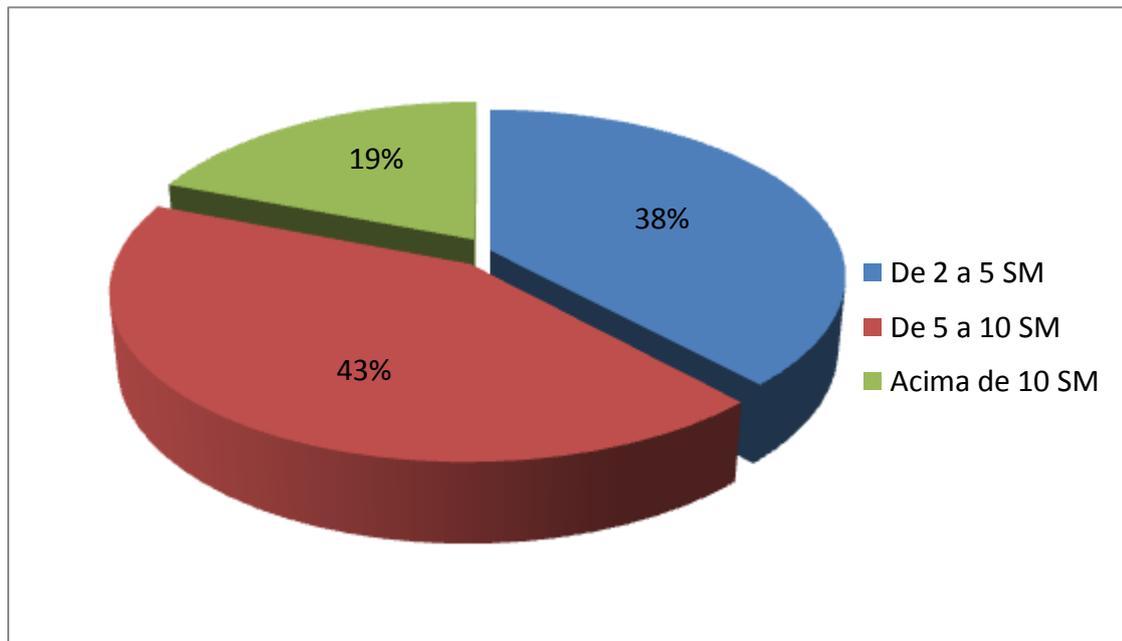
**Gráfico 4: Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de atuação profissional. Rio de Janeiro, 2014**



O tempo de atuação profissional dos sujeitos varia entre 2 a 36 anos. Seis profissionais (29%) têm até 10 anos de atuação profissional, outros seis (29%) atuam entre 11 a 15 anos, quatro (19%) exercem a profissão entre 16 a 20 anos, dois (9%) têm entre 21 a 25 anos de atuação profissional um (5%) atuam entre 26 a 30 anos e dois (9%) têm mais de 30 anos de atuação na equipe de enfermagem.

Vale dizer que nem todos os profissionais trabalham no setor especializado em nefrologia desde o início de sua atuação profissional, entretanto a partir do tempo de atuação profissional pode-se concluir que se trata de um grupo de vasta experiência na área da enfermagem. Além disto, é um grupo que se aproxima do tempo de aposentadoria.

**Gráfico 6: Distribuição dos sujeitos segundo a faixa salarial familiar. Rio de Janeiro, 2014.**

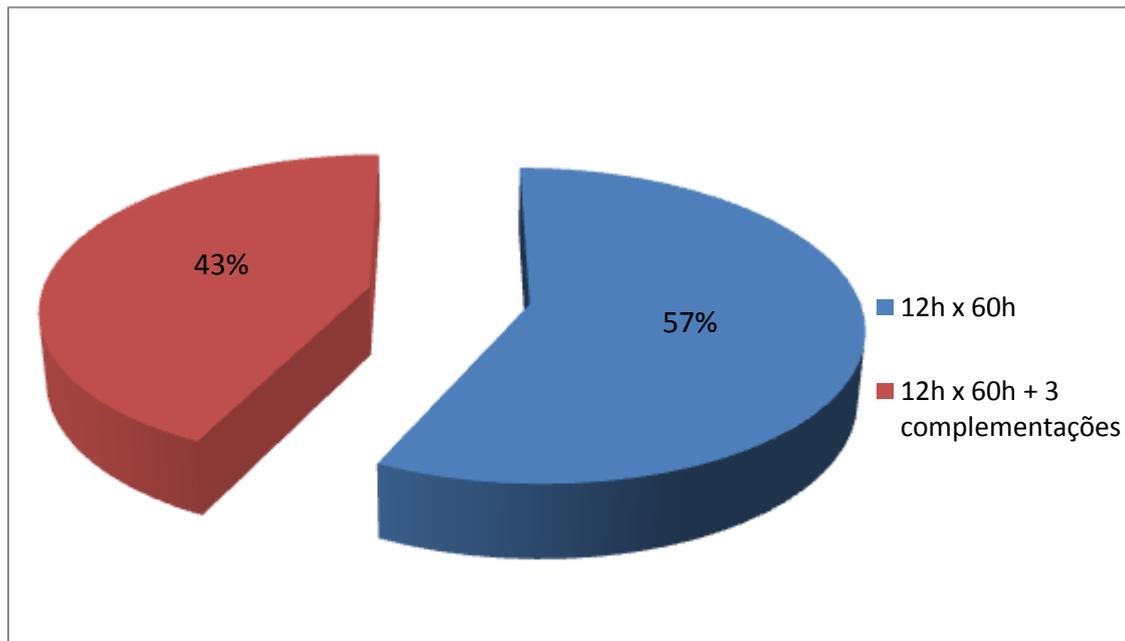


Quanto à faixa salarial familiar oito profissionais (38%) vivem com uma renda de 2 a 5 salários mínimos, nove vivem (43%) com renda de 5 a 10 salários mínimos e quatro (19%) tem renda acima de 10 salários mínimos.

Na instituição existem dois tipos de vínculos dos profissionais: os concursados e os extraquadros (contratados). A diferença de salário entre os dois tipos de vínculos é significativo, uma vez que os concursados recebem cerca de três vezes mais que os extraquadros.

Vale ressaltar que todos os profissionais que relataram renda familiar acima de 10 salários mínimos são enfermeiros e todos são concursados. Dois enfermeiros relataram renda familiar entre 5 a 10 salários mínimos. Sendo assim, oito técnicos de enfermagem tem renda familiar de 2 a 5 salários mínimos e outros sete técnicos de enfermagem tem renda entre 5 a 10 salários mínimos.

**Gráfico 7: Distribuição dos sujeitos segundo a carga horária semanal de trabalho. Rio de Janeiro, 2014.**



Dos sujeitos entrevistados doze (57,2%) eram concursados tendo como regime de trabalho 12h x 60h e nove (42,8%) dos entrevistados eram contratados tendo como regime de trabalho 24h X 72h com três plantões de complementação. Além da diferença no regime de trabalho existe uma diferença no salários, os contratados recebem em média três vezes menos do que os concursados.

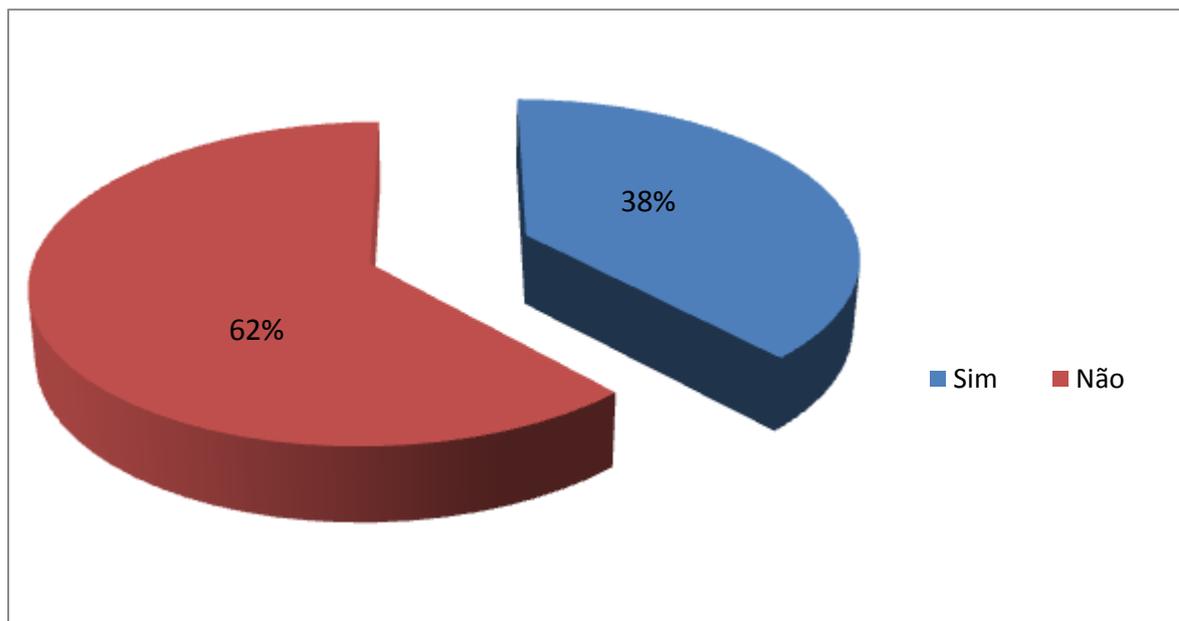
As diferenças na carga horária e no salário trazem reflexo no desempenho do profissional e podem acarretar impactos na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. Pizzoli (2004) realizou um estudo comparativo em três diferentes hospitais em São Paulo. No estudo foram entrevistados profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem para avaliar a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros. A falta de investimento na educação profissional, a carga horária semanal e a compensação financeira inadequada foram alguns dos principais problemas encontrados. Sobre a carga horária de trabalho, aspectos como a sobrecarga, cansaço e desânimo pelo excesso de horas trabalhadas estavam presentes no discurso dos entrevistados.

Cabe ressaltar que a luta pela jornada de trabalho de 30 horas para trabalhadores da área da saúde é uma reivindicação histórica. Algumas categorias profissionais da seguridade social já conquistaram essa jornada máxima, porém, há uma década a Enfermagem brasileira luta para aprovar o Projeto de Lei do Senado 2.295/2000, mais conhecido como PL 30 Horas, que estabelece a jornada máxima de 30 horas semanais para os enfermeiros/as, técnicos/as e

auxiliares de enfermagem. Inclusive, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) da Organização das Nações Unidas (ONU) recomenda esta jornada, argumentando que é o melhor para pacientes e trabalhadores da saúde do mundo inteiro.

Destaca-se que esta não é uma reivindicação meramente corporativa de defesa de privilégios, e sim de uma luta pelo estabelecimento de condições mínimas para o desenvolvimento de uma prática assistencial segura para profissionais e usuários dos serviços de saúde.

**Gráfico 8: Distribuição dos sujeitos por posse de segundo emprego. Rio de Janeiro, 2014.**



Dos profissionais entrevistados, oito (29%) relataram trabalhar em outro lugar, enquanto que treze (71%) trabalham apenas em uma instituição. Para muitos profissionais, a dupla jornada de trabalho, faz-se necessária aos trabalhadores de enfermagem devido à situação econômica da área da saúde, aos baixos salários, que muitas vezes são insuficientes para o sustento da família, o que os leva a procurar novas fontes de renda (PAFARO,2004). Sem dúvidas, encarar uma dupla atividade pode interferir em alguns aspectos referentes à qualidade de vida do trabalhador.

As condições de trabalho da enfermagem implicam longas jornadas com turnos desgastantes (vespertinos e noturnos, domingos e feriados). Nos rodízios, há multiplicidade de funções, levando os profissionais à ansiedade com a repetitividade e ritmo excessivo de

trabalho, controle das chefias, esforços físicos, posições incômodas devido à separação dos trabalhos intelectual e manual, desencadeando, assim, acidentes e doenças (SILVA, 2000).

Os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional tendem a remetê-las a determinadas situações em que se sentem impotentes e frustradas por não conseguirem conciliar seus inúmeros afazeres. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher ao stress emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das *tarefas domésticas* e da educação dos filhos resultando num acúmulo de atribuições (SPÍNDOLA,2000).

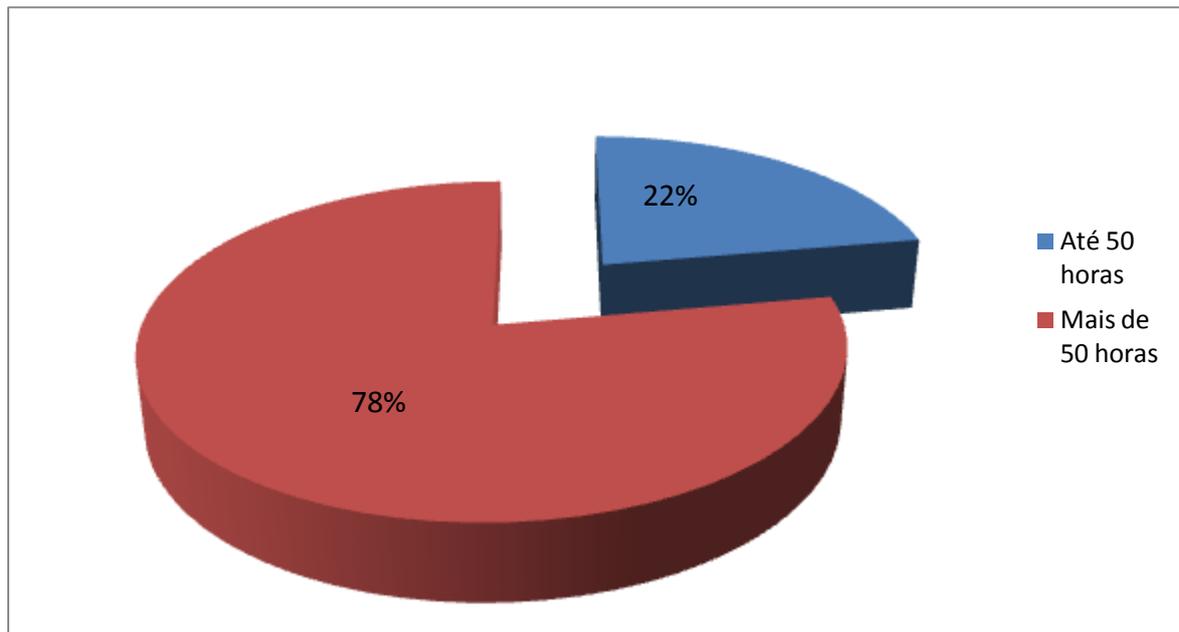
O trabalho em turnos é uma característica do exercício da enfermagem, sendo obrigatório uma vez que a assistência é prestada durante as 24 horas do dia, nos 7 dias da semana, ininterruptamente. Essa condição obriga que a assistência ocorra à noite, nos finais de semana, nos feriados, períodos estes utilizados por outros trabalhadores para dormir, descansar, usufruir do lazer e do convívio social e familiar (MARTINO,2002).

Como já falado anteriormente, o serviço de enfermagem, de uma maneira geral, é composto por pessoas do sexo feminino, fazendo com que estas tenham, conseqüentemente, uma carga de trabalho dupla, principalmente somadas às atividades domésticas. Existe a possibilidade de muitas delas encararem uma tripla jornada de trabalho, quando há necessidade de trabalharem em outro emprego.

A intensidade da vivência que o enfermeiro hospitalar experimenta no seu cotidiano lhe exige uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o estresse (CHAVES, 1994).

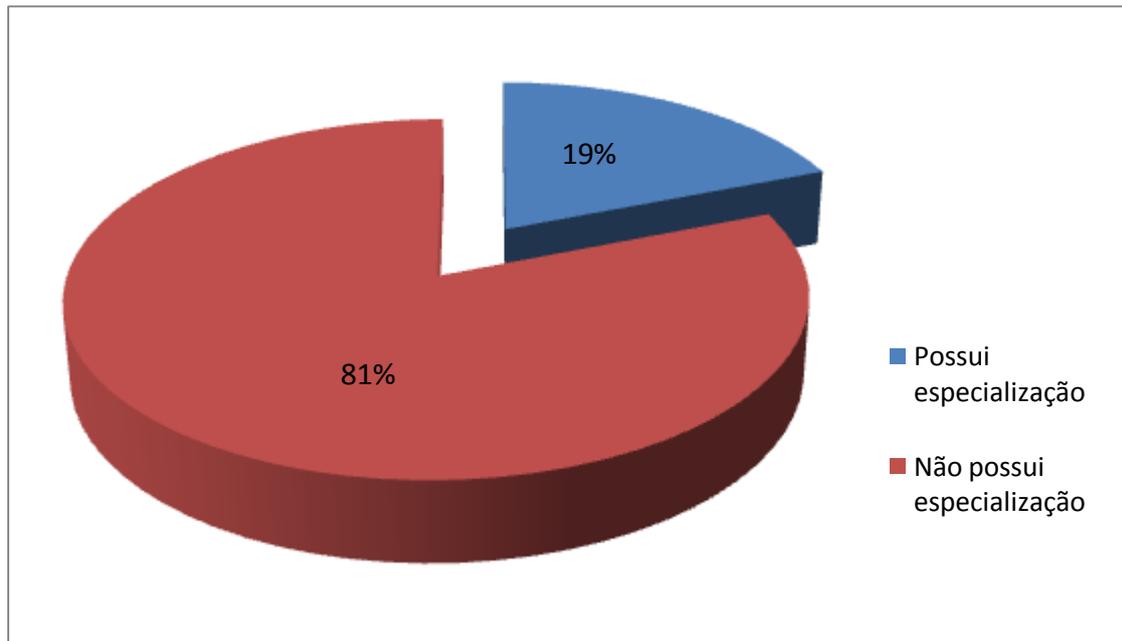
De acordo com o ponto de vista de Gaspar (1997), os enfermeiros encontram-se expostos do ponto de vista etiológico aos fatores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial; que se fazem sentir com grande intensidade e justificam, além da carga horária e/ou da jornada dupla de trabalho, a inclusão da profissão de enfermagem no grupo das *profissões desgastantes*. Sendo assim, a enfermagem é uma profissão considerada como potencialmente estressante. De fato, em 1988, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* (COOPER, 1990), como a quarta profissão mais estressante no setor público.

**Gráfico 9: Distribuição dos sujeitos segundo a carga horária semanal total dos que trabalham em outro lugar. Rio de Janeiro, 2014**



Ressalta-se que a soma da carga horária dos sujeitos que informaram a dupla jornada de trabalho ultrapassa 50 horas semanais, o que potencializa os fatores estressores da profissão.

Nesse sentido, Cicarello e Nakamura (2006) destacam as condições de trabalho, os fatores organizacionais e a dupla jornada de trabalho como as causas mais importantes que influenciam na qualidade de vida do profissional de enfermagem e por consequência na motivação para o desenvolvimento do seu trabalho.

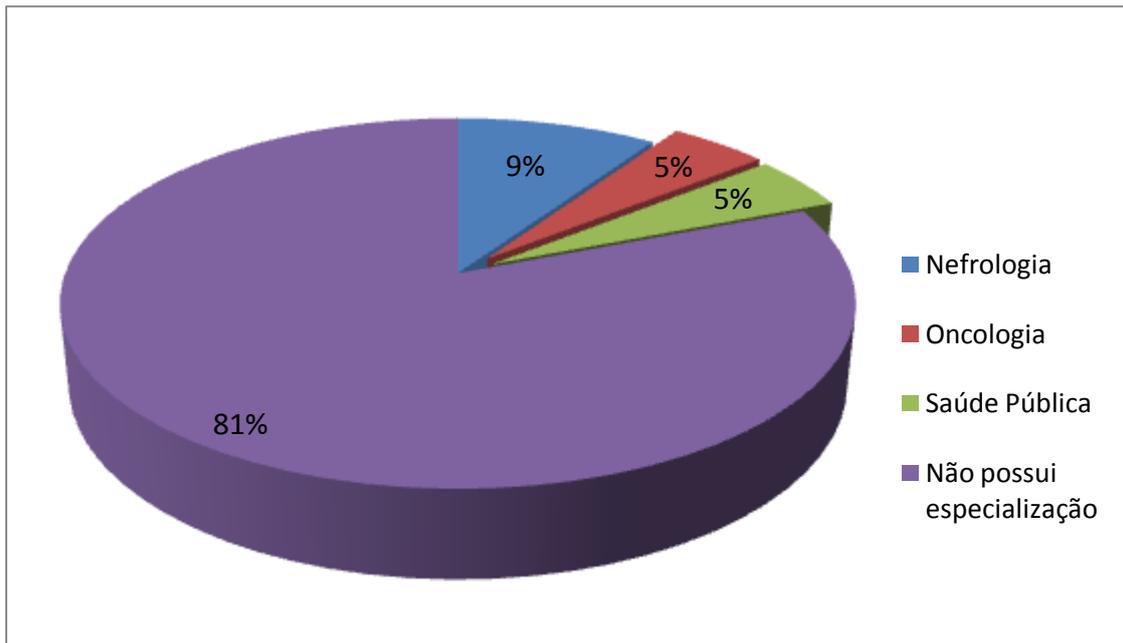
**Gráfico10: Distribuição dos sujeitos por posse de especialização. Rio de Janeiro, 2014**

Sobre a formação, quatro (19,1%) dos profissionais informaram ter cursado a especialização, enquanto dezessete (80,9%) não possuem especialização profissional. Um dos profissionais entrevistados que relataram ter especialização é uma técnica de enfermagem e os demais são enfermeiros.

Aqui se ressalta que os cursos de especialização não são exclusivos para o nível superior. Existe especialização pós-técnica, com uma carga horária mínima de 180 horas e que visa o aprofundamento dos conhecimentos e habilidades técnicas em áreas específicas. Regulamentado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Resolução CNE/CEB nº 4, de 8 de dezembro de 1999, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

O gráfico indica uma significativa carência de profissionais especializados. Nesse sentido torna-se relevante a discussão institucional de um plano que viabilize e estimule educação permanente com foco no incentivo aos profissionais pela busca por capacitação e especialização, inclusive de nível técnico. Diante das condições de trabalho dos profissionais, como a carga horária, a jornada dupla e a remuneração insuficiente, se faz necessário um estímulo institucional para que estes profissionais anseiem por mais conhecimentos, principalmente no desempenho de suas funções dentro de um setor especializado como a nefrologia.

**Gráfico 11: Área de especialização. Rio de Janeiro, 2014**

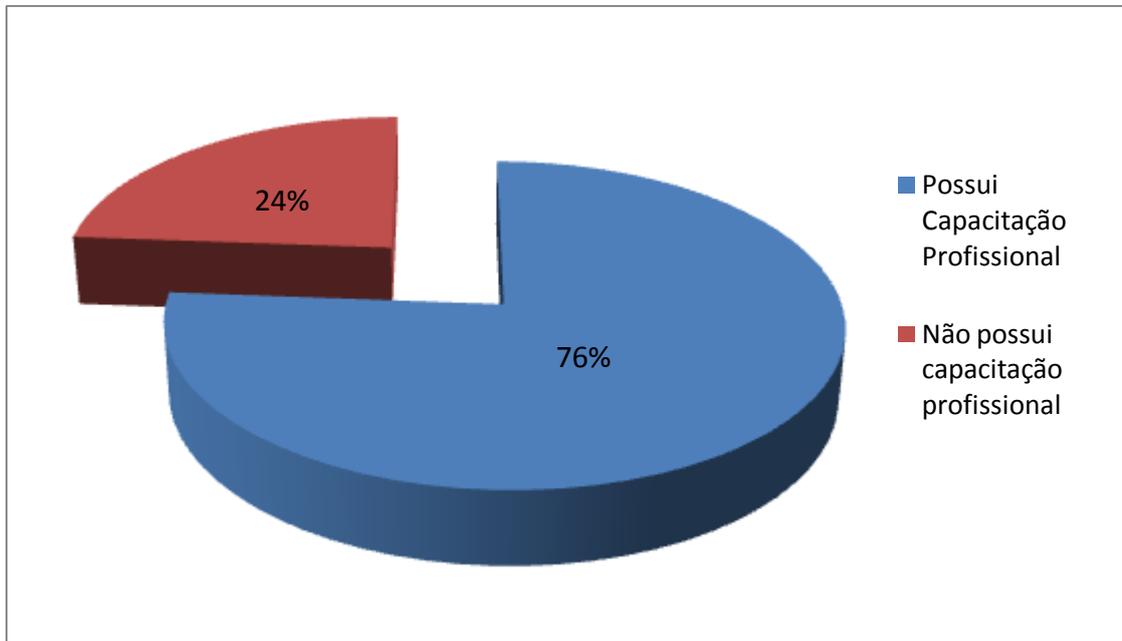


O Gráfico 11 evidencia que 81% dos sujeitos do estudo não são especialistas. Dos quatro profissionais que relatam possuir especialização, dois (9%) são especialistas em nefrologia, um (5%) é especialista em oncologia e o outro (5%) é especialista em saúde pública.

