



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JÉSSICA BARBOSA SAMPAIO

**DOENÇAS RENAIS EM IDOSOS: PERFIL DO TRATAMENTO E DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**

CAJAZEIRAS - PB

2014

JÉSSICA BARBOSA SAMPAIO

**DOENÇAS RENAIS EM IDOSOS: PERFIL DO TRATAMENTO E DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Milena Silva Costa

CAJAZEIRAS - PB

2014

JÉSSICA BARBOSA SAMPAIO

**DOENÇAS RENAIS EM IDOSOS: PERFIL DO TRATAMENTO E DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms. Milena Silva Costa.

Aprovada em: ___/___/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora- UAENF/CFP/UFCG)

Prof^a. Ms. M^a Berenice do Nascimento Pinheiro
(Membro efetivo- UAENF/CFP/UFCG)

Prof^a. Ms. Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira
(Membro efetivo- ETSC/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS - PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S192d Sampaio, Jéssica Barbosa

Doenças renais em idosos: perfil do tratamento e dos cuidados de enfermagem / Jéssica Barbosa Sampaio. Cajazeiras, 2014.

71f. : il.

Bibliografia.

Orientadora: Milena Silva Costa.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1.Doença Renal-Idosos 2. Hemodiálise 3.Idosos -
doenças renais. I. Costa, Milena Silva. II.Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 616.61-053.9

AGRADECIMENTOS

Ao Espírito Santo, por acender todas as luzes ao longo da minha jornada e a Nossa Senhora, minha mãe protetora, por se fazer tão presente na minha vida.

Aos meus pais, José Marcondes e Rocilda pela educação, caráter e simplicidade que me criaram e a minha irmã Jeisse, por tudo que abdicaram visando os meus objetivos; amo vocês.

A minha amiga Sandra Galindo, a quem tenho como uma tia, pela amizade, carinho, estímulo e, sobretudo, pelo exemplo de amor ao próximo e busca do essencial da vida.

A minha amiga Nadjanine Galindo, pelo companheirismo, pela força, por acreditar no meu melhor e me ajudar independente das dificuldades encontradas.

A minha família, em especial a tia Neuzinha por ter contribuído na realização deste sonho e a minha prima Shérica Monteiro que me acolheu no início do curso.

A enfermeira Sáskia Thamyles, por ter me apresentado à nefrologia, pelas contribuições neste trabalho e principalmente, pela dedicação e amor com seus pacientes.

As minhas amigas que me acompanharam durante o curso, tornando a jornada menos árdua; Alda, Altanyris, Daniele e Laryssa.

As minhas amigas Talícia Benício e Pascalle Antunes, um presente de Deus na minha vida, pela confiança, carinho, amizade, orações e por me fazerem ir além do que acreditei conseguir; amo vocês.

À professora Milena Silva Costa, minha orientadora, pessoa a que tenho como exemplo, pela serenidade e amor que leva ao próximo, suas orientações e contribuições neste trabalho me ajudaram a atingir essa etapa, e acima de tudo, obrigada pela confiança e amizade.

Aos profissionais que trabalham na CLINIRIM, pela disponibilidade e prontidão em oferecer os materiais necessários ao desenvolvimento da pesquisa e aos idosos, atores do meu trabalho, os quais tenho admiração, respeito e amor.

“As correntes do rio profundo foram mais generosas que o meu remar contra elas. Não cheguei aonde planejei. Cheguei, sem querer, aonde meu coração queria chegar, sem que eu soubesse.”

Rubem Alves

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AgHBs: Anticorpo para o vírus da hepatite B

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPD: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CLINIRIM: Clínica de Doenças Renais de Barbalha

DPI: Diálise Peritoneal Intermitente

DRC: Doença Renal Crônica

EUA: Estados Unidos da América

ESF: Estratégia Saúde da Família

FAV: Fístula Arteriovenosa

FSM: Faculdade Santa Maria

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HVB: Vírus da Hepatite B

HCV: Vírus da Hepatite C

HMSA: Hospital Maternidade Santo Antônio

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IHAG: Insuficiência Hepática Aguda Grave

IR: Insuficiência Renal

IRA: Insuficiência Renal Aguda

IRC: Insuficiência Renal Crônica

OMS: Organização Mundial da Saúde

PTH: Hormônio Paratireoideano

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

RFG: Ritmo de Filtração Glomerular

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SSVV: Sinais Vitais

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCM: Tratamento Conservador Máximo

TRS: Terapia Renal Substitutiva

UFCG: Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Mapa de localização de Barbalha – Ceará	34
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha, segundo idade, sexo e estado civil.....	36
TABELA 2- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha, segundo a profissão e procedência.....	37
TABELA 3- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha, segundo o diagnóstico e tempo de tratamento.....	38
TABELA 4- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha, segundo o tipo de tratamento e do cateter.....	42
TABELA 5. Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha, segundo o nível de paratormônio e quantidade de bolsas de sangue utilizadas.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo a sorologia para HVB, HCV e HIV/Aids.....	40
GRÁFICO 2- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo a imunização contra a hepatite B.....	41
GRÁFICO 3- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo o tipo da 1º diálise da vida.....	44
GRÁFICO 4- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo o uso de poli fármacos.....	46
GRÁFICO 5- Distribuição dos idosos segundo a verificação do peso, sinais vitais, administração de medicamentos e vacinação.....	47

SAMPAIO, Jéssica Barbosa. **Doenças renais em idosos: perfil do tratamento e dos cuidados de enfermagem.** Monografia (Graduação em enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2014. 71p.

RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade, principalmente em idosos. O objetivo geral do estudo foi conhecer as modalidades terapêuticas, intercorrências e cuidados de enfermagem aos idosos acometidos por doenças renais. O estudo foi de natureza descritiva, documental, retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa, que abordou através dos prontuários e registros de enfermagem as intercorrências, modalidades terapêuticas e cuidados de enfermagem. A amostra foi de 78 idosos com IRC, que realizaram tratamento na Clínica de Doenças Renais de Barbalha no período compreendido entre; Janeiro de 2008 a janeiro de 2014. A coleta dos dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2014, utilizando-se de um roteiro. Neste, foram coletadas as variáveis: perfil sociodemográfico do idoso, perfil clínico, modalidades terapêuticas, intercorrências e os cuidados de enfermagem. A priori os dados foram organizados a partir do programa Microsoft Office Excel 2010, posteriormente apresentados através de gráficos e tabelas; e, analisados conforme outros estudos realizados na área e com a literatura pertinente. A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os principais resultados encontrados foram que 54 (69%) idosos estavam acima de 66 anos; 57 (73%) eram do sexo masculino; 53 (68%) casados; 63 (81%) aposentados; 45 (58%) residentes a menos de 50 km de Barbalha-Ceará; 30 (38%) apresentaram nefropatia hipertensiva; 43 (55%) realizaram tratamento de um a cinco anos; 47 (60%) tinham sorologia negativa para hepatite B; 73 (93%) faziam hemodiálise; 50 (68%) tinham a FAV como acesso vascular; 35 (45%) realizaram a primeira diálise da vida de forma eletiva; 49 (63%) do PTH < 300mp/dl; 37 (47%) receberam entre uma a cinco transfusões sanguíneas; 66 (85%) faziam uso do EPREX; 45 (58%) do ferro endovenoso; 38 (49%) do Sevelamer; 27 (35%) do Calcitriol; 66 (85%) verificaram o peso antes e após diálise; 78 (100%) verificaram sinais vitais; 160 administrações de medicação; 60 administrações de vacinas, a principal intercorrência foi a anemia; e os cuidados de enfermagem registrados estavam voltados principalmente aos procedimentos técnicos-científicos. Conclui-se que para os idosos é importante a educação em saúde que envolva a sua pessoa, a família e a equipe de saúde com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida e minimizar os riscos de complicação decorrentes as doenças renais.

Palavras-Chave: Idoso. Doença renal. Hemodiálise.

SAMPAIO, Jessica Barbosa. **Kidney disease in the elderly: treatment and nursing care profile.** Monograph (Undergraduate Nursing) - Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Federal University of Campina Grande, PB - Cajazeiras, 2014. 71p.

ABSTRACT

Chronic renal failure (CRF) is a disease with high morbidity and mortality, especially in the elderly. The overall objective of the study was to investigate the therapeutic modalities, complications and nursing care for elderly patients with kidney disease. The study was descriptive, documentary, retrospective, exploratory nature, with a quantitative approach, which addressed through medical records and nursing records the complications, treatment modalities and nursing care. The sample consisted of 78 elderly patients with chronic renal insufficiency who underwent treatment at the Clinic of Kidney Diseases Barbalha the period January 2008 to January 2014. Data collection was conducted during the month of February 2014, using the questionnaire. In this, the variables were collected: sociodemographic profile of the elderly, clinical profile, treatment modalities, complications and nursing care. A priori data were organized from Microsoft Office Excel 2010 program, later presented through graphs and tables, and analyzed according to other studies in the area and to the literature. The research followed the recommendations of Resolution No. 466, of December 12, 2012. The main findings were that 54 (69 %) were elderly above 66 years, 57 (73 %) were male and 53 (68 %) were married, 63 (81 %) were retired, 45 (58 %) residents unless 50 km Barbalha - Ceará, 30 (38 %) had hypertensive nephropathy, 43 (55 %) received treatment from one to five years, 47 (60 %) had negative serology for hepatitis B, 73 (93 %) hemodialysis; 50 (68 %) had an arteriovenous fistula as vascular access, 35 (45 %) performed the first dialysis of life electively, 49 (63%) of PTH < 300mp/dl, 37 (47 %) received between one and five transfusions blood, 66 (85 %) were of EPREX, 45 (58%) of intravenous iron, 38 (49%) of sevelamer, 27 (35%) of calcitriol, 66 (85%) reported the weight before and after dialysis; 78 (100 %) found vital signs; 160 administrations of medication; 60 administrations of vaccines, the main complication was anemia, and registered nursing care were directed mainly to the technical - scientific procedures. It is concluded that it is important for seniors health education involving their person, family and health care team in order to promote a better quality of life and minimize the risk of complications arising from kidney disease.

Key-words: Elderly. Kidney disease. Hemodialysis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	SENILIDADE OCASIONADA POR DOENÇAS RENAIIS	18
2.2	PRESENÇA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA	19
2.3	MODALIDADES TERAPÊUTICAS PARA IDOSOS COM IRC	23
2.4	INTERCORRÊNCIAS OCORRIDAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
2.5	RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE E ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	28
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	32
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	35
3.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	35
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
4.1	PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS COM IRC	36
4.2	PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS COM IRC	38
4.3	SOROLOGIA DOS IDOSOS COM DRC E DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSA.....	39
4.4	MODALIDADES TERAPÊUTICAS	41
4.5	INTERCORRÊNCIAS	44
4.6	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	46
5	CONCLUSÃO.....	49

REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE	59
APÊNDICE A	60
ANEXOS	61
ANEXO A	62
ANEXO B	63
ANEXO C	64
ANEXO D	65
ANEXO E	66
ANEXO F	69

1. INTRODUÇÃO

A senescência é um processo que acomete todos os seres humanos de uma maneira ativa e gradual, transcorrendo alterações que propiciam à perda da capacidade adaptativa do homem ao meio ambiente, permitindo-o a vulnerabilidade e maior ocorrência de doenças que podem levar ao óbito (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009).

Ainda que o envelhecimento populacional seja consequência pertinente do processo de desenvolvimento econômico, cultural e social; na realidade brasileira, o aumento da expectativa de vida, não foi acompanhado pela imprescindível qualidade de vida, suscitando a uma prole de idosos com severos prognósticos de saúde, dentre elas a doença renal crônica (DRC) (CAMARANO; KANSO, 2010).

A DRC é uma doença que não apresenta perspectiva de melhora, com uma evolução progressiva, determinando um relevante problema de saúde pública devido à alta taxa de morbidade e mortalidade (MALDANER et al., 2008).

Destarte, os gastos anuais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o oferecimento dos serviços de nefrologia é elevado, sendo investido por ano mais de dois bilhões de reais com o objetivo de garantir medicamentos, exames complementares e as sessões de diálise (BRASIL, 2013a).

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2011, 91.314 pessoas no Brasil fizeram tratamento para insuficiência renal crônica e aguda. O número estimado de pacientes iniciando diálise foi 28.680. Destes, 31,5% apresenta na idade acima dos 65 anos, sendo esta população a de maior incidência na terapia renal substitutiva (TRS) (SESSO et al., 2011).

Contudo, embora investimentos estejam sendo realizados, ainda é insuficiente para esta realidade, pois se percebe que o direcionamento destes recursos está arraigado principalmente ao nível terciário da saúde, deixando-se lacunas de investimento na atenção básica. Desta forma, a gênese do problema que se caracteriza principalmente devido à hipertensão e ao diabetes mellitus, não vem sofrendo as devidas intervenções na Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em um aumento progressivo dos pacientes com IRC. Para tanto, a prevenção de doenças e promoção de saúde tanto discutida na saúde coletiva, apresenta-se discretamente no campo da nefrologia.

Acrescentam-se outros agravantes à IRC que complicam a saúde do idoso como, por exemplo, a presença de doenças infectocontagiosas, causadas pelos vírus da hepatite B, C e o vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids).

As Hepatites virais B e C são infecções que promovem inflamação e necrose das células hepáticas e são consideradas grande problema de saúde pública pelo impacto pessoal, econômico e social. Nos pacientes em hemodiálise, a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) pode chegar a 50% dos casos (CORRÊA et al., 2011; SOUZA, 2009).

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, a incidência da hepatite B no Brasil no ano de 2010 foi de 13.778 casos confirmados, sendo a região Nordeste responsável por 1.330 casos e o Ceará por 168 casos notificados, sendo o terceiro Estado de maior incidência. Em relação ao ano de 2009, houve uma redução do número de casos confirmados no Brasil e o Estado acima citado, também acompanhou essa diminuição (BRASIL, 2010a).

Já para a hepatite C, a Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a cada ano, 3 a 4 milhões de pessoas são contaminadas (CORRÊA et al., 2011). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, em 2000 foram registrados 5961 casos de hepatite C para cada 100 mil habitantes na população total, já em pessoas acima de 60 anos foram 736 casos. Os últimos registros datam de 2010 com 11.448 para cada 100 mil habitantes, destes 2.023 são em idosos. No Ceará, apenas 18 casos foram registrados neste mesmo ano (BRASIL, 2010b).

