



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA

**DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE**

BELÉM-PA
2019

IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA

**DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal
do Pará para obtenção do grau em Enfermagem.

Profa. Me. Andréia Pessoa da Cruz

BELÉM-PA
2019

IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA

**DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal
do Pará para obtenção do grau em Enfermagem.

Profa. Me. Andréia Pessoa da Cruz

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Me. Andréia Pessoa da Cruz

Enf^a. Esp. Érica Vanusa Borges Gomes

Enf^a. Esp. Viviane do Socorro Silva Ferreira

APROVADO EM: ___/___/___

CONCEITO: _____

BELÉM-PA
2019

AGRADECIMENTOS

“Se finda mais uma etapa em minha vida, e nesse caminho Deus se fez presente a cada instante”. Agradeço a ele por possibilitar a realização de mais uma conquista, por me permitir ter saúde, paciência e sabedoria para superar meus limites. Obrigado por ser meu caminho nos momentos de incertezas e por ser meu refúgio nos momentos difíceis. A Ti, senhor, dedico essa vitória, confiando que continuarás a conduzir meus passos em direção à Tua vontade, perfeita e soberana.

Agradeço a minha família que é a maior benção da minha vida e que esteve ao meu lado desde sempre, por todo amor e apoio recebidos durante esses anos. Esteja eu onde estiver meu coração estará sempre com minha família onde o amor e o apoio são sinceros e inesgotáveis.

Ao meu pai, Osicler júnior, agradeço por todos sacrifícios que feitos em razão da minha educação, por muitas vezes abdicar de seus sonhos para realiza-os meus. Obrigada por sempre tentar ser o melhor pai, sempre cuidando de mim, fazendo minhas vontades, meus penteados para ir à escola no ensino fundamental I. Por acordar todos os dias de madrugada comigo, fazer o meu café e me levar na parada, por sempre ser meu amigo e por nunca me abandonar. Obrigado por simplesmente existir e ser meu pai. Amo muito você!

A minha mãe, Mércia de Aguiar, nem todas as palavras do mundo conseguirão exprimir o que sinto por você, mais quero lhe agradecer por sempre estar presente no meu lado, seja nos momentos felizes ou tristes. Você sempre me incentivou a correr atrás dos meus sonhos e essa vitória também é sua. Obrigada por todo carinho, todo esforço que fez e faz para me ver feliz. Te amo muito, peço muito a Deus a sua saúde para que estarmos unidas sempre. Meu coração transborda gratidão por ti!

Meus sinceros agradecimentos a minha irmã Bianca Silveira, que é minha companheira desde 4 anos de idade. Por sempre está presente na minha vida e ser uma companheira e amiga. Obrigada por sempre ouvir incansavelmente minhas falas quando tinha trabalhos para apresentar, mesmo nem entendendo o que eu estava falando. Obrigada por nunca se importar em dormir com luz do quarto ligada para que eu pudesse estudar e por sempre me apoiar nas minhas decisões. Te amo também!

A minha avó, Rose Mary que foi minha segunda mãe, por todo esforço que fez para ajudar na minha criação, com meus deveres de casa, com uma palavra amiga, por nunca me deixar fracassar e sempre estar ao meu lado, acordava de madrugada e fazia minhas marmitas para que eu pudesse passar o dia na faculdade bem. Não tenho dúvidas de que ninguém mais que você torce por minha felicidade e sucesso. Só tenho que agradecer a Deus pela sua vida e me conceder ser sua neta-filha. E ao meu avô Osicler Silveira, que não está mais entre nós, mas sempre cuidou de mim como uma filha e me levava para escola e buscava. E ficou tão feliz no dia em que passei no vestibular. Infelizmente não está mais entre nós, mas sei que está feliz por essa conquista.

Agradeço também meu amigo e namorado Victor Castro, que se tornou essencial na minha caminhada. Agradeço por você estar comigo em todos os momentos, e fazer com que eu não desista. Sempre disposto a me ajudar e no meu TCC não foi diferente me deu auxílio quando mais precisei. Agradeço por deixar eu existir em você. Agradeço por saber que tenho em ti a minha paz e tranquilidade. Enfim agradeço por você existir em minha vida e me fazer feliz. Te amo!

Agradeço a Deus por ter me permitido conhecer duas pessoas especiais Tia Cipriana e Tio Manoel, que acolheram na sua família como filha e sempre dispostos a me ajudar. Sou muito grata por fazer parte da família de vocês.

A minha grande família Silveira que sempre me apoiou, me ajudou, festejou cada passo meu e sei que agora não está sendo diferente. O meu muito obrigada! (Minhas tias, tios e primos).

Gostaria de agradecer ao meu eterno G4 que estiveram comigo desde o início da graduação e me fez muito feliz. Juntos vencemos nossos desafios diários. Que nosso laço de amizade nunca se acabe e desejo sucesso na caminhada de cada um Alana Dias, Thais Aleixo, Rayssa Maués, Kevin Sarges e Christiane Aleixo. Já sinto saudades da nossa rotina.

Agradeço a minha orientadora, Prof^ª Me. Andréia Pessoa da Cruz, profissional ética, dedicada que foi minha inspiração profissional e se tornou um grande amiga. Sou muita grata por toda dedicação por sempre me orientar ser dedicada, competente e humana na minha profissão com aquela famosa frase que nunca esqueço: “Cuide do seu paciente como gostaria de ser cuidado, pois hoje você é o cuidador. Amanhã os papéis podem se inverter e você será

cuidado por alguém”. Obrigada por me acolher na sua casa, pelas comidinhas que preparou para mim com todo amor, mesmo com toda minha restrição alimentar, pelas experiências acadêmicas, pelos ensinamentos, pela amizade. Por cuidar de mim como uma filha. Hoje só peço a Deus sua saúde para viver muito mais que você merece.

A minha Co-orientadora e amiga Érica Vanusa Borges Gomes, que sempre foi muito solícita e me ajudou muito durante a graduação, sobre o projeto que eu amo fazer parte e que vai deixar saudade. Desde sempre, foi minha parceira, amiga, me acolheu, foi minha inspiração como graduanda e enfermeira da nefro. E na caminhada do meu TCC não foi diferente, sempre arranjando um tempinho para me ajudar. Sou muito grata pela sua amizade e companheirismo.

Dedico agradecimentos aos enfermeiros do CTRSP da FSCMPA, do Serviço de Terapia Renal do HOL e da Clínica Nefrocentro, que me acolheram para realização dessa pesquisa e sempre muito dispostos em colaborar com trabalho.

Meus sinceros agradecimentos à banca avaliadora deste trabalho. Obrigada por dedicarem o seu tempo para me ajudar na construção deste trabalho e pela excelente participação de vocês.

A minha Universidade Federal do Pará, especialmente minha casa Faculdade de Enfermagem que proporcionou uma vivência acadêmica maravilhosa, além de excelente formação não tive dúvidas que estava na melhor do Norte. A direção (Prof.^a Rosineide Tavares) que sempre me ajudou no decorrer da graduação e fez de tudo pela nossa faculdade.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”.