Muitas vezes, quando aprovado em concurso o profissional não é alocado no setor onde possui especialização. Outros, após iniciarem o trabalho buscam aprofundar conhecimento com a especialização, como foi o caso dos dois profissionais especialistas em nefrologia, que relataram buscar na especialização em nefrologia a instrumentalização necessária para trabalhar na área.

Neste sentido, buscamos desvelar como os demais profissionais, que não são especialistas na área, desenvolveram conhecimentos e habilidades para sua atuação junto ao paciente renal crônico.

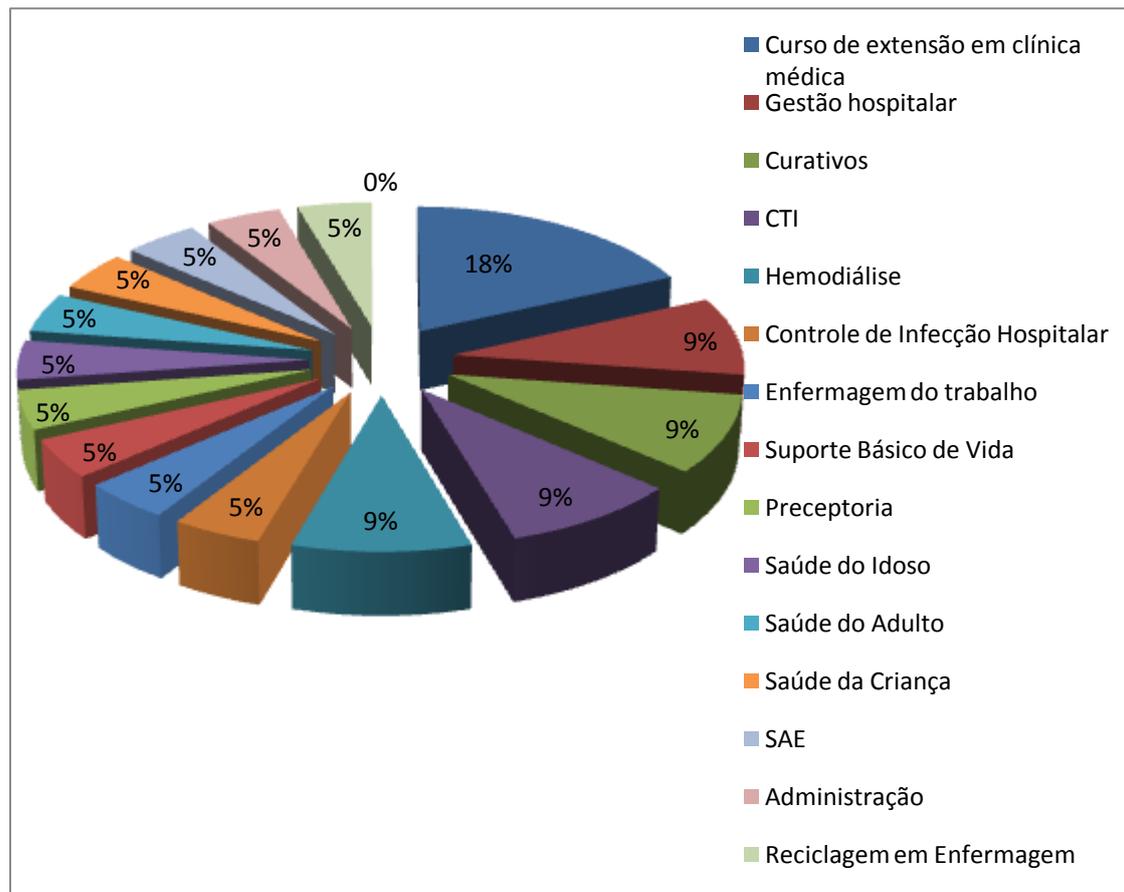
**Gráfico 12: Distribuição dos sujeitos segundo capacitação profissional. Rio de Janeiro, 2014**



Em relação à capacitação profissional, dezesseis (76,2%) profissionais detém capacitação profissional em alguma área. Enquanto que apenas cinco (23,8%) não detém capacitação profissional.

A capacitação profissional em questão trata-se de treinamentos, palestras e cursos oferecidos pela própria instituição.

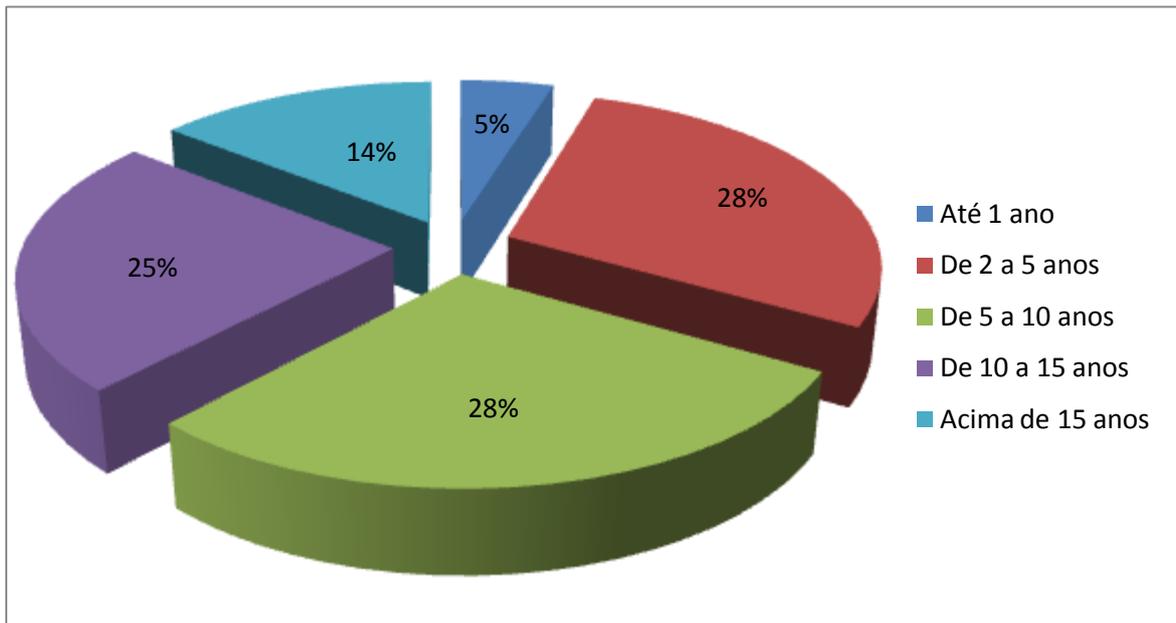
**Gráfico 13: Área de capacitação. Rio de Janeiro, 2014**



O Gráfico 13 demonstra a variedade de cursos de capacitação profissional informados pelos sujeitos. O curso de extensão em clínica médica foi citado por quatro profissionais (18%). Os cursos de gestão hospitalar, curativos, CTI e Hemodiálise foram citados por dois profissionais em cada um. Os cursos de controle de infecção hospitalar, enfermagem do trabalho, suporte básico de vida, preceptoria, saúde do idoso, saúde do adulto, saúde da criança, SAE, administração e reciclagem em enfermagem foram citados por um profissional. Em resumo, evidencia-se que apenas dois dos profissionais possuem capacitação profissional em hemodiálise.

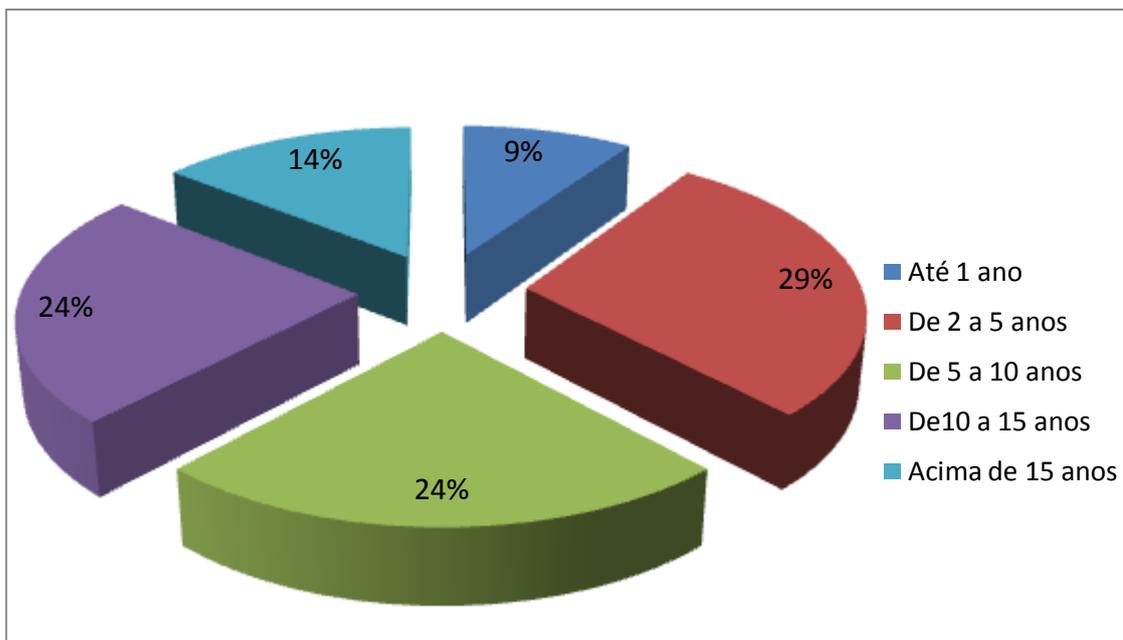
Esses dados avigoram a premência de investimento em capacitação profissional na área da nefrologia e em temáticas afins como os cuidados de enfermagem com a pele do paciente renal, uma vez que não foram citadas atividades de educação continuada direcionadas a esta perspectiva.

**Gráfico 14: Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de atuação profissional na instituição. Rio de Janeiro, 2014.**



Sobre o tempo de trabalho na instituição, um sujeito (5%) informou que trabalha na instituição há menos de um ano, seis (28%) relataram trabalhar na instituição entre 2 a 5 anos, outros seis têm de 5 a 10 anos de trabalho na instituição, cinco (25%) trabalham entre 10 a 15 anos e três (14%) têm mais de 15 anos de atuação na instituição.

Gráfico 14: Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de atuação no setor especializado em nefrologia e transplante renal ou diálise. Rio de Janeiro, 2014



De acordo com o tempo de atuação profissional no cenário da pesquisa, apenas um sujeito (5%) atua na instituição há menos de um ano (7 meses), os demais variam entre 2 a 31 anos de trabalho no hospital em questão.

A maioria dos profissionais tem um longo tempo de atuação na instituição. O tempo de atuação dos profissionais no setor de nefrologia também varia de 7 meses a 31 anos.

Apesar da reforma na infraestrutura hospitalar, onde vários setores foram fechados e outros tiveram seu pessoal remanejado nota-se que os profissionais possuem, em sua maioria, um extenso tempo de atuação nos setores onde estão locados. A maioria dos profissionais lotados nos setores de nefrologia trabalham junto ao paciente renal crônico desde o início da atuação profissional na instituição.

Acreditamos assim, que muito podem contribuir para uma construção coletiva de conhecimentos sobre as alterações de pele a partir da DRC.

#### **4.2. Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre as Manifestações Cutâneas na DRC**

Para acessar os saberes e práticas dos sujeitos aplicamos um questionário semiestruturado, estabelecendo o “espaço-encontro”. Neste momento buscou-se criar um ambiente de diálogo e compartilhamento de informações com o objetivo de fazer fluir os saberes e práticas dos sujeitos e também da pesquisadora sobre o tema.

Para permitir a participação dos sujeitos os “espaços-encontros” aconteceram no próprio cenário de prática, no posto de enfermagem ou na sala de hemodiálise.

A princípio, buscamos acessar os conhecimentos agregados pelos profissionais em relação às manifestações cutâneas típicas da doença renal crônica. Para isto, estabelecemos diálogo com os sujeitos da pesquisa solicitando que eles relatassem o que sabiam sobre as manifestações cutâneas na DRC.

De acordo com os relatos, o ressecamento da pele é a manifestação cutânea mais evidenciada nos pacientes portadores de DRC. Alterações na coloração, fragilidade capilar, prurido, além de complicações relacionadas ao cateter ou curativos, também estavam presentes na fala dos profissionais.

Com relação às diversas complicações enfrentadas pelos portadores de DRC, RIELLA (1996) cita a palidez, a hiperpigmentação solar, pele seca e escamosa, prurido e alterações capilares são algumas das acometimentos dermatológicos os quais o indivíduo portador de Doença Renal Crônica se depara.

Cuidar de um ser humano é dignificá-lo, ajudá-lo a ser pessoa e a desenvolver as suas capacidades ou possibilidades existenciais. Implica em reconhecê-lo como um sujeito de deveres e direitos. Assim sendo, com a finalidade de proporcionar Cuidados de Enfermagem de qualidade, o enfermeiro tem que compartilhar com o seu doente/utente, as alegrias, as tristezas, a dor, o medo e a angústia. Este poderá ser um trabalho “árduo”, mas gratificante sendo que, o contato entre o profissional e o doente deve revestir-se de grande empatia e compaixão, mas também conhecimento.

O cuidado de enfermagem exige um processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes, que culminam num agir profissional assertivo. Cabe destacar que o conhecimento em enfermagem advém do processo de construção acadêmico, durante curso técnico ou graduação e também da prática profissional, que agrega novos conhecimentos e aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos durante a trajetória de construção da profissão no âmbito da formação.

No cotidiano, a observação é uma das formas mais usadas pelo homem para conhecer e compreender pessoas, coisas, acontecimentos e situações (RUDIO, 1983). Trata-se de um instrumento básico para a obtenção de informações que orientam o processo de decisão, após o julgamento de uma situação.

Principalmente na Enfermagem a literatura sobre o assunto não é extensa nos últimos anos. A maioria dos estudos data das décadas de 70 e 80 como foi evidenciado também por DIAS (1990). Não são muitos os profissionais da área que estudaram o assunto e registraram seu pensamento. Entretanto, desde o século passado, Nightingale já expressava preocupação com o treinamento do profissional - "A mais importante lição prática que pode ser dada aos enfermeiros é ensiná-los a observar - como observar - que sintomas indicam melhoras - quais significam o inverso - quais são de importância - quais não o são - quais são as evidências da falta de cuidados - e de que espécie de falta" (NIGHTINGALE, 1989).

Nightingale (1989) ressalta ainda a importância da observação no cuidar, mostrando a necessidade de se saber observar um paciente para ser um profissional: "o verdadeiro ABC de um enfermeiro é ser capaz de ler cada mudança que se opera na fisionomia do paciente, sem causar-lhe o esforço de dizer o que está sentindo (...) o profissional que nunca observa a fisionomia do paciente e nunca espera ver nela qualquer modificação, está a caminho do nada; nunca será enfermeiro (...) não é o fato de encarar o doente que vai mostrar ao observador as

pequenas coisas que deseja saber (...) apenas a observação confere experiência, mas o fato de se ter cuidado de doentes por anos não torna ninguém mais sábio (...) Sem o costume de observar de maneira rápida e atilada, nós enfermeiros seremos inúteis, mesmo com toda nossa abnegação".

“observar "é o ato ou prática de notar e registrar os fenômenos (fatos e eventos) (...) habilidade essencial usada para auxiliar na identificação de problemas físicos e emocionais, melhorada com treino e experiência (...) base do levantamento de dados" (SUNDBERG, 1989).

A enfermagem deve ter a capacidade de decodificar os diversos sinais enviados pelos pacientes, para elaborar um plano de cuidados adequado a cada situação presente nos diversos momentos em que estão lidando com estes pacientes especiais. A enfermagem é responsável por iniciar este vínculo, fornecendo informações adequadas para a orientação dos pacientes, sobre aspectos técnicos, prevenindo sua ansiedade e evitando complicações decorrentes da hemodiálise (REIS, 2001). Deste modo, torna-se evidente a importância da observação no trabalho da equipe de enfermagem.

A relação entre a equipe de enfermagem e o paciente é uma das questões mais importantes no tratamento de uma pessoa que se encontra hospitalizada, fragilizada e com medo do tratamento.

Uma equipe de enfermagem humana e atenciosa proporcionará confiança ao paciente e com isso essa relação será potencializada. Por outro lado, se o paciente percebe um descaso por parte deste profissional, a relação entre enfermeiro paciente estará abalada e certamente o paciente terá dificuldades de aceitar ou até mesmo continuar o seu tratamento.

Para que a relação enfermeiro paciente seja construída é preciso muito mais do que carisma do profissional. Este deve desempenhar sua função assistencial e ao mesmo tempo buscar entender o que se passa com o paciente para poder auxiliá-lo no momento da internação.

A grande estratégia para se estabelecer este vínculo é ouvir. Segundo Meireles (2008), a arte de ouvir é muito importante na relação de ajuda. Deve dar tempo para que a pessoa se expresse, procurando não julgar ou criticar.

Algumas alterações na pele do paciente portador de DRC são identificadas a partir das queixas dos pacientes. Por isso, além de valorizar a fala do paciente é necessário construir um espaço para “dar voz” a ele.

As práticas do profissional de enfermagem estão intimamente ligadas às intervenções técnicas de assistência e conhecimento técnico-científico sobre o tratamento e possíveis complicações da DRC, mas também compreendem ao relacionamento interpessoal positivo; a capacidade de identificar as características individuais de cada membro da equipe utilizando-as de forma benéfica ao paciente e a equipe; possuir a habilidade de ouvir e estabelecer o diálogo entre os profissionais e pacientes, que deve acontecer de forma harmoniosa; organizar seu tempo para que consiga conciliar a atividade de assistência ao paciente e a demanda burocrática e administrativa; gerenciar materiais e equipamentos, tendo em vista que a falta deles submete à dificuldades aos demais profissionais (ALBERT,2008).

Tomando o cuidado relacionado à pele do doente renal como foco das práticas de enfermagem, colocamos em discussão como se desenvolvem essas práticas dos profissionais junto ao paciente renal.

Deste modo, os profissionais teceram considerações, a partir dos saberes, observações, relatos das queixas dos pacientes e as práticas de cuidados desenvolvidas junto ao paciente renal nos aspectos relativos às manifestações cutâneas.

### **Ressecamento da pele**

A manifestação cutânea mais evidente para os sujeitos do estudo é o ressecamento. Para alguns, é a única alteração de pele observada nos pacientes renais:

*“...Eu sei da pele ressecada, só.” (T1 – 30 anos)*

Os sujeitos do estudo reconhecem entre as causas do ressecamento o aumento das escórias e eletrólitos. Em sua fala, T8 se refere às alterações do peso e as perdas hídricas:

*“Eles tem os exames todos alterados: ureia, creatinina, potássio... eles têm problemas de peso, estão sempre acima ou abaixo do peso. Tem a questão que eles perdem líquido, retém líquido, repõe líquido... acaba fazendo com que a pele deles fique muito ressecada...” (T8 – 47 anos)*

A associação de outras patologias à DRC e a limitação de ingesta hídrica são citados por E3 como fatores agravantes ao ressecamento da pele:

*“No DRC você observa que na maioria das vezes eles têm a pele muito ressecada, eles tem uma limitação de ingesta hídrica e dependendo do nível da patologia isso piora. Tem pacientes que já fizeram quimioterapia, isso faz diferença na pele, a pele idosa tem muita diferença e o próprio ressecamento próprio da doença. Muitas*

*vezes eles não podem hidratar, principalmente aqueles que não tem diurese.” (E3 – 61 anos)*

Neste ponto, vale ressaltar que a fala de E3 traz interferência direta na prescrição de enfermagem, visto que cada paciente precisa ser avaliado de acordo com as suas especificidades, levando em conta seu histórico de doença pregressa e doença atual.

Segundo Lupi (2011), o ressecamento da pele está frequentemente associado aos sinais de turgor da pele e elastose, como o aumento da extensibilidade da pele, fragmentação da elastina, atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, que devido ao espessamento da pele podem significar desidratação. Ainda mais, pode estar associado a diminuição da transpiração, atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, o que ocasiona a redução do nível de lipídeos na superfície da pele e a perda da integridade do extrato córneo devida à diminuição do conteúdo hídrico próprio. Em casos graves, a pele ressecada adquire aspecto escamoso, como resalta um dos sujeitos da pesquisa:

*“A pele deles é geralmente muito ressecada. Tem paciente que parece que a pele é bem desidratada, é escamosa, parece que tem uma casca.” (T15 – 43 anos).*

Na fala de T15 percebe-se o uso de palavras do senso comum e não palavras do vocabulário técnico. Isso foi evidenciado em algumas outras falas que veremos ao longo deste estudo.

Outro aspecto considerado é a vulnerabilidade da pele ressecada, mais sensível ao desenvolvimento de lesões, alterações nas unhas e desenvolvimento das úlceras por pressão:

*“Pele seca, fica mais sensível à escamação, deformidade na unha, e até facilidade pra úlcera de pressão... Que eu me lembre só.” (T2 – 48 anos).*

Pelo exposto, resalta-se que as alterações cutâneas interferem nas funções fisiológicas do sistema tegumentar como a impermeabilização, excreção, proteção, termoregulação e percepção sensorial. Assim sendo, ocorre a perda da função excretora impede a eliminação dos produtos finais do metabolismo normal, acarretando um quadro de intoxicação endógena crônica, também chamada de Síndrome Urêmica, que interfere no bem-estar físico, mental e social da pessoa com DRC.

Destaca-se também que as terapias renais substitutivas (TRS), excluindo o transplante renal, envolvem providências que também interferem em vários aspectos da vida do doente. As sessões de hemodiálise, o uso regular e frequente de muitos medicamentos,

restrição de líquidos, dieta especial e as mudanças em relação ao estilo de vida fazem a doença parecer uma verdadeira punição.

A fala de T7 cita a nutrição do paciente como fator relacionado ao ressecamento da pele:

*“Descamação da pele devido da pele devido à desidratação mesmo, até pela falta de alimentação correta também.” (T – 31 anos).*

Do ponto de vista nutricional, a diminuição da ingestão de certos alimentos que aumentam o acúmulo de escórias confere uma sobrevida maior aos pacientes. Entretanto, um grande problema para a equipe de saúde, especialmente os profissionais de nutrição, é a adesão à terapêutica dietética, sobretudo no paciente bem dialisado que tem seu apetite restabelecido e sofre a restrição de alimentos de seu agrado e sabor. Por outro lado, o descontrole da patologia causa diminuição da ingestão (inapetência, náuseas) e absorção (vômitos, edema do trato digestivo, incapacidade celular de aproveitar os nutrientes), acarretando graves quadros de desnutrição (MACULINO, 2004).

O acompanhamento pelo Serviço de Nutrição é essencial para a manutenção do estado nutricional adequado, e também para a prevenção ou minimização da toxicidade urêmica e das alterações metabólicas de modo a retardar a velocidade de progressão da doença renal.