A incidência da aids observada nos últimos 10 anos dobrou entre as pessoas acima dos 60 anos (BRASIL, 2012a). No ano de 2010, o Ceará era o 8º Estado brasileiro com maior incidência de HIV/Aids na população na faixa etária de 50 a 59 anos, com 687.330 casos confirmados (BRASIL, 2010d).

Apesar de a terceira idade ser considerada a partir dos 60 anos, para indivíduos com diagnóstico de HIV, esses números regridem para os 50 anos (GOMES; SILVA, 2008).

Os dados são escassos, e também se supõe uma subnotificação dos casos das doenças infectocontagiosas, ocasionada pelo ônus que essas enfermidades trazem para a vida do indivíduo.

A problematização parte do pressuposto de que o idoso com IRC não recebe uma atenção especializada, voltada a sua real necessidade, tendo em vista que o gerenciamento deste setor de saúde atende um público inespecífico, com uma diversidade de doenças de base, comorbidades, complicações e intercorrências. Desta forma algumas hipóteses puderam ser levantadas: as modalidades de diálise realizadas pelos idosos com DRC e/ ou doenças crônicas ou infectocontagiosas nem sempre são adequadas ao seu estado de saúde; as principais intercorrências durante o processo terapêutico são as doenças musculoesqueléticas, anemia, disfunção sexual, uso de poli fármacos e os óbitos; e os cuidados de enfermagem oferecidos a esses idosos é o mesmo que todos os outros pacientes com DRC recebem.

Esse estudo justifica-se pelo impacto que essas doenças representam para a vida do sujeito usuário, para a reorganização do serviço e para os cofres públicos, tendo em vista a crescente demanda de pacientes idosos em uso das TRS e limitações de estudos sobre o tema.

O anseio por esta pesquisa adveio da experiência em um estágio extracurricular na Clínica de Doenças Renais de Barbalha (CLINIRIM), no qual houve um primeiro contato com um serviço especializado. A rotina que acompanha estes pacientes, o anseio pela vida, a angústia, a tristeza, o isolamento, o medo, a dor, dentre outros, são demandas que os profissionais de saúde devem estar atentos e seguros para amenizar o sofrimento tão acentuado deste setor. Dentre estes utentes, o idoso necessita de um cuidado diferenciado, considerando os aspectos da senescência, bem como da senilidade.

Embora haja a presença de uma equipe multidisciplinar, há uma deficiência de profissionais que atuem neste setor não só na nefrologia, bem como na geriatria. Portanto, esse estudo torna-se relevante como um meio de divulgação de como está a realidade encontrada em uma clínica de hemodiálise no tocante ao tema proposto.

Diante do exposto, o objetivo geral do estudo é conhecer as modalidades terapêuticas, intercorrências e cuidados de enfermagem aos idosos acometidos por doenças renais. E os objetivos específicos são Descrever o perfil social, demográfico e clínico dos idosos com doenças renais; Investigar a presença de idosos com doenças renais e infectocontagiosas; Verificar as modalidades terapêuticas realizadas pelos idosos; Identificar as intercorrências ocorridas no processo terapêutico; Averiguar os cuidados de enfermagem ao idoso, registrados durante as sessões de hemodiálise.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SENILIDADE OCACIONADA POR DOENÇAS RENAIAS

O Brasil acorda ao mundo quanto o envelhecimento da sua população e este fenômeno deve-se ao fato da melhora nas condições de vida, avanços nas áreas científicas e tecnológicas que proporcionaram a prevenção, controle, acompanhamento e tratamento de diversas doenças (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012). Contudo, o processo de envelhecimento, do ponto de vista biológico, é descrito por perdas estruturais e funcionais do organismo, sendo, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas degenerativas, dentre elas, as doenças renais (MENDONÇA, 2008; FRANCO; FERNANDES, 2013).

Salienta-se ainda, que o envelhecimento fisiológico promove uma redução na massa e no volume renal em 20 a 30% entre as idades de 30 a 90 anos, sendo uma redução de glomérulos em torno de 30 a 50 %. Essa perda associada a morbidades aumenta a probabilidade para a inapetência do sistema renal, desencadeando inicialmente, a insuficiência renal aguda e posteriormente, a crônica, quando não tratada brevemente (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; AJZEN; SCHOR, 2011).

Portanto, a insuficiência renal (IR) ocorre quando os rins tornam-se inaptos para a realização de suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas, devido a várias nefropatias (SIVIERO; MACHADO; RODRIGUES, 2013), podendo ser classificada em aguda ou crônica (FERMI, 2010).

A insuficiência renal aguda (IRA) é considerada quando há redução da função renal por um período variável, a princípio reversível, podendo, se tratada, culminar no retorno da função renal normal, porém se não corrigida evolui para uma IRC (FERMI, 2010; AJZEN; SCHOR, 2011).

A IRA pode ser originada de causas pré-renal, onde há diminuição do fluxo sanguíneo renal; pós-renal, nas situações em que ocorre a obstrução do fluxo urinário (FERMI, 2010); e renal, na vigência de fatores intrínsecos ao rim (AJZEN; SCHOR, 2011).

Já a IRC é definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. Logo, a capacidade excretória renal estará comprometida, promovendo o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; AJZEN;

SCHOR, 2011). Na América Latina, sua prevalência é em torno de 330 pacientes por milhão de habitantes, já que nos Estados Unidos da América (EUA) é de 1.100 (LINS et al., 2013).

Diante do exposto, os idosos são considerados o grupo de maior risco para o desenvolvimento das IRC e o quadro clínico agrava-se na presença de doenças crônicas ou com doenças infectocontagiosas, como por exemplo, hepatite B, hepatite C e HIV/Aids (FRANCO; FERNANDES, 2013).

Abre-se um subitem sobre as doenças infectocontagiosas, pelas grandes complicações que elas apresentam na saúde do idoso com IRC quando comparadas à presença de doenças crônicas, como por exemplo, a hipertensão e diabetes; e por as doenças infectocontagiosas ainda serem pouco estudadas quando associadas a IRC.

2.2 PRESENÇA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Os idosos apresentam vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas quando se encontram com IRC seja devido às medidas comportamentais adotadas pelos mesmos, seja por riscos de falhas nas modalidades terapêuticas, visto que a hemodiálise é uma das mais adotadas e a via sanguínea é uma das principais fontes de transmissão dos vírus de tais doenças. Dentre as principais exposições, o idoso torna-se mais suscetível aos vírus da hepatite B, hepatite C e HIV (FRANCO; FERNANDES, 2013).

A hepatite B é uma doença infecciosa inflamatória do fígado causada pelo vírus da hepatite B (HBV), sendo frequentemente a forma mais grave das hepatites. Essa inflamação pode adquirir cronicidade, colocando as pessoas em risco de morte principalmente por cirrose hepática e câncer de fígado (FOCACCIA, 2010).

O HBV é o principal responsável no surgimento da insuficiência hepática aguda grave (IHAG); 20 a 30% dos casos são consideradas como forma fulminante das hepatites, caracterizada clinicamente pela presença de encefalopatia, coagulopatia, alterações hemodinâmicas e metabólicas com repercussão renal e cardíaca (FOCACCIA, 2010). No Brasil a doença é quase sempre fatal, excedendo 80% dos doentes (BRASIL, 2002). Há dados que postam que 600.000 pessoas morrem a cada ano devido aos efeitos agudos ou crônicos da doença (OMS, 2013).

Destaca-se que a insuficiência renal acomete 40 a 85% dos pacientes com IHAG, em decorrência de hipoperfusão renal não compensada pelos mecanismos homeostáticos dependentes de hormônios e outros vasoconstrictores, necrose tubular aguda, distúrbios

funcionais, ou por medicamentos nefrotóxicos. A presença da insuficiência renal associa-se a um prognóstico ruim. A hemodiálise será indicada quando o paciente apresentar: anúria ou oligúria (< 300ml/dia) com níveis ascendentes de creatinina sérica, acidose, hipercalemia, hiponatremia e hipervolemia (FOCACIA, 2010).

Em contrapartida, as pessoas com diagnóstico de doença renal, que se utilizam da hemodiálise, estão inseridas no grupo vulnerável a adquirir o vírus da hepatite B, já que o sangue é o principal meio de transmissão do vírus. Porém, acrescentam-se como outras vias, os fluidos corpóreos, como exsudato de feridas, sêmen, secreção cervical (colo uterino) e vaginal, leite materno de doentes ou portadores assintomáticos e saliva de pessoas portadoras do vírus (AgHBs positivas). A maior concentração do vírus é encontrada no sangue e a menor na saliva (BRASIL, 2002). Pode sobreviver fora do organismo, em sangue seco, em média sete dias e é inativado pelas técnicas rotineiras de desinfecção e esterilização (DESTRA et al., 2004).

Em hemodiálise, a transmissão do vírus pode ocorrer por exposição percutânea ou mucosa ao vírus; ele pode estar viável no ambiente, mesmo sem sangue visível. Utensílios como braçadeiras, tesouras, botões de controle das máquinas de diálise e maçanetas das portas em centro de hemodiálise, tem sido detectado o AgHBs. Essas superfícies devem ser rotineiramente limpas e desinfetadas, pois além de representar um reservatório do vírus, os profissionais podem transmiti-los aos pacientes através das mãos ou luvas contaminadas (BRASIL, 2002).

São esses os motivos que justificam o isolamento dos pacientes soropositivos dos demais pacientes com insuficiência renal e a proibição de atuação simultânea dos profissionais na sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados com os contaminados por hepatite B, C e HIV em um mesmo turno de trabalho, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 154 (BRASIL, 2004a).

O idoso com diagnóstico de insuficiência renal e hepatite B, faz uso da hemodiálise visando à manutenção do equilíbrio corporal, e ainda utiliza-se de medicações antivirais como ointerferon-alfa-2^a e alfa-2b, lamivudina, adefovir entre outros, para retardar a progressão da destruição das células hepáticas (OMS, 2013).

A depender da severidade da insuficiência renal e hepática ocasionada pelo vírus, a sobrevida desses pacientes em diálise é geralmente limitada. Porém, idosos com acometimento hepático agudo e potencialmente reversível podem beneficiar-se temporariamente da diálise, uma vez que a função renal se recuperará com a melhora da função hepática (AJZEN; SCHOR, 2011).

Apesar de não ser uma doença curável, a hepatite B deve ser prevenida através da vacina específica que possui de 80% a 100% de eficácia na prevenção da infecção e as suas consequências crônicas, se esquema completo (SCARAMUZZI, 2006). O controle da situação vacinal e encaminhamento para o serviço de referência da secretaria de saúde local é de encargo da equipe de enfermagem. Todos os pacientes devem ser vacinados, exceto se houver alguma contra indicação (BRASIL, 2004a).

Os idosos com hepatite B crônica também utilizam-se da vacina anti-HBV, já que além dos efeitos terapêuticos que ela produz, fazendo com que ocorra a eliminação do vírus, ainda, indiretamente protege o indivíduo da infecção pelo vírus da hepatite D, por este ser um vírus incompleto que necessita do vírus da hepatite B para se desenvolver (SOUZA, 2009).

Assim como a hepatite B, a hepatite C é uma doença que tem como alvo o sistema hepático. Em vários estudos apresenta-se com a mesma acuidade para os autores, como um grave problema para os pacientes em diálise, incluindo os idosos (CORRÊA et al., 2011).

A taxa de cronicidade da hepatite C é variável e relaciona-se a fatores do hospedeiro, sendo a idade acima dos 40 anos um fator para essa evolução (BRASIL, 2010a).

A importância da hepatite C dar-se, não só pelo fato da grande quantidade de pessoas infectadas, mas também por estas não saberem que estão infectadas, o que as torna meio de transmissão da doença (SOUZA, 2009).

Contudo, nos últimos anos, as taxas de infecção vêm sofrendo um declínio considerável devido à implantação de algumas medidas, como o isolamento dos pacientes infectados com o VHC em unidades especiais, o direcionamento de políticas públicas às unidades prestadoras de serviços laboratoriais em grupos, rastreamento sorológico nos doadores de sangue, fortalecimento das normas de biossegurança e ainda, o uso rotineiro da eritropoietina humana para tratamento da anemia do paciente com IRC (RABANAL; ZEVALLOS; CUSATO, 2010; LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010).

Esse declínio pode estar relacionado ao grau de desenvolvimento do país, como por exemplo, a Holanda, que apenas 3% dos pacientes em hemodiálise apresentam hepatite C, enquanto na Moldávia 75% dos casos de IRC estão infectados pelo VHC. No Brasil, no ano de 2007, a prevalência nas unidades de hemodiálise foi de 9,1%, entretanto há uma variação muito divergente entre os estados, chegando a um percentil bem mais elevado que essa média, como o Rio de Janeiro com 65% e Fortaleza com 52% (CORRÊA et al., 2011; LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010).

Ao certo, é que os idosos em uso da hemodiálise devido à doença renal crônica, tem uma propensão para contágio ao VHC. Este vírus é o responsável principal da doença hepática entre os pacientes com IRC em tratamento dialítico (LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010).

A contaminação na hemodiálise configura-se através da transfusão sanguínea, reuso dos capilares, contaminação interna das máquinas de hemodiálise, objetos compartilhados entre pacientes, além de quebra das normas de biossegurança, como o uso comum de frascos multidoses de heparina e contaminação das mãos ou luvas pela equipe responsável (CORRÊA et al., 2011; LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010).

No tocante ao vírus HIV sabe-se que é o agente causador da aids, doença crônica, progressiva, onde o sistema imunológico do indivíduo será comprometido, deixando o organismo vulnerável a infecções oportunistas (SOUZA, 2009).

O aumento do número de casos confirmados por HIV/Aids em idosos configura-se como uma nova característica da epidemia, e está atrelado ao acesso a serviços de prazer disponíveis, uso de medicamentos para distúrbios eréteis, possibilitando uma vida sexual mais ativa; uso de drogas; a ideia de inexistência do comportamento sexual na velhice; sexo desprotegido; e ao aumento da sobrevida das pessoas vivendo com HIV/Aids, conseguindo atingir os 60 anos de idade (MELO et al., 2012; SANTOS; ASSIS, 2011; ARAÚJO et al., 2007).