(Florence Nightingale)

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura e/ou função dos rins que estão presentes por mais de três meses e ocasionam implicações para a saúde do indivíduo e seu principal tratamento é por meio da terapia renal substitutiva (TRS), onde a hemodiálise (HD) é o modo mais utilizado na atualidade. Devido ao grande número de pacientes em tratamento, é de extrema importância a atuação da Enfermagem nos cuidados a aos mesmos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento privativo do enfermeiro utilizado para organizar, planejar, executar e avaliar o cuidado que está sendo prestado o esta sendo prestado pela sua equipe. O Processo de Enfermagem é uma ferramenta tem como definição ser uma ferramenta metodológica que desenvolve ações sistematizadas que visam assistência de qualidade e individualizadas ao ser humano. Apesar do PE proporcionar um direcionamento para a organização de um cuidado holístico e humanizado com objetivos claros e definidos, além de oferecer visibilidade do papel do enfermeiro. Alguns estudos demonstram que seu uso ainda é limitado por estes profissionais, às dificuldades são grandes e diferentes fatores atuam como barreira para sua total implementação. Assim, o presente estudo irá investigar: Quais os desafios que os enfermeiros enfrentam na implementação do PE nos serviços de HD? Quais os avanços obtidos com a implementação do PE nesses serviços? Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal de cunho qualitativo, realizada em dois hospitais públicos e uma clinica de hemodiálise em Belém-PA com enfermeiros do serviço de HD. O método de análise de conteúdo foi baseado conforme as explicações de Bardin. Este trabalho obedece à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa terá como benefício proporcionar conhecimento aos enfermeiros para melhorar na aplicação do PE. Assim o paciente será beneficiado, pois usufruirá de assistência de enfermagem de qualidade e mais segura. Foram entrevistados 14 enfermeiros, sendo 11 enfermeiros assistenciais e três Responsável Técnica. De acordo com os participantes desse estudo a maioria dos enfermeiros confunde os aspectos conceituais de SAE e PE, outra parte coloca como sinônimo, ainda aqueles que não sabem o significado e o conceito. Uma pequena parcela domina e se apropria de forma correta. Também foi possível identificar que a maioria dos enfermeiros não sabem sobre teoria de enfermagem, elencando as referências utilizadas para os diagnósticos de enfermagem a NANDA e o carpenito. Observou-se que os desafios enfrentados são adesão por parte dos enfermeiros, a falta de tempo/déficit de recursos humanos/ e atenção para não transformar o PE em check-list. Os resultados do estudo não demonstravam avanços significativos na implementação do PE em serviços de HD. Os resultados do estudo não demonstraram avanços significativos na implantação do PE em serviços de HD. É notório que muitos são os desafios para a implementação do PE, entretanto é necessário que os profissionais usufruam dessa ferramenta para prestar uma assistência de qualidade e segura ao paciente.

Descritores: Doença Renal Crônica, Hemodiálise, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is defined as abnormalities of kidney structure and / or function that are present for more than three months and have implications for the health of the individual and its main treatment is through renal replacement therapy (SRT) where hemodialysis (HD) is the most used mode today. Due to the large number of patients undergoing treatment, it is extremely important to perform Nursing care. The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is a private instrument used by nurses to organize, plan, execute and evaluate the care that is being provided. The Nursing Process is a tool whose definition is to be a methodological tool that develops systematized actions that aim at quality assistance and individualized to the human being. Although the EP provides a guideline for the organization of holistic and humanized care with clear and defined goals, in addition to providing visibility of the role of the nurse. Some studies show that their use is still limited by these professionals, the difficulties are great and different factors act as a barrier to their full implementation. Thus, the present study will investigate: What challenges do nurses face in the implementation of PE in HD services? What progress has been made with the implementation of PE in these services? This is a qualitative cross-sectional descriptive study performed in two public hospitals and a hemodialysis clinic in Belém-PA with nurses from the HD service. The content analysis method was based on Bardin's explanations. This work is in compliance with Resolution 466/12 of the National Health Council. The research will benefit nurses in order to improve the application of the EP. In this way, the patient will benefit, as he will enjoy the quality of nursing care and safer. Fourteen nurses were interviewed, of which 11 were nurse assistants and three were Technical Responsible. According to the participants of this study, most nurses confuse the conceptual aspects of SAE and PE, another part poses as synonymous, even those who do not know the meaning and the concept. A small portion dominates and appropriates properly. It was also possible to identify that most nurses do not know about nursing theory, listing the references used for NANDA and carpenito nursing diagnoses. It was observed that the challenges faced are nurses' adherence, lack of time / shortage of human resources, and attention not to turn the EP into a check list. The results of the study did not show significant advances in the implementation of PE in HD services. The results of the study did not demonstrate significant advances in the implantation of PE in HD services. It is notable that many are the challenges for the implementation of PE, however, it is necessary for professionals to use this tool to provide quality and safe care to the patient.

Keywords: Chronic Renal Disease, Hemodialysis, Systematization of Nursing Care, Nursing Process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA.....	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 OBJETIVOS GERAIS	8
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 A INFLUÊNCIA DOS RINS NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE.....	9
2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).....	9
2.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE DRC	11
2.4 EPIDEMIOLOGIA	12
2.5 TERAPIA HEMODIALÍTICA	14
2.6 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	16
2.6.1 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE	17
3 METODOLOGIA	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO	20
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	22
3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS	22
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
3.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS	23
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS.....	25
4.2 A DIFERENÇA ENTRE SAE E PE.....	26
4.3 CONHECIMENTO ACERCA DA ESCOLHA ADEQUADA DA TEORIA DE ENFERMAGEM ADOTADA.....	29
4.4 DESAFIOS E AVANÇOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PE.....	31
4.4.1 Adesão por parte dos profissionais.....	31
4.4.2 A falta de tempo/ déficit de recursos humanos/ E atenção para não transformar o PE em check-list.....	32
4.3 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CONTINUA DO PE IMPLEMENTADO.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	41
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

Segundo *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) (2012), a Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura e/ou função dos rins que estão presentes por mais de três meses e ocasionam implicações para a saúde do indivíduo. Sua classificação é realizada conforme a causa, categoria da taxa de filtração glomerular (TFG) e albuminúria. Ou seja, aqueles pacientes com lesão renal, mas sem perda da função dos rins também são considerados como portadores da DRC (KIRSZTAJN, *et al.*, 2014).

O estágio terminal é quando o rim deixa de realizar a maioria das suas funções sendo necessária Terapia Renal Substitutiva (TRS) para manutenção da vida. A DRC por ser de natureza crônica e irreversível, o tratamento pode retardar ou bloquear a perda da função renal, com a melhoria ou eliminação dos sintomas da uremia (MACHADO; PINHATI, 2014). As causas mais comuns da DRC são a nefropatia diabética, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e glomerulonefrite primária ou nefrosclerose hipertensiva (RIBEIRO *et al.*, 2008), porém a HAS nos últimos anos vem se destacando como a principal causa (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

As complicações mais frequentes da DRC são os processos infecciosos, distúrbios do metabolismo ósseo e mineral, acidose metabólica, distúrbios do potássio, desequilíbrio homeostase da água e sódio, anemia, hipertensão, alterações de nutrição, retardo no crescimento, insuficiência cardíaca e pericardite (MACHADO; PINHATI, 2014).

Assim, o tratamento deverá ser realizado de forma ampla envolvendo desde psicoterapia, direcionamento nutricional, controle de doenças primárias como o diabetes mellitus (DM) e a HAS, controle e correção dos distúrbios metabólicos e orientações sobre doença, tratamento e autocuidado ou até a adoção da TRS (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Atualmente, a DRC apresenta-se como um sério problema de saúde pública em todo o mundo, devido seu crescimento alarmante (MACHADO; PINHATI, 2014). Segundo o Censo Brasileiro de Diálise, realizado em 2017, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número total de unidades de diálise ativas aumentou em relação ano de 2002, de 550 para 758. A distribuição dos centros ativos foi de 5% na região Norte. O número total de pacientes em diálise no Brasil em julho de 2017 foi estimado em 126.583. Sendo número indica um aumento de 3.758 pacientes, que corresponde 3% em um ano (SESSO *et al.*, 2017).

No estado do Pará, segundo dados da Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA), no mês de setembro de 2018, existiam 3.295 pacientes em tratamento de Hemodiálise (HD) distribuídos em 11 municípios.

A indicação para o tratamento dialítico é feita somente quando o tratamento conservador não garantir a qualidade de vida do cliente e/ou quando há o aparecimento de sinais e sintomas de uremia (RIBEIRO *et al.*, 2008). A TRS é um tratamento indicado a pacientes com falência renal no estágio terminal. Esta é utilizada como objetivo de substituir a função renal e o procedimento consiste na retirada de líquidos e produtos de degradação urêmicos presentes no corpo, pela falha do funcionamento renal (FERREIRA *et al.*, 2017).

A HD é realizada por meio de uma máquina que exerce a filtração sanguínea de maneira extracorpórea. Esse procedimento tem a finalidade de remover do corpo do paciente os resíduos que são prejudiciais à sua saúde, e assim estabelecer o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, creatinina e ureia. O tratamento costuma ser realizado três vezes por semana em um período de quatro horas. Mesmo que a tecnologia tenha avançado no tratamento de HD, o paciente está sujeito há riscos, que vão desde um mal-estar até os relacionados ao balanço hídrico e equilíbrio-eletrolítico (FERREIRA *et al.*, 2017).