Segundo Cuppari (2002) a importância da terapia nutricional no tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica já é reconhecida há várias décadas. Entretanto, só mais recentemente o papel do acompanhamento nutricional para esses pacientes adquiriu uma conotação mais ampla. Waitzberg (2000) considera que a intervenção dietética e o tratamento dialítico podem controlar ou prevenir a maioria dos distúrbios metabólicos e clínicos

A terapia nutricional do paciente urêmico tem por objetivo reduzir a produção de catabólicos nitrogenados tóxicos, retardar a velocidade de progressão da lesão renal, assegurar o equilíbrio nutricional adequado durante o período pré-dialítico e atuar em doenças associadas como hiperparatireoidismo secundário

A abordagem de tais aspectos conduz a importância do olhar da equipe multiprofissional. Para a equipe de enfermagem, trabalhar as questões nutricionais em conjunto com o profissional especializado no assunto (nutricionista) só traz benefícios especialmente para o paciente. Além disto, constitui uma eficaz estratégia para melhorar a adesão dos pacientes à dieta.

Em relação à observação dos profissionais, percebemos que mais uma vez, o ressecamento da pele foi o aspecto mais observado, além da alteração de coloração, fragilidade capilar, hematomas e até lesões.

*“Só observo a questão do ressecamento, porque eles não podem ingerir muito líquido. Até porque muitos deles já chegam aqui com os rins parados e nem podem ingerir muito líquido...” (T3 – 31 anos)*

A fala de T3 agrega uma importante contribuição sobre a limitação na ingestão hídrica. Por isso, neste momento, fez-se necessário dialogar com os profissionais para que, frente á este tipo de observação exista uma orientação que ressalte a importância da hidratação da pele. Caso esta não possa ser feita, também, com a ingesta hídrica, que haja um investimento na hidratação da pele com o uso de cremes e óleos, bem como com a adequação da dieta para este fim.

Evidencia-se na fala de alguns profissionais a observação de lesões originadas pelo ressecamento, que torna a pele sensível a rachaduras e posteriormente lesões mais graves.

*“Principalmente o ressecamento que podem acabar gerando lesões superficiais.” (E3 – 61 anos)*

A partir da fala de E3 reafirma-se a importância da manutenção da pele hidratada, uma vez que uma pele hidratada minimiza os riscos para o desenvolvimento de lesões e rachaduras observadas pela equipe de enfermagem.

*“... A gente observa muita desidratação na pele, rachaduras...” (T14 – 34 anos)*

Dentre as alterações vivenciadas por pacientes portadores de DRC, citamos o envelhecimento precoce como resultado da deterioração músculoesquelética, descoloração da pele, emagrecimento e edema, características da própria doença.

*“A pele ressecada, a maioria fica com edema...” (T13 – 41 anos)*

*“Eles também retém muito líquido, incham, a pele racha e descama. Então a observação tem que ser contínua...” (T2 – 48 anos)*

É comum encontrarmos pacientes renais edemaciados, especialmente os que fazem hemodiálise. Tal fato se deve à retenção de líquidos causada pela falência renal.

O ressecamento da pele, na perspectiva do paciente, é retratado também como um problema de autoimagem. Lee (2008), diz que dados recentes da literatura corroboram os achados: a diálise altera significativamente a identidade pessoal e a imagem corporal.

De acordo com o relato dos profissionais a grande queixa dos pacientes é o ressecamento da pele.

*“Ressecamento, eles reclamam muito de ressecamento... Algumas mulheres mais vaidosas ainda dizem que a pele fica muito feia, mesmo usando hidratante” (T8 – 47 anos)*

Neste contexto afirmamos o impacto das alterações de pele na DRC na autoestima e autoimagem do paciente, especialmente das mulheres, uma vez que os profissionais apresentam relatos dos pacientes sobre consequências que vão além de alterações físicas, mas que refletem na imagem estética do indivíduo. Mais uma vez é importante ressaltar que, segundo Queiroz (2008), os portadores de DRC sofrem grave alteração nas dimensões psicológicas em suas vidas a partir da doença. Alterações estas, que refletem no enfrentamento da doença, na autoimagem e autoestima do paciente frente às alterações de pele vivenciadas a partir da DRC.

No tocante ao cuidado relacionado ao ressecamento da pele, a maioria dos profissionais relatou a prescrição da hidratação da pele por meio de cremes.

*“O cuidado em relação à pele que a Enfermagem pode ter é indicar hidratação, as vezes com creme de ureia, outros com o próprio hidratante deles mesmo. Só...” (E1 – 43 anos)*

*“A gente indica hidratante. Alguns usam hidratantes próprios, uns usam óleo de girassol, outros ureia... depende muito da indicação médica.” (T2 – 48 anos)*

Alguns profissionais destacaram a importância das orientações dietéticas, relacionando a influencia da dieta nas condições da pele do paciente.

*“Normalmente eles são orientados a usar um creme hidratante, além da orientação sobre a dieta. Alguns pacientes tem muita dificuldade de seguir e compreender essa restrição hídrica e acabam tendo dificuldade de manter as taxas de potássio e acaba alterando mesmo as condições da pele... às vezes a gente pede avaliação médica...”. (T14 – 34 anos)*

É pertinente refletir sobre as causas da inadequação e falta de adesão da dieta. Neste sentido, orientei T4 a estabelecer maior relação dialógica com o paciente, buscando conhecer

suas dificuldades em relação à dieta para discutir junto à nutricionista, caso seja necessário, uma readaptação da mesma.

Foi necessário avigorar constantemente a importância do diálogo com o paciente e de se mostrar disposto a ajudar e conhecer seus medos, anseios, e preocupações, pois esta atitude traz uma significativa contribuição para que a enfermagem ofereça uma assistência de qualidade, definindo suas ações a partir das reais necessidades dos pacientes. Conscientizar ou auxiliar o paciente no processo de conscientização do seguimento da dieta durante o tratamento renal é fundamental, visto que manter uma dieta adequada é capaz de minimizar os agravos da DRC, como já vimos neste estudo.

Outro profissional relata que, ao notar o ressecamento o médico é acionado para que possa decidir quanto a terapêutica:

*“... A gente nota o ressecamento, passa com o médico. Ele prescreve, por exemplo, um creme de ureia, talvez com semente de uva pra passar após o banho. Aí vai apresentando uma melhora...”*  
(T1 – 30 anos)

Cabe destacar que a xerose ou ressecamento da pele é um achado comum ao paciente renal, principalmente em pacientes submetidos à diálise. A causa do ressecamento é mal conhecida, mas a função prejudicada das glândulas sudoríparas e sebáceas pode desempenhar um papel no processo. O tratamento inclui o uso de emolientes e de sabonetes que contêm creme, mas o ressecamento da pele é, provavelmente, crônico e refratário.

### **Alteração na coloração da pele/ Hematomas**

As alterações na coloração da pele também constituem manifestações cutâneas típicas da DRC reconhecidas pelos sujeitos do estudo na falas a seguir:

*“ Não são todos que apresentam alterações na pele. Tem uns que são mais sensíveis. Eles ficam com a pele manchada, escurecidos. Com o passar do tempo parece até que eles estão mudando de cor, sabe? Ficam com a pele mais escura, talvez por causa do próprio tratamento...”* (T4 – 54 anos)

*“A primeira coisa que você olha é coloração que eu acho meio acinzentada e muitos deles apresentam palidez. Tem também a questão do ressecamento.”* (E5 – 34 anos)

Aqui se percebe que as falas de T4 e E5 estão impregnadas com termos utilizados no senso comum.

As alterações de coloração também são citadas como sinal de alerta para sinalizar infecção. Este é um dado relevante, ressaltado por T6, visto que a utilização de cateteres venosos representa uma fonte potencial de infecção, e são considerados como um problema com grande importância clínica:

*“... Eles tem alteração de coloração que são até aspectos que sinalizam infecção também. Por isso, a gente fica com a parte de observação mesmo, principalmente com os pacientes que usam cateteres pra diálise...” (T6 – 31 anos)*

Um estudo avaliou 107 pacientes em diálise com cateter venoso central, inserido nas seguintes regiões: 66 na jugular direita e 41 na veia femoral direita para 2.101 dias. A principal complicação tardia foi bacteremia relacionada ao cateter. Havia 16 episódios de bacteremia, 10 em doentes com cateteres na veia jugular e 6 na veia femoral. O *Stafilococcus aureus* foi o patógeno mais prevalente. A duração média do cateter antes de episódios de bacteremia foi de 19,9 para aqueles introduzido na veia jugular e 18,2 para aqueles introduzido na veia femoral. O uso prolongado e duração da permanência do cateter aumentaram significativamente o risco de bacteremia relacionada com o cateter (NAUMOVIC,2004). Estes dados reforçam a necessidade de acompanhamento e observação à estes pacientes em uso de cateteres, sendo este uso comum aos pacientes em diálise.

Assim sendo, a partir da fala dos sujeitos, percebeu-se a necessidade de enfatizar que o exame da pele deve ser abrangente quanto à avaliação da cor, textura, temperatura e captação da sensibilidade, pois outros sinais como a dor, o rubor e o calor somam-se às alterações de coloração como evidências da infecção ou da inflamação.

Os profissionais entrevistados percebem a anemia, muitas vezes por meio da observação da mudança na coloração da pele.

*“... E a gente vê o paciente pálido, aquela pele com palidez quase “crônica”. E a gente sabe que eles sempre apresentam uma anemia...” (T14 – 34 anos).*

T4 associa a alteração de coloração da pele à anemia persistente, fato que está confirmado na literatura. Mesmo T4 não tendo apresentado fundamentos científicos em sua constatação é preciso valorizar o dado trazido em seu discurso.

A anemia está presente na maioria dos pacientes renais crônicos. A causa mais comum é a produção deficiente do hormônio eritropoetina (EPO), que tem como função principal estimular a medula óssea a produzir sangue.

De acordo com Riella e Martins (2001), supõe-se que as toxinas urêmicas também inibem a eritropoiese e reduzem o tempo de vida dos eritrócitos. Além disso, a anemia pode ser agravada pela tendência ao sangramento que ocorre na anemia, pelas perdas sanguíneas durante a diálise e através do trato gastrointestinal. A infecção e a inflamação parecem também inibir a resposta à eritropoetina, sabe-se que o tratamento com a EPO tende a diminuir as reservas corporais de ferro, necessitando suplemento do mesmo. Pequenas quantidades de sangue são perdidas durante cada sessão de hemodiálise, diminuindo a quantidade de sangue e ferro do organismo a avaliação de ferro sérico deve ser feita para verificar deficiências. A dose recomendada de suplementos de ferro é de 250 a 500mg, três vezes ao dia, meia hora após as refeições.

Os resultados do agravo da doença renal são sinais e sintomas tais como: cefaléia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreia, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial e tendência à hemorragia decorrentes da incapacidade renal, além de adnamia, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit de atenção, asterix, obnubilação e coma (RIELLA, 1996).

As alterações na coloração da pele dos pacientes renais se devem a uma série de fatores. Os profissionais que convivem no dia a dia com os pacientes portadores de DRC são capazes de observar que a maioria dos pacientes apresentam colorações diferentes. Uns hipocorados, pálidos, sem brilho. Outros escurecidos e com a pele manchada.

*“...A gente observa que a coloração deles fica diferente. Parece que a pele deles fica apagada, sem brilho.” (T5 – 42 anos)*

*“ Mudanças na cor, eles ficam bem escurecidos. Você percebe que com o decorrer do tempo eles apresentam manchas na pele, hematomas, onde tem a fístula... Eles são muito sensíveis à esparadrapo também, inclusive à fita que a gente usa. Às vezes na hora de retirar a fita que segura a agulha, a gente nota que a pele vem junto. Depende, tem pacientes que são muito sensíveis.” (T4 – 54 anos)*

A fala de T4 destaca a sensibilidade ao esparadrapo apresentada por alguns pacientes e nos leva a refletir que o cuidado com a pele e sua proteção contra lesões mecânicas ou

químicas é um requisito fundamental para quem está envolvido na prevenção de lesões. O traumatismo tecidual causado pela remoção de fitas adesivas, curativos e outros adesivos de uso clínico, pode exacerbar a dor aumentar o tamanho da ferida e atrasar a cicatrização, aumentando assim os custos com saúde e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes.

Uma importante preocupação é o fato de que lesões causadas por fricção resultantes do uso de adesivos tendem a ser consideradas “normais” pelos profissionais de saúde, e decorrentes do seu processo de trabalho. Uma pesquisa realizada nos EUA evidenciou que ocorrem cerca de 1,5 milhões de lesões por fricção ao ano, principalmente em idosos institucionalizados.

A anemia é frequentemente observada nos pacientes renais e como já falamos, é uma manifestação comum à doença:

*“...no início da DRC nós observamos que quando o paciente chega, apresenta-se hipocorado, então você sabe do que foi estudado e do que se observa que ele tem uma anemia persistente e isso diretamente interfere. Você vê, você visualiza e fica muito evidente, até pela mucosa. Você olha para o paciente e percebe que ele está hipocorado, desanimado, você pode informar isso para o médico e buscar uma forma de intervenção.” (E2 – 50 anos)*

O relato de E2 nos chama atenção para o fato de a equipe de enfermagem ainda ter no médico o referencial para o encaminhamento de situações que são de área de atuação de outros profissionais como no caso do exemplo, nutricionista.

Os hematomas também são observados e relatados pelos sujeitos. Segundo IKEDA (2002), os hematomas são alterações associadas ao cateter venoso central, sendo também, frequentemente, observados em pacientes a espera de transplante renal. Neste caso, os profissionais relatam tais observações:

*“Tem pacientes que tem muito hematoma, aqui é normal, principalmente em paciente com fístula nova. Alguns pacientes aqui tem descamação de pele. O que mais?... Acho que só.” (T10 – 49 anos)*

*“Aqui nós temos muitos pacientes com hematomas. Muitos deles aqui não tem mesmo mais possibilidades de acesso e quando a gente tenta pra algum exame, acabam se formando mais hematomas... É bem comum.” (T14 – 34 anos)*

Os hematomas constituem uma importante queixa dos pacientes, de acordo com profissionais. Os hematomas também causam impacto na autoimagem. Como vemos no relato deste sujeito:

*“...é comum também eles se queixarem de hematomas, reclamam que fica com o braço muito marcado e feio, por causa das punções. As mulheres reclamam bem mais disso, por causa da aparência até...” (T15 – 43 anos)*

Como já falado no estudo, de acordo com Thomas (2005), Meneze (2007) e Rudnicki (2006), o enfrentamento da doença renal acarreta inúmeras mudanças no estado emocional, o que inclui muitas vezes descontentamento em relação à aparência, especialmente no tocante as alterações de pele que os pacientes renais vivenciam com a progressão da doença.

Além disso, alguns hematomas estão relacionados ao tipo de curativo utilizado, muitas vezes este fato está associado à própria sensibilidade da pele.

*“Já ouvi queixas sim. Dependendo do curativo que usa eles reclamam de coceira, as vezes até machuca mesmo, causam hematomas... Coisas assim...” (T6 – 31 anos)*

*“Olha, o que eles se queixam em relação a pele são os hematomas, quando acontecem por causa da punção... Esses pacientes costumam ser muito sensíveis. Por exemplo: temos um paciente aqui que o braço dele é todo marcado, uma outra paciente que temos aqui, que é muito branquinha, também tem os braços bem marcados. A gente percebe a sensibilidade até pela cor do paciente. Paciente que tem a pele mais escura é mais difícil de perceber hematomas, nos pacientes de pele clara fica mais visível.” (T4 – 54 anos)*

Os hematomas são considerados problemas decorrentes da terapia intravenosa. Deste modo, é uma complicação considerada comum pelos profissionais de enfermagem que trabalham na clínica renal.

Sobre as praticas relacionadas ao tratamento dos hematomas, os sujeitos referem a aplicação de compressas como a ação indicada para tal ocorrência:

*“O paciente é orientado a fazer compressas em casa, no caso de hematomas, intercalando entre compressas quentes e frias até desaparecer. Agora no caso do potássio, fósforo a gente “dialisa” e questões de medicações é por critério medico, só o médico pode indicar.” (T4 – 54 anos)*

*“Aqui a gente não cuida. Quando tem algum hematoma ou coisa assim a única coisa que podemos fazer é colocar gelo.” (T12 – 52 anos)*

As duas falas mencionam as compressas como alternativa de tratamento para os hematomas. Entretanto, nota-se que T12 não considera a aplicação de gelo como cuidado de

enfermagem, o que leva à reflexão sobre a concepção do cuidado. Existe uma afirmação da inexistência de cuidado, que quando questionada manteve tal afirmação sem associar a compressa ao cuidado de enfermagem. Vale dizer que a aplicação de frio é um cuidado de enfermagem fundamental.

Segundo Corrêa (2005), o hematoma pós-punção pode ocorrer devido à compressão e cuidado inadequado após sessão dialítica. Essa fístula pode ser preservada por meio de tratamento clínico e absorção espontânea do hematoma. No entanto, o risco de ocorrer uma infecção é sempre grande nesses casos. O que reforça a necessidade de atenção e cuidado da equipe de enfermagem.

### **Prurido**

A ocorrência de prurido é comum em pacientes renais, é o sintoma de pele mais importante nos pacientes urêmicos. Em uma pesquisa, 80% dos pacientes submetidos à hemodiálise de manutenção apresentaram coceira em algum momento (FERMI,2003). No geral, o prurido foi frequentemente mais grave durante ou após uma sessão de hemodiálise (DALGIRDAS, 2003).

*“... Tem maior sensibilidade, sentem coceira e essa é a maior sensibilidade deles, mas por causa do potássio alto, fósforo tá alto. Outros aparecem, assim, como se fosse uma flebite, começam a trombosar. Além do inchaço, a pele fica feia e quente, parece que está com febre constantemente. Isso costuma acontecer com muitos pacientes.” (T4 – 54 anos)*

*“... Nem todos, mas alguns apresentam prurido” (E5 – 34 anos)*

*“... uns pacientes que se queixam de prurido. Como um que está aqui com a gente que tem se queixado de um prurido intenso. Ele diz que é bem incômodo e a gente sempre tenta ajudar.” (E1 – 43 anos)*

As falas dos sujeitos sobre o prurido contribuem para uma importante reflexão. Se compararmos as três falas veremos que a primeira (T4) traz um discurso de cunho mais científico e explicativo, com uso de alguns termos técnicos. Cita os níveis de escórias que influenciam diretamente no quadro de prurido, enquanto as demais trazem um discurso superficial e sem importantes informações fora do senso comum. O sujeito E1 se refere ao

incomodo causado pelo prurido e diz que “..sempre tenta ajudar”, mas quando questionada, não soube dizer como seria essa ajuda:

*“...como ajudar? Ai é que está! Não tem muito o que fazer, a gente acaba só conversando mesmo. E nem tem muito o que falar só que não pode coçar...” (E1 – 43 anos)*

Neste momento, evidenciou-se claramente a necessidade de dialogar sobre as ações de enfermagem junto ao paciente no sentido de orientá-los sobre o prurido, suas causas e como evitar ou diminuir o incômodo causado. É essencial dialogar com o paciente para que ele conheça as condições da sua pele, pois é uma estratégia importante para prevenir o aparecimento de lesões. Aqui se destaca que o atrito provocado pelo ato de coçar pode ocasionar pequenas fissuras e conseqüentemente a infecção. Assim sendo, o simples fato de oferecer uma gaze molhada e orientar que ele passe levemente sobre a área afetada pode ser uma ação que, em conjunto com outras orientações contribua para o alívio do prurido.

O prurido pode ser notado a partir do comportamento do paciente. Inclusive deve ser observado durante o procedimento dialítico, pois pode surgir como reação à substâncias durante a diálise.

Em relação às principais substâncias envolvidas no tratamento dialítico da DRC, podem-se citar a eritropoietina (EPO), o calcitriol e os quelantes de fósforo a base de sais de cálcio (carbonato e acetato de cálcio) que, apesar de pouco frequentes, podem causar farmacodermias. No caso da EPO, o componente alergênico esta associado ao veiculo da substancia, não a ela em si. Azevedo e col. (2004) observaram quadro de prurido intenso sem lesões de pele visíveis quando foi utilizada a forma liofilizada da EPO, em comparação com a solubilizada.

Desta forma, os profissionais relatam observar a presença desta alteração:

*“... prurido. Tem muito aqui. A gente observa quando o paciente coça, mas na maioria das vezes isso não é visto é falado. Então a gente percebe mais quando ele fala mesmo” (E4 – 58 anos)*

Como já falado anteriormente, o prurido é comum aos pacientes portadores de DRC, especialmente os que fazem o tratamento dialítico. É necessário que a equipe de enfermagem esteja preparada para orientar e cuidar de pacientes que apresentam prurido, porém é notório nos discursos dos profissionais uma lacuna de conhecimento em relação a isso.

Na fala de E4 o prurido é colocado inicialmente como uma manifestação cutânea percebida “quando o paciente coça”, em seguida ela diz que não é visto, mas falado. Essa contradição abriu espaço para conversarmos sobre o que a observação pode detectar, e o que pode ser feito a partir dessa constatação. Nesse caso, a avaliação conduz à orientações que diminuem o risco de desenvolvimento de lesões ou identificar um processo alérgico, em como auxiliar na adequação de horários e intervalos de diálise.

Certamente, o prurido causa um incômodo intenso e, como já falado anteriormente, pode estar associado a reações decorrentes da hemodiálise.

*“Alguns pacientes sentem alguma irritação ou coceira quando entram em diálise. Tem prurido também.” (T14 – 34 anos)*

*“... Eles se queixam de coceira, que costuma incomodar eles e pode ser reação do próprio sistema. Quando o sistema é novo a gente tem que lavar ele com soro e se o paciente for muito sensível ele pode apresentar uma reação alérgica...” (T4 – 54 anos)*

O prurido é um dos problemas mais comuns, acometendo de 12 a 33% dos pacientes urêmicos em tratamento não-dialítico (SZEPIETOWSKI, 1998) e de 19 a 90% dos pacientes em diálise (ROBINSON, 2000). A definição de prurido como sensação desagradável que provoca o desejo de coçar foi introduzida em 1660 pelo médico alemão Samuel Hafenreffer (WAHLGREN, 1995). Atualmente, esse sintoma é considerado como uma modalidade sensorial primária e não apenas uma sensação dolorosa subliminar. A sua natureza subjetiva o torna de avaliação difícil.

A uremia causada pela insuficiência renal crônica terminal é a causa mais freqüente de prurido relacionado a doenças sistêmicas. Na uremia, o prurido pode ocorrer na ausência de outras alterações cutâneas.

O prurido não melhora com o tratamento dialítico e é mais freqüente na hemodiálise do que na diálise peritoneal (SZEPIETOWSKI, 1998), o que confirma o relato de T14. Geralmente, os urêmicos com prurido não apresentam doença dermatológica específica ou disfunções sistêmicas ou psicológicas que possam causar esse sintoma. Essa situação recebe o nome de prurido renal. O prurido renal não está associado à insuficiência renal aguda e é um marcador independente de mortalidade após 3 anos em pacientes crônicos em diálise, melhorando após o transplante renal bem-sucedido (MURPHY, 2000).

O prurido é manifestação cutânea mais importante nos pacientes urêmicos, porém os profissionais entrevistados relatam que, diante desta manifestação cutânea a ação consiste em relatar o episódio para o médico, solicitando avaliação.

*“... Uma coisa que acontece quando eles estão descompensados é que apresentam coceira, mas aí a gente pede uma avaliação médica porque significa que as escórias estão muito altas.” (T5 – 42 anos)*

T5 relaciona o quadro de prurido ao nível de escórias. Segundo Lupi (2011), o prurido ainda tem causas indefinidas, porém os altos níveis de potássio e fósforo estão entre as causas prováveis desde quadro.