A escassez de campanhas de prevenção à aids direcionadas a esse público, reflete a desinformação sobre o HIV e conseqüentemente interfere na qualidade de vida dos idosos (ARAÚJO et al., 2007).

O aumento de idosos com HIV também já se faz presente na população acometida por nefropatias. Isto se deve ao fato de muitas drogas retrovirais utilizadas serem nefrotóxicas. Entretanto, apesar do tratamento das pessoas com HIV/Aids serem cada vez mais eficazes e apontar para uma maior sobrevida, percebe-se que a qualidade de vida destas pessoas não vem sendo preservadas já que elas passam a depender das medicações retrovirais agregados a diálise (FRIEDL et al., 2009; EIRA, 2004).

Em suma, os vírus da hepatite B, C e HIV utilizam das mesmas vias de transmissão. Entretanto a via parenteral é mais comum no VHC e a via sexual no HIV. Ainda, metade de todos os pacientes infectados pelo HIV é co-infectado com o HBV ou com o VHC, comprometendo a qualidade de vida, a sobrevida e os custos com tais pacientes (SOUZA, 2009).

2.3 MODALIDADES TERAPÊUTICAS PARA OS IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Para a escolha do tipo de tratamento dialítico a que o idoso será submetido, deve-se ter em vista a heterogeneidade do mesmo, ponderando seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco inerente a cada opção terapêutica. Além disso, o paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, para que haja a livre escolha do método, respeitando as contra indicações (BRASIL, 2004a).

Segundo Siviero, Machado e Rodrigues (2013), o tratamento está relacionado a progressão da doença renal, bem como aos outros problemas de saúde apresentados pelo paciente. Assim, contempla prevenção, acompanhamento e intervenção nas complicações e comorbidades associadas à doença, com o objetivo de diferir ou até mesmo impedir o avanço da insuficiência.

A priori, as principais medidas terapêuticas serão voltadas para o controle da hipertensão intraglomerular e a ingestão restrita de proteínas. Com o avançar da doença, além do controle dietético, o tratamento é feito com medicamentos, que variam de acordo com as complicações e comorbidades apresentadas pelo paciente (SIVIERO; MACHADO; RODRIGUES, 2013).

Para Ramos et al. (2007), a diálise faz-se necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornam insuficientes e desde esse período, o idoso com IRC já começa a ser orientado para a possibilidade de submeter-se a um transplante renal após avaliação risco-benefício. Uma das grandes dificuldades enfrentadas por estes pacientes é a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (MALDANER et al., 2008).

As opções terapêuticas indicadas para a doença renal crônica incluem hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal (AJZEN; SCHOR, 2011), ainda, para os idosos que preferem não dialisar, a modalidade oferecida é o tratamento conservador máximo (TCM) (FRANCO; FERNANDES, 2013).

A hemodiálise é uma modalidade do tratamento dialítico que tem por finalidade o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis, principalmente as do produto final do metabolismo, como a ureia e a creatinina, que necessitam ser eliminadas do organismo. Este método permite a sobrevivência dos pacientes com insuficiência renal crônica, embora ela não cure a doença renal e não compense a perda das atividades endócrinas ou metabólicas dos rins (FERMI, 2010; RIBEIRO et al., 2009).

O principal parâmetro de indicação para o ingresso na diálise é a depuração de creatinina endógena, avaliada através de exames laboratoriais a qual deverá ter um valor igual ou inferior a 10 mililitros por minuto. Porém, em pacientes diabéticos e crianças, a diálise pode ser iniciada quando apresentarem depuração de creatinina endógena inferior a 15 mililitros/minuto (BRASIL, 2004a). O processo de diminuição da massa muscular, da atividade física e o menor consumo de proteínas no idoso, afeta esse marcador da função renal, a creatinina, que aparentemente estará normal (AJZEN; SCHOR, 2011).

Segundo os autores acima citado, para contornar esse resultado falso-negativo, a avaliação do ritmo de filtração glomerular (RFG) é a mais indicada para esses pacientes, todavia, o alto custo e à dificuldade da técnica para realização do exame o torna inexecutável, sendo utilizado o exame de depuração de creatinina em urina 24 h.

Para a realização da sessão de hemodiálise alguns itens são essenciais: via de acesso vascular, água tratada por osmose reversa, dialisador, solução específica da hemodiálise e a máquina de hemodiálise, além da disponibilidade de tempo do paciente, visto que usualmente a terapia é realizada três vezes por semana, durante pelo menos 3,5 a 4,5 horas/sessão. O tempo de duração e a frequência da diálise são estabelecidos com a finalidade de maximizar a depuração de solutos, manter o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido básico. Clientes que se utilizam deste método, devem submeter-se ao tratamento durante o resto de suas vidas ou até a realização de um transplante renal bem sucedido (FERMI, 2010; NETTINA, 2003).

Em média, 120 litros de água são utilizados durante uma sessão de hemodiálise e as substâncias presentes nesta água podem ter acesso direto à corrente sanguínea dos pacientes, por isso há constante preocupação com o controle da pureza da água utilizada (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Através de uma circulação extracorpórea, o dialisador que é um filtro seletivo, consistindo em dois compartimentos divididos por uma membrana semipermeável artificial (filtro de hemodiálise ou capilar), promove a remoção de solutos e substâncias tóxicas do sangue, substituindo assim, as funções renais prejudicadas devido à IRC ou IRA. Em um dos compartimentos flui o sangue, enquanto no outro, em contracorrente, passa a solução de diálise. Através da membrana, ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise, propiciadas pelas diferenças de concentração e de pressão entre os dois compartimentos (RIELLA, 2008; FERMI, 2010).

A solução de diálise é composta por dois componentes de concentrado, um básico e outro ácido que são preparados de forma padronizada, porém algumas máquinas de hemodiálise já possibilitam pequenos ajustes de acordo com a necessidade clínica do paciente.

Durante a sessão de diálise essas duas substâncias são continuamente aspiradas e misturadas com a água tratada para constituir o banho de diálise, com pH em torno de 6,8-7,3, assemelhando-se ao pH sanguíneo que varia de 7,35-7,45 (RIELLA, 2008; FALCÃO, 2010).

O cliente seja idoso ou não, que se utiliza da hemodiálise necessita de um bom acesso vascular, o que conseqüentemente permite maior sobrevida e melhor qualidade de vida. Atualmente existem vários tipos de acessos vasculares, sendo sua escolha dependente da condição clínica e fisiológica de cada paciente. Alguns acessos são temporários, a exemplo, os cateteres venosos centrais e outros permanentes como a fístula arteriovenosa e a prótese (RIBEIRO et al., 2009; FERMI, 2010). O acesso vascular imediato de diálise para inserção do cateter são as veias calibrosas tais como a subclávia, jugular interna ou a femoral (SAMPAIO, 2010).

O principal acesso vascular nos pacientes em hemodiálise é a fístula arteriovenosa (FAV), que consiste de uma anastomose da artéria radial com a veia cefálica confeccionada através de um procedimento cirúrgico, preferencialmente no antebraço do braço não dominante, para não limitar as atividades do paciente. É aguardado um período de 30 dias para que haja a maturação dessa anastomose, e só a partir de então é que ela poderá ser utilizada. Durante este intervalo de maturação da FAV, é orientado o paciente a realização de exercícios, objetivando a expansibilidade do calibre dos vasos e a aquisição de resistência para serem puncionados por duas agulhas de grosso calibre, as quais permitirão o processo de diálise, e ainda a possibilidade de um bom fluxo sanguíneo (de no mínimo 300ml/mim) para garantir sucesso na terapia (FERMI, 2010; RIBEIRO et al., 2009).

Quando há seguidas tentativas infrutíferas de confecção de fístulas, a alternativa de acesso vascular é a prótese que permite um fluxo sanguíneo adequado para realização da diálise. Ela é implantada no paciente, seu custo para confecção é maior do que o da FAV, porém seus cuidados são basicamente os mesmos (FERMI, 2010).

O autor acima citado ressalta que a via de acesso temporária mais utilizada para hemodiálise, enquanto o acesso definitivo não estiver disponível para uso, é o cateter venoso central chamado de duplo lúmen ou cânula venosa percutânea que é inserido nas veias subclávia, jugular interna ou femoral. Pacientes que necessitam de hemodiálise com urgência, ou aqueles que perderam a via de acesso, ou ainda que apresentem um quadro de IRA.

A diálise peritoneal utiliza-se do peritônio existente na cavidade abdominal para promover a retirada das substâncias tóxicas e/ou acumuladas no organismo (AJZEN; SCHOR, 2011). Uma quantidade de líquido é infundida no abdome através de um cateter e a membrana peritoneal por sua complexidade fisiológica consegue agir como um filtro seletivo, filtrando

os produtos indesejados ao organismo e posteriormente por meio do cateter o produto final é excretado do organismo (TRAJANO; MARQUES, 2005). Ela é tolerada pelos idosos por ser realizada no domicílio, por evitar o deslocamento às clínicas de diálise e as alterações hemodinâmicas bruscas durante a realização (FRANCO; FERNANDES, 2013).

Segundo alguns estudos, ela é subutilizada no Brasil, pois em 2011 apenas 9,4% dos pacientes em TRS beneficiaram-se da diálise peritoneal (DP) (SESSO et al., 2011). Já na França é adotado em 50 % dos casos em idosos e em Hong-Kong esta modalidade é o tratamento de primeira escolha totalizando 80% (FRANCO; FERNANDES, 2013).

Dentre as modalidades da DP, a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) é indicada para os idosos por promover uma retirada de solutos de forma lenta e manter o equilíbrio homeostático sem mudanças severas. Ainda, ela é realizada em domicílio, não necessita de máquina, o próprio paciente pode fazer a troca das soluções de diálise que deve acontecer em média de quatro vezes ao dia (Insuficiência Renal, 2014).

A Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) dar-se-á análogo a CAPD, contudo, o tratamento é dado durante cerca de 24 horas em ambiente hospitalar, com trocas a cada 1-2 horas e duas vezes por semana (AJZEN; SCHOR, 2011).

Segundo Trajano e Marques (2005), os cuidados de enfermagem para estes idosos transcorrem pela educação em saúde com instruções para o autocuidado; troca de curativos, troca dos banhos de diálise, pouca movimentação do cateter, conhecimento dos sinais flogísticos, observação de alterações fisiológicas, dentre outros pontos, bem como a realização destes com auxílio e apoio dos familiares/cuidadores.

Outra opção para os idosos é o tratamento TCM, considerado não dialítico, que tem como objetivo oferecer cuidados paliativos aos idosos, beneficiando-os da prevenção e controle da anemia, acidose, hipervolemia, pressão arterial elevada, insônia, fadiga, anorexia, dor, depressão e demais sintomas que surgem na IRC. Ainda, quando comparada a TRS a sobrevida é menor, porém, a qualidade de vida é indubitavelmente melhor, pois não haverá perda de tempo com hospitalizações e sessões de diálise, declínio cognitivo e prolongamento da vida sem qualidade (FRANCO; FERNANDES, 2013).

O Transplante renal é uma opção para os IRC, todavia para os pacientes com as hepatite B, c e HIV o risco benefício é objetivo, existindo contraposições: alto custo do transplante, estresse pós-transplante, utilização de poli fármacos, impossibilidade de cura ou melhora da qualidade de vida, e ainda o risco eminente de morte, já que as reservas fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento são reduzidas (SAMPAIO, 2010; GOMES; SILVA, 2008) .

Salienta-se que para a escolha da modalidade dialítica do idoso, deve ser levada em consideração a opção do paciente, indicações, modificações do próprio processo de envelhecimento, opinião familiar, circunstâncias clínicas e psicossociais (FRANCO; LIMA, 2008).

Em uma publicação recente sobre o tratamento dialítico nos pacientes idosos, compreende-se que ainda não há um consenso sobre qual a melhor opção dialítica para esse grupo específico, uma vez que as taxas de sobrevida de diálise peritoneal e hemodiálise são análogas (FRANCO; FERNANDES, 2013).

2.4 INTERCORRÊNCIAS OCORRIDAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As intercorrências que podem ocorrer no processo terapêutico em consequência do uso prolongado das sessões de hemodiálise são as doenças musculoesqueléticas, anemia, disfunção sexual, uso de poli fármacos e os óbitos (FERMI, 2010).

A osteodistrofia renal é a mais grave complicação que acomete os pacientes em tratamento dialítico, comum nos idosos em diálise e por vezes confundida com alterações próprias do envelhecimento. Ela decorre das alterações homeostáticas minerais reguladas pelo sistema renal. A hipocalcemia e níveis reduzidos do calcitriol, associado à hiperfosfatemia resulta no hiperparatireoidismo secundário. Nos achados clínicos pode citar: dores ósseas difusas e progressivas; desconforto articular; calcificações vasculares, na pele e em tecidos moles, promovendo prurido (LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010).

Empós 10 anos de diálise, algumas manifestações clínicas e radiológicas tornam-se mais prevalentes e o tratamento é feito através da reposição da vitamina D, do cálcio e controle do nível sérico de fósforo e em alguns casos a exérese das glândulas paratireoideanas (LUCCA; FREITAS, 2008).

O controle do cálcio e fósforo acontece durante as sessões de hemodiálise e a enfermagem é responsável pela avaliação e ajuste desses níveis através da máquina, bem como pela administração da vitamina D (LUCCA; FREITAS, 2008).

Dentre as complicações, a anemia é uma das mais frequentes encontradas na população idosa e está relacionada à diminuição da hemoglobina, geralmente devido à ausência de elementos nutricionais essenciais como o ferro (BRASIL, 2010e).

Além das percas naturais do ferro e das percas pelo método dialítico, o paciente hemodialítico idoso tem a produção de eritropoietina comprometida, visto que a produção

deste hormônio acontece no sistema renal e ele é o responsável a estimular a medula óssea na eritropoese (BRASIL, 2010b).

No tocante as disfunções sexuais nos idosos com a IRC podem ocorrer em ambos os sexos e são decorrentes das morbidades associadas à mesma ou ainda do próprio uso de medicações, como os anti-hipertensivos. A libido e a potência sexual são atenuadas no idoso com IRC e a sexualidade será ainda mais prejudicada com a presença da hepatite B, C ou HIV. O sentimento de ter uma doença incurável e contagiosa, aliada ao estigma social, interfere no comportamento afetivo-sexual (CARVALHO et al., 2013).