É essencial a presença do enfermeiro durante as sessões de HD, pois esse é o responsável pelo gerenciamento da equipe e pela análise do cuidado individualizado de cada paciente (FERREIRA *et al.*, 2017). Desse modo, o enfermeiro a partir do PE pode sistematizar o trabalho, oferecer um cuidado individual e de qualidade conforme as necessidades do paciente (LATA *et al.*, 2008).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento privativo do enfermeiro utilizado para organizar, planejar, executar e avaliar o cuidado o qual esta sendo prestado pela sua equipe. É uma ferramenta fundamental que embasa cientificamente o trabalho do enfermeiro (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011). Segundo a resolução do COFEN nº 358/2009, a SAE é obrigatória em todas as instituições de saúde. O PE é parte integrante da SAE e em instituições de saúde é denominado como consulta de enfermagem e organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: Histórico de enfermagem (ou coleta de dados); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação (COFEN, 2009).

Apesar do PE proporcionar um direcionamento para a organização de um cuidado holístico e humanizado com objetivos claros e definidos, além de oferecer visibilidade do papel do enfermeiro. Alguns estudos demonstram que seu uso ainda é limitado por estes profissionais, às dificuldades são grandes e diferentes fatores atuam como barreira para sua

total implementação nos serviços hospitalares, entre eles temos: a falta de capacitação de todos os membros da equipe; dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem; falta de conhecimento sobre realização do exame físico; registro inadequado da assistência de enfermagem; conflito de papéis; falta de credibilidade nas prescrições de enfermagem; carência de recursos humanos e a falta de estabelecimento de prioridades organizacionais dificultam a implantação da SAE (SILVA *et al.*, 2014).

Com base no exposto acima apresenta-se a seguinte questão norteadora: Quais os desafios que os enfermeiros enfrentam na implementação do Processo de Enfermagem nos serviços de Hemodiálise? Quais os avanços obtidos com a implementação do Processo de Enfermagem nesses serviços?

1.1 JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA

Embora, cientes da obrigatoriedade da implantação da SAE e da importância do PE na organização do cuidado que a mesma proporciona aos pacientes em HD, a maioria das instituições em nosso estado não aplica esta prática em seu cotidiano.

A SAE é utilizada como ferramenta de trabalho da enfermagem em âmbito hospitalar, sendo atividade privativa do enfermeiro para prestar uma assistência de qualidade pautada nas necessidades individuais de cada paciente. Implementar o PE seguindo um modelo teórico num serviço de enfermagem exige dos enfermeiros a escolha de um referencial teórico e de uma metodologia adequada a prática, e dos gestores estratégias e subsídios operacionais eficazes e comprometedoras.

Pesquisas deste tipo proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação do PE em âmbito hospitalar e subsidiam uma tomada de decisão mais assertiva, beneficiando o paciente, pois este usufruirá de uma assistência de enfermagem integralizada, de qualidade e coerente com as suas reais demandas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais desafios e os avanços na implementação do PE em serviços de hemodiálise de Belém-PA.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros entrevistados;
- Desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE;
- Descrever os avanços obtidos com a implementação do PE de acordo com o relato da amostra.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A INFLUÊNCIA DOS RINS NA MANUTENÇÃO RENAL

Os rins são órgãos pares, avermelhados e lembram a forma de um grão de feijão, situados no espaço retroperitoneal. Em condições normais, o rim esquerdo é maior que o direito devido à posição anatômica do fígado (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

Os rins têm aproximadamente 10 a 12 cm de comprimento, 7,5 de largura e 2,5 cm de espessura, pesando cerca de 120 a 180 gramas. Este é recoberto por uma fina membrana chamada cápsula renal que serve como barreira de proteção, evitando trauma e infecção. Ao redor possui a gordura perirrenal e acima as glândulas suprarrenais. A unidade funcional é o nefron e cada rim possui aproximadamente um milhão de unidades funcionais, sendo estas microscópicas. O material eliminado é denominado urina o qual é resultado de três processos: filtração glomerular, reabsorção tubular e secreção tubular. Diariamente, os rins eliminam 1500 ml de urina (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

As funções desempenhadas pelos rins são de eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração (ureia, creatinina, ácido úrico, entre outros), regulação da formação do sangue e dos ossos, regulação da pressão sanguínea e controle do balanço hidroeletrolítico do corpo. Também, atuam na produção de hormônios como eritropoetina, que contribui na maturação dos glóbulos vermelhos do sangue, medula óssea e a renina. Quando os rins não funcionam de maneira adequada, se tem o acúmulo de toxinas no nosso corpo. Isso pode resultar em uma condição conhecida como uremia que incluem sintomas como náuseas, debilidade, fadiga, desorientação, dispneia e edema nos membros superiores e membros inferiores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA

O Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) é essencial para acompanhar o quadro clínico do paciente com disfunção renal. Pois contribui no monitoramento da progressão da doença. Para tanto, este marcador sensível e específico ideal deve ser produzido a uma taxa constante, independente de fatores como: idade; sexo; peso; dieta ou estado da doença. Este marcador deve ser livremente filtrado pelos glomérulos e excretado pelo os rins. Quando presente na urina deve permanecer estável até que seja determinado pelos ensaios automatizados disponíveis (PORTO *et al.*, 2017).

A Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é realizada a partir da creatinina sérica. Este é considerado o melhor método diagnóstico, tanto para classificar como para acompanhar a progressão da DRC. Desse modo, foi dividida em cinco categorias que medem a TFG: G1 ($>89 \text{ mL/min/1,73m}^2$); G2 ($60-89 \text{ mL/min/1,73m}^2$); G3a ($45-60 \text{ mL/min/1,73m}^2$); G3b ($30-44 \text{ mL/min/1,73m}^2$); G4 ($15-29 \text{ mL/min/1,73m}^2$); e o G5 ($<15 \text{ mL/min/1,73m}^2$) (KIRSZTAJN, et al., 2014). Assim considera-se portador da DRC o indivíduo que apresenta por três meses consecutivos uma TFG $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ independente da causa. Porém nos casos de paciente com a TFG $> 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, somente é considerado se for associado a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou possuir alteração no exame de imagem (BRASIL, 2014).

Os marcadores de lesão renal desempenham um papel muito importante para detecção de anormalidades na estrutura ou na função dos rins. Os quais nem sempre mostram o declínio do RFG. As anormalidades podem ser detectadas por meio dos exames de imagem e histopatológico, presença de distúrbios eletrolíticos ou por lesões tubulares; presença de sedimentos na urina como células epiteliais tubulares, cilindros hemáticos e /ou leucocitários; corpos graxos ovais; hemácias dismórficas, entre outros, e histórico de rins transplantados, pois a biopsia realizada em rins transplantados apresentam anormalidades patológicas mesmo que o paciente não apresente declínio do RFG ou albuminúria, e por níveis acima do normal de albuminúria e/ou proteinúria (PORTO *et al.*, 2017).

A albuminúria é considerada o marcador de dano renal e é dividida em 3 categorias A1 (normal ou ligeiramente aumentada quando for $< 30\text{mg/g}$); A2 (moderadamente aumentada na faixa $30-300 \text{ mg/g}$) e A3 (acentuadamente aumentada $> 300 \text{ mg/g}$). Esta é considerada o principal componente das proteínas encontrada na maioria das doenças renais. Essas classificações de TFR e albuminúria contribuem para detectar pacientes em fases iniciais e evitar a progressão da doença, além de permitir a tomada de decisão da melhor forma de tratamento (KIRSZTAJN *et al.*, 2014).

