

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

TATIANA FAUSTINO GARCIA VIEIRA

**Cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco para o
desenvolvimento de doença renal**

São Luís
2015

TATIANA FAUSTINO GARCIA VEIRA

**Cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco para o
desenvolvimento de doença renal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nefrologia multidisciplinar da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Nefrologia multidisciplinar.

Orientadora: Profa. Ma. Érica Martins Valois

São Luís
2015

Vieira, Tatiana Faustino Garcia

Cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco para o desenvolvimento de doença renal /Tatiana Faustino Garcia Vieira. – São Luís, 2015.

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Nefrologia Multidisciplinar) - Curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2015.

1. Doenças Renais Crônicas. 2. Assistência à Saúde. 3. Qualidade de Vida. I. Título.

CDU 616.61

TATIANA FAUSTINO GARCIA VEIRA

**Cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco para o
desenvolvimento de doença renal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Nefrologia
multidisciplinar da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Nefrologia multidisciplinar.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Érica Martins Valois
Mestre em Odontologia
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

RESUMO

A doença renal crônica consiste em lesão, perda progressiva e irreversível da função renal; é um problema de saúde pública crescente mundialmente, acompanhado de altas taxas de morbimortalidade, perda da qualidade de vida e custos para o sistema. Os principais grupos de risco são o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica e a história familiar. O conjunto de serviços de saúde deve estar apropriado para cuidar e controlar esse problema. Justifica-se a elaboração deste plano de ação pela importância do estudo e elaboração de instrumentos que auxiliem na intervenção da qualidade de vida desses pacientes, pois quando estão hospitalizados, devido intercorrência clínica da doença observa-se que há falta de orientação adequada e/ou ausência de informação relevante sobre a doença renal crônica, levando a reincidência de internação por complicações devido falta de informação. Objetiva-se elaborar um instrumento como plano de ação informando os principais fatores de risco para a doença renal crônica, bem como as medidas para prevenção e progressão da doença; conceituar e explicar a fisiopatologia da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica através de informação e orientação beira leito; promover momento de reflexão e orientação a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica; identificar e expor os fatores de risco interferentes no desenvolvimento da doença renal crônica por *banner* e cartilha explicativa; criar espaço de reflexão; elencar possibilidades profissionais; identificar as implicações relacionadas à falta de orientação de alta adequada e verificar a adesão ao tratamento/cuidados. Assim, espera-se que o plano de ação faça a incidência de doença renal crônica diminuir, bem como as internações devido às complicações clínicas da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente, controlando o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica, incentivando o acesso a unidade básica de saúde e fortalecendo o vínculo da equipe com os usuários.

Palavras-chave: Doenças renais crônicas. Assistência à saúde. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Chronic kidney disease is to injury, progressive and irreversible loss of kidney function; is a growing public health problem worldwide, followed by high morbidity and mortality rates, loss of quality of life and cost to the system. The main risk groups are diabetes mellitus, hypertension and family history. The set of health services must be appropriate to care for and manage this problem. Justified the preparation of this action plan the importance of studying and developing tools to assist in the intervention quality of life of these patients because when they are hospitalized clinical complication of the disease is observed that there is lack of proper guidance and / or absence of relevant information about chronic kidney disease, leading to recurrence of hospitalization for complications due to lack of information. The objective is to draw up an instrument as an action plan stating the main risk factors for chronic kidney disease, and the measures for prevention and disease progression; conceptualize and explain the pathophysiology of hypertension, diabetes mellitus and chronic renal disease through information and guidance bedside; promote moment of reflection and guidance about the risk factors for the development of chronic kidney disease; identify and expose interfering risk factors in the development of chronic kidney disease by banner and explanatory booklet; create space for reflection; to list professional possibilities; identify the implications of the lack of appropriate high orientation; verify adherence to treatment / care. Thus, it is expected that the action plan to make the incidences of chronic kidney disease decrease, as well as hospitalizations due to clinical complications of the disease, improving the quality of life of patients, controlling diabetes mellitus and hypertension by encouraging access the basic health units, strengthening the bond of staff with users.

Keywords: Chronic kidney disease. Health care. Risk groups.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1 TÍTULO.....	06
1.2 EQUIPE EXECUTORA.....	06
1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS	06
2 INTRODUÇÃO.....	06
3 JUSTIFICATIVA.....	08
4 OBJETIVOS.....	09
4.1 Geral.....	09
4.2 Específicos.....	09
5 METAS.....	09
6 METODOLOGIA	10
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	12
8 IMPACTOS ESPERADOS.....	13
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULO

Cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco para o desenvolvimento de doença renal.