A sobrevivência dos idosos com IRC e ainda infectados pelo VHC que utilizam da TRS é reduzida consideravelmente quando comparados aos idosos sem a presença das infecções, todavia, estudos ainda não conseguem comprovar essa relação (LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010). Dentre os procedimentos técnico-científicos, compete à enfermagem orientar, apoiar, acolher o idoso e seus familiares para contornar as dificuldades do enfrentamento da finitude humana (BELLATO et al., 2007).

Os idosos em diálise são mais susceptíveis aos efeitos adversos e colaterais dos medicamentos, visto que a presença da falência renal, do envelhecimento fisiológico hepático e do próprio uso da diálise, altera o metabolismo das drogas. O uso de poli fármacos por estes idosos aumenta o risco de interações medicamentosas e dos óbitos. Assim, além da monitorização, a enfermagem deve instruir o paciente e familiares/cuidadores quanto à condução do tratamento terapêutico farmacológico no domicílio (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009).

2.5 RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE E ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A terapia renal substitutiva realizada nos serviços de diálise tem como objetivo a melhora do quadro clínico, qualidade de vida dos pacientes, resgate do bem-estar físico, da capacidade cognitiva, além de mantê-los inseridos no contexto social (ORLANDI, 2008).

O regulamento técnico para funcionamento dos serviços de diálise está descrito na RDC Nº. 154, de 15 de junho de 2004. Estes serviços devem estar capacitados para oferecer, no mínimo, a modalidade de hemodiálise, devendo ter no máximo 200 pacientes, respeitando o limite do número máximo de um paciente por equipamento instalado por turno. O funcionamento da modalidade de hemodiálise poderá ser em até três turnos, com intervalo mínimo de uma hora entre as sessões (BRASIL, 2004a).

No tocante aos recursos humanos, o funcionamento do serviço de hemodiálise, fica sob reponsabilidade de uma equipe multidisciplinar, composta de no mínimo dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, um nutricionista, auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo como número de pacientes, auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso e um funcionário exclusivo para o serviço de limpeza (FALCÃO, 2010).

Em cada turno, o serviço deve dispor de um médico nefrologista com o título de especialista registrado no Conselho Federal de Medicina e um enfermeiro com treinamento em diálise reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia para cada 35 pacientes e um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada quatro pacientes, cabendo a estes profissionais, a permanência no ambiente de realização da diálise durante o período de duração do turno (ARAÚJO; SANTO, 2012).

A enfermagem, como constituinte da equipe multiprofissional de assistência em nefrologia, desenvolve atividades de educação em saúde relativas ao autocuidado, com o objetivo de conduzir os pacientes à sua independência em questões de saúde. Entretanto, para facilitar o entendimento, adesão e cooperação no tratamento é necessária uma abordagem ao cliente com uma linguagem acessível, incentivando-o na elaboração de estratégias adaptativas para as mudanças sobrevindas com a doença e para que o mesmo possa alcançar o bem-estar (RAMOS et al., 2007).

Neste cenário, incumbem a esses profissionais à avaliação de enfermagem dos pacientes, orientações, desenvolvimento de procedimentos técnicos especializados e manuseio das máquinas de hemodiálise, procurando sempre ofertar os cuidados de forma integral (FUJII, 2009).

A integralidade da atenção, um dos princípios doutrinários do SUS descrita na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 compreende um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, representando acima de tudo um comprometimento com a vida do usuário em todos os níveis de complexidade do sistema. Sendo assim, os profissionais que atuam nos serviços de saúde vinculados ao SUS, como as clínicas de terapia renal substitutiva, devem exercer suas atividades a partir dos princípios estabelecidos por esta lei (AGUIAR, 2011; FIJII, 2009).

O cuidado de enfermagem perpassa por todas as etapas da permanência do idoso no serviço de diálise. A priori, quando ele chega ao serviço, realiza-se uma avaliação com a verificação do peso, sinais vitais, sintomatologia apresentada desde a última diálise e seu estado geral. De tal modo, é observado a fim de prevenir, identificar e tratar efeitos adversos e

complicações que venham a surgir após iniciada a diálise (ARAÚJO; SANTO, 2012; OLIVEIRA et al., 2008). Após iniciada a diálise, a anticoagulação, ajuste das máquinas (temperatura, sódio, potássio, fluxo dialisado), comodidade do paciente, intercorrências, dúvidas dos pacientes e solicitação do médico quando necessário; são atribuições destes profissionais (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

Embora o cuidado seja metodológico, os idosos submetidos à hemodiálise são susceptíveis a alterações hemodinâmicas que podem levar ao surgimento de diversas complicações: hipotensão arterial, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, prurido, distúrbios eletrolíticos, dor torácica e lombar, febre e calafrios, edema agudo de pulmão, entre outros (ARAÚJO; SANTO, 2012).

O importante é que a equipe de enfermagem perceba, registre e comunique tais alterações aos demais profissionais, para que juntos possam desenvolver cuidados direcionados a esse idoso.

Acrescentam-se como outros cuidados de enfermagem, a verificação dos sinais vitais e peso antes e após a sessão de hemodiálise, bem como a hemostasia no local da punção venosa. Para tanto, a equipe realiza administração de medicações no intuito de garantir a funcionalidade homeostática como o eritropoietina humana (EPREX) e o noripurum (hidróxido de ferro) (FALCÃO, 2010).

No paciente idoso, além destes cuidados, a presença de comorbidades, como as doenças infectocontagiosas, acompanhadas da debilidade natural do processo senil necessitará de uma atenção especial, contudo, os serviços e profissionais inseridos nesta atenção secundária da saúde não estão organizados a essa nova realidade.

Outro cuidado que deve estar atento, é no acondicionamento e reuso dos capilares e linhas arteriovenosas. Para os pacientes com hepatite, estes instrumentos de diálise podem ser reutilizados, todavia, devem ser guardados separadamente dos demais pacientes. O mesmo não ocorre com os portadores de HIV, que a cada sessão terão seus capilares e linhas desprezados (BRASIL, 2004a).

Os pacientes soropositivos não necessitam ser isolados dos demais pacientes em diálise, entretanto, recomenda-se que as máquinas e funcionários sejam de uso exclusivo dos mesmos, com ressalva para aqueles que apresentem infecções oportunistas que devem ter seu tratamento isoladamente. Já os pacientes com as hepatites devem realizar a diálise em outro ambiente, visto o alto índice de infecção. Ademais, as normas de biossegurança devem ser rigorosamente executadas (BRASIL, 2004a).

Contudo, os centros de diálise adotam normas e regulamentos internos para garantir ao máximo a segurança dos pacientes e funcionários. E os profissionais deverão cumprir tais normas para assegurar o tratamento de forma eficaz e com qualidade.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi de natureza descritiva simples, documental, retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa, que abordou através dos prontuários e registros de enfermagem as intercorrências, modalidades terapêuticas e cuidados de enfermagem ao idoso com IRC.

No estudo de natureza descritiva, os eventos ocorridos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, com o objetivo de descrever os fatos (RODRIGUES, 2007).

A pesquisa documental utiliza-se de documentos, fontes primárias para análise, organização e interpretação dos dados, podendo ser realizadas depois dos fatos acontecidos (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Quanto ao desenvolvimento no tempo, o estudo retrospectivo com a análise documental é conduzido a partir do momento presente para explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar até um determinado ponto do passado (FONTELLES et al., 2009).

O estudo exploratório possui um planejamento flexível no qual proporciona ao pesquisador mais informações sobre o assunto pesquisado, possibilita sua definição e seu delineamento, delimita o tema da pesquisa, fixa os objetivos, formula hipóteses ou descobre um novo tipo de enfoque para o assunto (PROVADONE; FREITAS, 2013).

A abordagem quantitativa demonstra precisão e confiabilidade, é indicada para o planejamento de ações coletivas; através de técnicas estatísticas, dados numéricos são analisados, interpretados e classificados. Passíveis de generalização quando a amostra pesquisada representa dados fidedignos da população na qual fora retirada (FONTELLES et al., 2009).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Clínica de Doenças Renais de Barbalha (CLINIRIM) localizada na Av. Paulo Maurício, S/N, Centro, Barbalha - CE, em anexo ao Hospital Maternidade Santo Antônio (HMSA). Ela é referência para cidades de vários estados

circunvizinhos. É conveniada ao SUS, porém também atende pacientes com outros convênios de saúde.

No tocante a infraestrutura, ela possui seis salas de tratamento hemodialítico e 45 máquinas de hemodiálise. Uma sala para as pessoas com diagnóstico de hepatite B ou C, acolhendo dois pacientes por sessão; outra sala com a mesma infraestrutura para aquelas com HIV, uma sala para urgências e outra sala ampla dividida em três ambientes, para o público geral. Seu funcionamento dar-se de segundas-feiras aos sábados em dois turnos diários. Atende 180 pacientes atualmente.

A escolha desta clínica deve-se ao fato dela estar localizada em um centro de referência em saúde; seu público abranger diversas cidades e Estados; ter um considerável número de pacientes; e acesso da pesquisadora.

A cidade de Barbalha é o terceiro centro de Saúde do Ceará, atrás apenas de Fortaleza e Sobral. Localiza-se na mesorregião do sul cearense aos pés da Chapada do Araripe e juntamente com Juazeiro do Norte e Crato, formam a Região Metropolitana do Cariri - Ceará. Sua população é de 55.323 habitantes e ocupa a 7ª colocação, no Estado em termos de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) geral, a 9ª posição em se tratando de IDH-Educação e a 4ª em IDH-Longevidade. A cidade oferece 500 leitos hospitalares distribuídos pelos três hospitais, referencia 65 municípios de quatro Estados do Nordeste; oferece serviços especializados de oncologia, neurologia, cardiologia, traumatologia, radiologia, nefrologia e outros. O número de médicos para cada 1000 habitantes é de 5,87, mais que o dobro do número encontrado para o Estado do Ceará (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; BRASIL, 2013b).



Figura 1- Mapa de localização de Barbalha – Ceará.
Fonte: (Google imagens, 2013).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 314 idosos com IRC que realizaram hemodiálise no período compreendido entre Janeiro de 2008 a janeiro de 2014. A amostra foi de 78 idosos selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: terem permanecido no tratamento hemodiálise da referida clínica por no mínimo de dois meses; terem ou não o diagnóstico de doenças infectocontagiosas. Foram excluídos 12 idosos transplantados e 224 óbitos, por os prontuários não estarem disponíveis para a coleta de dados, tendo em vista que estavam armazenados em outro local.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2014, utilizando-se do roteiro (APÊNDICE A) anteriormente formulado, para facilitar a coleta, organização e análise desses dados nos prontuários. Neste, foram levantadas as variáveis:

- I. **Perfil sociodemográfico do idoso:** Idade; Sexo; Estado civil; Procedência; Profissão.
- II. **Perfil clínico:** Diagnóstico; Início do tratamento.
- III. **Idosos com DRC e doenças infectocontagiosas:** Hepatite B, hepatite C e HIV/Aids.
- IV. **Modalidades terapêuticas:** Tipo de tratamento; Tipo de cateter; Tipo da 1ª Diálise da Vida.
- V. **Intercorrências:** Deformações ósseas; Anemia; Uso de poli fármacos.
- VI. **Cuidados de enfermagem:** Verificação do peso; Verificação dos sinais vitais; Vacinação anti-HBV; Administração de Eprex; Administração de Noripurum; Bolsas de hemocomponentes.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foi solicitado um ofício da coordenação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) à CLINIRIM, o qual permitiu a realização da pesquisa assinando um termo de autorização (ANEXO B), após a leitura dos objetivos propostos. O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria (FSM) para avaliação. Com a

resposta do parecer favorável para realização da pesquisa, a coleta dos dados ocorreu através da análise dos prontuários dos pacientes selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão. A análise documental ocorreu após a aceitação do Responsável Técnico da clínica, mediante assinatura do Termo de Consentimento de uso de Banco de Dados (ANEXO A).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A priori os dados foram organizados a partir do programa Microsoft Office Excel 2010, posteriormente distribuídos através de gráficos e tabelas; e, foram analisados conforme outros estudos realizados na área e com a literatura pertinente.

A análise quantitativa foi de encontro ao objetivo do estudo já que se utilizou de amostras relevantes com informações numéricas para obtenção de informações que caracterizam um determinado grupo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAS DA PESQUISA

Desenvolver pesquisas que envolvem o ser humano direto ou indiretamente faz-se necessário conhecer e seguir os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Tal resolução proporciona respaldo ético para que as pesquisas possam ser realizadas, sem que as mesmas intervenham na integridade humana em todos os seus aspectos (BRASIL, 2012b).

Para o acesso aos prontuários e a realização da coleta dos dados na Clínica de Hemodiálise de Barbalha, foi preparado um Termo de Consentimento de uso de Banco de Dados que esclareceu e resguardou os sujeitos da pesquisa e o pesquisador de forma ética e moral. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segue nos anexos. Salienta-se que não houve danos aos prontuários ou a outrem.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS COM IRC

Diante da problemática da IRC e levando em consideração que as variantes sociais caracterizam determinados grupos, buscou-se, a seguir, descrever o perfil social e demográfico dos idosos com doença renal crônica.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo idade, sexo e estado civil.

Variáveis	Nº	%
Idade		
50	01	1
60 - 65	23	30
66>	54	69
Sexo		
Masculino	57	73
Feminino	21	27
Estado civil		
Casado	53	68
Solteiro	04	5
Viúvo	07	9
Divorciado	03	3
S/inf	11	14
Total	78	100

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: S/inf: Sem informação

Os prontuários de 78 pacientes idosos com IRC que estavam em tratamento de diálise na clínica que subsidiou a pesquisa, evidenciou um (1%) idoso com 50 anos, 23 (30%) na faixa etária de 60 a 65 anos e 54 (69%) acima de 65 anos de idade. Destes, 21 (27%) do sexo feminino e 57 (73%) do sexo masculino. Diante do resultado, observou que quanto maior idade, maior foi a chance de esses idosos apresentarem IRC e o sexo masculino foi o mais prevalente.