A falência renal é o estágio mais avançado da DRC, está é definida quando a TFG é inferior a $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$. Neste estágio o paciente apresenta sinais e sintomas de uremia, com a necessidade de iniciar alguma TRS (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Nesse estágio se tem a deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do nosso organismo, secundária ao acúmulo de catabólitos (toxinas urêmicas), alterações no equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, acidose metabólica, hipercalemia, hiperfosfatemia, anemia, distúrbio hormonal, hiperparatireodismo, infertilidade, retardo no crescimento, entre outros (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Os tratamentos para DRC é dividido conforme os estágios. Assim, o tratamento é considerado conservador quando a sua classificação estiver dentro dos padrões dos estágios G1 à G3, os estágios G4 e G5 (não dialítico) são pré-diálise e o G5 (dialítico) é usado o tratamento TRS. O estágio conservador se dá pelo controle dos fatores de risco para evitar a progressão da DRC, além de se evitar as doenças cardiovasculares e a mortalidade do paciente. Nesse estágio tem-se o objetivo de conservar a TFG por mais tempo possível. Já a pré-diálise é o estágio intermediário e consiste na manutenção do estágio conservador, como também o preparo para o início da TRS em pacientes considerados em estágios mais avançados. A TRS é definida como uma modalidade de substituição da função renal podendo ser HD, diálise peritoneal (DP) e transplante renal (TX) (BRASIL, 2014).

2.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE DRC

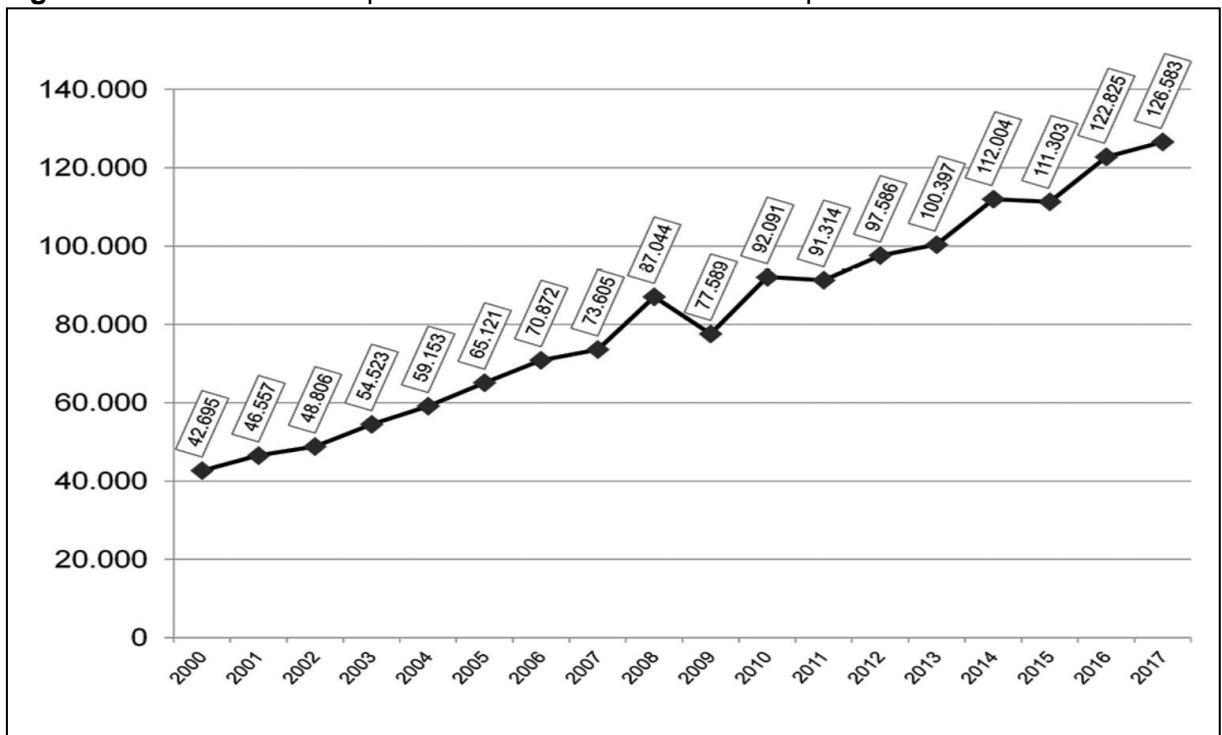
A causa da DRC pode estar associada a doenças sistêmicas como DM, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, HAS não controlada, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias (doença renal policística), distúrbios vasculares, infecções, medicamentos, agentes tóxicos, agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo). Sendo as mais comuns à HAS, nefropatia diabética e glomerulonefrite primária (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Alguns pacientes apresentam a suscetibilidade aumentada para o desenvolvimento da DRC, estes são considerados os grupos de risco, sendo eles; hipertensos, ocorre em 75% dos pacientes; diabéticos que apresentam risco aumentado para DRC e cardiovascular, sendo importante a monitorização deles para ocorrência de lesão renal; idosos, pois apresentam diminuição fisiológica da TFG e lesões renais que ocorrem com avanço da idade, além de possuírem doenças crônicas; pacientes com doença cardiovascular (DCV), devido a DRC ser considerada fator de risco para DCV; familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada para HAS, DM, proteinúria e doença renal; além de pacientes em uso de medicações nefrotóxicas (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Todo paciente que pertence ao grupo de risco para o desenvolvimento da DRC deve ser submetido a exames que identificam a presença de lesão renal (análise de proteinúria) e para estimar o RFG cada ano (PORTO *et al.*, 2017).

2.4 EPIDEMIOLOGIA

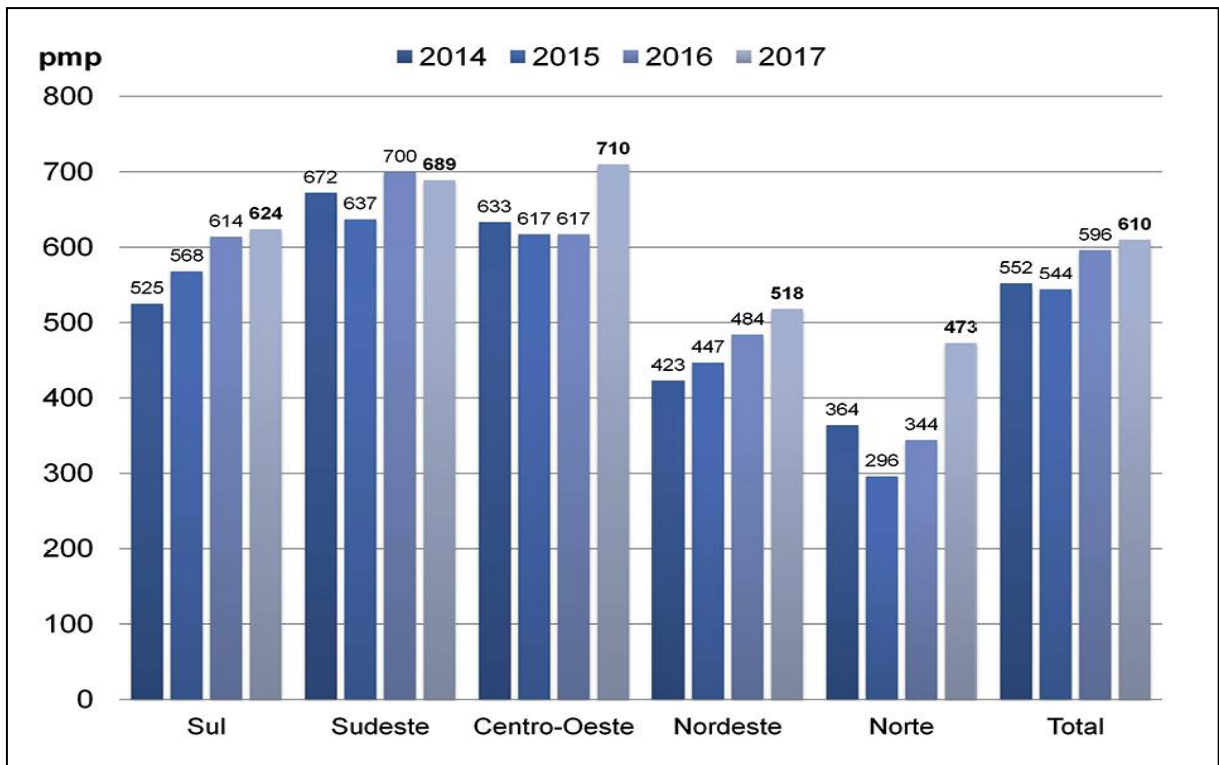
De acordo com Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2017, o número total de unidades de diálise ativas aumentou em relação ano de 2002, de 550 para 758. A distribuição dos centros ativos foi de 5% na região Norte. O número total de pacientes em diálise no Brasil em julho de 2017 foi estimado em 126.583. Sendo número indica um aumento de 3.758 pacientes, que corresponde 3% em um ano (SESSO *et al.*, 2017).