*“... No caso do prurido, essa coceira intensa, a gente comunica e o médico passa um antialérgico. Relata prontuário no caso de intercorrência ou queixa do paciente pra solicitar avaliação médica. A gente avalia e observa sempre o paciente.” (T14 – 34 anos)*

De acordo com Dalgirdas (2003), explicações relacionando a alergia ao prurido também foram propostas. Entre os alérgenos estão a heparina, os produtos usados nos plásticos para amolecer a tubulação de hemodiálise e o gás óxido de etileno, utilizado para esterilizar hemodialisadores e de linhas sangüíneas. A liberação de histamina dos mastócitos pode provocar coceira, e a histamina foi implicada no prurido urêmico. Nos pacientes com insuficiência renal crônica, os níveis plasmáticos de histamina estão elevados, e eles tendem a ser mais altos nos pacientes de diálise que sofrem de prurido. A proliferação aumentada de mastócitos na pele de pacientes submetidos à diálise foi relatada, porém o número de mastócitos em biópsias da pele não está relacionado à presença de coceira. Embora a reatividade da pele à histamina esteja reduzida nos pacientes submetidos à diálise em geral, aqueles com prurido exibem maior reatividade do que os que não se queixam de coceira.

### **Fragilidade Capilar e Dificuldade de Acesso**

A fragilidade capilar e conseqüentemente a dificuldade de acesso venoso são problemas encontrados na clínica renal. A fragilidade capilar é uma denominação geral para pequenos extravasamentos de sangue que ocorrem sob a pele e podem ter como causas o estresse, a ansiedade e o envelhecimento. Entretanto, outras doenças ou fatores associados à DRC podem ocasionar as alterações nos vasos capilares e a presença de equimoses.

Um estudo realizado no Ceará constatou que principalmente os pacientes que estão em hemodiálise, apresentam Nefrosclerose Hipertensiva e Nefrosclerose Diabética. Estas

doenças podem causar fragilidade capilar, contribuindo para a perda do acesso permanente para hemodiálise (FAV), sendo este um episódio bastante frequente. (SILVA, 2003).

*“...O acesso é difícil A gente tem que levar em consideração que muitos destes pacientes tem outras doenças além de ser renal muitos deles são diabéticos e hipertensos, por exemplo...” (T3 – 31 anos)*

Um dos sujeitos da pesquisa destaca questões relacionadas com a idade, ressaltando que a fragilidade capilar se torna mais comum em pacientes idosos:

*“O que eu vejo é mais as pessoas idosas que tem fragilidade capilar.” (T12 – 52 anos).*

Nesse sentido, as falas de T3 e T12 são muito coerentes. De acordo com o Ministério da Saúde, de fato, a diabetes e hipertensão são as principais doenças de base dos DRC, em como a fragilidade capilar é comum no público idoso. (BRASIL, 2013).

A fragilidade capilar é observada no dia a dia como uma das mais evidentes alterações apresentadas pelos pacientes:

*“Ressecamento e fragilidade capilar é o que eu mais vejo mesmo. A gente aqui também observa a pele bem mais frágil, como os idosos e quem faz uso de esparadrapo, que muitas vezes, fragiliza ainda mais a pele” (E6 – 27 anos)*

Os cateteres são recursos essenciais no tratamento do paciente com DRC. O tipo duplo lúmen permite o acesso para a hemodiálise, na ausência da fístula arteriovenosa. Entretanto, podem acontecer intercorrências com cateteres, como obstrução, sangramento exteriorização e fratura, o que redobra a necessidade de atenção a estes pacientes.

Por outro lado, os cateteres periféricos são empregados para infusão intravenosa de medicamentos e representam fator de risco para complicações locais como infiltração, extravasamento e flebite. Tais complicações podem incorrer em lesões que se agravam no paciente com DRC. Á guisa de exemplo, destaca-se o relato de HPE2 sobre uma alteração na pele causada por intercorrência com o cateter:

*“O que eu sei é que já tivemos problemas com infiltração de cateter, teve uma necrose no braço do paciente... Foi o único problema relacionado à pele que eu já vi.” (E1 – 43 anos)*

A fala de E1 traz uma preocupação, quando questionada sobre quais eram as alterações de pele comuns na DRC que eram do seu conhecimento, ela faz menção à infiltração de cateter que levou a necrose do braço do paciente e todos os outros problemas

que são inerentes e que a enfermagem pode atuar não foram trazidos em seu discurso. Quando estimulada a falar mais e pensar sobre outros problemas que podem ser identificados, ela finalizou dizendo que este foi o único problema relacionado a pele e a DRC que ela já viu. Neste momento dialogamos sobre as alterações de pele que são comuns à DRC e sobre os impactos da doença na pele dos pacientes portadores da doença. O discurso apresentado por E1 demonstra um importante sinal da lacuna de conhecimento existente acerca da temática deste estudo.

### **Queixa associada ao uso de cateter**

Em relação ao uso de cateter, a grande preocupação é evitar infecções, visto que o paciente renal crônico é imunodeprimido e, conseqüentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções. As infecções bacterianas nos pacientes renais crônicos parecem progredir de maneira rápida e a cura parece ser mais lenta. O local de acesso é a fonte de 50% a 80% das bacteremias, principalmente pacientes com cateteres (FERMI, 2003).

Outra preocupação associada ao cateter é o curativo. No caso dos pacientes, a preocupação é relacionada ao tipo de material que será utilizado e se causará transtorno (ferida) na sua retirada.

*“As vezes... eles reclamam muito quando fazem uso de cateter. Eles reclamam muito de escarificações. Não é da punção, da instalação do cateter não, é da pele em torno que fica tão sensível que descama com o uso da fixação do cateter, mesmo usando o antialérgico. Isso acontece muito com os idosos, que já tem a pele sensível e acabam não suportando. Aí você vê hematomas e se não cuidar pode virar uma ferida. Além disso tem o risco de infecção” (E3 – 61 anos)*

Alguns profissionais relatam que não recebem queixas relacionadas à pele por parte dos pacientes:

*“Geralmente eles não apresentam queixas sobre isso.” (T11 – 53 anos)*

*“Só quando eles chegam aqui mal mesmo aí eles se queixam de muitas coisas, mas da pele mesmo não...” (T3 – 31 anos)*

*“Pra mim nunca se queixaram.” (T13 – 41 anos)*

*“Nunca vi um relato, uma queixa. O pessoal aqui é bem orientado, desde que eles chegam eles já recebem as devidas informações. Até porque a doença renal não surge de repente, então eles já são preparados e quando chegam aqui já estão bem orientados principalmente sobre alimentação e hidratação.” (E5 – 34 anos)*

Os relatos acima demonstram a fragilidade de conhecimento e na relação que se estabelece com o paciente. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes. Afinal, a escuta ativa faz parte da assistência de enfermagem. É fundamental estabelecer um diálogo com o paciente, conhecer suas queixas, suas inquietações e dúvidas.

Segundo Paulo Freire (2005), o mundo vivenciado não é estático e sim dinâmico e em transformação contínua. Deste modo, a fala de E5 não está de acordo com a proposta apresentada. Por isso a relação dialógica é importante, visto que o diálogo supõe troca, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Deste modo, “...educador já não é aquele que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que ao ser educado, também educa...” (FREIRE, 1999).

Desse processo, advém um conhecimento que é crítico, porque foi obtido de uma forma autenticamente reflexiva, e implica em ato constante de desvelar a realidade, posicionando-se nela. O saber construído dessa forma percebe a necessidade de transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos.

Outro profissional associa as queixas a uma preocupação do paciente quanto à sua aparência:

*“A grande maioria não apresentam queixas. Algumas mulheres reclamam da pele, porque se preocupam mais com a aparência. Os homens geralmente não.” (T5 – 42 anos)*

Humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas são algumas manifestações psicológicas. A depressão é a complicação mais comum nos pacientes em diálise, e geralmente significa uma resposta a alguma perda real, ameaçada ou imaginada. (HIGA, 2008).

Uma das práticas que fazem parte do dia a dia da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro, são os curativos. Uma das grandes preocupações relacionadas ao curativo de cateter, por exemplo, é mantê-lo livre de infecções e/ ou alergias e lesões associadas ao material utilizado.

*“ Se a gente tiver material adequado, como por exemplo, quando o paciente diz ser alérgico, quando se tem o esparadrapo antialérgico ou outro tipo de material a gente usa. Ou a gente pede pra trazer de casa. A gente também comunica a enfermeira para que elas avaliem melhor.” (T6 – 31 anos)*

*“Fica difícil não fazer o curativo. Tem que fazer! Mesmo que esteja com a pele danificada. O que se pode fazer é colocar gaze no local e*

*evitar ao máximo possível o contato. Avaliar as soluções utilizadas. Tomar o máximo de cuidado na hora do curativo.” (E3 – 61 anos)*

*“Se tiver alguma infecção ou algo relacionado à punção, a gente retira. Em relação a curativo fica por conta do Enfermeiro. Ele que vai saber o que usar nos curativos.” (T15 – 43 anos)*

*“... No caso de curativo, seguir todas as normas da CCIH. Quando é curativo simples, eu limpo com soro fisiológico. Quando o entorno do curativo e/ou inserção do cateter está sujo, eu faço uma boa degermação antes de lavar com soro.” (E2 – 50 anos)*

Daugirdas (2003), afirma que o cateter venoso para hemodiálise é a opção de acesso venoso central, rápida, segura e temporária para realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo, em torno de três semanas, enquanto ocorre a maturação do acesso venoso definitivo (fístula artériovenosa).

Para evitar infecções e demais complicações, a técnica de inserção do cateter deve seguir as normas de antissepsia, devendo ser realizada por profissional treinado, utilizando medidas de barreira como: campos, luvas e aventais estéreis, gorros, óculos de proteção e máscaras (HINRICHSEN, 2004).

Um estudo realizado por Daugirdas (2003), aponta que a incidência de infecção de cateteres centrais é inferior a 8% no decorrer de duas semanas. Em um mês, 25% dos cateteres tornam-se infectados e este percentual dobra no segundo mês. A septicemia relacionada com o cateter pode ocorrer entre 2%-20% dos cateteres. Quanto aos sinais e/ou sintomas de infecção do cateter, o paciente geralmente apresenta sinais clínicos como febre, calafrios e sinais de toxemia como: secreção purulenta e/ou sanguinolenta, leucocitose, dor e calor. A febre e os calafrios logo após a manipulação do cateter, no início ou no final da sessão de hemodiálise, sugerem bacteremia relacionada ao acesso. Embora o rubor, o edema e o exsudato sejam sinais indicativos de infecção no local do acesso, pode haver um local de acesso infectado com aparência absolutamente normal.

A realização do curativo de clientes em uso de cateter venoso é tão importante quanto sua própria implantação. O procedimento deve ser realizado por um profissional bem treinado e, de acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem, os procedimentos de alta complexidade devem ser realizados pelo enfermeiro. O cliente deve ser colocado em uma posição confortável, usando máscara. O profissional deve usar os equipamentos de proteção individual (EPI): máscara, óculos de proteção, gorro, luva estéril, luva de procedimento, jaleco e realizar uma técnica estritamente asséptica (VIEIRA, 2007).

Durante a realização do curativo, o profissional deverá atentar para ocorrência de rubor, edema ou calor; avaliar o cliente quanto a calafrios ou tremores; observar se há ocorrência de cefaleia, náuseas ou vômitos. A troca de curativos deverá seguir as normas da instituição (SILVESTRE, 2005).

A observação dos curativos na hemodiálise, permitiu notar o cuidado e atenção às normas para realização dos curativos. Todos os curativos de cateter são realizados por enfermeiros devidamente paramentados (EPI).

### **Alterações relacionadas à Fístula**

A hemodiálise é um tratamento que remove as substâncias tóxicas e o excesso de líquido acumulado no sangue e tecidos do corpo em consequência da falência renal. Na hemodiálise, o sangue, carregado de toxinas e resíduos nitrogenados, é desviado do paciente para uma máquina, um dialisador, no qual é limpo e, em seguida, devolvido ao paciente (SMELTZER, 2002).

Para que o sangue possa ser retirado, limpo e devolvido ao corpo é necessário que seja estabelecido um acesso à circulação do paciente. A FAV é um acesso permanente, criado por meios cirúrgicos ao se unir uma artéria em uma veia. As agulhas são inseridas dentro do vaso a fim de obter o fluxo sanguíneo adequado para passar através do dialisador (KOEPE, 2008).

É comum pacientes com FAV, especialmente no setor de hemodiálise. De modo geral, pode observar que os profissionais manipulam e puncionam as FAV com cuidado e atenção. Ainda assim eles relatam observar complicações relacionadas às FAV:

*“Na maioria das vezes a gente observa infecção na FAV, mas aí a gente pede avaliação médica. A gente observa às vezes pontos amarelados, sinais mesmo de infecções” (T8 – 47 anos)*

Esta fala traz uma preocupação em relação à comunicação entre a equipe de enfermagem. Por isso, foi necessário reforçar a afirmação da importância da comunicação, interação e diálogo entre todos, de modo que haja uma relação de ajuda e companheirismo entre técnicos de enfermagem e enfermeiros, resultando em um trabalho em equipe em prol da qualidade da assistência prestada ao paciente.

*“Hiperemia, alguns pacientes acabam ficando com feridas na fístula. Até porque aqui a gente trabalha muito com a FAV e cateteres. O uso de esparadrapo acaba machucando e fazendo ferida.” (T6 – 31 anos)*

Como falado por T6, a lesão com o esparadrapo, com a fita adesiva, é um fato recorrente. A lesão por fita adesiva ocorre quando a ligação adesiva entre a fita e a pele é maior do que a existente entre a epiderme e derme. Quando a fita é removida, a epiderme, ou parte dela, permanece ligada ao adesivo, resultando em uma lesão dolorosa. O grau de descamação, ou seja, de perda da epiderme, pode variar segundo as condições da pele, as características do adesivo e a frequência de exposição. Além disso, a aplicação e remoção repetidas das fitas no mesmo local comprometem a função de barreira da pele.

A realização da hemodiálise só é possível com a confecção de acesso vascular adequado, sendo que o mais utilizado é a fístula arteriovenosa, criada em ambiente cirúrgico. Resultante de uma anastomose de uma artéria e uma veia torna-se um vaso de maior calibre, fazendo com que haja um aumento do fluxo sanguíneo para hemodiálise.

Deste modo, a FAV é a porta de entrada para o tratamento hemodialítico, às vezes é motivo de diminuição da auto-estima, incapacidades, uma série de restrições, alterações no humor; deixando o paciente depressivo e não cooperativo com o tratamento (KOEPE, 2008). Neste sentido deve-se valorizar as queixas relativas à FAV, como na fala a seguir:

*“ A queixa principal deles é mais em relação a fístula, a dificuldade de acesso, o incomodo que a fístula traz e desidratação, que a maioria deles são desidratados até mesmo devido à patologia. Fora isso...”  
(E1 – 43 anos)*

A fístula é o primeiro sinal, a primeira marca física de que a doença se estabeleceu naquele corpo, e, com a sua criação, o paciente está sendo iniciado na hemodiálise e passa a sofrer imposição da cultura hospitalar e do grupo. Assim, ela pontua a entrada na hemodiálise, informa que agora aquele indivíduo se tornou um paciente renal crônico e que faz parte de um grupo com o qual terá que conviver três vezes por semana, em média quatro horas cada vez (BORGES, 1995). Deste modo, a FAV traz diversos impactos na vida do paciente como os relatados por E1.

De acordo com Daugirdas (2008) as complicações consideradas mais comuns com FAV são: trombose, estenose, baixo fluxo, isquemia da mão, aneurisma, pseudoaneurisma, infecções, hematoma, sucção excessiva no influxo (arterial) e pressão venosa alta.

Ciente da importância da assistência de enfermagem, especialmente durante a sessão de hemodiálise, da dificuldade dos profissionais terem acesso a informações específicas para aprendizado, e também, segundo estudo de Ribeiro (2008), muitos profissionais apresentam

dificuldades em reconhecer as complicações e a assistência prestada a FAV, buscamos identificar as práticas dos profissionais em relação às manifestações cutâneas associadas a FAV:

*“De forma geral, a grande atenção é voltada para o paciente que tem FAV. Ele precisa cuidar e fazer a higienização, a lavagem com água e sabão e depois a limpeza com álcool a 70% antes de fazer a punção...” (E2 – 50 anos)*

Alguns profissionais relataram que solicitam avaliação médica em qualquer caso de alteração:

*“Geralmente não sou eu quem cuido. Ele já vem com uma indicação ou recebe do médico aqui.” (T9 – 44 anos)*

Ressalta-se que a fala de T9 permite uma reflexão sobre a representação inadequada da percepção de cuidar. Durante o diálogo, T9 afirma fornecer orientações sobre a manutenção e precauções necessárias para manutenção da FAV, porém não faz associação desta ação com o cuidado de enfermagem

*“A gente é orientado a orientar o paciente a procurar um médico e pedir uma orientação... um hidratante, um creme... mas isso aí eu acho que é específico de atendimento médico.” (T10 – 49 anos)*

*“Geralmente quando vem paciente aqui pra gente eles já vem fazendo uso de algo desde casa. Quando vem com alguma alteração geralmente a gente chama o médico pra avaliar e aí o médico que explica pra ele o que está acontecendo.” (T13 – 41 anos)*

Outro profissional relata passar os casos diretamente para o Enfermeiro (a):

*“Geralmente é assim: é passado para o enfermeiro responsável do setor. Não é feito nada de imediato. Só a comunicação mesmo, o enfermeiro que vai decidir um plano de cuidado ou vai levar o caso até o médico” (T11 – 53 anos).*

Mais uma vez observa-se o técnico de enfermagem relatando a necessidade de recorrer ao médico sem ao menos, estudar a possibilidade de diálogo com o Enfermeiro. A relação entre técnicos de enfermagem e enfermeiros precisa ser estabelecida para que a comunicação entre a equipe seja favorável e focada no bem-estar do paciente, bem como nas melhores decisões terapêuticas para este fim. Por isso, foi preciso chamar a atenção de T11 para a imprescindibilidade da manutenção de uma comunicação eficaz entre a equipe.

É possível notar na fala dos sujeitos, bem como durante a observação grande preocupação com o conforto do paciente durante a internação, tratamento e sessão de hemodiálise, com a dor, e os danos ao paciente seja com a FAV ou em outras complicações, se preocupam com as orientações ao paciente quanto a FAV, e a conscientização do paciente quanto à importância da mesma para sua vida, com essas colocações é possível inferir que os sujeitos não estão atentos apenas à hemodiálise ou a FAV, se preocupam em estabelecer uma boa relação com os pacientes por meio da comunicação. Desta forma, se torna possível humanizar a assistência de enfermagem. De acordo com Oliveira (2006) não há humanização sem comunicação, a capacidade de falar, ouvir, viabilizar o bem acima de qualquer discussão, se colocar no lugar do outro, compreendê-lo, estabelecer metas conjuntas com o intuito de propiciar o bem estar, estes fatores levam a assistência humanizada, é importante a percepção destes fatores pelo profissional da enfermagem.

### **Alteração de Massa Corporal**

Pacientes com DRC submetidos à hemodiálise apresentam variação de peso devido à sobrecarga de líquido corporal no período interdialítico (WELCH, 2006). Por isso antes e depois da hemodiálise, por exemplo, os pacientes são pesados. Essa variação de peso, muitas vezes é visível e observada pelos profissionais que cuidam destes pacientes:

*“Em relação à alteração na massa corporal, é bem comum esse tipo de alteração aqui.” (T11 – 53 anos)*

A fragilidade que os pacientes apresentam em desenvolver úlceras por pressão também foi mencionada:

*“...a gente observa que alguns pacientes desenvolvem úlceras de pressão, quando hospitalizados ou até em diálise mesmo, porque a máquina debilita muito, as vezes eles vem muito indispostos, eles não se alimentam bem e a imunidade baixa mais ainda.” (T2 – 48 anos)*

Um dos profissionais entrevistados relatou nunca ter observado alterações de pele advindas da DRC:

*“Nenhuma que eu tenha percebido. O que eu vejo é mais escabiose e lúpus, mas em relação à doença renal mesmo não” (E1 – 43 anos)*

A fala de E1 consiste em uma evidencia importante da fragilidade de conhecimento de alguns profissionais. Como exposto ao longo deste estudo, as alterações de pele comuns aos

portadores de DRC são inúmeras e a grande maioria, recorrente e presente em grande parte dos pacientes. Sendo assim, a partir do relato em questão foi iniciado um intenso diálogo que trouxe à tona questões como a avaliação do paciente durante o exame físico, a avaliação tegumentar, a comunicação com o paciente e de que modo esses processos ocorrem.

Mais uma vez, se fez necessário reforçar a necessidade de uma avaliação criteriosa que atente para a pele e que leve em consideração as vulnerabilidades desenvolvidas pelo paciente portador de DRC.

### **Outras alterações**

Um profissional se refere ao cuidado necessário com o paciente em precaução de contato:

*“Geralmente os pacientes que estão internados há muito tempo, ou advindos de outras unidades podem vir com precaução de contato, mas não com lesões propriamente ditas. Eu atuo mais na diálise peritoneal. Nesses casos, nós temos que tratar e manter o isolamento para não progredir e não passar para outros pacientes.” (E2 – 50 anos)*

A preocupação apresentada por E2 em relação à precaução de contato é pertinente, sendo uma ação importante para reduzir os riscos de infecção e transmissão de patógenos.

### **4.3. A formação dos profissionais**

A DRC tem elevada prevalência no Brasil e já se tornou um importante problema de saúde pública (LUPI, 2011). Deste modo, fica explícito que a equipe de enfermagem necessita adquirir conhecimentos para lidar e implementar cuidados no contexto da doença renal. Essa realidade exige, assim, estudos mais aprofundados, que possam elucidar as proporções reais da DRC no panorama sanitário do Brasil.

Diante desse prisma de relevância epidemiológica da incidência da DRC no Brasil, é enfático que a assistência prestada ao pacientes portadores desta patologia é um fator decisivo para minimizar suas consequências e o trauma relacionado ao tratamento.

É nesse sentido que a educação do enfermeiro, bem como de toda a equipe multiprofissional de saúde, edifica-se como fator essencial, uma vez que o processo educativo configura-se como uma ferramenta de treinamento e de fomento de protocolos, tendo por escopo o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. É nesse íterim que se põe em

relevo o alicerce desse processo: a formação acadêmica dos profissionais de enfermagem (SALVADOR, 2012).

É válido destacar que temos em vista a essencialidade de uma formação generalista do profissional de enfermagem e, por conseguinte, apreendemos a inadequação da edificação de um profissional capacitado, de forma íntegra e específica, para atuar na nefrologia ou, especificamente, atuar modalidades de diálise existentes (SALVADOR, 2012). Todavia, temos a convicção de que a formação integral do enfermeiro deve, sim, englobar o fomento dos saberes, habilidades e competências requeridos para uma atuação eficaz e resolutiva do profissional de enfermagem, como integrante articulador e fundamental da equipe multiprofissional de saúde, no contexto da nefrologia.

A insatisfação encontrada nos profissionais em relação à aprendizagem e ao desenvolvimento das habilidades no cuidado ao paciente renal, durante a graduação, leva a um repensar sobre os currículos de enfermagem e sobre como tem sido oferecida, ao estudante, a oportunidade de desenvolver atitudes críticas e reflexivas, a criatividade e a consciência de que devem atuar como agentes de transformação.

Para acessar esta informação, fizemos a seguinte pergunta: Durante da graduação ou curso técnico o que você aprendeu sobre a pele do DRC? Todos, unânimes relataram não possuírem lembranças deste aprendizado, afirmando que ao longo da sua formação não lhes fora proporcionada a oportunidade de aprender sobre o universo da nefrologia.