Os resultados encontrados segundo a faixa etária acordam a um estudo de Zombonato, Thomé e Gonçalves (2008) onde apresentam a idade avançada como um fator de risco para o acometimento da IRC e o sexo masculino como o mais susceptível, devendo-se esse aumento da incidência em grupo de maior faixa etária à ocorrência da melhor aceitação da terapia renal substitutiva, tratamentos mais eficazes para as doenças cardiovasculares e doença renal. O acometimento acentuado ao sexo masculino pode ser justificado pelo controle

inadequado da HAS, pelo dano aos órgãos alvo e por fisiologicamente serem mais propensos às doenças renais.

Os resultados encontrados nesse estudo também se assemelham aos de Santos, Lucena e Vale (2010), pois em sua pesquisa, apresentaram 57,3% dos idosos do sexo masculino e acrescentaram este como fator de risco para a doença renal.

Quanto ao estado civil dos idosos; 53 (68%) eram casados, quatro (5%) solteiros, sete (9%) viúvos, três (3%) divorciados e 11 (14%) não apresentavam informações quanto a esta variável. A maioria dos idosos apresentar-se casados pode estar relacionada ao fato de serem indivíduos que já passaram pela fase de construção familiar.

Segundo Orlandi (2008), 67% dos idosos em seu estudo possuíam um parceiro corroborando com este, onde apresentou o maior índice de idosos matrimoniados. Ainda, segundo Santos, Lucena e Vale (2010), a existência de um apoio familiar é algo positivo para o tratamento, tendo em vista que a IRC compromete a autonomia e independência do idoso.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo a profissão e procedência.

Variáveis	Nº	%
Profissão		
Aposentado	63	81
S/inf	15	19
Procedência		
< 50 Km	45	58
50> Km	33	42
Total	78	100

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: S/inf; sem informação.

Com relação à profissão, a Tabela 02 mostra que 63(81%) eram aposentados; 15 (19%) não havia informação quanto a este quesito. O presente resultado é esperado tendo em vista que os participantes do estudo são considerados pelo Ministério da Previdência Social (MPAS) como pessoas idosas, já que este assegura que a idade da aposentadoria varia entre 60 e 65 anos para os trabalhadores urbanos e de 55 a 60 para os trabalhadores rurais; ou ainda, o benefício da aposentadoria é assegurado também às pessoas consideradas incapacitadas de desenvolver suas atividades funcionais, devido uma doença ou acidente (BRASIL, 2014).

Na pesquisa de Kusumota (2008), 67,7% eram aposentados, sendo esta condição relacionada à incapacidade ou comprometimento físico ocasionando afastamentos e aposentadorias em decorrência da cronicidade da doença.

A DRC além de não apresentar expectativa de cura, seu tratamento demanda boa parte do tempo diário do indivíduo, o que dificulta a permanência do mesmo no trabalho. Vale

ressaltar, que a condição fisiológica encontrar-se-á cada vez mais diminuída, tanto pela senescência, senilidade, como também pelo tratamento.

Em relação à procedência dos idosos, observou-se uma grande quantidade de cidades, totalizando 20 cidades que mantêm a CLINIRIM, como referência para seus habitantes realizarem o tratamento dialítico. As cidades foram classificadas em relação à sua distância quilométrica da cidade de Barbalha; 45 (58%) idosos residiam a menos de 50 Km e 33 (42%) acima de 50Km.

Estes resultados podem estar relacionados à distribuição demográfica que a região do Cariri apresenta, sendo segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 426.690 mil habitantes a soma das cidades de Crato, Juazeiro e Barbalha, tendo uma maior concentração de habitantes quando relacionada às demais cidades que ultrapassam a distância de 50 Km de Barbalha (IBGE, 2011). A distância pode ser considerada como ponto negativo, visto que dificulta o acesso ao tratamento dialítico e compromete a qualidade de vida dos idosos.

4.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS COM IRC

As condutas e decisões para o tratamento do idoso com insuficiência renal dar-se-á a partir da descrição das etiologias e morbidades associadas, bem como do tempo de tratamento que o idoso se encontra.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo o diagnóstico e tempo de tratamento.

Variáveis	Nº	%
Diagnóstico		
Doença Renal Policística	02	3
Nefropatia Diabética	02	3
Nefropatia Hipertensiva	30	38
DIA e HAS	21	27
Câncer Prostático	04	5
Outras causas	19	24
Tempo de tratamento		
< 1 ano	12	16
1 -5 anos	43	55
6 -10 anos	16	21
11 <	06	8
Total	78	100

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: DIA: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

A tabela 3 descreve os principais diagnósticos médicos encontrados no idoso com DRC e o tempo de tratamento. Dentre os achados diagnósticos, a Nefropatia Hipertensiva é a

causa mais comumente encontrada entre os idosos, 30 (38%), em seguida, tem-se o *Diabetes Mellitus* associado à Hipertensão Arterial Sistêmica, com 21 (27%) idosos. Observa-se que estas são as principais doenças crônicas geralmente associadas à DRC. Ainda, é importante destacar, que 19 idosos apresentaram IRC sem uma causa determinada, fato que requereu atenção dos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado desses idosos.

Leão, Pace e Chebli (2010) apresentam a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus como os principais diagnósticos da insuficiência renal, corroborando aos resultados apresentados pelo Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011 (SESSO, 2011). Segundo Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008) podem estar relacionados à ineficácia do sistema de saúde quanto à facilidade do acesso e controle da HAS e DM.

Quanto ao tempo de tratamento, 43 (55%), ou seja, quase metade dos idosos, estava de um a cinco anos, o que requereu desgaste físico, emocional, financeiro e social do idoso e de sua família, além de ter necessitado de vários cuidados da equipe multiprofissional.

Tais dados também foram encontrados de forma semelhante no estudo de Madeiro et al. (2010) onde 55% dos pacientes também faziam tratamento com essa faixa de tempo e isto pode estar relacionado à crescente incidência dos últimos anos dos idosos nas terapias renais.

No presente estudo, houve um considerável número de idosos que estavam em modalidades terapêuticas em um recorte temporal compreendido entre seis a 10 anos, o que pode ser associado ao fato do avanço da ciência e suas tecnologias.

4.3 SOROLOGIA E IMUNIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DRC E DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

O gráfico 1 apresenta a sorologia para os vírus da hepatite B, C e HIV em idosos com doenças renais e infectocontagiosas que utilizaram da diálise para o tratamento da DRC.

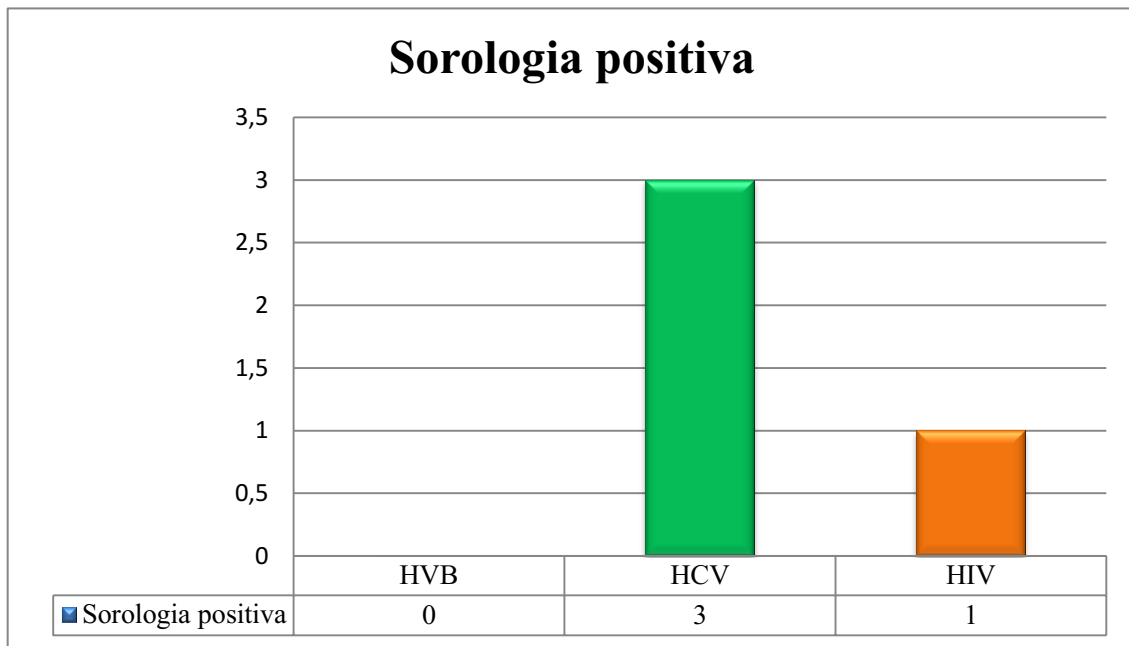


Gráfico 1- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo a sorologia para o HVB, HCV e HIV.

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

No tocante a sorologia dos idosos quanto a presença da hepatite B, C e HIV; 3 (3,8%) idosos apresentaram soro positividade para hepatite C, 1 (1,2%) para Aids e quanto o vírus da hepatite B não foi encontrado idosos soropositivos.

Diante destes resultados, observa-se que as medidas profiláticas como a vacinação e cuidados técnicos pelos profissionais em relação ao vírus da hepatite B, vem acontecendo de forma adequada, tendo em vista que nos últimos anos não houve a ocorrência de idoso contaminado por este vírus.

Contudo, faz-se necessário a educação em saúde permanente que envolva os profissionais, o idoso e a família, pois a adesão às medidas de prevenção é o caminho principal para que os utentes do serviço de diálise não adquiram alguma das doenças infectocontagiosas citadas acima.

Embora o número observado de idosos infectados seja reduzido, considera-se que este estudo vai de encontro ao de Corrêa et al. (2011) onde existia uma prevalência do número de infectados pelo HVC sobre o HVB em pacientes em terapia renal substitutiva, substanciando os resultados encontrados nesta clínica de diálise.

O gráfico 2 apresenta o número de idosos com doenças renais que realizaram diálise, os quais foram imunizados e não imunizados contra a hepatite B.

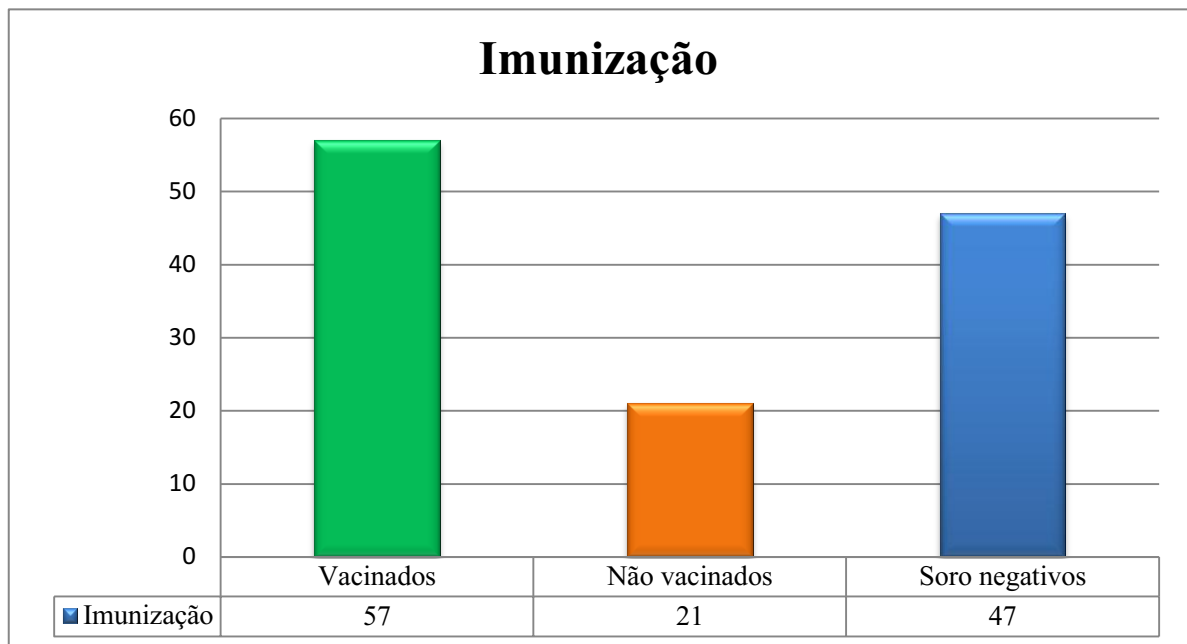


Gráfico 2- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo a imunização contra a hepatite B.

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: S/inf: Sem informação

Tendo em vista a fragilidade do sistema imunológico do idoso e da probabilidade de adquirirem a hepatite B, o gráfico 1 aponta que 57 (73%) idosos receberam alguma das quatro doses e 21 (27%) idosos não receberam a vacina contra a hepatite B e 47 (60%) eram soro negativos em relação a hepatite b.

O número de idosos que não foram vacinados ou que foram vacinados e não adquiriram a imunização, é elevada, sendo sujeitos susceptíveis a contaminação, tendo em vista que rotineiramente estão inseridos em um ambiente propício a ocorrer essa transmissão.

Com esse resultado, observa-se que é importante os idosos serem vacinados contra a hepatite b e orientados a uso de preservativo, se caso forem ter atividade sexual de risco. Para tanto, é necessário que os profissionais da atenção primária e secundária realizem em parceria essas ações preventivas, fortalecendo pactuações entre os níveis da atenção à saúde e utilizando-se da referência e contra referência para garantir um acompanhamento do idoso não só no aspecto da doença renal e/ou infectocontagiosa.

4.4 MODALIDADES TERAPÊUTICAS

As modalidades terapêuticas e os acessos vasculares para o tratamento da IRC foram descritos no intuito de demonstrar a frequência da utilização, bem como para contribuir com o direcionar da atenção e cuidados de enfermagem aos idosos.

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo o as modalidades terapêuticas e tipos de acesso vascular.

Variáveis	Nº	%
Modalidades Terapêuticas		
Hemodiálise	73	93
DPI	02	3
CAPD	02	3
TCM	01	1
Total	78	100
Tipo de Acesso		
Fístula Arteriovenosa	50	68
Cateter de curta permanência	10	14
Cateter de longa permanência	02	3
Prótese	02	3
S/inf	09	12
Total	77	100

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: DPI: Diálise Peritoneal Intermitente; CAPD, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua; TCM, Tratamento Conservador Máximo.