Figura 1.Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano.



Fonte: SBN, 2017.

A taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise no ano de 2017 foi de 610 pacientes por milhão de habitantes (pmp), variando de 473 pmp na região Norte para 710 pmp no Centro-oeste. Porém, a prevalência tende a aumentar em todas as regiões (SESSO *et al.*, 2017).



Fonte: SBN, 2017.

O número de pacientes que iniciou o tratamento no de 2017 no País foi de 40.307. Com uma incidência estimada de 194 pmp, com taxas que variam de 142 pmp no Norte a 221 pmp na região Sudeste. A taxa de incidência de novos paciente com nefropatia diabética foi de 77pmp com 49 pmp no Norte (SESSO *et al.*, 2017).

A proporção estimada em pacientes no tratamento de hemodiálise com cateter venoso central continuou aumentar, chegando a 22.6%%. Sendo 9,8% (cateteres de curta permanência), 12,8% cateteres de longa permanência. Pacientes da hemodiálise que usavam enxertos vasculares foi de 2,3% (SESSO *et al.*, 2017).

Segundo a ARCT-PA, no mês de setembro de 2018, existiam 3.295 pacientes em tratamento de HD com um total de 24 centros de diálise distribuídos em 11 municípios, entre públicos e privados. Sendo que 74 pacientes estavam em Diálise Peritoneal Automática (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC). E compoendo a fila de espera para o tratamento, um total de 185 pessoas em todo estado.

2.5 TERAPIA HEMODIALÍTICA

Inicialmente quando diagnosticado com DRC, o paciente é submetido ao tratamento conservador com utilização de medicamentos e dieta. Conforme a evolução da doença, o mesmo receberá outras formas terapêuticas, que se subdivide em três tipos: HD, DP e TX, estas devem ser escolhidas conforme a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente (LATA *et al.*, 2008).

A indicação para o tratamento dialítico é feita somente quando o tratamento conservador não estiver mais mantendo a qualidade de vida (QV) do cliente e/ou quando há o aparecimento de sinais e sintomas de uremia. O aparecimento dos primeiros sintomas de IRC podem demorar alguns anos para surgir. Assim como a síndrome uremica (típica de IRC terminal), o que demonstra a capacidade adaptativa dos rins, permitindo dessa forma que o paciente se mantenha vivo apenas com 10% da função renal (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A TRS é indicada quando se tem alguns fatores presentes como os sinais e sintomas da insuficiência renal (serosite; distúrbios ácido-básicos ou eletrolíticos, prurido); quando não se tem o controle mais da pressão arterial ou volume, deteriorização do estado nutricional refratário à intervenção dietética e/ou déficit cognitivo. Isto ocorre frequentemente quando a TFG está entre 5 a 10 mL/min/1,73m² (KIRSZTAJN *et al.*, 2014).

A TRS, conhecida como diálise é um tratamento indicado a pacientes com falência renal no estágio terminal. Esta é utilizada como substituta da função renal, quando o rim não realiza de forma adequada seu trabalho, o procedimento consiste na retirada de líquidos e produtos de degradação urêmicos presentes no corpo, pela falha do funcionamento renal (FERREIRA *et al.*, 2017).

A terapia renal foi introduzida no Brasil em 1949, para o tratamento de um paciente de 27 anos de idade que sofria com a insuficiência renal, mudando totalmente os rumos da nefrologia. Nas últimas seis décadas essa terapêutica se expandiu visivelmente por todo país, proporcionando ao paciente uma nova oportunidade com o tratamento. Existem dois métodos de terapêutica renal utilizadas pelo paciente, à diálise peritoneal e a hemodiálise, sendo o último o mais solicitado nos casos de insuficiência renal crônica (IRC) (FERREIRA *et al.*, 2017, p. 139).

A HD é realizada através de uma máquina exerce a filtração sanguínea de maneira extracorpórea, onde o sangue é retirado para fora do corpo por meio de uma agulha para punção da fistula arteriovenosa (FAV) ou cateter de acesso venoso central. Este sangue entra na máquina e passa pelo filtro artificial, sendo limpo e filtrado, eliminando os excessos de líquidos e produtos residuais. Ao término do processo de filtração, o sangue retorna ao corpo do paciente por intermédio da FAV ou do cateter. Esse procedimento tem a finalidade de

remover do corpo do paciente os resíduos que são prejudiciais á sua saúde, e assim estabelecer o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, creatinina e ureia. O tratamento costuma ser realizado três vezes por semana em um período de quatro horas (FERREIRA *et al.*, 2017).

A FAV pode ser realizada na própria veia do paciente ou feita através de materiais sintéticos. A cirurgia é considerada de pequeno porte, realiza-se a ligação de uma veia com uma artéria pequena com a finalidade de tornar a veia mais grossa e resistente, pode ser no braço ou na perna. Torna-se necessário um tempo de 2 a 3 meses antes da utilização da FAV. Já o cateter é um tubo o qual é inserido no pescoço, tórax ou virilha, com opção de ser temporário para aqueles pacientes que ainda não tem a fistula e necessitam realizar a diálise. Porém este tem risco de obstrução e infecção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

A realização da HD depende de três componentes essenciais: o dialisador que é um filtro com membrana semipermeável com grande capacidade de filtração e com altas taxas de fluxo no compartimento de diálise; o dialisado que apresenta na sua composição: sódio, potássio, cloreto, magnésio, acetato, bicarbonato e glicose. E os sistemas de administração do sangue: a fistula e o cateter venoso central (FERREIRA *et al.*, 2017).

A abstinência de álcool é considerada um pré-requisito para realização da HD. Pois o mesmo eleva a pressão sanguínea, tornando a adesão ao tratamento mais difícil. Além de interrupção no uso do cigarro, dislipidemia e o aumento da atividade física que favorece um melhor fluxo sanguíneo ao órgão e contribuem para redução da perda causada pela IRC (LATA *et al.*, 2008).

Mesmo que a tecnologia tenha avançado no tratamento de HD, o paciente está sujeito há riscos, que vão desde um mal-estar até os relacionados ao balanço hídrico e equilíbrio-eletrolítico. As principais complicações que o paciente em HD pode apresentar são hipotensão arterial, câibras, náuseas e vômito, dor torácica, dorsalgia, prurido, febre, confusão mental, taquicardia e calafrios. Estes sintomas apresentam-se em cerca de 20% dos pacientes. Em frequência menor, porém deve ser considerada, ocorre o risco de afecções fatais como: síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa (FERREIRA *et al.*, 2017).

Segundo Lata et al (2008), a HD é considerada um tratamento paliativo, pois não recupera de forma integral a saúde do paciente, além de ocasionar um desgaste físico, emocional e mental.

2.6 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN nº 358/2009, a SAE é a organização do trabalho profissional, quanto ao método, pessoal e instrumentos tornando possível a operacionalização do PE. Existem diversas formas de sistematizar o trabalho para tornar a assistência segura, a exemplos de protocolos, escala diária de funcionários, os fluxos, dimensionamento e o PE (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

A SAE utiliza a ciência para identificação de situações de saúde e doença, como estratégia para subsidiar ações de assistência que contribuam para promoção, prevenção e recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Esta se realizará em todos os ambientes, em que ocorre o cuidado do profissional de enfermagem, incluindo tanto as instituições públicas como as privadas (COFEN, 2009).

O PE tem como definição ser uma ferramenta metodológica que desenvolve ações sistematizadas que visam assistência de qualidade e individualizadas ao ser humano. No Brasil, este foi introduzido pela Wanda de Aguiar Horta que desenvolveu seus estudos a partir da teoria da motivação humana de Maslow e se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

Para a realização do PE, torna-se necessário um suporte teórico que oriente as etapas do processo. Porém, a mais utilizada dentro das instituições de saúde do Brasil é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 2005, p. 29).