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Tatiana Faustino Garcia Vieira (Enfermeira)
- Érica Martins Valois (Orientadora)

1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

2 INTRODUÇÃO

Consiste em doença renal crônica (DRC) a lesão, perda progressiva e irreversível da função dos rins. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta doença são o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HAS) e a história familiar (BRASIL, 2006; LIMA et al., 2012).

Frequentemente, as complicações do DM e da HAS são o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, amputações de membros inferiores e cegueira; afora de acarretarem dor, ansiedade, diminuição da qualidade de vida e menor expectativa de vida aos doentes, familiares e amigos. Também considera-se a maior causa de partos prematuros e mortalidade materna (LIMA et al., 2012).

A DRC é um problema de saúde pública crescente mundialmente, com prevalência de 11% na população norte-americana, acompanhado a altas taxas de morbimortalidade, perda da qualidade de vida e de custos para o sistema. O conjunto de serviços de saúde deve estar apropriado para cuidar e controlar esse problema (PENA et al., 2010).

No ano 2000, haviam no Brasil 42.695 pacientes que realizavam tratamento dialítico, onde o quantitativo, em 2009 era de 77.589 pacientes. Entretanto, existe, aproximadamente, um milhão de pessoas com doença renal, porém 70% destes são sub-diagnosticados. A estimativa é que para cada paciente em diálise existam de 15

a 30 pacientes que possuem alguma doença renal crônica (CARVALHO et al., 2010).

Sobre o custo, alguns dados do Reino Unido evidenciam que o número de pacientes que recebem Terapia Renal Substitutiva (TRS) aumenta rapidamente, custando mais de 2% do orçamento do Sistema Nacional de Saúde (NHS). No Brasil, o gasto com o programa de diálise e transplante renal posiciona-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano (PENA et al., 2010).

Todo paciente que pertence ao denominado grupo de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado todos os anos com exame de urina, creatinina sérica e depuração estimada de creatinina e microalbuminúria (BRASIL, 2006).

Podemos dividir em vários componentes o tratamento de pacientes portadores de DRC, sendo alguns de competência do médico de atenção primária, como: o programa de promoção à saúde e prevenção primária (grupos de risco para DRC); identificação precoce da disfunção renal; detecção e correção de causas reversíveis da doença renal; instituição de intervenções para retardar a progressão da DRC; identificação de pacientes que necessitam avaliação com especialista para diagnóstico etiológico e estadiamento da função renal e acompanhamento em conjunto com especialista para prevenção das complicações crônicas da doença e comorbidades em comum (BRASIL, 2006).

Com seus princípios e diretrizes, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo erguido fundamentado em um ideal de reformas em que um novo modo de produção de saúde tenha capacidade de racionalizar a organização e a gestão da atenção à saúde, com acesso universal. O modelo organizacional escolhido foi o de Atenção Primária à Saúde (APS), firmado com o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PENA et al., 2010).

Os médicos de família funcionam como o profissional de primeiro contato para o maior elenco de situações, controlam as referências para as especialidades, exercendo um papel de regulador que deveria ser moderado pela lógica que garante o acesso ao melhor cuidado possível, de acordo com um projeto terapêutico determinado, considerando as necessidades daquele indivíduo ou da comunidade (PENA et al., 2010).

É de fundamental importância o estudo e elaboração de um instrumento que auxilie na intervenção, pois percebemos através da atuação e prática diária a falta de orientação adequada e/ou muitas vezes a ausência de informação relevante

sobre a DRC pelos responsáveis pelas orientações de alta para os pacientes, que são os internos do curso de medicina, sem a presença de seus preceptores, bem como um número considerado de reincidência de internação em decorrência de complicações por essa falta de informação. Este trabalho teve como objetivo elaborar um instrumento em forma de plano de ação visando informar os principais fatores de risco para DRC, bem como as medidas para prevenção e progressão da doença.

3 JUSTIFICATIVA

Os pacientes pertencentes ao grupo de risco para desenvolver a DRC, bem como a própria DRC é crescente em todo o mundo, ocasionando o aumento das taxas de terapia substitutiva renal, das taxas de morbimortalidade, da perda da qualidade de vida e de custos para o sistema.

É de fundamental importância o estudo e elaboração de instrumento de que auxilie na intervenção, pois percebemos através da atuação e prática diária no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES que, por ser hospital escola, a responsabilidade de orientações de alta fica para os alunos do internato de medicina. Observamos que há falta de orientação adequada e/ou muitas vezes a ausência de informação relevante sobre a DRC, bem como um número considerado de reincidência de internação em decorrência de complicações por essa falta de informação.