Como mostra a tabela 4, 73 (93%) idosos realizavam a hemodiálise; dois (3%) idosos a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI); dois (3%) idosos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) e apenas um (1%) o Tratamento Conservador Máximo (TCM) como tratamento para a IRC.

De acordo com os dados encontrados, a hemodiálise foi a TRS prevalente e apesar da capacidade que a clínica possui de ofertar outras modalidades citadas na tabela 4, percebe-se a existência de uma subutilização, podendo estar atrelado ao despreparo profissional na condução em referenciar o idoso a iniciar o tratamento a partir de outras terapias; a objeção de adequar esse idoso a terapia mais utilizada pelo serviço; ou ainda, pela dificuldade de trabalhar a educação em saúde continuada que essas outras modalidades requerem, tanto para o usuário como o cuidador/família;

Acrescenta-se também, como um fator para esta subutilização, pode estar relacionado ao tempo de duração da DPI e CAPD que é maior do que o da hemodiálise, bem como por possuir menor eficácia na remoção dos produtos do metabolismo em relação a hemodiálise que possui o capilar altamente seletivo (TRAJANO; MARQUES, 2005; FERMI, 2010)

Corroborando a este estudo, Franco e Fernandes (2013), evidencia a subutilização da diálise peritoneal e relaciona-a a custos financeiros e culturais; bem como refere que ainda não há um consenso sobre qual a melhor modalidade para o idoso. Já o achado para o TCM, pode estar relacionado pela subnotificação da IRC em seus estágios iniciais quando é possível preservar a função renal ainda existente e intervir de maneira menos invasiva.

Quanto ao tipo de acesso, 50 (68%) idosos faziam uso da FAV; 10 (14%) utilizavam o cateter de curta permanência; dois (3%) o cateter de longa permanência; dois (3%) prótese; e nove (12%) não constavam esta informação.

Nota-se que o tipo de acesso mais encontrado foi a FAV em 50 (68%) idosos, resultado esperado tendo em vista a grande quantidade de pacientes em uso da hemodiálise, (65%), bem como o tempo que já realizavam este tratamento, sendo os dados prevalentes há mais de um ano, e por este acesso ser o de maior durabilidade e adequação as condições clínicas apresentadas por um idoso com IRC. Ainda, os cateteres de subclávia e femoral são temporários e só devem permanecer no paciente até o amadurecimento da fístula.

Corroborando com Ribeiro et al. (2009), que evidenciaram a FAV como o acesso vascular de escolha para pacientes em diálise e Maniva e Freitas (2010), que consideram o bom fluxo, um maior tempo de utilização e poucas intercorrências para o paciente como fatores para escolha o maior uso deste acesso vascular.

Em outro estudo de Ribeiro et al. (2008), evidenciaram que 70,5% dos pacientes em hemodiálise, possuem a FAV devido a eficácia e durabilidade deste tipo de acesso.

O gráfico 3 apresenta o tipo da 1^o diálise da vida dos idosos.

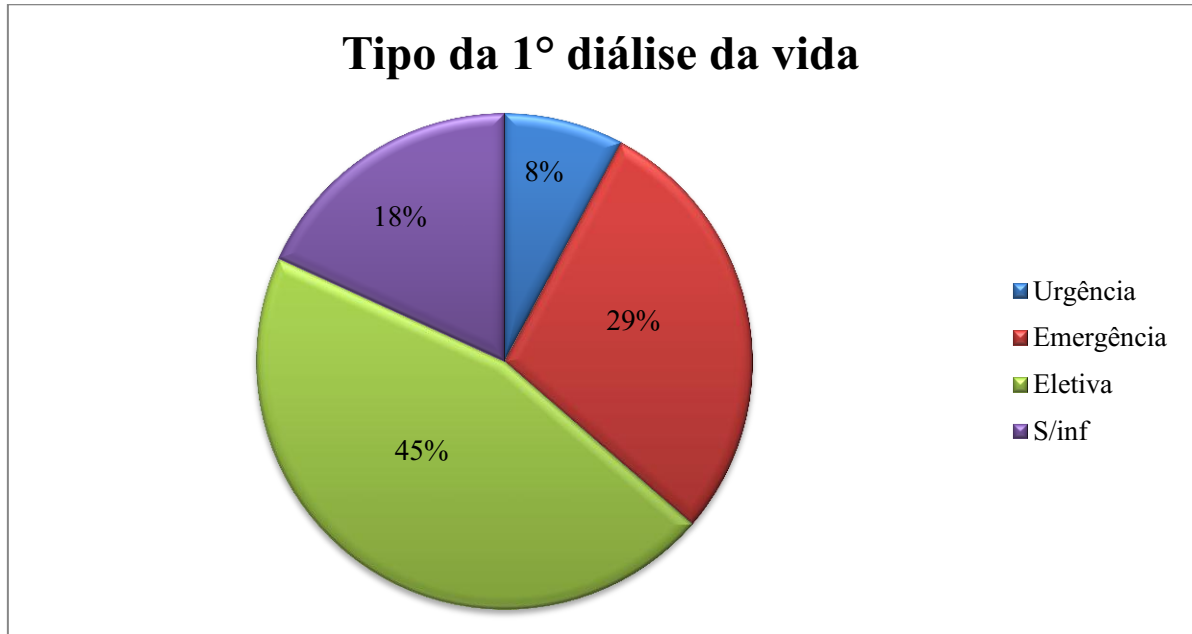


Gráfico 3- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo o tipo da 1^o diálise da vida.

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Observa-se no gráfico 2, os tipos da primeira diálise da vida dos idosos, sendo encontrados 35(45%) eletivas; 22(29%) emergenciais, seis (8%) urgências e 14(18%) sem informações quanto a esta condição.

Nota-se que a maioria 35(45%) foi de forma eletiva, retomando a uma condição de que possivelmente o idoso já advinha de tratamentos e acompanhamento da função renal. Contudo, ressalta-se ainda, o número de emergências e urgências elevadas, tendo em vista que a perda da função renal é progressiva, e adentrar a um tratamento rigoroso como este, é conflitante para a vida do idoso.

Este estudo diverge dos achados de Rocha et al. (2010) em que 64% dos pacientes avaliados iniciou TRS de forma emergencial. Entretanto, essa característica pode estar relacionada à idade desses pacientes que no estudo não foram apresentadas, bem como a reduzida amostra que compoñha o estudo.

4.5 INTERCORRÊNCIAS

As intercorrências acarretam ônus para a vida do idoso por os submeterem a altos níveis de estresse fisiológicos e que associado às morbidades, dificulta o reestabelecimento da saúde, além de comprometer a vida do idoso.

O controle dos níveis do hormônio paratireoideano (PTH) é um cuidado permanente, pois a IRC leva a hipersecreção do PTH pelas glândulas paratireoideanas, culminando com um descontrole dos níveis sanguíneos de cálcio, fósforo e vitamina D, devido a desmineralização óssea que ele induz (FERMI, 2010).

A tabela a seguir descreve as principais intercorrências acometidas pelos idosos no curso do tratamento da DRC em uso das TRS.

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo o nível de PTH e quantidade de bolsas de sangue utilizadas.

Variáveis	Nº	%
Deformações ósseas		
PTH < 300 mp/ml	49	63
PTH > 300 mp/ml	29	37
Anemia		
1-5 bolsas de sangue	37	47
6 < bolsas de sangue	15	19
S/INF	26	34
Total	78	100

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

Nota: PTH: Hormônio Paratireoideano; mp/ml: moléculas pesadas/minuto.

No tocante as deformidades ósseas apresentadas pelos idosos que se utilizaram da diálise, a tabela 5 mostra que 49 (63%) dos idosos apresentavam o PTH abaixo de 300mp/ml, sendo considerados clinicamente sem a presença ou o possível surgimento de deformidades ósseas; e 29 (37%) dos idosos estavam com níveis de PTH acima de 300mp/ml, indicando a presença de deformidades ósseas ou um fator desencadeador dessas anomalias.

Assemelhando-se este estudo, com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em que 30,6% dos pacientes em programa crônico de diálise apresentavam níveis de PTH acima de 300pm/ml (SESSO et al., 2011).

De-Paula (2009) relata em seu estudo que ainda não é possível definir as concentrações absolutas em que o PTH irá atuar diante das distrofias ósseas ocasionadas pela IRC. Contudo, Moysés et al. (2010) relatam as variações do PTH de acordo com o grau da insuficiência: sendo orientado manter o PTH entre 35 e 70 pg/mL (estágio 3), 70 e 110 pg/mL (estágio 4) e 150 e 300 pg/mL (estágio 5).

A partir da análise, constatou-se que 37 (47%) dos idosos já haviam realizado transfusão de hemoconcentrados de uma a cinco bolsas ; 15 (19%) acima de seis transfusões desde o início do uso da TRS; e 26 (34%) não havia registros quanto a esta condição. A utilização da transfusão de hemoconcentrados é um meio que tenta compensar a anemia, a

perca de sangue para o capilar e circuito, bem como a ausência da eritropoietina endógena apresentada pelos idosos.

A partir da análise dos prontuários não foi possível identificar separadamente a quantidade de concentrados de plasma ou concentrados de hemácias que estes pacientes receberam por não constar nos registros tal descrição.

Sesso et al. (2011) mostram em seu estudo que a prevalência da anemia pode chegar a 39%, embora haja a utilização da eritropoietina e do ferro endovenoso, e esse percentual elevado vem sendo observado em países europeus, no Estados Unidos e Japão.

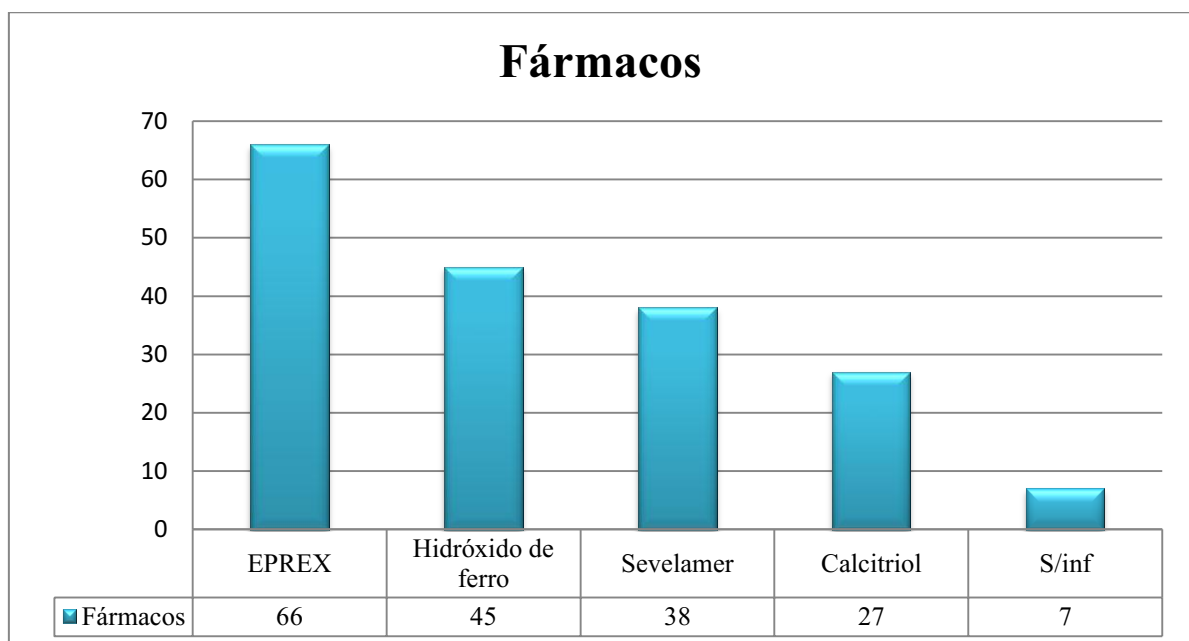


Gráfico 4- Distribuição dos idosos da Clínica de Doenças Renais de Barbalha segundo o uso de poli fármacos.
Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

O gráfico 4, descreve as principais medicações utilizadas no tratamento do idoso com IRC terminal, sendo estas: eritropoietina humana (EPREX) em 66 (85%) idosos; ferro endovenoso em 45 (58%) idosos; sevelamer em 38 (49%) idosos; calcitriol em 27 (35%) idosos; e sete (9%) idosos não apresentavam informação quanto ao uso de medicações.

O uso da eritropoietina humana em quase totalidade dos idosos associa-se ao fato do uso imprescindível deste medicamento para suprir a improdutividade renal deste hormônio que atua na hematopoese. Já os achados para as demais medicações apresentadas, era esperado, tendo em vista que são utilizadas com um auxílio no tratamento da DRC para ajudar a manter o equilíbrio homeostático.

Este estudo apresenta resultados semelhantes aos achados de Sesso et al. (2011), em que 80% dos pacientes em diálise faziam uso da eritropoietina, 53 % do ferro endovenoso, 37

% do sevelamer e difere quanto ao uso da medicação para o hiperparatireoidismo sendo o uso apenas em 1,4% dos pacientes, enquanto neste estudo 35% dos idosos faziam uso.

4.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A atuação da enfermagem deve ser descrita para facilitar a percepção da distribuição de suas ações, na medida em que ascende a uma nova perspectiva de importância destas ações.