*“Ah não... Na faculdade não se ensina isso.” (T2 – 48 anos)*

*“Durante a minha formação profissional não vi isso... até porque a HD teve início quando eu estava me formando. Então, não tive essa oportunidade...” (E3 – 61 anos)*

*“Eu estudei muita coisa por conta própria, mas na graduação Não.” (E4 – 58 anos)*

*“Não, não... Nem do tratamento, basicamente. Eu não tinha a menor idéia de doença renal crônica.” (T11 – 53 anos)*

*“Não, nem passei numa sala de HD enquanto estudava.” (E6 – 27 anos)*

*“O que a gente aprende na graduação é mais de conhecimentos gerais. A gente específica mais na pós ...” (E1 – 43 anos)*

Quando dialogamos sobre a formação dos profissionais, trouxemos à tona uma discussão sobre as informações recebidas a respeito da doença renal crônica, em especial das

manifestações que ela pode apresentar na pele do doente. Todos os sujeitos foram unânimes em dizer que não aprenderam sobre manifestações cutâneas na doença renal. Alguns acrescentam o fato de que, nem mesmo a doença renal em si é devidamente explorada durante a graduação ou curso técnico em enfermagem, sendo este um tema abordado superficialmente.

#### **4.3.1. O aprendizado prático**

Diante do relato dos profissionais entrevistados nesta pesquisa de que o tema deste estudo não foi abordado durante sua formação dos profissional e cientes da formação generalista tanto do técnico de enfermagem quanto do enfermeiro, que não abrange a temática em questão, buscamos conhecer como eles aprenderam a cuidar dos pacientes renais que vivenciam as manifestações cutâneas relacionadas à DRC.

#### **A prática diária**

De fato nos questionamos sobre até que ponto a formação dos trabalhadores em saúde, especificamente em enfermagem, vem dando conta de propiciar o desenvolvimento de competências que favoreçam uma atuação que contemple o paciente em sua integralidade, complexidade e singularidade, valorização essa fundamental para a constituição de um fazer humano em saúde (CASATE, 2006). Quando falamos em alguns cuidados específicos, como no caso da DRC e, mais especificamente ainda quando falamos da pele no contexto da DRC este questionamento se fortalece.

Tendo em vista o envolvimento do profissional de enfermagem com o campo hospitalar, a prática de estágio, ainda durante a formação, nesse local pode ser valiosa, ao favorecer que o aluno vivencie situações cotidianas que o coloque frente a frente com a realidade concreta, porém nem sempre este período garante o subsídio necessário para atuação do profissional. Neste caso, a experiência e as vivências diárias deste profissional após a sua formação representa um amplo espaço de aprendizagem contínua.

De acordo com o relato dos sujeitos da pesquisa, o dia a dia é responsável por

*“... A gente vai aprendendo com o dia a dia” (T1 – 30 anos)*

*“Na verdade tudo o que eu aprendi sobre essa parte renal foi trabalhando aqui na hemodiálise. Eu trabalhava com outro setor, então tudo o que eu vejo sobre o paciente renal é aqui.” (T5 – 42 anos)*

*“Eu fui convidado por um amigo para trabalhar na HD. Eu estava sem emprego e ele me chamou. Ele disse que era um trabalho que eu iria gostar. E eu vim.... Aprendi na prática, não teve um curso específico.”  
(T11 – 53 anos)*

Compreendendo a problematização formada pelas convergências: resolutividade nos problemas propostos e funcionalidade da aprendizagem baseada em problemas no processo de aprendizagem, concluímos que é um grande desafio aprender enfermagem a partir das experiências vivenciadas. Aqui os profissionais relatam ter compreendido a resolutividade em problemas, o cuidar, na própria prática. Segundo Perrenoud (2000, p. 30)

“Entre as situações inéditas vividas por um ser humano, muitas são simples o bastante para serem enfrentadas sem competências particulares, por intermédio as simples observação, da atenção e da “inteligência”. Portanto, o sucesso depende de uma capacidade geral de adaptação e discernimento, comumente considerada como a inteligência natural do sujeito”.

É neste sentido que Freire (2001) afirma a necessidade de vivência e articulação com as situações práticas como condição primordial para a aprendizagem, de modo a possibilitar o aprendizado construtivo e profundo.

Decorre do exposto que a equipe de enfermagem não constrói conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas também o estrutura através do seu dia a dia no trabalho, a partir da realidade. Ao transformar o saber teórico em prática assistencial, o enfermeiro e técnico de enfermagem estarão construindo novo conhecimento, ou seja, está refazendo o que havia aprendido, sob a perspectiva assistencial (ASSAD, 2005).

Através da experiência, o profissional constrói o seu conhecimento, definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de ação de que dispõe. Esse processo determinará as suas percepções, interpretações e as direcionará na tomada de decisões que lhe permitirão enfrentar os problemas encontrados no trabalho (PERRENOUD, 2001). Para que o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes dos profissionais sejam mobilizados através de seus esquemas de ações, decorrentes de esquemas de percepção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática (ASSAD, 2005).

#### **4.3.2. A relação com outros profissionais**

Refletir criticamente acerca da prática desenvolvida é uma exigência, pois sem isso a teoria torna-se mero discurso e a prática puro ativismo (FREIRE, 2004). Entende-se que os sujeitos implicados nos diferentes processos de ensino-aprendizagem ainda estão muito

impregnados pela idéia de que há os que ensinam e há os que aprendem, em lados distintos dessa relação.

Os sujeitos, tanto os que estão em “formação” quanto os que “formam”, precisam assumir-se, desde o início, também como sujeitos da produção do saber, convencendo-se de que ensinar não é apenas transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção. Ensinar é uma ação por meio da qual um sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não existe a docência sem a discência. As duas se explicam e se complementam, e apesar de suas diferenças, uma não se reduz à condição de objeto da outra (FREIRE, 2004).

Se for verdade, então, que se ensina e se aprende uns com os outros no convívio diário, também é verdade que em certas profissões desenvolvem-se atividades caracteristicamente educativas, como no caso da enfermagem. Sendo assim, o compartilhamento de saberes e práticas entre os profissionais é, de fato um importante meio de ensino-aprendizagem. E, de acordo com o relato dos profissionais este tipo de processo é comum e o compartilhamento de informações entre eles acontece comumente, tanto a partir da observação da prática do outro quanto através da orientação verbal:

*“Vendo e aprendendo com o colega mais antigo. Eu recebi muito suporte dos antigos que me ensinaram muita coisa e tornou tudo mais fácil.” (T2 – 48 anos)*

*“Sempre tem alguém que fala pra você: Ah a pele tá assim por causa disso, é bom usar aquilo... Ou sempre dizem: bota o que tem. É o que eu mais ouço. E muitas das vezes tem mesmo que usar o que tem, porque as vezes a família não traz, não tem condições de comprar...” (T3 – 31 anos)*

*“Me foi passado através de informação pela própria equipe da hemodiálise. Com o decorrer do tempo eu fui aprendendo e praticando o que me foi ensinado. Quando eu cheguei aqui eu não tinha nenhum conhecimento... e a antiga chefia me passou toda rotina da HD. Aprendi também a observar, até porque, nós enfermeiros, somos observadores acima de tudo. São os detalhes que temos que observar, principalmente a pele.” (E2 – 50 anos)*

*“Quando eu entrei aqui no setor, a Enfermeira do setor orientou quanto aos cuidados mais específicos destinados aos pacientes.” (T7 – 31 anos)*

*“... aqui tem-se muito suporte até por parte da CONEIP e dentro do hospital. Se você for se interessando, você vai buscar e aprender muito.” (E3 – 61 anos)*

Um dos profissionais cita que além da relação com outros profissionais, a relação com os pacientes também é uma possibilidade de aprendizado:

*“...Praticando você aprende muito. Até os próprios pacientes, eles te ensinam muito, acaba fazendo uma troca grande. Esse é o ponto positivo de enfermagem coletiva, eles conversam, aprendem e ensinam muita coisa. A gente aprende muito com eles” (E5 – 34 anos)*

Braga, em 1998 já afirmava que as práticas de cuidado aos pacientes foram se transformando ao longo dos anos, assim como o cuidar, a maneira de ver e compreender a dimensão das situações de crise de cada paciente originou uma nova relação enfermeiro /paciente que vão muito além do saber técnico.

O enfermeiro tem um comprometimento com seus pacientes, e em situações difíceis como no encontro com a doença e o tratamento, sua presença e o estabelecimento da relação interpessoal são de grande relevância para que o cuidado seja prestado de forma qualificada, humana e integral. Cuidar em enfermagem envolve modificar situações e ações. É a expressão do cuidador com toda sua subjetividade e singularidade, transformando através da intervenção de enfermagem e da interação com os pacientes.

O paciente portador de doença renal crônica vive uma vida repleta de limitações, regras a serem cumpridas, sua vida inteira se modifica, o trabalho, a família, as relações sociais entre outras mudanças. Além disso, o tempo prolongado que o paciente permanece no hospital devido ao tratamento de hemodiálise, favorece a criação do processo terapêutico, o contato maior com o paciente aumenta a percepção do profissional, facilitando a detecção de problemas ou anormalidades no paciente, prevendo situações que necessitam de intervenção imediata, aumentando o conhecimento do profissional (GULLO, 2000).

#### **4.3.3. A Observação**

Alguns profissionais relatam ter aprendido a cuidar da pele do paciente renal crônico por meio da observação. O que nos remete à teoria de aprendizagem social, que é um modelo teórico de estudo da aprendizagem que norteiam seus estudiosos, desde 1941 Miller e Dollard com a teoria da imitação, depois Rotter em 1954 com a teoria da expectativa, em 1971 Gewitz com a teoria operante. Afirmando sua comprovação com o psicólogo Albert Bandura, que entre as décadas de 60 e 70 do século XX, realizou experimentos mostrando que as

crianças aprendem através da observação de comportamentos de adultos, publicando sua teoria social cognitiva em 1986 (PAJARES e OLAS 2008).

A teoria comportamentalista ou social, afirma o modelo, "o exemplo", como norteador das atitudes do indivíduo. Dando cunho de aprendizagem a reprodução do comportamento, não pela recompensa como a teoria Skinneriana, dentro da aprendizagem Behaviorista anteriormente descrita. Esta aprendizagem social demonstra, uma cascata de eventos interacionistas entre o modelo observado e o desempenho passando pela atenção, a retenção, a reprodução e a motivação, regidas por influencia de fatores ambientais, pessoais e comportamentais de determinismo recíproco (BANDURA,1986).

A aprendizagem acontece na observação da pessoa modelo, passa por uma filtragem pessoal, quando da retenção, reprodução e motivação no desenvolvimento, podendo estar atrelado a três reforços: direto, pela conquista motora da repetição; indireto pela aprovação ou reprovação externa e pelo auto reforço ou auto aprovação (BANDURA, 1986).

"O aprendizado seria excessivamente trabalhoso, para não mencionar perigosos, se as pessoas dependessem somente dos efeitos de suas próprias ações para informá-las sobre o que fazer. Por sorte, a maior parte do comportamento humano é aprendido pela observação através da modelagem. Pela observação dos outros, uma pessoa forma uma idéia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação codificada serve como um guia para a ação." (Bandura, 1977, p.22).

Ao relacionarmos esta teoria de aprendizagem, com a prática de formação profissional em enfermagem, percebemos que a atenção entre a percepção do outro se assemelha na reprodução do comportamento recorrente. Talvez devido à quantidade de técnicas práticas, que exigem certa padronização de princípios para execução, acontece daí uma propensão ao padrão social de aprendizagem (KIRCHNER, 2011).

Neste pensar, percebemos como se transferem e criam maneiras de executar tarefas na enfermagem, a teoria social se aplica a atitudes comportamentais não somente no campo pratico, reflete-se também na postura e conduta. Sabe-se que a moral é regida por convenções sociais, assim a aprendizagem social assume um caráter vicariante na reprodução do conhecimento, também no que se refere à postura profissional.

Vale dizer que a observação permite, ainda, a problematização do estado geral do paciente. Deste modo, afirma-se a necessidade de aprender através da observação das queixas e reações do próprio paciente também se faz importante, como evidenciado na seguinte fala:

*"Na observação, no dia a dia. Eu observei e observo como os outros profissionais cuidam e algumas coisas a gente acaba reproduzindo.*

*Observando o paciente também. De acordo com as queixas deles. Alguns a gente já tem conosco há muito tempo e a gente já conhece e já percebe quando tem algo incomodando eles ...” (T14 – 34 anos)*

#### **4.3.4. O aprendizado individual**

Alguns profissionais relatam vivenciar o processo de aprendizado por meio de buscas quando estão frente a situações desconhecidas e/ou novas, utilizando a pesquisa como recurso metodológico. Neste sentido, percebe-se que os profissionais se sentem mais motivados com as descobertas que fazem. Esta busca, onde o profissional participa ativamente da pesquisa, é um elemento facilitador e orientador para que os profissionais possam encontrar e descobrirem o que precisam.

*“Ah você vai enfrentando. Eu tive o contato, gostei e busquei ter maiores informações sobre o que eu estava trabalhando...” (E3 – 61 anos)*

*“Bom, a gente aprende muito pesquisando e estudando. Na graduação você até ouve da DRC, sabe que existe a diálise, mas não vivencia essa experiência de atuar dentro de um centro de HD, então você não estuda isso. Eu não sou especialista nessa área, então quando eu vim pra cá eu tive que estudar muito e não só com treinamento, mas buscando individualmente o conhecimento.” (E6 – 27 anos)*

Uma das profissionais entrevistadas se intitulou como autodidata, por não ter recebido, durante a formação acadêmica, as informações necessárias e ter buscado por meio de pesquisas individuais:

*“Eu sou um pouco autodidata, fui estudando, lendo e aprendendo por conta própria.” (E4 – 58 anos).*

Em suas reflexões, Paulo Freire evidencia cuidados com a educação, propondo a humanização das relações e a libertação dos homens, tema central discutido em seu principal livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1968. Ele propõe a explicação da importância e a necessidade de se fazer uma educação para uma sociedade que pensa, ouve, sente, se veste de forma diferente, que necessita de uma pedagogia dialógica, sem arrogância e supremacia do educador; uma educação solidária, defendendo a articulação do saber, do conhecimento, da vivência, da comunidade, da escola e do meio ambiente, traduzindo-se em um trabalho coletivo e, em oposição à pedagogia da classe dominante, que possa contribuir para a libertação daquele que sente-se oprimido e massacrado e que possa transformá-lo em sujeito cognoscente, ou seja, capaz de adquirir conhecimento por si próprio (CARAL, 2005), como relatado pelos sujeitos.

Foi necessário ressaltar a importância do diálogo e da troca de saberes no processo de aprendizagem associado aos conhecimentos adquiridos por conta própria. Para Freire (2001) o diálogo, a problematização e a reflexão crítica constituem elementos fundamentais para aprendizagem.

#### **4.4. O interesse pelo estudo da temática e capacitação dos profissionais**

Para investigar o interesse no estudo da temática pelos profissionais entrevistados, bem como a existência da necessidade de investir em capacitação profissional no que tange às manifestações cutâneas na DRC, solicitamos que os sujeitos fizessem uma reflexão sobre isto.

De acordo com os depoimentos, os profissionais, em sua grande maioria, consideram este um tema interessante e passível de investimento e exploração para o aperfeiçoamento profissional. Solicitamos que os profissionais apresentassem alguma sugestão de abordagem da temática junto a eles. Alguns apresentam em seus discursos sugestões de abordagem, outros não.

*“É interessante sim, seria bom aprofundar o conhecimento, eu mesma não sei muito sobre isso. É difícil os pacientes renais apresentarem alguma coisa na pele, mas seria bom sim falar sobre isso. Poderia ser em forma de palestra, não sei...” (T1 – 30 anos)*

De fato, a pele do paciente renal crônico não é alvo de muitos estudos científicos. Por este motivo alguns profissionais se mostraram surpresos com a abordagem da temática. Mesmo assim, fazem referência sobre a importância de adquirir novos conhecimentos e trazem à discussão a necessidade de implementar estratégias educativas voltadas também para os pacientes. Além disso, eles falam sobre a importância de orientar os profissionais de outros setores para que eles também estejam preparados para receber, cuidar e identificar as alterações, especialmente as alterações na pele de um paciente renal:

*“É um tema novo, o cuidado da pele do paciente. É interessante sim falar sobre isso até porque tem muito paciente renal que não tem muito cuidado com os cateteres de tenkoff, por exemplo. Às vezes eles não fazem a limpeza como tem que ser e acabam voltando com peritonite. Penso que o problema não são os profissionais, enquanto os pacientes estão aqui a gente dá conta. Seria melhor fazer a educação permanente nos outros setores para que os outros profissionais saibam como cuidar também. A gente aqui está com eles todos os dias. Conhecemos todos.” (E1 – 43 anos)*

Outro profissional fala sobre a dificuldade existente para desenvolver atividades voltadas para capacitação profissional. Os desafios na construção de uma proposta de educação permanente necessitam transcender a alguns quesitos sejam estes de ordem organizacional ou cultural. Nas instituições, os gestores precisam compreender que a educação em saúde não é apenas um apêndice e, por isso mesmo, precisa ser tratada como uma estratégia permanente de desenvolvimento pessoal e, conseqüentemente, organizacional. Para tanto, carece em conceber e executar um plano pedagógico institucional de educação em saúde. No quesito cultural, necessita-se entender que os treinamentos e capacitações não são finalizadores, estes são tão somente pontos de partida para um processo educativo amplo e, que busque o desenvolvimento integral dos sujeitos. O preceito da educação permanente em saúde vincula-se com o desenvolvimento integrativo dos sujeitos, em virtude de que se utiliza de pressupostos como a inclusão do pensar e refletir sobre as relações que se estabelecem entre o saber e o fazer (SILVA, 2012).

Sendo a proposta de educação permanente uma estratégia para a transformação profissional, pode-se dizer que esta ocorre através da articulação entre a teoria e a prática realizada entre os sujeitos-trabalhadores, agregada a política institucional a que fazem parte. Com isso, presume-se que as mudanças que ocorrem no local de trabalho possam vir a se confrontar com o instituído, pois dentre os desafios que limitam a implementação de uma proposta de educação permanente está a falta de incentivo por parte dos gestores da instituição e, também, a não valorização do processo educativo pelos coordenadores (SILVA, 2012). Por isso muitos projetos não tem continuidade, como relatado a seguir:

*“Todo conhecimento que você recebe e passa é importante. A gente sempre cogitou a idéia de desenvolver essas atividades voltadas pra capacitação do profissional, mas acabamos não conseguindo. Uma estratégia boa é usar cursos pra passar essas informações. Há pouco tempo atrás nós tivemos um programa de protocolos e todos se nivelavam e se preparavam. Hoje não tem mais isso e faz falta...” (T2 – 48 anos)*

Dentre os desafios para implementação de um projeto de educação permanente, o tempo é citado como um fator impeditivo e sugere uma reorganização e melhor planejamento como estratégias para possibilitar esta ação:

*“É importante sim. Olhar para a pele do paciente é importante sim, é cuidado. Educação permanente é importante em todos os aspectos não só na pele. Você tá sempre adicionando uma coisa nova*

*e relevante. Acho que a falta de tempo e de pessoal prejudica muito essas atividades educativas aqui dentro. Até porque o mesmo momento que você está estudando, você está trabalhando, então acaba não prestando atenção nem lá, nem aqui... Uma estratégia é institucionalizar essa atividade, arrumar uma maneira de mostrar e provar que estar se reciclando é sempre importante. Eu até já pensei em implantar aqui um programa de educação permanente, mas acabamos não tendo tempo hábil e não se tem número de pessoas suficiente para organizar da melhor forma. Uma boa estratégia seria capacitar multiplicadores para não sobrecarregar ninguém alcançar a todos.” (E3 – 61 anos)*

Um aspecto abordado pelos sujeitos foi a necessidade de investir no conhecimento sobre a pele para estarem aptos à orientação dos pacientes quantos às alterações passíveis ao longo do tratamento.

*“...É importante investir no conhecimento da pele... Acho que seria bom buscar uma estratégia para que os profissionais abordem melhor e informem mais o paciente sobre o que ele vai vivenciar a partir do primeiro dia de HD. Se as orientações aos pacientes forem fornecidas de modo mais específico, de modo que o paciente fique “interado” no processo de tratamento que ele vivenciará.” (E2 – 50 anos)*

Os profissionais afirmam a necessidade de investir no conhecimento e reconhecem conhecimento escasso sobre a pele do paciente renal, reforçando o fato de se tratar de um tema pouco abordado:

*“Claro que é interessante. Falar sobre qualquer tipo de cuidado é interessante. Vale a pena investir na educação permanente porque a gente sabe muito pouco sobre isso. Não consigo pensar numa estratégia agora, mas seria muito válido sim.” (T6 – 31 anos)*

*“Eu acho bem interessante o tema... Acredito que seria bom falar mais sobre isso, nós precisamos ter mais conhecimento sobre aquilo que pode causar na pele do paciente renal e orientar eles a se cuidarem melhor.” (T10 – 49 anos)*

*“Com certeza, é interessante sim. Seria muito bom ampliar o conhecimento de quem trabalha no setor sobre esse tema. É muito pouco falado., mas não sei de que forma seria melhor.” (E6 – 27 anos)*

Outro profissional informa não atentar para as questões relacionadas à pele do paciente renal por não ser algo frequentemente discutido, considerando, por este motivo, interessante o aprofundamento de conhecimento neste contexto:

*“Eu acho interessante, mas nunca houve um apontamento pra isso. A gente vai fazendo as coisas diariamente e essa é uma das coisas que passa despercebido. Acho que é bom falar sobre isso, mas não tenho em mente uma estratégia.” (T11 – 53 anos)*

Há profissionais que consideram importante aprofundar conhecimentos sobre os aspectos relacionados às complicações na pele do paciente renal, com vistas à melhor orientação do paciente. Afirmando que este não detém conhecimentos sobre as possíveis complicações que podem vivenciar ao longo da doença, reforçando a importância do preparo dos profissionais:

*“...Eu acho interessante sim, porque eles tem alterações, devido até a doença mesmo eles ficam com a pele mais ressecada ainda. É bom aprofundar... porque os pacientes não conhecem muito sobre isso e a gente acaba não tendo muito tempo pra buscar mais informações porque aqui é uma correria, então tendo alguém pra passar as coisas pra gente é melhor... Mas não tenho nada pra sugerir.” (T13 – 41 anos)*

*“Eu acho. Porque é bom pra ser investigado e é bom pra nós, profissionais porque a gente orienta melhor. Já que muitos deles (os pacientes) quando chegam estão muito inseguros e não sabem muita coisa, acham que passar mal é normal. Deveria ter reciclagem não só sobre a pele, mas sobre os outros aspectos dessa doença que a gente trabalha diariamente e o que vier pra melhorar o nosso trabalho seria muito bom pra nós. Acho que se pudessem trazer alguém que soubesse do assunto seria bom.” (T14 – 34 anos)*

*“É muito interessante, gostei muito da proposta. Acho que tem que incluir o paciente nesse processo, porque a equipe tem que estar “por dentro”, mas os pacientes também, então tem que ser em conjunto.” (E5 – 34 anos)*

Mais uma vez, profissionais sugerem que realização da atividade educativa seja voltada para o paciente:

*“É interessante, até porque eu não sei se existe alguma coisa voltada pra isso. Seria interessante falar sobre isso. Seria bom falar com os pacientes também, porque pra eles é complicado. Temos uma paciente aqui que é muito vaidosa e é complicado porque as pessoas que não vivem isso não entendem, então olham com um certo preconceito, quando veem a pele descamando podem imaginar que pega ou algo assim... Então pra eles, aprenderem a lidar com a pele também pode deixá-los mais saudáveis. Eu nunca parei pra pensar na pele, só na pele. Quando você olha pra eles e pensa no tratamento que eles enfrentam você pensa no geral, não pensa na pele.” (T5 – 42 anos)*

*“Acho interessante sim. É bom abordar esse tema sim até para os pacientes também. No momento não penso em nada para usar como estratégia.” (T7 – 31 anos)*

Há profissionais que apresentam dificuldades em reconhecer a importância da abordagem da temática e não consideram este um tema tão interessante, apesar de relatarem lidar no dia a dia com as alterações de pele:

*“Bom, é algo que não é muito específico, a gente não lida muito aqui, a não ser essa questão do ressecamento e prurido, então...” (T9 – 44 anos)*

*“Sei lá... Apesar de lidar com isso todo dia eu não vejo isso tão interessante, no caso, a pele, mas sim o cuidado com a doença renal em si, porque o paciente realmente tem a pele alterada, mas outras patologias também. Geralmente eles tem uma doença de base que realmente mexe com a pele.” (T15 – 43 anos)*

Um dos sujeitos expressa não haver necessidade de implementar estratégia educativa, além de considerar pouco o tempo de contato com o paciente, o que comprometeria o resultado da ação:

*“...fazer algo com o pessoal não sei, porque eles só passam um período, no máximo 4 horas, então sei se vai adiantar muita coisa, não vem nada na cabeça pra sugerir...” (T12 – 52 anos)*

Um dos participantes sugeriu mudança de foco no tema e considera mais interessante abordar os aspectos psicológicos:

*“Olha... não deixa de ser. É interessante sim. Eu gosto mais das reações deles. Falar sobre a reação de cada um, o comportamento de cada um. Eu acho que isso é um tema bem interessando. Acho que o lado psicológico deles é bem interessando, então eu, por exemplo, gosto muito de dar importância pra esse lado, o lado psicológico do paciente, eu gosto muito de acompanhar isso: se ele está com problema psicológico, até mesmo se a pele fica feia eles encaram de forma negativa. Não é assim: ahh a pele nem tanto. Porque a aparência é tudo, a verdade é essa. Eu gosto de acompanhar a maneira como cada um deles encaram o tratamento. Eu fico aqui pensando: imagina ficar aqui três vezes por semana, quatro horas por dia. Deve passar mil coisas na cabeça dele. Por exemplo, o cara tá sentado ali pensando: Eu estou preso aqui a esta máquina, podia estar fazendo outras coisas. Então é uma mudança de vida radical. Alguns passam por isso tranquilo, outros tem muitas reações: passam mal, desmaiam, vomitam... Quanto a forma de abordar este tema, não tenho sugestões” (T4 – 54 anos)*

Além de ouvir sobre o interesse dos participantes no estudo da temática, bem como buscar sugestões de abordagem para desenvolvimento de uma estratégia educativa, também solicitamos sugestões para a construção de um plano de cuidados a partir do que foi discutido durante o diálogo acerca das manifestações cutâneas na DRC. Os resultados desta discussão, o plano de cuidados, será apresentado em forma de quadro posteriormente.