O PE em instituições de saúde é denominado como consulta de enfermagem e organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: Histórico de enfermagem (ou coleta de dados); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação (COFEN, 2009).

O primeiro é denominado histórico de enfermagem ou coleta de dados. Consiste em um levantamento de dados que auxilia o enfermeiro na identificação dos problemas. Através deste pode-se traçar diagnósticos, segundo passo, o qual é a identificação das necessidades do

cliente e por intermédio deste, será avaliado o grau de dependência deste atendimento (HORTA, 2005).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é a parte mais complexa, pois o enfermeiro necessita ter pensamento crítico e conhecimento técnico-científico para interpretação dos dados do exame físico. Também é a partir dele que irá direcionar o cuidado, dar prosseguimento as etapas seguintes, com o planejamento e as intervenções adequadas. As classificações diagnósticas possíveis são: A *North American Nursing Diagnosis Association-Internacional* (NANDA-I). Sendo esta, a classificação mais utilizada no Brasil (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

O terceiro passo é plano assistencial (planejamento) o qual planeja toda assistência que irá necessitar ser realizada a exemplos de encaminhamentos, supervisão, orientação, execução de cuidados. Após isso, será realizado o quarto passo conhecido como prescrição de enfermagem ou intervenção que significa que tudo que foi anteriormente planejado será colocado em prática. E por último, avaliação a qual permite analisar se tudo que foi coletado, diagnosticado, planejado e executado foram de relevância para sua recuperação. Não podemos esquecer que a todo o momento isso está sendo realizado de forma sistemática e não necessariamente unidirecional (HORTA, 2005).

Cabe ao profissional de enfermagem segundo a resolução nº 358/2009, o registro formal da execução do processo de enfermagem. Este deve ser um resumo que contemple os dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade em um momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem; as ações de intervenções de enfermagem realizadas conforme os diagnósticos identificados e os resultados alcançados como consequência dessas intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009). Pois quando o enfermeiro deixa de prescrever o cuidado há um comprometimento da qualidade do atendimento prestado ao cliente, além de não cumprir o que lhe competente profissionalmente (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

2.6.1 A importância da atuação da enfermagem diante do paciente em hemodiálise

A enfermagem tem um papel essencial no cuidado de pacientes acometidos da DRC. Dentre estes, avaliar estado hídrico e realizar a identificação de possíveis desequilíbrios; oferecer suporte nutricional dentro do limite do tratamento; motivar com sentimentos positivos e estimular o autocuidado e a independência; proporcionar ao paciente e a família

informações sobre a doença renal terminal, opções de tratamentos e os riscos de complicações, além de fornecer um suporte emocional (BRUNNER & SUDDARTH, 2015).

É essencial a presença do enfermeiro durante as sessões de HD. Pois esse é responsável pelo gerenciamento da equipe e pela análise do cuidado individualizado de cada paciente. Além identificar e monitorizar os efeitos adversos e complicações do tratamento e doença em longo prazo (FERREIRA *et al.*, 2017). A assistência de enfermagem durante o tratamento de HD é necessária, pois avalia o paciente desde o acesso venoso até a assistência enquanto o paciente dialisa. Além fornecer esclarecimento e fazê-lo compreender as modificações do seu estado de vida (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. De acordo com Art. 27 o setor de HD deverá dispor de um médico nefrologista para cada 35 pacientes, em cada turno, não contabilizando o médico Responsável Técnico (RT); um enfermeiro para 35 pacientes, em cada turno, não contabilizando o enfermeiro RT e um técnico de enfermagem para cada quatro pacientes por sessão de HD. E todos os membros da equipe de saúde são responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico e devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O COFEN por meio da Resolução nº 543/2017 atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem. Assim, orienta que nas unidades de HD convencional o número mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, por turno, considerando os tempos médios do preparo do material, instalação e desinstalação do procedimento, monitorização da sessão, desinfecção interna e limpeza das máquinas e mobiliário, recepção e saída do paciente. Para tanto, são necessárias quatro horas de cuidados de enfermagem por paciente e turno, sendo um profissional pra dois pacientes, com a proporção mínima de profissional por paciente e turno de 33% de enfermeiros e 67% de técnicos de enfermagem (COFEN, 2017).

Porém, a partir de sete de junho de 2018 entrou em vigor a portaria nº 1675 que altera os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do Sistema único de Saúde SUS. Assim, segundo o Art. 83 para o estabelecimento habilitado como Atenção Especializada em DRC com HD deve ter no mínimo o quantitativo de um médico nefrologista para 50 pacientes; um enfermeiro para cada 50 pacientes e um técnico de enfermagem para cada seis pacientes, isso em cada turno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os cuidados de enfermagem iniciam desde a entrada do paciente no serviço de HD. Pois, o enfermeiro deverá acolher o paciente no serviço para avaliar seu aspecto geral e realizar uma avaliação pré-HD com verificação de peso; aferição de sinais vitais (SSVV), questionar queixas desde a última diálise. Qualquer alteração durante o procedimento, técnicos e auxiliares de enfermagem deverão comunicar o enfermeiro responsável. Durante a sessão a equipe deve estar atenta para o monitoramento de SSVV, anticoagulação, funcionamento da máquina (temperatura; rolete; fluxo de sangue; fluxo dialisado), para o conforto do paciente, as queixas e dúvidas, solicitação do médico quando necessário e supervisão dos técnicos da equipe. Ao fim da sessão, cuidado ao retirar o paciente da máquina para que haja uma maior devolução de sangue ao paciente com uma menor quantidade de soro, também se deve evitar embolismo gasoso pela entrada de ar na seringa. Na avaliação pós-HD deve estar atento cuidado para sinais de sangramento no local da punção venosa, checar novamente os SSVV, peso e não permitir que o paciente sintomático se ausente da unidade sem atendimento médico (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

Dessa maneira, o enfermeiro a partir do PE pode sistematizar o trabalho e oferecer um cuidado individual e de qualidade conforme as necessidades do paciente. Assim, a importância do PE na assistência do enfermeiro para com seu cliente (LATA et al., 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de cunho qualitativo.

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever as características de uma população específica, fenômeno. Ou o estabelecimento de variáveis. Esse tipo de pesquisa descreve com detalhes o fenômeno e a situação que está ocorrendo, permitindo assim, que as características de um indivíduo, uma situação ou grupo sejam abrangidos com exatidão, além de descobrir a relação entre os eventos (OLIVEIRA, 2011).

Considera-se transversal porque todas as informações coletadas serão em único momento, sem período de acompanhamento. Neste tipo de estudo deve-se definir a questão a responder, depois definir a população e o método de escolha da amostra. Por último, o fenômeno a estudar e os métodos de medição das variáveis (HOCHMAN *et al.*, 2005).

A pesquisa qualitativa é um estudo que enfatiza o subjetivo como meio de compreender e interpretar as experiências, não se preocupa com a representatividade numérica. Neste tipo de pesquisa o pesquisador é ao mesmo tempo sujeito e objeto de suas pesquisas. Além de preocupar-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados tentando compreender e explicar a dinâmica das relações sociais O desenvolvimento da mesma é imprevisível e o conhecimento do pesquisador é parcial e limitado (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

2.6 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Terapia Renal Substitutiva Pediátrica (CTRSP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), no Serviço de Terapia Renal do Hospital Ophir Loyola (HOL) e na Clínica Nefrocentro no município de Belém.

A FSCMP tem como missão cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento. E como visão ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável. É uma Fundação que atende exclusivamente pacientes do SUS e está cadastrada como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido (FSCMP, 2018).

A FSCMP conta com serviço de referência para tratar doenças renais. O CTRSP da FSCMP tem um atendimento que envolve crianças e adolescentes de até 18 anos é amplo:

nefrologia pediátrica, hemodiálise pediátrica, ambulatórios, enfermarias e interconsultas (FSCMP, 2018).

O CTRSP da FSCMPA Foi inaugurado em outubro de 2011, transformando-se no primeiro serviço paraense especializado no atendimento de crianças e adolescentes (menores de 18 anos) com patologias renais, agudas e crônicas, com capacidade de atendimento para 32 vagas. O serviço dispõe de 10 máquinas por turno de diálise, dividida em dois turnos, com um total de quatro enfermeiros e uma enfermeira Responsável Técnica (RT) e 11 técnicos, são atendidos 23 pacientes pelo programa (FSCMP, 2018).