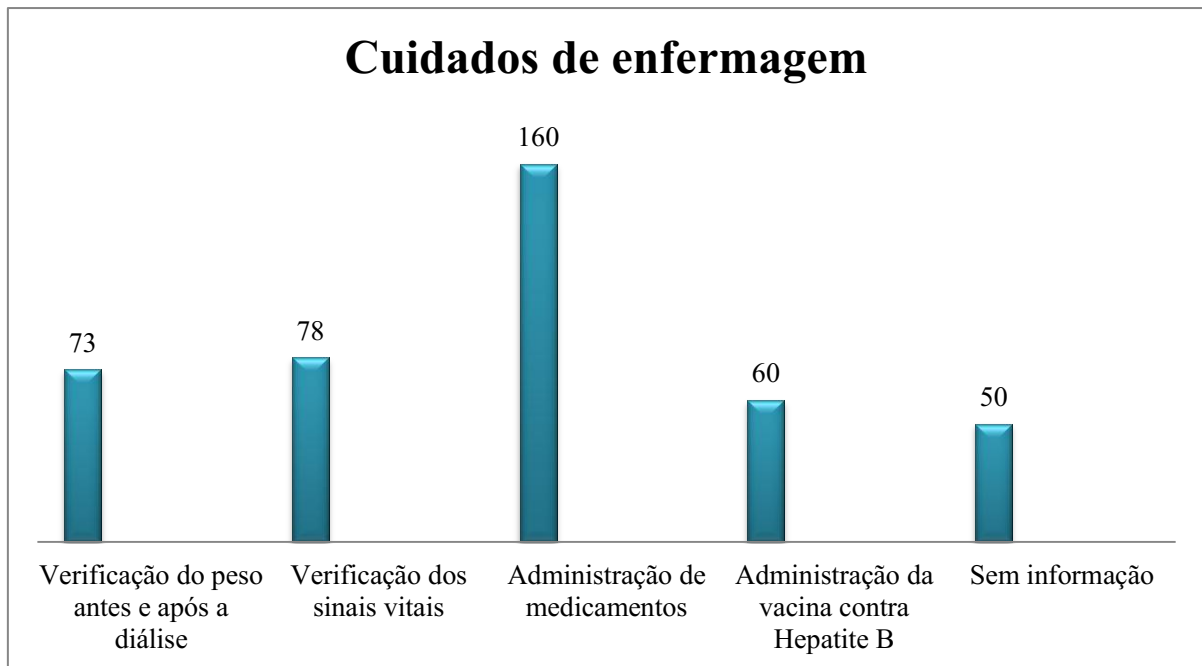


Gráfico 5- Distribuição dos idosos segundo a verificação do peso, sinais vitais, administração de medicamentos e vacinação.

Fonte: Clínica de Doenças Renais de Barbalha, 2014.

No tocante ao gráfico 5, as ações de enfermagem foram direcionadas quanto a: verificação do peso em 66 idosos; verificação dos sinais vitais (SSVV) em todos os idosos; 160 pessoas receberam administração de medicações; 60 administrações da vacina contra hepatite B; e 50 prontuários não apresentavam informações de algumas dessas ações abordadas.

Diante do exposto, dentre as ações que incumbem à enfermagem, depositadas nos prontuários analisados, percebe-se que nem todos os pacientes receberam os devidos cuidados; que segundo Santana, Fontenelle e Magalhães (2013) são de observação da sintomatologia apresentada desde a última diálise e seu estado geral, uso da terapia de anticoagulação, ajuste das máquinas (temperatura, sódio, potássio, fluxo do dialisado),

comodidade do paciente, intercorrências, dúvidas dos pacientes e solicitação do médico quando necessário.

Com esse fato, surge uma indagação que se refere ao registro e realização das ações, ou seja, será que os profissionais de enfermagem desenvolveram esses cuidados e não registraram?

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na resolução 429/2012, discorre sobre o registro das ações no prontuário de enfermagem inerentes ao processo de cuidar, bem como, ao gerenciamento dos processos de trabalho no intuito de assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. Desta forma, todos os dados relacionados ao paciente, que envolva a sua pessoa, a família e coletividade no processo saúde-doença, deverão ser registrados; os diagnósticos de enfermagem; as ações ou intervenções de enfermagem; e ainda, os resultados alcançados (KREMPEL, 2012).

É mister ressaltar, que durante o funcionamento da diálise, as intercorrências são céleres e esses cuidados são essenciais para evitar ou intervir brevemente na ocorrência de maiores transtornos ou danos ao idoso, bem como seu registro é importante para respaldar o cuidado realizado e é considerado com uma forma de comunicação entre a equipe.

Fermi (2010) afirma a importância dos cuidados de enfermagem para a prevenção, monitoramento e tratamento, tendo em vista que são os profissionais de maior contato com os pacientes em diálise.

Embora a referida clínica ofereça diálise a uma média diária de 90 pacientes, a distribuição em três turnos não acontece de forma igualitária, superlotando geralmente os dois primeiros turnos, visto que rotineiramente outras demandas deverão ser supridas, como no caso de urgências, emergências e diálise em pacientes restritos ao leito hospitalar. Desta forma, os cuidados de enfermagem oferecidos, são comprometidos pela sobrecarga de trabalho e responsabilidades que a enfermagem tem perante esses pacientes, demonstrando um sistema secundário fragilizado, que propõe um trabalho arraigado em técnicas sem observância da qualidade da assistência e humanização para o idoso.

O cuidado de enfermagem perpassa além dos protocolos e técnicas estabelecidos, indo de encontro à humanização com o acolhimento, a receptividade, a escuta, a amizade, a sensibilidade, possibilitando um apoio para que o idoso adquira resiliência e amenizando o medo, a dor, o desconforto e a sensação de incapacidade que o início do tratamento promovem.

Segundo Lenardt et al. (2009), no desenvolver das atividades de enfermagem na nefrologia há possibilidades da formação do vínculo com os pacientes, pois no ato de cuidar, estes profissionais irão ouvir desabaços, histórias de vida e particularidades, e conseqüentemente conhecer a cultura e contexto que esse idoso está inserido.

Para Santana, Fontenelle e Magalhães (2013), a assistência de enfermagem é imprescindível, compreendendo ações técnicas e científicas, e auxiliando o idoso na compreensão das modificações do seu estado de vida.

Embora esse cuidado aconteça, ele não pode ser evidenciado a partir dos prontuários do local do estudo, pois não havia registros de enfermagem quanto a esta subjetividade abordada.

Destarte, salienta-se a importância da aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento norteador para os cuidados prestados a estes idosos, que por sua vez teriam diagnósticos traçados não só pela sua doença de base e sim de uma forma mais específica e humanizada, respeitando seus aspectos de forma holística e voltados as suas reais necessidades para o bem estar na sua plenitude.

5. CONCLUSÃO

Diante do novo cenário do envelhecimento populacional e do perfil epidemiológico que se faz presente, as doenças renais assumem evidência em virtude da cronicidade e prejuízos para o sistema de saúde operante, bem como para a qualidade de vida do idoso acometido.

Calcado neste princípio de qualidade de vida do idoso com doença renal crônica, buscou-se no estudo, conhecer as modalidades de diálise oferecidas aos idosos, as intercorrências decorrentes do processo terapêutico, e ainda, a realidade dos cuidados de enfermagem prestados a este grupo especial de pessoas.

Ao volvermos os resultados encontrados, percebeu-se que 54 (69%) encontravam-se na faixa etária acima de 66 anos; 57 (73%) do sexo masculino; 53 (68%) casados; 63 (81%) aposentados; 45 (58%) residentes a menos de 50 km de Barbalha-Ceará; 30 (38%) que apresentavam nefropatia hipertensiva; 43 (55%) que realizavam tratamento de um a cinco anos; 47 (60%) que tinha sorologia negativa para hepatite B; 73 (93%) faziam hemodiálise; 50 (68%) tinham a FAV como acesso vascular; 35 (45%) realizaram a primeira diálise da vida de forma eletiva; 49 (63%) do PTH < 300mp/dl; 37 (47%) receberam entre uma a cinco transfusões sanguíneas; 66 (85%) faziam uso do EPREX; 45 (58%) do ferro endovenoso; 38 (49%) do Sevelamer; 27 (35%) do Calcitriol; 66 (85%) verificaram o peso antes e após diálise; 78 (100%) verificaram SSVV; 160 administrações de medicação; 60 administrações de vacinas.

Assim sendo, a modalidade terapêutica mais utilizada pelos idosos foi a hemodiálise; a principal intercorrência devido o tempo de tratamento foi a anemia, embora muitos meios foram utilizados para contornar esse desequilíbrio; e os cuidados de enfermagem registrados estavam voltados principalmente a procedimentos técnicos, o que não significa que outros cuidados não foram realizados.

Contudo, ressalta-se que estes resultados apresentados, são referentes a um público específico de sujeitos e em um serviço local para tratamento da IRC, portanto, não necessariamente esses achados serão encontrados em outros centros de diálise. Adicionalmente, por ser retrospectivo e documental, a qualidade dos dados é indissociável da qualidade dos registros em prontuários, que por sua vez, em alguns momentos as variáveis não apresentaram as informações e em outros não haviam nenhum registro referente a elas, como por exemplo a cor e a disfunção sexual comprometendo suas avaliações e correlações com os demais achados.

Desta forma, justifica-se a importância no registro das informações nos prontuários, pois possibilita o planejamento, a organização, controle e avaliação dos cuidados prestados; o acesso destas informações para todos os membros da equipe; o levantamento de dados para avaliação do serviço; e ainda, respalda legalmente os profissionais que prestaram ou não os cuidados necessários para o idoso.

Dentro das ações da enfermagem nefrológica, a gerontologia se insere a partir dessa necessidade de mudança de paradigma, do equilíbrio entre a técnica e o cuidado, da máquina e o ser humano, com objetivo de resgatar a subjetividade do idoso, promovendo bem estar físico, estimulando o autocuidado, atentando as modificações inerentes ao processo de envelhecimento, e ainda, auxiliando de forma mais precisa os diagnósticos e ofertando ao idoso não só um aumento na expectativa de vida e sim uma melhor qualidade desta vida.

Percebe-se ainda, a necessidade de investigação e conhecimento da realidade em que a enfermagem se insere; a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao idoso; e a importância das anotações dos procedimentos realizados para o gerenciamento do cuidar do idoso com doenças renais. Diante do exposto, essas são as sugestões para a clínica que subsidiou a pesquisa.

Destarte, diante dos resultados encontrados, este estudo instiga para que novas pesquisas sejam desenvolvidas sobre essa temática e em outros locais, tendo em vista a relevância para a divulgação desses resultados para a enfermagem, a saúde do idoso e alertar a sociedade.

Conclui-se que para os idosos é importante a educação em saúde que envolva a sua pessoa, a família e a equipe de saúde com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida e minimizar os riscos de complicação decorrentes as doenças renais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V. L. B.; BRITO, D. M. S.; GIMENIZ, M. T.; QUEIROZ, T. A.; TAVARES C. M. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**; v. 10, n. 4, p. 544-54, 2007.

ARAÚJO, A. C. S.; SANTO, E. E. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Ano 1 n.1 | jul- dez 2012. Disponível em: <http://www.grupouninter.com.br/web/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/137/72>. Acessado em: 12 de Nov. de 2013.

AGUIAR, N. Z. **SUS: Sistema único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM**. 3º ed. São Paulo: Manole, 2011.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**. v. 56, n. 2, p. 248-53, 2010.

BATISTA, N. N. L. A. L.; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G. M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Terezina-PI. **Rev. Enfermagem em foco**. v. 3, n. 1, p. 07-11, 2012.

BELLATO, R.; ARAÚJO, A. P.; FERREIRA, H. F.; RODRIGUES, P.F. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v. 20, n. 3, p. 255-63, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a03v20n3>. Acessado em: 25 de Nov. de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de orientações técnicas hepatites B e C. Centro de vigilância epidemiológica. **Rev. Junho de 2002**. São Paulo, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 154**. ANVISA: Brasília, 2004a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Laboratorios/Assuntos+de+Interesse/Legislacao/Resolucao+da+Diretoria+Colegiada+-+RDC>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013

_____. Ministério da Saúde. Informação de saúde. Indicadores de morbidade. **Incidência de hepatite C**. 2010a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/d0114.def>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Informação de saúde. Indicadores de morbidade. **Incidência de hepatite B**. 2010b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d0108.def>. Acessado em: 12 de Ago. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade. **Taxa de incidência da AIDS.** 2010c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d0201.def>. Acessado em: 25 de Nov. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro III.** Portaria SAS/MS nº 226, de 10 de maio de 2010e. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_anemia_irc_ferro_livro_2010.pdf. Acessado em: 15 de Nov. de 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acessado em: 24 de Fev. de 2014.

_____. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico. **HIV/ AIDS.** Brasília, 2012a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf. Acessado em: 21 de Nov. de 2013.

_____. Ministro de Estado da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Rede pública de saúde recebe mais recursos para serviços de nefrologia.** 2013a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/03/rede-publica-de-saude-recebe-mais-recursos-para-servicos-de-nefrologia>. Acessado e: 21 de Nov. de 2013.

_____. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013b. **Ranking - Ceará em 2010.** Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/ranking>. Acessado em: 01 de Dez. de 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. **Aposentadoria por invalidez.** Disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/381>. Acessado em 06 de Mar. de 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** v. 27, n. 1, p. 232-5, 2010.

CARVALHO, P. M. G.; ANCHIÊTA, L. S.; QUEIROZ, M. M.; ARAGÃO, A. O.; NICHATA, L. Y. I. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Interd.** v.6, n. 3, p. 81-88, jul.ago.set., 2013.

CORRÊA, R. G. C. F.; FONSECA, L. M. B.; SILVA, R. A.; PATRÍCIO, F. J. B.; LIMA, J. O.; SILVA, A. L. A. Características de portadores de hepatites b e c em tratamento hemodialítico e comorbidades associadas. **Rev Pesq Saúde**, v. 12, n. 3, p. 32-36, set-dez, 2011.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T.S. **Manual de diálise.** 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

DESTRA, A. S.; ANGELIERI, D. B.; BAKOWSKI E.; SASSI S. J. C. **Módulo 5: Risco Ocupacional e Medidas de Precauções e Isolamento**. Curso Infecção relacionada à Assistência à Saúde - IrAS - versão 1.0, 2004. São Paulo. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras/M%F3dulo%205%20-%20Risco%20Ocupacional%20e%20Medidas%20de%20Precau%20E7%20F5es%20e%20Isolamento.pdf>. Acessado em: 19 de Agos de 2013.

DE-PAULA, F. J. A. A insuficiência óssea na doença renal crônica: papel do paratormônio. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 53, p 9, 2009.

EIRA, M. **Alterações na função renal em pacientes HIV/AIDS tratados com esquemas terapêuticos incluindo indinavir**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em ciências. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-10052005-150439/pt-br.php>. Acessado em: 16 de Nov. de 2013.