#### **4.5. Observação Participante**

A observação participante foi realizada com vistas a captar o desenvolvimento dos cuidados com a pele implementados pelos profissionais participantes da pesquisa. Para isto, foram estabelecidos diálogos com os sujeitos na busca de interpretação deles em relação ao que foi observado, evitando-se trabalhar, somente, com a perspectiva interpretativa do pesquisador.

O processo de observação é uma importante etapa deste estudo, pois além de acompanhar as práticas desenvolvidas, foi possível identificar algumas questões ou dúvidas existentes no nosso trabalho, no meu caso que também sou Enfermeira (integrante da equipe de enfermagem), considero importante também para a evolução do o nosso conhecimento.

Durante a observação, os profissionais demonstraram realizar inspeção da pele dos pacientes portadores de cateteres. Durante um diálogo, uma Enfermeira, falou sobre a importância de avaliar a pele dos pacientes com cateteres:

*“A gente sempre tem que avaliar bem a pele do paciente com cateter. Tem que ver se está limpa, se tem algum sinal de infecção. O paciente também tem que ser bem orientado sobre a manutenção do curativo...” (E1 – 43 anos).*

Quando um paciente chega ao setor para iniciar hemodiálise, sendo este paciente portador de cateter, o primeiro passo é o preparo deste cateter. Uma Enfermeira fica na sala de curativos para verificar as condições de uso do mesmo, ali ela realiza higienização e troca de curativo, preparando o paciente para iniciar a hemodiálise.

Neste sentido, é observada a preocupação com a higiene dos pacientes que possuem cateter. Os profissionais reforçam orientações quanto à higiene e o cuidado com a manutenção do curativo, aproveitando o momento que precede a HD.

Podemos dizer que de modo geral, os profissionais se mostraram atentos à avaliação da pele no ponto da inserção do cateter, com objetivo de prevenir e/ou minimizar episódios de infecção.

Em relação à fístula, também foi possível observar a preocupação da equipe com seu manuseio. Elementos como: higiene, estado de conservação da fístula, presença de sinais de inflamação ou presença de hematomas são os focos da observação dos profissionais antes de realizarem as punções.

Nem todos os profissionais parecem atentar para a pele do doente renal no dia a dia. Ao observar os profissionais durante o cuidado, perguntei como estava a pele daquele paciente, alguns não souberam responder, mesmo estando diante do paciente que claramente apresentava algumas alterações. Um dos profissionais quando questionado, respondeu: *“Acredita que eu esqueci? Eu até olhei pra ele, fiz assepsia para punccionar, mas não observei como estava a pele dele” (E6 – 27 anos).*

O que percebemos é a avaliação da pele do paciente renal não é vista como prioridade. Alguns aparentam pressa durante o cuidado, o que representa um fator impeditivo à proposta de dialogar com o paciente sobre a pele:

*“Não dá tempo de falar sobre a pele. Tenho tantas outras coisas para buscar saber, como: pressão temperatura, frequência respiratória, eliminações que até esqueço de falar ou de observar sobre a pele. Não tem jeito não faz parte da rotina.” (T6 – 31 anos).*

Percebemos então uma grande barreira e um grande desafio: incorporar a preocupação e o cuidado com a pele nas práticas assistenciais da equipe de enfermagem.

O que chamou atenção durante a observação é o vínculo de confiança já estabelecido pelos profissionais com o paciente especialmente nas salas de diálise. Esses pacientes muitas vezes, estão em acompanhamento há anos com esta mesma equipe, passando quatro horas, três vezes na semana em contato, por este motivo apresentam uma boa relação. Alguns profissionais relatam que este tempo de convivência faz com que eles reconheçam alterações rapidamente, ao olhar para o paciente. Dentre as alterações notadas os profissionais citam: alteração de peso, alteração de coloração e depressão.

*“É uma convivência de anos. Uns aqui veem mais a gente do que a própria família, então quando eles chegam com uma grande alteração de peso, acima do peso que costuma ser só de olhar a gente percebe. E quando chega muito pálido, ou muito triste, pra baixo, depressivo, a gente nota logo. Porque a gente conhece o estado “normal” deles.” (T10 – 49 anos)*

Foi necessário dialogar com os profissionais para que este vínculo estabelecido com o paciente possa ser utilizado como estratégia de aproximação para buscar identificar as alterações de pele. Iniciar um diálogo sobre a pele com o paciente pode desvelar ao

profissional a necessidade de buscar informações para melhorar a qualidade da assistência prestada.

A equipe de enfermagem que lida com os pacientes internados a espera de transplante necessita ainda construir um vínculo maior com o paciente, visto que a internação deles é temporária. No setor de nefrologia e transplante renal, orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico e aos cuidados pré e pós cirúrgico estão sempre presentes. Falar sobre a pele do paciente renal ainda é um grande desafio: *“A gente está aqui pra falar sobre o procedimento que eles serão submetidos, nem sempre a gente atenta pra pele. Talvez seja uma falha” (T15 – 43 anos).*

Outros profissionais reconhecem a necessidade, de falar sobre isso. Durante o cuidado, um dos profissionais dialogou com o paciente sobre a pele e suas alterações enquanto inspecionava, ouviu atentamente as queixas e concluiu:

*“É importante tentar trazer essa questão mais pra perto deles. Até porque a gente percebe que a pele deles está mais sensível, ressecada, descamando, manchada, a maioria deles com muitos hematomas e sem condições de acesso. Pra eles é complicado e a gente tem que dar oportunidade deles falarem e a gente tem que saber o que fazer e o que falar pra eles.” (T14 – 34 anos)*

O ressecamento da pele, presente em muitos pacientes, é constantemente observado pelos profissionais. Que, em sua maioria, ao notarem, orientam o paciente quanto à hidratação, indicando o uso de hidratante. Nota-se certa facilidade na abordagem ao paciente quando referente ao ressecamento da pele. Segundo os profissionais, trata-se de algo comum à praticamente todos os pacientes, o que facilita a orientação, já que o próprio paciente traz queixas sobre este ressecamento, abrindo a porta para um diálogo e orientação.

Apesar de se tratar de algo tão presente no dia a dia do paciente e de todos os profissionais lidarem diretamente com as alterações de pele, notou-se certa surpresa por parte dos profissionais a minha escolha do objeto da pesquisa:

*“Na verdade é muito raro falar sobre a pele do paciente. Eu nunca vi ninguém pesquisando isso. Pra falar a verdade é até estranho olhar pro paciente renal e pensar na pele...” (T12 – 52 anos)*

Uma observação importante a ser relatada é sobre os registros de enfermagem. Poucos são os profissionais que registram o estado da pele do paciente ou incluem em seu plano de ações cuidados preventivos, salvo quando há lesões previamente identificadas.

Alguns profissionais citam a importância de registrar questões relacionadas a pele, enquanto outros dizem que não veem necessidade em registrar ou prescrever cuidados com a pele quando não há um problema identificado.

*“...às vezes a gente não registra porque não considera uma informação tão relevante assim...” (T12 – 52 anos)*

*“... Confesso que nem sempre registro as coisas sobre a pele. Quando é um episódio de prurido a gente tem que registrar, mas quando é algo mais “leve” como ressecamento, hematoma... Acaba passando. Mas acho que é um erro meu. Tudo deve ser registrado e documentado. Um dia essas informações podem fazer falta.” (E2 – 50 anos)*

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados por meio de registros escritos, constitui-se no instrumento de comunicação mais efetivo para o (re)planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes, além de servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (MATSUDA, 2007). O registro das atividades e de informações sobre o estado clínico dos pacientes internados em um hospital é tarefa e dever diário de todos os profissionais de saúde.

Apesar da importância dos registros de enfermagem com relação aos aspectos assistenciais e legais, estas, com frequência não contém informações adequadas para apoiar o acompanhamento aos pacientes, à instituição e a equipe de saúde, existindo muitas vezes descaso, como percebemos nos relatos de T12 e E2.

#### **4.6. A Avaliação dos sujeitos**

Nesta etapa, cada sujeito foi novamente convidado a se reunir com a pesquisadora para discutir sobre o que foi observado, além tecer considerações sobre todo o processo de pesquisa. Esta etapa se deu após o “espaço-encontro” e após o período de observação. Na medida do possível, a discussão foi compartilhada a partir do roteiro com questões chaves. Enfrentamos alguns impedimentos para reunir todo grupo. Por isso, ora realizei a avaliação em dupla ou em trio e outras individualmente, de acordo com as possibilidades apresentadas.

Não há como negar que o ser humano é um ser social inserido em um contexto socioeconômico-cultural que influencia suas relações com o mundo. Os valores, conceitos,

concepções e crenças condicionam a forma de estar no mundo e, ao mesmo tempo, são condicionados pelo mundo em que se vive. As pessoas encontram-se constantemente em pleno processo educativo, do outro e de si mesmos, num movimento permanente, em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos (FREIRE,2005, p. 85).

Além da educação que acontece no dia a dia, nas relações sociais, existe a educação formal, que tem lugar nas escolas e se pauta em teorias, discussões e análises. No entanto, é na prática, na relação entre quem ensina e quem aprende que a educação formal se concretiza.

Durante o diálogo com os profissionais entrevistados, solicitei que fizessem uma avaliação sobre sua participação na pesquisa. Apesar de não se sentirem a vontade, em alguns momentos, o exercício da avaliação permitiu despertar nos sujeitos a importância de compartilhar os saberes e ressaltar a necessidade de aprofundar conhecimentos como ilustrado no discurso abaixo:

*“Eu não gosto de fazer avaliações, porque eu acho que a gente tá o tempo todo aprendendo. Eu não sei nada e vou morrer sem saber. Cada dia você aprende. O pouco que sei eu tento transmitir, mas eu acho que não sei grandes coisas não, é preciso buscar mais...” (E3 – 61 anos)*

Em alguns momentos, na fala dos sujeitos notamos o quanto eles reconhecem a importância do tema abordado no estudo. Por isso tiveram uma avaliação positiva da pesquisa:

*“Eu achei muito bom participar dessa pesquisa. Acho que foi gratificante, até porque tudo o que você me disse faz parte do que a gente vive aqui. Eu tento sempre manter contato com o paciente, às vezes pelo corre-corre do trabalho você acaba não se atentando só pra pele, mas é uma coisa importante que faz a gente pensar que eles sentem muito esses impactos. Como mulher, você sabe que isso existe e por isso é bem interessante.” (E4 – 58 anos)*

Freire defendeu a educação como prática libertadora, solidária, dialógica, cujos saberes são articulados, assim como os conhecimentos, as vivências, traduzindo-se em um trabalho coletivo. Segundo ele a libertação é difícil e dolorosa porque faz refletir, analisar um comportamento socialmente aceitável para transformá-lo em um comportamento libertador, construtor de relações integradas. É a necessidade de refletir-agir-refletir sobre o mundo para modificá-lo que inclui homens e mulheres enquanto parte do mundo. Para que isso seja possível, esses educadores, entre eles os enfermeiros, ao se reconhecerem oprimidos e violentados em sua vocação de *ser mais*, precisam conscientemente viabilizar maneiras de transformar essa realidade opressora, comprometendo-se com o processo de libertação

(FREIRE, 2005). *“Acho que tudo na vida é um aprendizado, de tudo você tira um pouco então ajuda a refletir mais e atentar mais pra isso.” (T16 – 43 anos)*

A pesquisa trouxe a idéia de refletir sobre a prática, sobre aquilo que está diante dos olhos quase que diariamente e por diversos motivos acaba não sendo alvo de reflexões. Segundo os relatos, a pesquisa reforçou a importância da pele para o paciente, tanto em relação às alterações fisiológicas quanto as psicológicas e a dificuldade no enfrentamento da doença:

*“Como avaliar a minha participação na pesquisa? Acho que fui despertada pra refletir, já que você veio reforçar a necessidade de observação do aspecto da pele, da fragilidade capilar... atentar para o ressecamento da pele e mais... atentar para a questão psicológica de aceitação da doença e do tratamento, a fístula que é de difícil aceitação por causa do transtorno que causa mesmo. A parte estética do cateter também é um grande desafio, porque fica ali preso na pele com esparadrapo. A gente tenta ajudar e procura relatar tudo o que acontece pra que a gente possa encontrar a melhor forma de ajudar esse paciente, talvez passando o que acontece para o médico, enfermeiro. Muitas vezes é preciso indicar para o paciente um creme hidratante...São coisas que a gente vê e faz todo dia, mas sem fazer o que você disse: refletir nas ações” (T14 – 34 anos)*

Nas instituições hospitalares, a Enfermagem desempenha importante papel na preparação da infraestrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação continuada, facilitando a atuação e aprendizagem de outros profissionais e, conseqüentemente a reintegração social do paciente a partir da promoção ao autocuidado. É importante refletir que as instituições hospitalares necessitam ter “uma qualidade melhor” (MEZOMO, 1992).

Nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos. O saber fazer deve ser um saber fazer bem, que leve em conta os aspectos técnicos, políticos e éticos. Para o profissional de saúde, não basta saber é preciso “articular responsabilidade, liberdade e compromisso” (RIOS, 2003). A educação é uma das maneiras mais relevantes e essenciais de transformação dos paradigmas da existência humana, possibilitando aos homens e mulheres uma melhor compreensão do que ocorre com outros homens e mulheres, com o mundo e consigo mesmos, ampliando sua visão de mundo (FERNANDES, 2004).

Em concordância com isto, durante a avaliação, um dos profissionais entrevistados relata que após a pesquisa sentiu falta de um programa de educação permanente:

*“Pra ser sincera com você, a gente sabe que tem alterações e mudanças. Agora eu nunca cheguei num paciente pra falar ou pra me atentar sobre isso e também nunca fui orientada pra prestar atenção na pele dele. É aí que a gente percebe a falta que um programa de educação permanente faz falta...” (T13 – 41 anos)*

Quando dialogamos sobre as contribuições da pesquisa percebi, a partir dos relatos, que muitos passaram a refletir mais sobre a pele e até cuidados como a indicação de hidratante, para amenizar os impactos do ressecamento da pele, ganharam um novo sentido.

*“Essa conversa contribui muito, porque é o que você falou, agora eu posso sugerir o uso de hidratante sabendo o porquê e atentar mais pra pele do paciente. Tenho refletido bastante sobre isso...” (T12 – 52 anos)*

Alguns profissionais ficaram ansiosos para saber o resultado da pesquisa e acreditam que os resultados podem trazer mais contribuições:

*“A pesquisa já contribuiu muito e pode contribuir mais. A partir dos resultados. Quando a gente souber um pouco sobre o conhecimento de todos e também a gente tem que levar em consideração que a pele do paciente é muito importante então quando você vê resultados nas orientações específicas você percebe a contribuições desse estudo.” (E6 – 27 anos).*

Ao final da pesquisa, tive a oportunidade de retornar a encontrar com alguns sujeitos da pesquisa para compartilhar sobre os principais resultados. De fato a pesquisa trouxe contribuições a partir dos resultados, pois apesar da identificação de apontamentos que indicam fragilidade de conhecimento, este foi um aspecto trabalhado durante nossos encontros com o diálogo e compartilhamento de informações e também com o estímulo à reflexão crítica acerca das práticas desenvolvidas. Segundo Freire (2011), estas constituem estratégias de educação com alto potencial de transformação da realidade.

#### **4.7. A Proposta Educativa**

Neste estudo, objetivamos propor/implementar uma estratégia educativa para a equipe de enfermagem ancorada na educação problematizadora sobre os cuidados com a pele do paciente com doença renal crônica. A própria metodologia do estudo, a pesquisa convergente-assistencial, foi utilizada como um meio para se alcançar tal objetivo.

O compartilhamento de saberes e práticas, a partir do diálogo estabelecido, possibilitou a observação de um despertar da equipe de enfermagem para as questões que

permeiam a DRC, como as alterações de pele. Foi possível então, perceber que a cada encontro (durante as quatro etapas da coleta de dados) os profissionais se mostravam mais receptivos à discussão do tema.

Alguns sujeitos inicialmente não conseguiam visualizar as alterações de pele como um problema real do paciente. Apesar de reconhecerem que a DRC traz impactos e alterações à pele do portador da doença, não havia um reconhecimento, por parte de muitos profissionais, desses impactos como relevante ao paciente. Por isso a problematização do tema junto à equipe de enfermagem possibilitou melhor abordagem do tema e maior compreensão dos objetivos do estudo.

Para a elaboração da proposta educativa, bem como para aplicação da metodologia convergente-assistencial utilizamos Paulo Freire como arcabouço teórico.

Freire parte do pressuposto de que o ser humano é histórico, logo está submerso em condições espaço temporais, isto é, o homem, estando nessa situação, quanto mais refletir de maneira crítica sobre a sua existência, mais poderá influenciar-se e será mais livre. Essa filosofia se apoia em seis pressupostos que Freire designa como idéia-força:

1) Toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida do educando, isto é, a quem o educador quer ajudar a educar. Todas as concepções de Freire estão sob a orientação dessa primeira suposição.

2) O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve levar o educando a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de haver mudança da realidade.

3) Através da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, construção de si mesmo e o ser sujeito. Essa idéia pode ser dividida em duas outras afirmações:

3.1) o homem, precisamente porque é homem, é capaz de reconhecer que existem realidades que lhe são exteriores. O homem tem capacidade de discernimento, relacionando-se com outros seres;

3.2) através dessas relações é que o homem chega a ser sujeito. A capacidade de discernir o leva a perceber a realidade por ser externa e a entende com desafiadora. A resposta que o homem atribui a esse desafio transforma a realidade, sendo original.

4) À medida que o homem se integrar às condições de seu contexto de vida realiza reflexão e obtém respostas aos desafios que se lhe apresentam, criando cultura.

5) O homem é criador de cultura e fazedor da história, pois, na medida em que ele cria e decide, as fases vão se formando e reformando.

6) É necessário que a educação permita que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

Foi a partir dessas ideias-força que construímos uma estratégia educativa. Por meio do diálogo estabelecido, levamos o profissional a reconhecer o contexto no qual a temática se insere, estimulando assim, a reflexão dos profissionais a cerca das práticas assistenciais voltadas ao cuidado com a pele do paciente renal crônico que vivencia alterações na sua pele doença. Esta reflexão sobre a prática objetiva promover transformação nas ações de enfermagem em relação às manifestações cutâneas na doença renal.

Unindo as ideias de Freire com a própria proposta metodológica da pesquisa convergente-assistencial foi possível criar um ambiente adequado para acessar e compartilhar saberes e práticas com a equipe de enfermagem. O *feed back* foi imediato, pois ao passo que os dados eram coletados, os profissionais logo recebiam retorno quando apresentavam dúvidas. Em outro momento, individualmente, em duplas ou em trios os profissionais tiveram oportunidade de dialogar e compartilhar os saberes e práticas sobre os cuidados com a pele do paciente renal junto à pesquisadora.

A implementação desta estratégia educativa não trouxe apenas benefícios para os sujeitos da pesquisa. Eu, como pesquisadora e enfermeira fui beneficiada pelas trocas estabelecidas. Na educação problematizadora, na concepção de Freire (1999) o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Desta forma, a “prática pedagógica centrada no diálogo, fundada na relação dialógico-dialética, entende educador e educando numa educação problematizadora (...), em que ambos tornam-se sujeitos do processo ensino aprendizagem” (REIBNITZ, 2006).

#### **4.8. Aplicação da PCA**

Para utilizar a PCA como estratégia educativa foi necessário estabelecer diálogo com os sujeitos de modo permiti-los expor seus conhecimentos e dúvidas sobre o tema. Trazer informações relevantes e promover reflexões sobre a prática se fez essencial para alcançar os objetivos da proposta educativa ancorada na educação problematizadora, onde importa identificar no contexto da prática desenvolvida aquilo que necessita de transformação.

Após os sujeitos falarem sobre o que sabiam das manifestações cutâneas associadas à DRC, dialogamos e teorizamos o assunto, tratamos sobre as manifestações cutâneas passíveis

de acometer um paciente doente renal crônico. Neste momento, falei sobre as alterações específicas e não específicas, explicando cada uma delas, de acordo com a literatura.

Alguns profissionais no momento em que abordávamos as manifestações cutâneas se recordaram de algumas alterações, porém a grande maioria dos profissionais desconheciam algumas das alterações não específicas abordadas, como: elastose, equimose, neve urêmica e unhas meio a meio. As alterações específicas não foram citadas pelos profissionais. Vale dizer que as alterações de pele na DRC classificadas como específicas estão em estudo, muitas não tem a causa devidamente esclarecida.

Falei sobre os impactos da DRC na pele do paciente. Pedi para que eles visualizassem os pacientes a sua volta e notassem quantos deles não apresentavam alterações cutâneas. Os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre as alterações observadas durante o cuidado aos pacientes. Após terem tecidos suas considerações dialogamos sobre a importância da observação por parte da equipe de Enfermagem, dado que na maioria das vezes, a identificação de um problema e/ou alteração na pele do DRC depende do relato da observação dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

Desfrutei da oportunidade para falar sobre a avaliação da pele, uma ação que compete à enfermagem e que, por vezes, é negligenciada pela equipe. Conversei com os sujeitos, em cada entrevista, que a avaliação da pele faz parte do cuidado e deve ser realizada diariamente, sendo necessária para evolução do paciente. Como é possível realizar uma anamnese, uma evolução ou elaborar a prescrição de Enfermagem sem avaliação cutânea? Foi a pergunta que deixei para reflexão dos profissionais e alguns até ousaram responder apresentando justificativas.

Durante o diálogo sobre a observação, solicitei que os profissionais refletissem acerca das suas práticas no que tange à observação. Em seguida, eles relataram sobre as queixas apresentadas pelos pacientes em relação às alterações cutâneas. Após ouvir o que eles apresentaram, estimulei o diálogo com o paciente sobre as alterações de pele para associar aos dados observados e obter maiores informações acerca deste aspecto a partir do que é vivenciado e notado pelos pacientes. Conversamos sobre a importância de ouvir o paciente e que para isso, precisamos nos dispôs a estabelecer um vínculo de confiança, um vínculo terapêutico junto a estes pacientes.