Diante desse contexto, acredito que a intervenção a beira-leito surge como uma forma de oportunizar momentos de reflexão para os pacientes, contribuindo para o conhecimento e reforço da importância da fisiopatologia para os profissionais e estudantes na área da saúde e de forma mais simplificada, estendida ao paciente (que podem ser multiplicadores do saber), ocasionando uma melhor assistência, orientação e diminuição dos casos.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Elaborar um instrumento de plano de ação informando os principais fatores de risco para DRC, bem como as medidas para prevenção e progressão da doença.

4.2 Específicos

1. Conceituar e explicar ao paciente a fisiopatologia da HAS, DM e DRC através de informação e orientação beira leito;
2. Promover momento ao paciente que leve à reflexão e orientação a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento de DRC;
3. Identificar e expor junto ao paciente e familiares os fatores de risco que interferem no desenvolvimento da DRC através de banner/ cartilha explicativa;
4. Elencar possibilidades profissionais;
5. Identificar as implicações relacionadas à falta de orientação de alta adequada;
6. Verificar a adesão ao tratamento/cuidados.

5 METAS

- Identificar os cuidados para os pacientes pertencentes ao grupo de risco de doença renal.
- Elaborar instrumento que auxilie no plano de cuidados para pacientes pertencentes ao grupo de risco de doença renal.
- Orientar o paciente e/ou seu cuidador quanto a importância dos cuidados com este paciente pertencente ao grupo de risco de doença renal.
- Incentivar a equipe da unidade básica de saúde a manter acompanhamento rigoroso destes pacientes.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um plano de ação a ser realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), um hospital geral, de caráter filantrópico, que agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência, localizado na cidade de Vitória, capital do estado do Espírito Santo.

Os pacientes internados nesta instituição caso tenham o diagnóstico clínico de diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS), que são os principais fatores que fazem o paciente pertencer ao grupo de risco de doença renal estarão incluídos neste plano de ação.

Para o desenvolvimento deste plano de ação é fundamental a parceria da instituição escolhida (HSCMV) com as Secretarias de Saúde dos municípios onde residem esses pacientes, para a execução de compromissos com as ações desenvolvidas e continuidade do acompanhamento destes pacientes.

As estratégias incluem:

1) Elaborar um instrumento informando os principais fatores de risco para DRC, bem como as medidas para prevenção e progressão da doença;

2) Explicar aos pacientes, de forma clara sobre a fisiopatologia da HAS, DM e DRC através de informação e orientação beira leito pelos profissionais capacitados;

3) Promover junto ao paciente um momento de reflexão: estou fazendo corretamente as orientações feitas pela equipe da unidade de saúde que frequento? Tomo as medicações no horário correto? Na dose correta? Faço atividade física? Controlo minha alimentação?

4) Identificar e expor de forma didática os fatores de risco que interferem no desenvolvimento da DRC através de *banner* e cartilha explicativa aos pacientes e acompanhantes;

5) Elencar possibilidades profissionais: escolher, dentre os profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas), através de convite aos mesmos, os que serão capacitados para realizar a entrevista beira-leito, juntamente com as orientações de alta.

6) Identificar as implicações relacionadas à falta de orientação de alta adequada: falta de instrução do profissional que efetuou a alta? Paciente possui déficit de compreensão? O acompanhante presente na alta é seu cuidador no

domicílio? A unidade de saúde foi informada sobre essa alta do paciente para continuidade do tratamento?

7) Verificar adesão do paciente ao tratamento: o paciente tem condições de ter autocuidado? Seu cuidador compreende o que os profissionais orientam? Há visita regular deste paciente à unidade de saúde ou aos grupos organizados pela mesma?

O plano de ação será desenvolvido nas seguintes etapas:

1) Elaboração de uma cartilha com informações sobre DM, HAS, a doença renal e suas consequências, assim como sobre os fatores de risco que interferem no desenvolvimento da DRC.

2) Atualização e capacitação da equipe multiprofissional sobre a fisiopatologia do DM, HAS e DRC:

- ✓ Fatores de risco;
- ✓ Prevenção:
 - Alimentação saudável;
 - Controle do peso;
 - Ingestão de bebidas alcoólicas;
 - Prática de atividade física;
 - Tabagismo;
- ✓ Importância da adesão ao tratamento;
- ✓ Doença renal crônica;
- ✓ Como tratar as complicações.