FALCÃO, R. A. **Atribuições de enfermagem nas principais intercorrências durante a sessão de hemodiálise**. Monografia (graduação) – UFRGS, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28056/000768668.pdf?sequence=1>. Acessado em: 15 de Set. de 2013.

FERMI, M. R.V. **Diálise para enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4º ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2010.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Amazônia, 2009.

FUJII, C. D. C. **Desafios da integralidade no cuidado em hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários**. Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000731843&loc=2010&l=bb39b152ce532dcd>. Acessado em 10 Out. de 2013.

FRANCO M. R. G.; FERNANDES, N. M. S. **Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - revisão narrativa**. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a09.pdf>. Acessado em: 08 de maio de 2013

FRANCO, M. R. G.; LIMA, M. G. Diálise. In: CARVALHO, F. J. W., organizador. **Nefrologia em geriatria**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

FRIEDL, D. B.; APRILE, D. C. B.; FINO, L. C.; BARBOSA, D. A. BELASCO, A. G. S. Evolução da função renal de pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(Especial-Nefrologia):531-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/16.pdf>. Acessado em: 16 de Nov de 2013.

GOMES, S. F.; SILVA C. M. **Perfil dos idosos infectados pelo hiv/aids: uma revisão.** VITTALLE, Rio Grande, v. 20, n. 1, p. 107-122, 2008. Disponível em: <http://www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/954/398>. Acessado em: 17 de Nov. de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 01 de Dez. de 2013.

Insuficiência Renal. Disponível em: <http://www.unifesp.br/assoc/atx/dossie.htm#6>
Acessado em: 11 de Mar. de 2014.

KREMPEL, M. C. Resolução COFEN N° 429/2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acessado em: 08 de Abr. de 2014.

KUSUMOTA, L.; OLIVEIRA, M. P.; MARQUES, S. O idoso em diálise. **Acta Paul Enferm.** v. 22(especial-nefrologia), p. 546-50, 2009.

LEÃO, J. R.; PACE, F. H. L.; CHEBLI, J. M. F. **Infecção pelo vírus da hepatite C em pacientes em hemodiálise: prevalência e fatores de risco.** Arq Gastroenterol, v. 47, n.1, Jan./Mar, 2010.

LENARDT, M. H.; BORGHI, A. C. S.; SEIMA, M. D.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. MICHEL, T. O cuidado gerontogeriatrico em unidade de tratamento hemodialítico. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 1, p. 37-43, Jan./Mar, 2009.

LINS, S. M. S. B.; SANTO, F. H. E.; FULY, P. S. C.; GARCIA, T. R. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE[®] para portadores de doença renal crônica. **Rev. bras. enferm,** Brasília, v. 66, n. 2, Mar./Abr, 2013.

LUCCA, L. J.; FREITAS, L. C. C. Paratireoidectomia - Atualização para o Nefrologista. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** v. 30 (1 Suppl 1), n. 1, Jan/Fev/Mar, 2008. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_suplemento.asp?id=1136. Acessado em: 24 de Nov. de 2013.

MADEIRO, A. C.; MACHADO, P. D. L. C.; BONFIM, I. M.; BRAQUEAIS, A. R.; LIMA, F. E. T. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm,** v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>. Acessado em 10 de Nov. de 2013.

MALDANER, C. R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; PAULETTO, M. R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-53, Dez, 2008.

MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. **Rev. Rene. Fortaleza,** v. 11, n. 1, p. 152-160, jan./mar.2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/358>. Acessado em: 01 de Mar. de 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6° ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELO, H. M. A.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; MARINO, J. G. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.43-53, 2012.

MENDONÇA, T. **Risco cardiovascular, aptidão física e prática de atividade física de idosos de um parque de São Paulo**. 2008. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/>. Acessado em: 10 de Out. de 2013.

MOYSÉS, R. M. A.; CANCELA, A. L. E.; GUEIROS, J. E. B.; BARRETO, F. C.; NEVES, C. L.; CANZIANI, M. E. F.; OLIVEIRA, R. B.; JORGETTI, V.; CARVALHO, A. B. Fórum nacional de discussão das diretrizes do KDIGO para o distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica (DMO-DRC): uma análise crítica frente à realidade Brasileira. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.32, n.3, Jul./Set, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000300002. Acessado em 07 de Mar. de 2014.

NETTINA, S. M. **Brunner: Prática de Enfermagem**. Vol. 2. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hepatite B**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. Acessado em: 12 de Ago. de 2013.

ORLANDI, F. S. O Idoso Renal Crônico em Hemodiálise: a Severidade da Doença e sua Relação com a Qualidade de Vida. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, Brasil. **J Bras Nefrol.** v.30, n.4, p.245-50, 2008.

OLIVEIRA, S. M.; RIBEIRO, R. C. H. M.; RIBEIRO, D. F.; LIMA, L. C. E. Q.; PINTO, M. H.; POLETTI, N. A. A. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 21, n. spe, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apc/v21nspe/a06v21ns.pdf>. Acessado em: 12 de Nov. de 2013.

PROVADONE, C.C.; FREITAS, E. C. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ºed. Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR. Universidade Feevale. Rio Grande do Sul – Brasil, 2013.

RABANAL, C. P. L.; ZEVALLOS, J. C.; CUSATO, R. C. Impacto da hepatite C na mortalidade de pacientes em hemodiálise. **J Bras Nefrol.** v. 32, n. 4, p. 337-341, 2010.

RAMOS, I. C.; CHAGAS, N. R.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M.; LEITE, A. C. S. A teoria de orem e o cuidado ao paciente renal crônico. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 444-9, abr./jun, 2007.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, R. C. H. M.; OLIVEIRA, G. A. S. A.; RIBEIRO, D. F.; BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; LIMA, L. C. E.Q.; OLIVEIRA, S. M. Caracterização e etiologia da

insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do estado de São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. especial, p. 207-11, 2008.

RIBEIRO, R. C. H. M.; MIRANDA A. L. L.; CESARINO, C.B.; BERTOLIN, D.C.; RIBEIRO D.F.; KUSUMOTA, L. Necessidades de aprendizagem de profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes com fistula arteriovenosa. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. especial nefrologia, p. 515-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/12.pdf>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi, 2007.

ROCHA, P. N.; SALLENAVE, M. CASQUEIRO, V.; NETO, B. C.; PRESÍDIO, S. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? **J Bras Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 23-28, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100005&script=sci_arttext. Acessado em: 02 de Mar. de 2014.

SAMPAIO, A. M. A. **Mudanças no estilo de vida do paciente em terapia hemodialítica**. Monografia apresentada para obtenção da graduação em enfermagem. Iguatu, 2010.

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L. M. assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 3, Pub.5, Julho, 2013. Disponível em: <http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/63/5.pdf>. Acessado em: 24 de Nov. de 2013.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio De Janeiro, v. 14, n.1, p. 147-157, 2011. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt. Acessado em: 10 de Out. de 2013.

SCARAMUZZI, D. R. Vacina contra hepatite B. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 52, n. 5, Set./Out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a09v52n5.pdf>. Acessado em: 22 de Nov. de 2013.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J. R.; WATANABE, Y.; SANTOS, D. R. **Diálise crônica no Brasil - relatório do censo brasileiro de diálise, 2011**. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhes_prelo.asp?id=2483. Acessado em: 20 de Jun de 2013.

SIVIERO, P.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R. N. **Doença Renal Crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. Disponível em: <http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/pesquisas/td/TD%20467.pdf>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013.

SOUZA, E. S. **Prevalência dos marcadores das hepatites b e c em pacientes soropositivos para o HIV da região serrana do estado de Santa Catarina**. Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92432>. Acessado em: 07 de Nov. de 2013.

TRAJANO, J.S.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. **Rev Enferm unisa**; n. 6, p. 53-7, 2005.

ZAMBONATO; T. K.; THOMÉ; F. S., GONÇALVES; F. L. S. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. **Jor Bras Nefrol**, v. 30, n. 3, p. 192-9, 2008. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8839/000589745.pdf?sequence=1>.
Acessado em: 04 de mar de 2014.

APÊNDICE

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE
DADOS**

Eu, _____, (CAR
GO) _____ fiel depositário dos
prontuários da Clínica de Doenças Renais de Barbalha localizada em Barbalha/CE, declaro
que a aluna Jéssica Barbosa Sampaio está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de
pesquisa: “DOENÇAS RENAIIS EM IDOSOS: PERFIL DO TRATAMENTO E DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM” sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Ms. Milena
Silva Costa.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros
assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das
informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a
comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após cadastrado na
Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para garantir a todos os
envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência,
benevolência e justiça.

Ressalto que se houverem dúvidas sobre a pesquisa, entrarei em contato com a
pesquisadora Milena Silva Costa, no endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas
Populares. Telefone: 5322000.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2014

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA CLÍNICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, VALENCIO PEREIRA DE CARVALHO, brasileiro, residente e domiciliado(a) à cidade de Juazeiro do norte, Estado Ceará, profissão médico, portador(a) da Cédula de Identidade RG/nº _____, na melhor forma do direito, de maneira livre, espontânea, sem qualquer vício de consentimento ou de vontade.

AUTORIZO

As pesquisadoras **Jéssica Barbosa Sampaio (RG 2003099086307)** e **Milena Silva Costa (SIAPE 1863874-9)** a desenvolver a pesquisa intitulada "Doenças renais e infecto contagiosas em idosos: perfil do tratamento e os cuidados de enfermagem", podendo estas utilizar os arquivos documentais da Clínica CLINIRIM comprometendo-se, contudo, a preservar todo e qualquer material que será usado na pesquisa.

O conteúdo desta pesquisa poderá ser utilizado em publicações das pesquisadoras supramencionadas gratuitamente, sem qualquer ônus ou encargo.

Eu e as pesquisadoras elegemos o foro da Comarca da Cidade Barbalha, CE, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser, para dirimir quaisquer questões oriundas do que dispõe o presente termo.

Barbalha; (Local e Data), 02 de dezembro de 2013.

VALENCIO PEREIRA DE CARVALHO

Dr. Valencio Pereira de Carvalho
NEFROLOGISTA
CRM 4555



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Milena Silva Costa, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, pela orientação de Jéssica Barbosa Sampaio, discente do curso de graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Doenças renais em idosos: perfil do tratamento e dos cuidados de enfermagem*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 04 de Dezembro de 2013.

MILENA SILVA COSTA

Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, Jéssica Barbosa Sampaio, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Ms. Milena Silva Costa, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Doenças renais em idosos: perfil do tratamento e dos cuidados de enfermagem”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 04 de Dezembro de 2013.

JÉSSICA BARBOSA SAMPAIO

Pesquisador Participante



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Jéssica Barbosa Sampaio, eu sou aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada *“Doenças Renais e Infectocontagiosas em Idosos: Perfil do Tratamento e dos Cuidados de Enfermagem”*.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar as insuficiências renais em idosos foi devido a subnotificação dos casos das doenças infectocontagiosas em idosos, pela crescente demanda de idosos no Brasil com doenças renais crônicas e pela ausência de trabalhos publicados com essa temática. A pesquisa se justifica pelo ônus que as doenças renais e as doenças infectocontagiosas causam aos idosos e aos cofres públicos e pela necessidade de uma análise da assistência a estes idosos, buscando um novo redirecionamento para o cuidado. O objetivo dessa pesquisa é conhecer as modalidades terapêuticas, intercorrências e cuidados de enfermagem aos idosos acometidos por doenças renais. O procedimento de coleta de dados será por meio da análise dos prontuários de todas as pessoas que utilizaram dos serviços de nefrologia oferecidos pela CLINIRIM desde o ano de sua fundação. Contudo, a amostra selecionada será a dos prontuários dos idosos com doenças renais e infectocontagiosas e que utilizaram do serviço de diálise de no mínimo dois meses. Nesses prontuários serão avaliados através de um questionário: perfil sócio demográfico do idoso, perfil clínico, modalidades terapêuticas, intercorrências, cuidados de enfermagem ao idoso. Posteriormente serão tabulados no programa Microsoft Office Excel e dispostos em gráficos e tabelas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não haverá desconforto ou riscos para os participantes visto que a pesquisa é através de documentos e apesar da exposição posterior

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

dos dados, os participantes não serão identificados. Acrescenta-se que não haverá danos nos prontuários dos mesmos. Ainda, trará benefícios para a sociedade, pois a consulta a esses documentos poderá mostrar claramente a realidade a que esses idosos estão inseridos e os meios para que eles sejam melhores assistidos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Caso exista negligência nas condutas de tratamento, intercorrências e cuidados de enfermagem, a clínica será comunicada para que não mais ocorra. E se o idoso não estiver mais nesta clínica, não será possível acompanhar ou interferir nessa assistência.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), visto que os dados serão analisados através dos prontuários e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. As pesquisadoras Jéssica Barbosa Sampaio e Milena Silva Costa certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

Elas se comprometem, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Jéssica Barbosa Sampaio através do telefone (83) 35322000 e do email jessica_b.s@hotmail.com ou a professora orientadora Milena Silva Costa através do telefone (83) 35322000 e do email milenascosta2011@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO F- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS RENAIS E INFECTOCONTAGIOSAS EM IDOSOS: PERFIL DO TRATAMENTO E DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: MILENA SILVA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26160613.8.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 605.883

Data da Relatoria: 31/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trabalho que associa a senescência com a insuficiência renal crônica. O estudo será de natureza descritiva, documental, retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa, que abordará através dos prontuários e registros de enfermagem as intercorrências, modalidades terapêuticas e cuidados de enfermagem ao idoso com IRC e infectocontagiosa. O estudo será realizado na Clínica de Doenças Renais de Barbalha.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é conhecer as modalidades terapêuticas, intercorrências e cuidados de enfermagem aos idosos acometidos por doenças renais e infectocontagiosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Salienta-se que se procurará evitar ao máximo possível, de causar danos físicos aos prontuários ou danos físicos, morais, espirituais, intelectuais a outrem.

Benefícios: esse estudo torna-se relevante como um meio de divulgação de como está a realidade encontrada em uma clínica de hemodiálise no tocante ao tema proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível.

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1385

E-mail: cepfm@gmail.com

Continuação do Parecer: 005.883

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 06 de Abril de 2014

Assinador por:
Jose Valdiranio Virgulino Procopio
(Coordenador)