O HOL tem a missão é prestar assistência de qualidade em Oncologia, Nefrologia, Neurologia e Transplante, fundamentada nas políticas públicas, assim como devolver e promover Ensino e Pesquisa. E a visão ser um hospital sustentável reconhecido por sua excelência na assistência à saúde da população, no ensino, na pesquisa e no desempenho de seus colaboradores. Atende demanda encaminhada pela rede básica, ambulatorial e hospitalar, de todo o Estado do Pará, destinado 100% pacientes do SUS. HOL, 2018).

Instituto de Nefrologia foi criado em 1999 com uma enfermaria; hemodiálise e um serviço de transplante com doadores vivos e falecidos. Atualmente, a clínica possui hemodiálise com 20 máquinas, dividido em três turnos, com total de sete enfermeiros assistenciais e uma enfermeira RT e 26 técnicos, realizando o atendimento de 83 pacientes (HOL, 2018).

A Nefrocentro foi fundada em Belém em outubro de 2011 com o objetivo de ser referência no tratamento de doenças renais. É uma clínica particular e tem como missão proporcionar qualidade de vida para doentes renais crônicos, elevando a sua autoestima e atenuando as dificuldades da sua condição clínica, mediante tratamento de alta tecnologia e atendimento médico multidisciplinar. Sua visão é manter-se como referência na prevenção e tratamento de doenças renais e tornar-se, em um período de cinco anos, o maior centro tecnológico de diagnósticos e cuidados médicos de pacientes renais crônicos da região Norte (NEFROCENTRO, 2018).

A clínica possui hemodiálise com 29 máquinas, dividida em dois turnos (segunda, quarta e sexta) e em três turnos (terça, quinta e sábado) com total de três enfermeiros assistenciais e uma RT e 19 técnicos, com atendimento de 120 pacientes (NEFROCENTRO, 2018).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram participantes do estudo enfermeiros que trabalham do CTRSP da FSCMPA, no Serviço de Terapia Renal do HOL e na Clínica Nefrocentro no município de Belém.

Os Critérios de inclusão da pesquisa:

- Trabalhar no serviço de hemodiálise.
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão:

- Ausência do serviço por férias ou licença.
- Recusar-se em participar da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas aplicadas no setor de trabalho dos enfermeiros no período compreendido de abril a julho de 2019. Os enfermeiros foram informados sobre os objetivos do estudo, e os que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O roteiro da entrevista foi composto por questões abertas acerca do tema extraído da literatura pertinente, o tempo estipulado para cada entrevista foi de 30 minutos, os relatos foram gravados no celular no aplicativo chamado gravador de voz HD e transcritos na íntegra para evitar perda de informações importantes e facilitar a análise do material.

O instrumento utilizado para coleta foi dividido em duas partes, a primeira parte tem o objetivo de traçar o perfil dos enfermeiros entrevistados, contem sigla do nome; idade; sexo; cargo; em caso de enfermeiro RT pergunta se possui registro; tempo de formação; tempo de trabalho em HD; o número de pacientes sobre sua responsabilidade; quantidade de serviços que trabalha; a carga horária de trabalho; se tem especialidade em nefrologia.

A segunda parte do instrumento visa desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE e descrever os avanços obtidos com a implementação do PE no serviço. Dessa maneira, foram elaboradas seis perguntas: 1.defina SAE; 2.defina o PE; 3.Qual a teoria de enfermagem utilizada no serviço? 4. Quais os desafios enfrentados após implementação do PE no serviço de HD? 5. Quais os avanços obtidos com implementação do PE no serviço de

HD? 6. Em sua instituição é realizada avaliação contínua do PE implementado, sendo realizadas mudanças quando necessária?

Para Bardin (2016) a entrevista semiestruturada é um instrumento de investigação específico em que, a subjetividade está muito presente, pois, através do seu próprio meio de expressão, sistemas de valores e representações, suas emoções e afetividade, o entrevistado é capaz de descrever acontecimentos, práticas, crenças, episódios passados e juízos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise de conteúdo foi empregado visando organizar os dados e analisar os resultados obtidos, a partir de categorias identificadas por meio do referencial teórico coletado. A partir das explicações de Bardin (2004), o presente estudo constituiu-se de três etapas básicas: 1) Pré-análise: em que foram definidos o tema, o referencial teórico, os objetivos, a metodologia, bem como a coleta dos dados secundários; 2) Análise descritiva: organização e descrição dos dados coletados, envolvendo a codificação por meio da classificação (intensidade e direção de ideias) e categorização (definição final de categorias a serem trabalhadas). Emergiram quatro categorias a primeira a diferença da SAE e PE; a segunda o conhecimento sobre a teoria de enfermagem adotada, a terceira desafios e avanços da implementação do PE, com duas subcategorias adesão por parte dos profissionais e a falta de tempo/déficit de recursos humanos/ E atenção para não transformar o PE em check-list e a quarta categoria a importância da avaliação contínua do PE implementado. 3) Interpretação inferencial: compreensão dos fenômenos a partir dos materiais teóricos e empíricos, busca de respostas às questões de pesquisa levantadas, verificação de contradições e, por fim, realização das conclusões. Objetivo, orientado para os resultados. Durante a seleção dos depoimentos, foram substituídos todos os nomes pela letra “E” de Enfermeiros, acrescido do sistema alfanumérico, para desta forma manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Este trabalho obedeceu à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa. O projeto foi cadastrado na Plataforma

Brasil e aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará, comitê de ética do CTRSP da FSCMPA, do Serviço de Terapia Renal do HOL e da Clínica Nefrocentro do município de Belém. Teve aprovação pelo CEPS (Conselho de ética e Pesquisa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA, na data de 01 de Abril de 2019, através do parecer de nº 3.236.696; pela FSCMPA na data de 13 de maio de 2019, através do parecer de nº 3.321.550 e do HOL na data de 27 de junho de 2019, através do parecer de nº 3.420.791.

Após a aprovação foi aplicado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante da pesquisa. Vale lembrar que antes de proceder à coleta dos dados, foi garantido ao participante o anonimato e o mesmo apenas participou após entendimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Como a pesquisa necessitou de coleta de dados através de entrevistas realizadas com os enfermeiros, existe o risco de exposição do indivíduo a partir de acesso de informações contidas nas fichas por pessoas desconhecidas e que não estão no estudo. Os mesmos detinham a liberdade para não responder perguntas que causarem constrangimentos. Foram previsto procedimentos que assegurassem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. A pesquisa terá como benefício proporcionar conhecimento aos enfermeiros para melhorar na aplicação do PE. Assim o paciente será beneficiado, pois usufruirá de assistência de enfermagem de qualidade e mais segura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS

Foram entrevistados 14 enfermeiros, sendo 11 enfermeiros assistenciais e três Responsáveis Técnicos (RT). Foram excluídas da pesquisa 03 enfermeiras que estavam ausentes do serviço. A idade entre 34 e 52 anos, sendo todas do sexo feminino. O tempo de formação variou de um a 26 anos, já o tempo de experiência de um a 24 anos, sendo que 28,5% apresentavam a experiência como técnica de enfermagem. O tempo de experiência em HD variou de um mês a 21 anos. Na clinica as enfermeiras são ficam responsáveis por 37 pacientes e a RT pelo serviço todo que corresponde a 127 pacientes. No CTRSP da FSCMPA nove pacientes e a RT responde por 25. No Serviço de Terapia Renal do HOL estão sob-responsabilidade da enfermeira 30 pacientes e da RT 84 pacientes. Metade das enfermeiras possui somente um emprego, a outra metade possui dois; a carga horária de trabalho no setor privado é de 36 horas semanais incluindo os sábados e no setor público são 30 horas semanais de Segunda a sexta-feira, e os sábados em regime de plantão. Das 14 enfermeiras participantes do estudo, apenas uma não possui especialidade em nefrologia.