3) Após a capacitação e atualização dos profissionais sobre os temas a serem abordados, eles serão divididos em grupos e farão visitas nas enfermarias do hospital, fazendo busca-ativa dos pacientes que se encaixam no perfil do plano de ação.

4) Será feita uma entrevista na beira do leito com este paciente para conhecer o perfil da sua doença (quando foi diagnosticada, medicações em uso, se faz adesão do tratamento), também explicando, de modo didático o que é DM, HAS, a doença renal e suas consequências, através de cartilha elaborada a partir das publicações do Ministério da Saúde.

5) Durante esta entrevista e explicação, a equipe irá indagar o paciente sobre consciência de sua doença e quais as consequências que ela pode levar

promovendo assim um momento de reflexão, informando e orientando sobre os fatores de risco para se desenvolver a DRC.

6) Também será feito um *banner* com as mesmas informações contidas na cartilha, que ficará exposto nas enfermarias e demais setores deste hospital para informar aos demais pacientes, acompanhantes, visitantes e também aos funcionários sobre a importância do cuidado com pacientes com DM e HAS, de forma preventiva ao desenvolvimento da DRC.

7) Na programação de alta do paciente será feito contato com a unidade de saúde de seu município, informando sobre o plano de ação executado durante a internação do mesmo e a importância da continuidade do acompanhamento deste paciente para minimizar ou até mesmo não mais ocorrer a internação do mesmo decorrente a sua doença de base (DM e HAS).

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 07/2015	Mês 08/2015	Mês 09/2015	Mês 10/2015	Mês 11/2015
Redação do plano de ação	X				
Confecção das cartilhas e do <i>banner</i>		X	X		
Atualização e capacitação da equipe multiprofissional			X		
Visitas nas enfermarias do hospital para seleção do público-alvo				X	
Entrevistas a beira-leito				X	
Organização dos dados					X
Conclusão do plano de ação					X

8 IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se, com a implantação dos instrumentos citados, uma facilitação do entendimento por parte dos pacientes, acompanhantes e cuidadores sobre os cuidados a serem tomados para evitar o desenvolvimento da DRC, suas consequências na saúde e na vida social e evitar a progressão da doença.

Quanto à equipe multidisciplinar envolvida, é esperado que melhore a orientação de alta destes pacientes, implementando a cartilha contendo a explicação sobre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, que são o DM e a HAS, suas consequências, aparecimento e progressão da doença; o devido encaminhamento para a unidade básica de saúde para o acompanhamento deste paciente e seu grupo familiar.

Acredita-se que, após a identificação das implicações relacionadas à falta de orientação de alta adequada e o correto acompanhamento na unidade básica de saúde, haverá uma diminuição significativa de internações destes pacientes nesta instituição.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de ação tem a intenção de minimizar a incidência de doença renal crônica, bem como as internações devido às complicações clínicas da doença, pois se o paciente inserido no grupo de risco para DRC estiver ciente sobre sua doença e das consequências da não adesão ao tratamento, haverá uma conscientização maior tanto dele quanto do grupo familiar onde ele está inserido.

Espera-se que a execução deste plano de ação se mostre de forma muito positiva, pois suas ações possibilitarão a melhoria na qualidade de vida do paciente pertencente do grupo de risco, prevenindo assim a DRC, promovendo o controle do DM e da HAS, incentivando o acesso do paciente a unidade básica de saúde, fortalecendo o vínculo da equipe de saúde com os usuários e minimizando as internações hospitalares.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, G. M. C. et al. Estudos brasileiros sobre nefrologia nas teses e dissertações de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1052-1055, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/28.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2015.
- HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. Disponível em: <http://www.santacasavitoria.org/quemsomos.php>. Acesso em 28 out. 2015.
- LIMA, Aisleide de Souza et al. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 30-29, 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 22 out 2015.
- LUZ, Anna Maria Hecker et al. **Cartilha informativa sobre hipertensão e diabetes para a população da rede básica de saúde, município de São Francisco de Paula, RS**. São Francisco de Paula. Disponível em: <<http://www.ibsaude.org.br/wp-content/uploads/2013/06/Cartilha-Informativa-sobre-Hipertens%C3%A3o-e-Diabetes-para-a-Popula%C3%A7%C3%A3o-da-Rede-B%C3%A1sica-S%C3%A3o-Francisco-de-Paula.pdf>>. Acesso em: 22 out 2015.
- PENA, Paulo Félix de Almeida et al. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-3144. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a28.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.
- REZENDE, A. M. B. **Ação educativa na atenção básica à saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. 2011. 220 f. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.