Uma das características essenciais para a equipe de enfermagem é ter uma escuta ativa e qualificada, levando sempre em consideração os relatos das queixas dos pacientes. Muitas vezes se faz necessário abordar o paciente, estimulando-o a falar. Falei com os profissionais que acredito não ser uma tarefa difícil para nós, visto que estamos constantemente em contato

com o paciente. Durante a avaliação da pele, questioná-lo sobre possíveis alterações que ele mesmo observa de si, pode ser necessário para que o paciente apresente suas queixas.

A partir do estabelecimento de diálogo com o paciente será possível conhecer melhor todas as reações apresentadas pelo paciente após o diagnóstico de DRC, que vão além das alterações cutâneas.

Após discutirmos sobre a importância e necessidade de ouvir os pacientes, os profissionais relataram suas práticas frente às manifestações cutâneas. Percebi que as práticas da equipe de enfermagem, em sua grande maioria não estão pautadas em conhecimentos científicos, mas sim em conhecimentos de senso comum. Muitas dessas práticas são implementadas sem avaliação criteriosa dos casos e nem todas são devidamente comunicada e registrada. Por isso, oportuneizei falar sobre a importância da busca por mais conhecimento para uma prática eficaz e pautada no saber científico. Citei o déficit de conhecimento como um fator que dificulta o cuidado profissional. Em todas as entrevistas, otimizei o momento, fazendo menção às informações fornecidas até então. Para muitos, eu pude associar a prática defasada ao déficit de conhecimento das alterações que podem acometer a pele, bem como à falta de informações sobre as percepções e queixas dos pacientes ou podendo até mesmo estar associada à observação limitada dos casos.

Após isto, os profissionais foram questionados quanto à sua formação. Todos os sujeitos relataram não terem aprendido sobre a pele do paciente renal durante a graduação ou curso técnico. Aproveitei este momento para dialogar sobre a pele, fazendo-os refletir sobre o aprendizado acerca da pele, sua avaliação e a importância que a mesma tem pra nós. Questionei-os sobre o que impedia de avaliar a pele, visto que, apesar de não terem aprendido sobre a pele do doente renal, a nossa formação contempla a avaliação da pele, fazendo parte dos cuidados fundamentais, dos princípios de uma anamnese e até dos quesitos básicos para evolução de um paciente.

A maioria dos profissionais reconheceu a importância da pele e da sua análise clínica, mas trazem uma série de impedimentos para sua avaliação, como: falta de tempo e não inclusão desta avaliação na rotina (por parte dos próprios profissionais). Por isso busquei trazer à luz da discussão a importância da pele, falando da pele como um “órgão de comunicação” capaz de sinalizar alterações fisiológicas importantes. Exemplifiquei citando uma observação dos próprios profissionais que ora relatam palidez nos pacientes e ora relataram pele escurecida. A palidez pode se justificar pela anemia persistente comum à DRC e a pele escurecida pode sinalizar necessidade de rever a diálise, pois pode estar relacionada à

altos níveis de escórias, demonstrando uma diálise deficiente. Assim, reforcei a necessidade e importância de avaliação da pele.

Diante do relato dos sujeitos em relação à formação, questionamos sobre como se deu o aprendizado prático deles. A grande maioria apontou o próprio ambiente de trabalho com a “escola prática” deles, outros aprendem a partir do contato com outros profissionais, pacientes e outros relatam buscar informações por próprio esforço. Neste momento, se fez necessário responsabilizar cada profissional quanto à busca por conhecimentos.

De fato, o ambiente de trabalho e as relações estabelecidas neste ambiente são fontes importantes de experiência e aprendizado, porém é necessário buscar sempre mais. Neste sentido, falei sobre a especificidade do paciente renal crônico e como seria agradável e oportuno para o paciente se todos os profissionais envolvidos no cuidado possuíssem formação específica e/ou cursos de atualização na área da nefrologia. Neste momento foi conveniente incentivar os profissionais a buscarem mais conhecimento a partir de cursos, especializações, atualizações entre outras formas de ampliar os horizontes. Deixei claro que apesar de estarmos discutindo sobre a pele do paciente renal e da necessidade de cuidados específicos se fazia necessário aprofundar o saber em outros aspectos que a pesquisa não contemplava.

Em seguida eles falaram sobre a pesquisa realizada, se gerou interesse em aprofundar o conhecimento acerca do tema. Aproveitei a ocasião para falar um pouco de mim e do meu interesse em conhecer mais sobre o que venho estudando. Falei sobre o desafio de encarar esta pesquisa e que para melhor me instrumentalizar, até mesmo para a prática profissional, iniciei o curso de especialização em nefrologia, objetivando conhecer melhor esta área de conhecimento específico. Encorajei-os à investirem em conhecimento e me comprometi em retornar com os resultados da pesquisa.

De fato, os resultados da pesquisa evidenciaram uma considerável lacuna de conhecimento em relação aos cuidados de enfermagem voltados à pele do paciente renal. Entretanto, acredito que ao longo do diálogo e das trocas estabelecidas foi possível contribuir para o preenchimento desta lacuna, de modo que os profissionais ao final contribuíram para a formação de um plano de cuidados a ser seguido para melhor atender às necessidades dos pacientes no tocante à pele.

A proposta educativa deste estudo sempre esteve pautada em um movimento de diálogo, reflexão crítica e prolematização da situação em questão. Apropriando-nos dos conceitos de Paulo Freire articulado ao plano metodológico da pesquisa convergente-

assistencial desenvolveu-se uma estratégia educativa que proporcionou o diálogo, reflexão crítica e a prolematização, como esperado.

#### **4.9. O Planejamento do Cuidado**

Um planejamento elaborado em consonância com os princípios que norteiam a Sistematização da Assistência de Enfermagem resulta em uma série de vantagens que recompensam o tempo e energia nele despendidos, bem como crescem qualitativamente o cuidado aos pacientes.

Os resultados desse empreendimento talvez não sejam percebidos de imediato, mas a prática tem comprovado que são de longo e amplo alcance. Torna-se evidente que nenhuma atuação do enfermeiro pode ter condições de eficiência e eficácia, se dirigida pela improvisação e pela falta de sistematização.

A assistência de enfermagem tem como centro de sua atenção o paciente/cliente/usuário, e é orientada para o cuidado que envolve o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, visando o atendimento das necessidades dessa clientela. “O ato de planejar diferencia o ser humano dos outros animais, nós trabalhamos tanto quanto uma abelha ou uma aranha, o que nos torna diferentes é que, elaboramos na mente a imagem daquilo que desejamos alcançar antes de construir” (Greco, 2010).

Neste sentido, vejamos a contribuição de Marx (1983):

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de sua colmeia. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto idealmente (MARX, 1983).

No diálogo entre a pesquisadora e os sujeitos durante o *Espaço-Encontro* afloraram relatos sobre dificuldades, limitações, possibilidades e sugestões relativas a temática em tela. Assim sendo, considerou-se oportuna a elaboração de uma lista de diagnósticos de enfermagem e metas desejáveis elaborada para melhoria da qualidade da assistência prestada nos setores estudados.

**Quadro 2: Possibilidades Diagnósticas**

<b>Título do Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Caracterizado/ Relacionado/ Fator de Risco</b>	<b>Meta/Resultados Esperados</b>
Risco de Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores de riscos externos: Extremos de idade, imobilização física, fatores mecânicos, entre outros.</li> <li>- Fatores internos: circulação prejudicada, fatores imunológicos, mudança de pigmentação, mudanças no turgor da pele, mudanças no estado metabólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os fatores de risco pessoais;</li> <li>- Levar à compreensão do tratamento/ regime terapêutico;</li> <li>- Estimular comportamentos para evitar danos à pele</li> </ul>
Risco de Lesão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunção imune;</li> <li>- perfil hematológico anormal;</li> <li>- fatores físicos como perda da integridade da pele;</li> <li>- fatores psicológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levar à compreensão dos fatores pessoais que contribuem para a possibilidade de lesão e ao desenvolvimento de medidas para corrigir a situação;</li> <li>- Evitar o desenvolvimento de lesões</li> </ul>
Risco de Infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fator de risco, procedimentos invasivos.</li> <li>- Fator de risco, defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar infecção</li> <li>- Estimular alterações no estilo de vida afim de promover um ambiente seguro, livre de infecções.</li> </ul>
Volume de líquidos excessivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizado por ganho de peso em um curto período; ingesta maior que o débito; alterações da pressão arterial; oligúria. Relacionado à mecanismos reguladores comprometidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilizar os volumes de líquidos (menor excesso de volume de líquidos possível).</li> </ul>
Proteção Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coagulação alterada;</li> <li>- imunidade deficiente;</li> <li>- Perfil sanguíneo alterado;</li> <li>- Terapia com drogas;</li> <li>- Prurido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de proteção de fatores internos ou externos (prevenção de agravantes);</li> </ul>
Baixa Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distúrbios funcionais</li> <li>- Alterações dos papéis sociais como de atividade laboral;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os sentimentos e a dinâmica responsável pela autopercepção negativa;</li> <li>- Estimular autoavaliação positiva;</li> <li>- Recuperar autoestima positiva;</li> </ul>
Distúrbio da imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações biofísicas: presença de fístula ou cateter;</li> <li>- Alterações físicas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover aceitação da sua condição;</li> </ul>

Ainda mais, os relatos proporcionaram o acesso às informações sobre assistência prestada aos clientes com DRC, especificamente as manifestações cutâneas. Deste modo, apresentamos no quadro 3 as possibilidades de intervenções, com algumas ações essenciais que devem ser incorporadas à rotina da equipe de enfermagem, considerando a singularidade das manifestações cutâneas em pacientes com DRC. Tais ações não esgotam o universo das possibilidades empreendidas no tratamento da clientela.

### Quadro 3: Possibilidades de Intervenções

<b>Possibilidades de Intervenções</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar alterações de pele e da massa muscular associadas ao estado nutricional ou doença crônica;</li> <li>• Examinar rotineiramente as superfícies cutâneas especialmente os pontos de pressão;</li> <li>• Verificar se há áreas hiperemiadas/pálidas e iniciar imediatamente o tratamento. Isso reduz a possibilidade de progressão para lesões cutâneas;</li> <li>• Manter integridade da pele em níveis ideais, promovendo proteção à pele com utilização de almofadas, travesseiros, colchões de espuma ou água para aumentar a circulação e alterar/eliminar a pressão excessiva aplicada aos tecidos;</li> <li>• Fornecer orientações/informações ao paciente/família sobre a importância da observação periódica e dos cuidados efetivos com a pele para evitar complicações;</li> <li>• Orientar quanto ao risco do desenvolvimento de lesões na doença renal crônica;</li> <li>• Avaliar e registrar as condições da pele ao redor da inserção de cateter;</li> <li>• Detectar sinais de infecção nos locais de acesso das punções e/ou feridas cirúrgicas;</li> <li>• Manter técnica estéril durante a troca de curativo de cateter;</li> <li>• Detectar sinais de sepse: febre, calafrios, sudorese, alterações do nível de consciência, hemoculturas positivas;</li> <li>• Analisar os resultados laboratoriais pertinentes aos fatores etiológicos (p.ex.: Hb/Ht, glicemia, albumina/proteínas totais).</li> <li>• Pesquisar o cliente diariamente (ou antes e depois de cada sessão de diálise) para manter melhor controle do excesso de líquidos;</li> <li>• Orientar quanto à importância da dieta no processo;</li> <li>• Avaliar a adesão do paciente quanto à ingestão de sódio e líquidos, conforme indicação;</li> <li>• Consultar nutricionista quando for necessário;</li> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e paciente que transmita uma atitude acolhedora e desenvolva a sensação de segurança;</li> <li>• Conversar com o paciente sobre a fisiopatologia presente e/ou situação que o acomete;</li> <li>• Ouvir atentamente as preocupações/verbalizações negativas do paciente sem</li> </ul>

comentários ou julgamentos;

- Observar alterações emocionais;
- Determinar a situação do paciente relacionada à baixa autoestima nas circunstâncias atuais, identificando o sentimento básico de autoestima do paciente e a imagem que ele formou de si próprio: existencial, física e patológica;
- Auxiliar o paciente a lidar com as mudanças físicas e no estilo de vida devido à DRC e seu tratamento;
- Oferecer oportunidade de praticar outras estratégias de enfrentamento, inclusive oportunidades progressivas de socialização;
- Envolver a família e cuidadores no plano de tratamento;

Os diagnósticos de enfermagem foram analisados de acordo com os seus fatores relacionados, suas definições e foram propostas ações específicas. Isso permitiu a elaboração de intervenções baseadas nas reais necessidades desses pacientes. Além disso, foi possível a construção de um plano de cuidados de enfermagem que viabiliza a aplicação do Processo de Enfermagem na unidade em estudo. Acreditamos que, as intervenções sugeridas, fundamentadas com referencial teórico, serão de suma importância para a prática da equipe de enfermagem dos setores de nefrologia e transplante renal, bem como do setor de diálise do hospital em estudo.

Outro fator importante que emergiu dessa pesquisa foi a possibilidade de colaborar com a instituição em questão, visto que a mesma se encontra em processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Assim, esse estudo mostra que a sistematização da assistência de enfermagem é uma estratégia imprescindível para a avaliação do paciente transplantado renal e para elaboração de um plano de cuidados de enfermagem. Acredita-se, portanto, que essa sistematização contribui de forma significativa para melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.



*Capítulo V*

*Considerações Finais*

Este estudo permitiu identificar os saberes e práticas da equipe de enfermagem em relação às alterações na pele dos pacientes renais crônicos.

Através do levantamento bibliográfico foi possível detectar a escassez de estudos sobre a pele do doente renal crônico. Estudos que tratam sobre os cuidados de enfermagem neste contexto são raríssimos. Nisto consiste a importância deste estudo.

O tema motivacional do trabalho é complexo uma vez que, além da literatura escassa, a pele, na doença renal, não é considerado um aspecto relevante. Neste sentido, o presente estudo trouxe à luz da reflexão a problemática em questão, de modo que os profissionais foram motivados a refletir sobre as práticas desenvolvidas em relação à pele do paciente renal.

Afirmo que a construção do conhecimento a partir do próprio cenário de prática é extremamente significativa. Pode ser considerada uma estratégia facilitadora para utilizar a análise dos dados obtidos como subsídios ao cuidado cotidiano, representando melhora na assistência de enfermagem, auxiliando na melhor elaboração dos planos de cuidados, objetivando atender às reais necessidades do paciente no tange às alterações de pele sofridas ao longo da progressão da doença renal.

Vale salientar que a pesquisa favoreceu um espaço de diálogo com a equipe de enfermagem, onde todos tiveram a oportunidade de se expressar, falar livremente sobre suas dúvidas, inquietações e conhecimentos. A metodologia aplicada, a pesquisa convergente-assistencial, possibilitou interação e diálogo, facilitando o processo de problematização, bem como o compartilhamento de saberes e práticas.

O cuidado aos pacientes renais vem sendo associado a cuidados tecnicistas. Atualmente máquinas modernas fazem parte do tratamento do paciente renal. Os alarmes desses aparelhos muitas vezes substituem os relatos dos pacientes. Por isso, falar sobre o cuidado baseado na observação, no “ouvir” as queixas apresentadas e na avaliação visual do paciente renal pode-se dizer que é uma quebra de barreiras no âmbito da nefrologia.

Uma vez que buscamos acessar os saberes e práticas e a partir disto propor uma estratégia educativa, utilizamos os conceitos de Paulo Freire como referencial teórico deste estudo.

A partir dos conceitos de Paulo Freire, especialmente o conceito de educação problematizadora, percebemos a necessidade de manter o processo de educação baseado na identificação das necessidades na prática. Freire em suas reflexões evidencia cuidados com a educação, propondo a humanização das relações e a libertação dos homens, tema central discutido no livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1968. Freire também falava da educação para uma sociedade que pensa, ouve, sente, se veste de forma diferente. Ele

mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, vivência, comunidade, escola, meio ambiente, traduzindo-se um trabalho coletivo. A articulação proposta por Freire representa a interdisciplinaridade, hoje tão comentada nas ciências, em geral na educação e na saúde em particular. Propõe a possibilidade de uma pedagogia fundamentada na práxis, inserida numa política de esperança, de luta revolucionária, de amor e de fé no ser humano.

A partir deste pensamento, entendemos que é necessário discutir a importância da reflexão de uma prática educativa consciente e crítica para o futuro (MORIN, 2001). É fundamental que a educação se ocupe em conhecer o que é conhecer, que não seja uma educação fragmentada, e que retome a unidade do ser humano e resolva também problemas imprevistos. Essa é a idéia de educação pensada por Paulo Freire.

É neste sentido que afirmamos a necessidade de investimento em estratégias educativas que sejam pautadas no compartilhamento de saberes e práticas, na discussão do que identifica no cotidiano e na reflexão das práticas. É necessário que os profissionais se qualifiquem a fim de obter maiores conhecimentos no que tange às alterações na pele do paciente renal, pois não é algo distante, mas sim algo vivenciado pelos pacientes e que necessita de cuidados específicos que não são ensinados durante a formação profissional.

Além disso, o conhecimento compartilhado desperta o pensamento crítico, possibilitando uma construção coletiva do saber. Tudo, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Vale dizer que a pesquisa traz resultados importantes para contribuir com a pesquisa, o ensino e a assistência. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos setores que foram cenários da pesquisa, bem como ao setor de educação permanente do hospital.

## *Referências*

ABDELBAQI-SALHAB, M.; SHALHUB, S.; MORGAN, M. **A current review of the cutaneous manifestations of renal disease.** J Cutan Pathol. 2003

ALBERTI, GF; RIBEIRO, MG; VELASQUE, AC. **A Prática de Enfermagem em Centro Cirúrgico: A Utilização do Índice de Aldrete e Kroulik Para a Avaliação do Paciente em Sala de Recuperação Pós-Anestésica.** [periódico da internet]. 2008

ALMEIDA, EC. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. XXVI n. 4, dezembro. 2004.

AMESTOY SC; CESTARI, ME; THOFEHRN, MB; MILBRATH, VM. **Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem.** Ciênc Cuid Saúde. 2007.

ANZIEU, D. **O eu pele.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARAUJO, STC; KOEPPE, GBO. **Setor de nefrologia: uma parceria entre ensino e serviço.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. spe1, 2009 .

ASSAD, LG; VIANA, LO. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 5, Oct. 2005 .

AZEVEDO, LS, FONSECA, JA, GODOY, AD, ATALLAH, AN. **Alergia cutanea a apresentação liofilizada da eritropoietina.** J. Bras Nefrol. 2004.

BASTOS, MG; KIRSZTAJN, GM. **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., São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011.

BANDURA, A. **Social Learning Theories.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. 1977

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009

BERNSTEIN, B. **A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização.** Cad. Pesqui., São Paulo, n. 120, Nov. 2003

BATES-JENSEN, BM. **Quality indicators for prevention and management of pressure ulcers in vulnerable elders.** Ann Intern Med. 2001; 135(8 pt 2):744-51. Comment in: Ann Intern Med. 2002.

BONNET F, DC, SASSOLAS, A, et al. **Excessive bodyweight as a new independent risk factor for clinical and pathological progression in primary IgA nephritis.** Am J Kidney Dis 2001.

BORGES, ZN. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: LEAL, O. F. **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1995. 361-77 p.

BOYD, CO. Toward a nursing practice research method. **Advance nursing Science**. V. 16, n.2, p.9-25,1993

BRAGA,E.N.; RODRIGUES, J.V. Programa cuidando do cuidador em Fortaleza- Ceará. In: M.M.M.J. Carvalho (Org.). **Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver**. (p.52-61). São Paulo: Summus,1998

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – **Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva**. Brasília (DF), 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1996 GM//MS. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília (DF); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

CABRAL A. **Reseña de “Pedagogia do Oprimido” de Paulo Freire**. Rev. Lusófona de Educação. 2005; 5(esp): 200-04 .

CANDEIAS, NMF. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, Apr. 1997 .

CARVALHO, V. **Enfermagem fundamental: predicativos e implicações**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, Oct. 2003 .

CASATE, JC; CORREA, AK. **Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 40, n. 3, Sept. 2006 .

CECCIM, RB. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005 .

CECCIM, RB; FEUERWERKER, Laura C. M.. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004 .

CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L.D.R. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro**. Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998.

CESTARI ME. **Vivenciando um processo educativo: um caminho para ensinar-aprender e pesquisar.** [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1999.

CHAVES EC. **Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância do turno noturno.** [Doutorado] São Paulo(SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo;1994.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** [periódico da internet] São Paulo: Cortez;1995.

CICARELLO, CM; NAKAMURA, EKK. **O “stress” e a dupla jornada de trabalho do enfermeiro.** Monografia do curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho, CEBES, Curitiba, 2006.

COPPER CL, MITCHEL S. **Nursing and critically ill and dying.** Hum Relations 1990; 43: 297-311.

CORRÊA, JA et al. **Fístula arteriovenosa safeno-femoral superficial como acesso à hemodiálise–descrição de técnica operatória e experiência clínica inicial.** J Vasc Bras, v. 4, n. 4, p. 341-8, 2005.

CUPARRI, L. **Guia de nutrição:** nutrição clínica no adulto. Barueri, SP: Manoel, 2002.

DAVINI, MC Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde in Brasil. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DALGIRDAS, JT. **Manual de diálise.** 3ª. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi Editora Médica e Científica Ltda 2003.

DAUGIRDAS JT; BLAKE, DG; ING, TS. Manual de diálise. In: Besarab A, Raja RM. **Acesso vascular para hemodiálise.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora; 2004. p. 77.

DEICHER, R; HÖRL, WH. **Anaemia as risk factor for the progression of chronic kidney disease.** Curr Opinion Nephrol Hyperten 2003.

DIAS, CBG. **Observação em Enfermagem:** a necessidade de um conceito. Ribeirão Preto,1990. 101p. [Dissertação (Mestrado)] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo,** São Paulo: Perspectiva, 1984.

DONINI LM, FMR, TAGLIACCICA A, DE BERNARDINI L, CANNELLA C. **Nutritional status and evolution of pressure sores in geriatric patients.** J Nutr Health Aging. 2005.

Educação em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Verdi, Fátima Buchele, Heitor Tognoli. – Florianópolis, 2010. 44 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).

FERMI, MRV. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003.

FERNANDES, C. N. S. **Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro**. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p.691-693, jul./ago. 2004

FIFE C, OTTO G, CAPSUTO EG, BRANDT K, LYSSY K, MURPHY K, SHORT C. **Incidence of pressure ulcers in a neurologicintensive care unit**. Crit Care Med. 2001.

FREIRE P. **Conscientização teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3ª ed. São Paulo (SP): Moraes; 1980.

FREIRE P. **Ação cultural para a liberdade**. 2ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE P. **Educação como prática da liberdade**. 29ª ed. Riode Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1999.

FRÍAS SL, et al. The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers. **J Wound Care**. 2004.

GASPAR PJS. **Enfermagem profissão de risco e desgaste**. Rev nursing 1997.

GRECO, R.M. **As Funções Administrativas e o Planejamento em Enfermagem**. Material Instrucional elaborado para a Disciplina Administração em Enfermagem I Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

HAJHEYDARI, Z; MAKHLOUGH, Atieh. Cutaneous and Mucosal Manifestations in Patients on Maintenance Hemodialysis. **Iranian Journal of Kidney Diseases** - Volume 2 - Number 2 - April 2008.

HALL, JE, KUO, JJ, SILVA, AA, PAULA, RB, LIU, J, TALLAM, L. **Obesity-associated hypertension and kidney disease**. Curr Opinion Nephrol Hypertens 2003.

HARRIS CL, FRASER C. **Malnutrition in the institutionalized elderly**: the effects on wound healing. Ostomy Wound Manage. 2004; 50(10):54-63. Erratum in: Ostomy Wound Manage. 2004.

HENSON, RH. Analysis of the concept of mutuality. **Nurs Scholarship**. 1997.

HIGA, K. et al. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. Acta Paul Enferm 21.especial, 2008.

HINRICHSEN SL. **Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar.** Rio de Janeiro: Medsi Editora; 2004.

HOUWING RH, et al. double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. **Clin Nutr.** 2003.

JUNIOR JER. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefrol.** 2004.

KAUSZ AT., OBRADOR GT., PEREIRA BJ. Anemia management inpatients with chronic renal insufficiency. **American Journal of Kidney Diseases** ; v36, Issue 6, PartB, Pages S39-S51, Dezembro 2000.

KIRCHNER, AR., RIBEIRO, G., COELHO, JA. **Teorias da Aprendizagem em Saúde.** Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina [periódico da internet]. 2011

KIRCHHOF, ALC. **O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 56, n. 6, Dec. 2003

KOEPE, GBO; ARAUJO, STC. **A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 21, n. spe, 2008 .

KOEPPE, GBO. **O Cliente e a Fístula Artériovenosa em inoperância: as manifestações não verbais em destaque no contexto do cuidado de enfermagem em nefrologia.** Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

KOERICH, MS et al . **Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006 .

KURCGANT, P. **A capacitação profissional do enfermeiro.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 2, Apr. 2011 .

LEAL, VO; LEITE JUNIOR, M; MAFRA, D. **Acidose metabólica na doença renal crônica: abordagem nutricional.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 1, Feb. 2008 .

LEE A, GUDEX C, POVLSON N, BONNEVIE B, NIELSEN CP. **Patients' views regarding choice of dialysis modality.** Nephrol Dial Transplant. 2008.

LEE SK, POSTHAUER ME, DORNER B, REDOVIAN V, MALONEY MJ. Pressure ulcer healing with a concentrated, fortified, collagen protein hydrolysate supplement: a randomized controlled trial. **Adv Skin Wound Care.** 2006.

LIMA, OG. **Hemodiálise.** Portal da Enfermagem [internet]. Abril. 2012.

LUCKESI, CC., **Filosofia da Educação.** São Paulo: Cortez Editora, 1994.

LUPI, O et al . **Cutaneous manifestations in end-stage renal disease.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, Apr. 2011

MAANEN, JV. **Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface,** In Administrative Science Quarterly, vol. 24, no. 4, December 1979a, pp 520-526.

MACULINO, A. **Avaliação Nutricional do Paciente Submetido à Hemodiálise** [trabalho de conclusão de curso] Criciúma: Universidade do Extremo Sul, Pós-Graduação em Saúde Pública e Ação Comunitária, 2004

TEIXEIRA, MLO. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: Contribuições à clínica no cuidado de enfermagem.** [tese (Doutorado)]. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2008.

MANCIA, JR; CABRAL, LC; KOERICH, MS. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, Oct. 2004 .

MANCIA, JR; CABRAL, LC; KOERICH, MS. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, Oct. 2004 .

MARTINO MMF. **Estudo da arquitetura do sono e características do ciclo vigília-sono em enfermeiras de diferentes turnos.** [Livre Docência]Campinas(SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

MATOS, E; PIRES, D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006 .

MECHANICK JL. Practical aspects of nutritional support for wound-healing patients. **Am J Surg.** 2004.

MEIRELES, VC; GOES, Herbert Leopoldo Freitas; DIAS, Terezinha Alves. **Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2008.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVAO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MENEZE, CL; MAIA, ER; LIMA JÚNIOR, JF. **O Impacto da Hemodiálise na vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas.** Nursing (São Paulo), São Paulo, v.10, n.115, p.570-576, dez. 2007.

MEZOMO, JC. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital.** [periódico da internet] São Paulo: CEDAS; 1992.

MINAYIO, MC. de S. et al. **Pesquisa social teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MIRANDA KCL, BARROSO MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. Julho-agosto, 2004.

MIRANDA, KCL; BARROSO, MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004

MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlcera diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína**. [Dissertação(Mestrado)]-Universidade de São Paulo.Escola de Enfermagem. Contém anexo e apêndice.São Paulo: [s.n.], 1998. 192 p.

MOTTA JIJ, RIBEIRO ECO, WORZOLER MCC, Barreto CMG, Candal S. **Educação Permanente em Saúde**. Rede Unida. Olho Mágico: Londrina (PR) 2002 abr/jun;9(1):67-78

MORIN E. **Complexidade e ética da solidariedade**. In: Castro G, Carvalho EA, Almeida MC. Ensaio da complexidade. Porto Alegre (RS): Sulina;1997.

MORIN E. **Os sete saberes necessários à Educação do futuro**. 3ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001

MURPHY M, Carmichael AJ. **Renal itch**. Clin Exp Dermatol. 2000.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NAUMOVIC RT, JOVANOVIC DB, DJUKANOVIC LJ. **Temporary vascular catheters for hemodialysis: a 3-year prospective study**. Int J Artif Organs. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Chronic diseases and their common risk factors**. 2005. Geneva: OMS; c2005.

OLIVEIRA BRG, COLLET N, VIERA CS. **A humanização na assistência à saúde**. Rev Latinoam Enferm. 2006.

PAFARO, Roberta Cova; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 38, n. 2, June 2004 .

PAJARES, F.; OLAZ, F. **Teoria Social Cognitiva e Auto-eficácia: uma visão geral**. In: BANDURA, A.; AZZI, R.; POLYDORO, S. & col. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. São Paulo: Artmed, 2008. p. 97-122

PERRENOUD, P. **Envolver alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho**; Trabalhar em equipe. In \_\_\_\_ Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 67-90

PERRENOUD P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001

PITTA GBB, ANDRADE ART, CASTRO AA. **Acesso venoso central para hemodiálise Angiologia e cirurgia vascular**. Guia ilustrado [uncisal/ecmal & lava] 2003

PIZZOLI, L.M.L. Enfermeiras e qualidade de vida no trabalho. **Nursing**. São Paulo, v. 72, n.7, p. 42 – 47. Maio 2004.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: Conceito, Processo e Prática**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

QUEIROZ, DT; VALL, J; VIEIRA, NFC. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun, 2007.

QUEIROZ, MVO; DANTAS, MCQ; RAMOS, IC; JORGE, MSB. **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos**. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.1, p. 55-63

REIBNITZ KS, PRADO ML. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

REIS, E. M. K. et al. Percentual de recirculação sanguínea em diferentes formas de inserção de agulhas nas fístulas artério-venosas, de pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 41-50, 2001.

RESENDE, MC; SANTOS, FA; SOUZA, MM and MARQUES, TP. **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico**. Psicol. Clin. [online]. 2007, vol.19, n.2, [citado 13 de outubro de 2009] p.87-99.

RICHARDSON RJ. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo:Atlas;1999.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbio hidroeletrólítico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

RIELLA, MC; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001.

RIOS, TA. **Ética e competência**. [periódico da internet]. 13ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

ROBINSON, BL, DIGIOVANNA JJ. **Cutaneous manifestations of end-stage renal disease**. J Am Acad Dermatol. 2000.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

RUDNICKI, T. **Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico**. **Diversitas**, dez. 2006, vol.2, no.2, p.279-288.

RUSSELL L. Malnutrition and pressure ulcers: nutritional assessment tools. **Br J Nurs.** 2000; 9(4):194-6, 198, 200 passim.

SANTOS, AMR; LEMOS, CCS; BREGMAN, R. Proteinúria. **Marcador clássico de comprometimento glomerular.** J Bras Nefrol 2001.

SANTOS CE, LEITE MMJ. **O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo.** Rev Bras Enferm. 2006.

SALVADOR, PT. Candido de Oliveira et al . A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo , v. 46, n. 3, June 2012 .

SARNAK, MJ.; Cardiovascular disease and chronic renal disease: A new paradigm. **American Journal of Kidney Diseases;** v35(Suppl 1) - Pages S117-S131, April 2000.

SAVIANE, D. **Escola e Democracia.** 6a Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1985.

SCHUTZ A. **Quality and the social meaning structure.** In: Schutz A. Collected Papers: Studies in social theory. vol. 2. The Hague: Martinus Nijhoff; 1976

SEID, EMF; TRÓCCOLI, BT; ZANNON, CMLC. **Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento.** **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v. 3, n. 17, p.225-234, 2001.

SESSO, R; GORDAN, P. **Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil.** J Bras Nefrol Volume XXIX - nº 1 - Supl. 1 – São Paulo, Março de 2007.

SILVA DMPP, MARZIALE MHP. **Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2000;

SILVA, GE al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados–MS. **Psicólogo inFormação,** v. 15, n. 15, p. 99-110, 2012.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. **Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1 p. 10 – 14, 2003.

SILVESTRE L. **Protocolo de dispositivo de acesso vascular.** In: Archer E, Bell SD, Bocchino NL, Bouchaud M, Brady C, Broome BS, Calianno C et al., editores. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora; 2005. p. 172-3.

SMELTZER SC, BARE BG. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. v.3.

STRATTON RJ. **Elucidating effective ways to identify and treat malnutrition.** Proc Nutr Soc. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA EM ENFERMAGEM. **Toda história tem um começo...** [extraído do site]. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo.** [extraído da internet] 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Doença Renal Crônica** (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento. Projeto Diretrizes, 2011.

SOUZA, ML de et al . O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, June 2005 .

SOUZA DMST, SANTOS VLGC. **Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados.** Estima. 2006.

SOUZA, MCM, VASCO, AR, BRASILEIR, ME. **O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: revisão de literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] agosto-dezembro, 2010.

SPÍNDOLA T. MULHER, **mãe e... trabalhadora de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP 2000.

SPRADLEY, James P. **Participant observation** Hold Rinehart and Winston. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

STRATTON RJ. **Elucidating effective ways to identify and treat malnutrition.** Proc Nutr Soc. 2005.

SUNDBERG, M.C. **Fundamentals of nursing with clinical procedures.** 2.ed. Boston: Library of Congress, 1989.

SZEPIETOWSKI JC, Schwartz RA. **Uremic pruritus.** Int J Dermatol. 1998;37:247-53

TEIXEIRA E, VALE EG, FERNANDES JD, DE SORDI MRL. **Trajatória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil.** Rev Bras Enferm. 2006.

THOMAS, CV e ALCHIERI, JC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. Aval. psicol., jun. 2005, vol.4, n.1, p.57-64.

TRENTINI M, PAIM L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ª Ed. Florianópolis: Insular; 2004.

TRENTINI M, PAIM L. An innovative approach to promote a healthy lifestyle for persons in chronic conditions in Brazil. In: Turley, AB, Hofmann, GC. Life Style and health research progress. **New York: Nova Publisher**; 2008.

VERDES MOREIRAS, MC e OTERO, MH. **Estudio del sentido de la vida por grupos de edades en pacientes portadores de insuficiencia renal cronica en planes de dialisis**. Rev. cuba. psicol., 1993, vol.10, n. 2-3, p.156-163.

VIEIRA AF, CRUZ I. **Produção científica de enfermagem sobre ensino procedimento tratamento de cateter de dupla luz para hemodiálise: implicações para a enfermeira de métodos dialíticos** [periódico da internet]. 2007

WAHLGREN CF. **Measurement of itch**. *SeminDermatol*. 1995.

WAITZBERG, DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

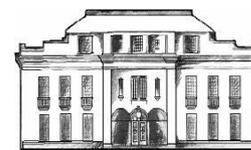
WELCH, JL; PERKINS, SM; JOHNSON, CS, KRAUS, MA; **Patterns of interdialytic weight gain during the first year of hemodialysis**. *Nephrol Nurs J*. 2006.

WETTERICH NC, DA COSTA MELO MR. **Sociodemographic profile of undergraduate nursing students**. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007.

# APÊNDICES



**Universidade Federal do Rio Janeiro**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Escola de Enfermagem Anna Nery**  
**Departamento de Enfermagem Fundamental**



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

**Instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa:**

1. Iniciais do nome: \_\_\_\_\_  
 Código de identificação: \_\_\_\_\_ 2. Idade: \_\_\_\_anos.
3. Categoria Profissional:
  - Enfermeiro(a)       Técnico(a) de Enfermagem
4. Situação Conjugal:
  1. ( ) solteiro(a)    2. ( ) Casado(a)    3. ( ) Separado(a)    4. ( ) União consensual
  5. ( ) Divorciado(a)    6. ( ) Viúvo(a)
5. Faixa salarial familiar (rendimentos líquido):
  - De 2 a 5 SM       De 5 a 10 SM       Acima de 10SM
6. Tempo de atuação como profissional: \_\_\_\_\_
  - Até 1 ano       2 a 5 anos       5 a 10 anos       + 10 anos
7. Tempo de Instituição: \_\_\_\_\_
  - Até 1 ano       2 a 5 anos       5 a 10 anos       + 10 anos
8. Carga Horária de trabalho semanal na instituição: \_\_\_\_\_
9. Trabalha em outra instituição:
  - Sim       Não
10. Carga Horária de trabalho semanal Total (somando outros empregos): \_\_\_\_\_
11. Ano que concluiu a graduação ou curso técnico: \_\_\_\_\_
12. Possui Especialização:
  - Sim       Não      Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

---

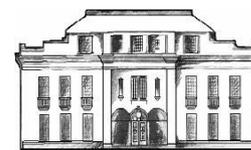
13. Detêm alguma capacitação: (se necessário utilizar o verso desta página)
  - Sim       Não      Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

---

14. Há quanto tempo atua em setor especializado em Nefrologia e Transplante renal? \_\_\_\_\_



Universidade Federal do Rio Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Departamento de Enfermagem Fundamental



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

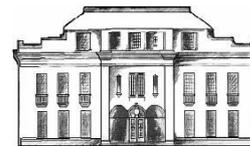
**Instrumento para Coleta de Dados – Espaço-encontro**

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Código de identificação do sujeito:** \_\_\_\_\_

1. O que você sabe sobre manifestações cutâneas típicas da Doença Renal Crônica (DRC)?
2. Quais foram as manifestações cutâneas observadas durante o cuidado ao paciente portador de DRC?
3. Quais são as principais queixas dos pacientes quantos as alterações na pele ao longo da progressão da DRC?
4. Como você cuida do paciente com alterações cutâneas decorrentes da DRC?
5. Durante da graduação ou curso técnico o que você aprendeu sobre a pele do DRC?
6. E na prática, como você aprendeu a cuidar da pele do DRC na prática?
7. Você considera interessante falar sobre a pele do paciente renal? Você gostaria de aprofundar conhecimento sobre este tema a partir de uma atividade de educação permanente? Sugira alguma dinâmica ou estratégia.



Universidade Federal do Rio Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Departamento de Enfermagem Fundamental



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

**Roteiro – Observação**

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Código de identificação do sujeito:** \_\_\_\_\_

- Quais foram resultados observados após a reflexão sobre a pele do paciente renal durante a assistência prestada?
- Quais são as mudanças assistenciais que ocorreram?
- Como se deu a dinâmica do cuidado?
- O que consta na prescrição de enfermagem?



Universidade Federal do Rio Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Departamento de Enfermagem Fundamental



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

**Roteiro –Avaliação**

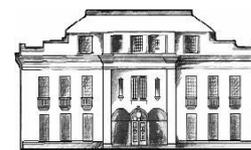
**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Código de identificação do sujeito:** \_\_\_\_\_

- Como você avalia sua participação no diálogo estabelecido sobre os cuidados com a pele do DRC?
- Esses encontros contribuíram para o seu cuidado com o paciente DRC no que diz respeito à pele?



**Universidade Federal do Rio Janeiro**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Escola de Enfermagem Anna Nery**  
**Departamento de Enfermagem Fundamental**



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Resolução nº 466 – Conselho Nacional de Saúde**

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa. Esta pesquisa tem como objetivos: Identificar as ações da equipe de enfermagem para cuidar da pele do paciente renal crônico hospitalizado; Descrever como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do paciente renal crônico; Discutir com a equipe de enfermagem os cuidados fundamentais de enfermagem que contribuem para o tratamento e prevenção de complicações na pele do paciente renal crônico; Propor uma estratégia educativa que possibilite a construção coletiva dos cuidados de enfermagem para a pele do paciente renal crônico, ancorada na educação problematizadora. A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para 07 de 2014. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista não-diretiva. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**, ressarciremos gastos pessoais do participante por eventuais danos decorrentes da pesquisa. O **risco** se justifica pela importância do benefício esperado. Pretende-se oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar a problemática do estudo que afete o bem estar dos participantes

da pesquisa. O que poderá advir como fruto da interação com os sujeitos, podendo existir incompatibilidade de horários e necessidade de renegociações no agendamento dos encontros, porém as pesquisadoras estão aptas a agir rapidamente, de modo a encontrar o melhor horário. O **benefício** relacionado à sua participação, aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, proporcionando novas estratégias de aprendizagem para a auto-capacitação da Enfermagem. **Favorecerá** a inserção do enfermeiro na prática em nefrologia. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Maria Luíza de Oliveira Teixeira

Pesquisador - Orientador

E-mail: [milot@uol.com.br](mailto:milot@uol.com.br)

Tel.: (21) 99945-1782

---

Keila do Carmo Neves

Pesquisador – Responsável

E-mail: [Keila\\_arcanjo@hotmail.com](mailto:Keila_arcanjo@hotmail.com)

Tel.: (21) 98075-1010

**Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228**

**Comitê de Ética em Pesquisa HUCFF/UFRJ: (21) 2562-2481**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

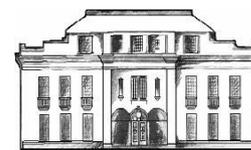
Declaro estar ciente do intero deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(assinatura)



**Universidade Federal do Rio Janeiro**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Escola de Enfermagem Anna Nery**  
**Departamento de Enfermagem Fundamental**



**Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE**

**Carta de Anuência**

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio desta, solicitar autorização da presente instituição para realização da pesquisa de campo do projeto intitulado: Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa, registrado no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Tem como objetivos: Identificar as ações da equipe de enfermagem para cuidar da pele do paciente renal crônico hospitalizado; Descrever como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do paciente renal crônico; Discutir com a equipe de enfermagem os cuidados fundamentais de enfermagem que contribuem para o tratamento e prevenção de complicações na pele do paciente renal crônico; Propor uma estratégia educativa que possibilite a construção coletiva dos cuidados de enfermagem para a pele do paciente renal crônico, ancorada na educação problematizadora.

Buscando atingir esses objetivos realizaremos uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo método é de pesquisa convergente-assistencial. Será aplicado aos sujeitos o TCLE com base na resolução 196/96 do CONEP. Os dados serão coletados através de questionário semiestruturado os resultados serão analisados e quantificados por meio da análise de conteúdo temático. Esses serão utilizados apenas nesta pesquisa e divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Contamos com vossa colaboração para a realização da pesquisa descrita acima, contribuindo para a construção de novas perspectivas de qualidade das ações no âmbito assistencial, institucional e, também em âmbito acadêmico.

Atenciosamente,

---

Maria Luíza de Oliveira Teixeira  
Pesquisador - Orientador

---

Keila do Carmo Neves  
Pesquisador - Responsável

# ANEXOS

## Escala de Braden

### ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

<b>Nome do doente:</b> _____	<b>Nome do avaliador:</b> _____	<b>Data da avaliação:</b> _____							
<b>Serviço:</b> _____	<b>Cama:</b> _____	<b>Idade:</b> _____							
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita à nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.					
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.					
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.					
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.					
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.					
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.						
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					<b>Pontuação total</b>				

## Declaração de Instituição Coparticipante



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

**Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

### DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Com relação ao projeto de pesquisa intitulado “Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem sobre os Cuidados com a Pele de Pacientes Renais Crônicos: Uma Estratégia Educativa”, orientado pela Profa. Maria Luíza de Oliveira Teixeira, realizado pela Pesquisadora Keila do Carmo Neves e tendo como instituição proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ, da qual o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) participará como instituição coparticipante:

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP EEAN/HESFA/UFRJ, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

*h* Prof. José Marcus Raso Eulálio

Rio 11/11/2013

Profa. Lucila Marieta Perrotta de Souza  
Diretora Adjunta - HUCFF/UFRJ  
CRM: 52.33502-3

## Parecer Consubstanciado do CEP



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre os Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa

**Pesquisador:** Keila do Carmo Neves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 23337513.9.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 494.141

**Data da Relatoria:** 13/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

A Doença Renal Crônica vem apresentando crescente prevalência, se tornando um importante problema de Saúde pública no Brasil. É uma doença que pode levar à disfunção diversos órgãos do corpo, incluindo a pele. Os efeitos da Doença Renal na pele foi o que motivou esta pesquisa. Trata-se de um estudo qualitativo que aplica o método da pesquisa convergente-assistencial. Os sujeitos serão Enfermeiros e técnicos de enfermagem alocados no setor de Nefrologia e Transplante Renal do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Para participar da pesquisa o sujeito deve fazer parte do quadro permanente de funcionários do setor e participarem voluntariamente do estudo. A Coleta de dados será feita em quatro etapas (caracterização do sujeito, espaço-encontro, observação participante e avaliação), os dados serão transcritos, organizados em categorias temáticas e analisados segundo Bardin. Como critério de Inclusão: os enfermeiros e técnicos de enfermagem, lotados no setor de nefrologia e transplante do HUCFF, tanto do quadro temporário quanto do quadro permanente e a participação voluntária mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado; e critério de Exclusão: Enfermeiros ou técnicos de enfermagem que não aceitarem participar da pesquisa e/ou que estejam alocados no setor temporariamente, como nos casos de cobertura de férias ou remanejamento por necessidade de serviço decorrente de falta de funcionários no setor.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148

**E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 494.141

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar as ações da equipe de enfermagem para cuidar da pele do paciente renal crônico hospitalizado; Descrever como a equipe de enfermagem aprendeu a cuidar da pele do paciente renal crônico; Discutir com a equipe de enfermagem os cuidados fundamentais de enfermagem que contribuem para o tratamento e prevenção de complicações na pele do paciente renal crônico; Propor uma estratégia educativa que possibilite a construção coletiva dos cuidados de enfermagem para a pele do paciente renal crônico, ancorada na educação problematizadora.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco se justifica pela importância do benefício esperado. Pretende-se oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar a problemática do estudo que afete o bem estar dos participantes da pesquisa. O que poderá advir como fruto da interação com os sujeitos, podendo existir incompatibilidade de horários e necessidade de renegociações no agendamento dos encontros, porém as pesquisadoras estão aptas a agir rapidamente, de modo a encontrar o melhor horário.

Benefícios: consistem na contribuição desta pesquisa para o campo da enfermagem fundamental. Ainda, suscita importantes discussões em que pese à aplicabilidade dos procedimentos clínicos e interativos próprios ao cuidado de enfermagem. Sendo assim, os benefícios da pesquisa serão em relação às contribuições que virão, a partir da produção científica por ela gerada, seja no campo do ensino, assistência ou pesquisa. Poderá trazer benefícios na prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados às manifestações cutâneas na Doença Renal Crônica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa de relevância e que agregará valores ao pesquisador.

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

Apresentou os documentos exigidos pelo CEP.

**Recomendações:**

Não há

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

Pesquisa em condições para seu desenvolvimento.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

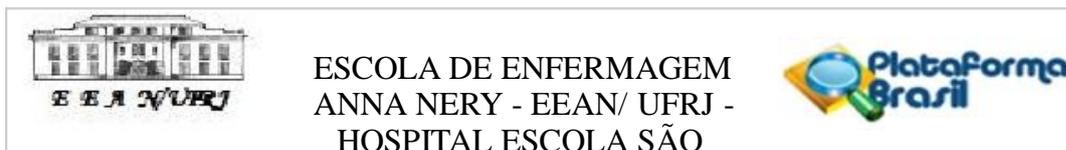
**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148

**E-mail:** cepeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 494.141

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 10 de dezembro de 2013. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 13 de Dezembro de 2013

---

**Assinador por:**

**Maria Aparecida Vasconcelos Moura**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148

**E-mail:** cepeeanhsefa@gmail.com