Quadro 1. Caracterização do perfil dos enfermeiros

Categorias	n	%
Enfermeiros participantes	14	82,4
Excluídos	3	17,6
Idade	34-52 anos	-----
Sexo		
Feminino	14	100
Masculino	0	0
Categorias		
Assistencial	11	78,6
Responsável Técnico	3	21,4
Tempo de formação	1-26 anos	-----
Tempo de trabalho	1-24 anos	-----
Tempo de trabalho em HD	1 mês- 21 anos	-----
Quantidade de pacientes responsáveis (Assistencial/RT)	37/127 pacientes	-----
Nefrocentro	9/25 pacientes	
FSCMPA	30/84 pacientes	
HOL		
Quantidade de serviços que trabalha	1	50
	2	50
Carga horária de trabalho		
Nefrocentro	36 horas semanais(Seg-Sáb)	-----
FSCMPA/HOL	30 horas semanais(Seg-Sex)	
Especialista em Nefrologia		
Sim	13	92,9
Não	01	7,1

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 A DIFERENÇA ENTRE SAE E PE

A SAE e o PE são termos com conceitos distintos. É necessário que enfermeiro compreenda a importância da SAE e do PE para prestar uma assistência de qualidade, resolutiva e humanizada ao paciente. Além de ter competência e se apropriar dos mesmos para aplicação no processo do cuidar. Dessa maneira, é essencial que o profissional compreenda e diferencie esses termos.

Porém percebeu-se que a maioria das enfermeiras trocam os aspectos conceituais de SAE e PE e essa dificuldade de entendimento pode impactar na aplicação do PE pelo enfermeiro. Além de fragilizar a afirmação da cientificidade da profissão. Como se evidencia na entrevista a seguir:

“A SAE é uma definição minha né? A SAE ela é o cuidado centrado no paciente individualizado, né? É o cuidado que tu tens do teu dia-a-dia com aquele paciente, tá? Mas de forma individualizada, né? Vendo suas demandas do dia-a-dia, vendo suas necessidades, né? E o que eu posso traçar o meu cuidado naquele dia, com aquele paciente. Essa é minha definição”. “É Processo de Enfermagem são... é ...cuidados né? Que são ...é...colocados numa instituição para ser seguidos, né? Para ser...para melhorar sua rotina de trabalho, né?Para melhorar seu cuidado assistencial. Então ele é diferente da sistematização de enfermagem que você faz individualizado, certo? são as normas e rotinas de uma instituição, dos procedimentos no caso”. (E05)

A SAE é responsável por organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Esse diferentemente da SAE é um instrumento metodológico que norteia o cuidado profissional da equipe de enfermagem e a documentação do trabalho (DOTTO et al., 2017).

Além disso, constatou-se que alguns profissionais utilizam os termos SAE e PE como sinônimos, influenciando de forma negativa no processo laboral do indivíduo e consequentemente impactando na assistência prestada ao paciente. Fato evidenciado nas seguintes falas:

“A SAE, na hemodiálise a gente tem como definição ela sendo um processo individualizado do paciente, onde a gente consegue ali tá observando diferenciadamente cada paciente na sua necessidade, a gente define assim. O Processo de Enfermagem a gente realiza para que ele seja executado pela nossa mão de obra técnica, para melhorar as intervenções dos pacientes”. (E01)

“SAE é Sistematização da Assistência de Enfermagem que a gente já tá fazendo aqui, que é um tratamento individualizado, prescrito de acordo com as necessidades humanas básicas de um determinado paciente. O Processo de Enfermagem a gente começa desde admissão de enfermagem, coletando a história, elaborando todo diagnóstico de acordo com a necessidade de cada um. De acordo com isso a gente prescreve o diagnóstico, faz a prescrição de enfermagem. No final do mês a gente faz evolução para ver se tá mantido ou teve alteração e faz as prescrições de enfermagem que é para o técnico fazer a checagem no final do mês também.” (E03)

O emprego das expressões “SAE” e “PE” como sinônimos gera uma divergência relacionada ao entendimento e a prática de enfermagem, podendo contribuir para o enfraquecimento e a desarticulação da teoria com exercício profissional. Essa dificuldade de articulação teórico-prática, evidenciada pela discordância de conceitos existentes na literatura, pode impactar na aplicação do PE pelo enfermeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A falta de conhecimento acerca do significado e o conceito de SAE e PE proporciona uma prestação de assistência menos qualificada, culminando no déficit de compreensão sobre os recursos necessários, legislativos para direcionamento do serviço e do mesmo para com os pacientes, além de protocolos, normas e rotinas deficientes, dimensionamento inadequado. Fato evidenciado na seguinte fala:

“É a Sistematização de Atendimento de Enfermagem que engloba tudo que a gente consegue fazer com o paciente hoje, né”? “A gente orienta nossos técnicos a melhor forma que eles possam manusear o paciente, que a gente possa prestar uma assistência de qualidade. Então a SAE ela veio para nos ampliar né? Para dar uma visão de atendimento de enfermagem ao paciente”. (E02)

“PE também, acho que... Assim! a parte de da definição não sei te dizer bem assim o conceito do PE. Mas é aquilo que eu te falo é um conjunto também que vai orientar a gente, assim no caminho para atendimento ao paciente”. (E14)

As lacunas de conhecimento e a falta de capacitação para execução do PE iniciam no período da graduação. Um fator importante relacionado a essa dificuldade de entendimento pelo enfermeiro dos conceitos, está relacionado às falhas na formação deste profissional que por vezes contribuem para convicções empíricas entre os profissionais, que a SAE não funciona. Assim, esta deve ser compreendida como um método para executar ações de enfermagem, que envolvam conhecimento teórico e habilidade prática. Outro fator que também contribui para essa falta de conhecimento dos profissionais é o ensino fragmentado e

desarticulado de diferentes taxonomias e referenciais teóricos. Além da dificuldade de verificar aplicação desses termos na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem. Isto tem sido uma barreira para que estudantes os compreendam o PE (DUTRA *et al.*, 2016).

Assim, os serviços de saúde e as instituições de ensino devem estabelecer laços, de modo a proporcionar ao estudante um contexto prático para a formação de profissionais qualificados, considerando a corresponsabilidade de ambos quanto á qualidade da formação dos enfermeiros (NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

A minoria dos participantes desse estudo descreve a SAE como um instrumento que proporciona condições para organização da assistência, cientificidade, individualidade do paciente, padronização de rotinas, qualidade da assistência, elaboração do plano de cuidados e emprego de instrumentos. O PE foi definido pelos mesmos profissionais supracitados como uma ferramenta metodológica que compreende cinco etapas para o direcionamento do cuidado. Evidenciados nas seguintes falas:

“A Sistematização ela é todo o planejamento do enfermeiro para executar a assistência com o paciente. E às vezes as pessoas confundem, porque questão do PE com a SAE. Mas a SAE é muito mais ampla, é toda a assistência que vai ser planejada, com todos os recursos que são necessários, com todo conhecimento científico que você necessita de legislação, de protocolos, de rotinas, de taxonomias para poder assistir o paciente de forma integral. O PE já são as etapas, que são cinco etapas, histórico de enfermagem que é a primeira etapa, a definição dos diagnósticos, mais o planejamento do plano de cuidados, a implementação desse plano e avaliação de todo esse planejamento que foi feito”. (E09)

“SAE na verdade é a organização do serviço do enfermeiro, na sua prática clinica, no seu setor de trabalho. Então, hoje em dia quem não estuda muito sobre o assunto imagina que SAE é a mesma coisa que PE, não tem nada haver. É uma coisa que é diferente do método também. Então a sistematização é você organizar seu trabalho, porque se você não organizar, você não tem como aplicar o método e como ter o PE e o processo de trabalho. Já o PE é que é aquela situação da nossa técnica de resolução de problemas, mediante os cinco passos que nos precisamos percorrer para assistir de uma maneira adequada, que é a investigação, o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Então é a nossa técnica, o nosso instrumento tecnológico o processo de enfermagem. E sem a sistematização do serviço, não temos como proceder o PE e também sem estudo[...]”. (E10)

A SAE é um instrumento para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de contribuir com a definição de atribuição aos membros da equipe de enfermagem. Logo a SAE é uma ferramenta que oferece subsídios à organização da assistência e gerência do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

É utilizada pela enfermagem como ferramenta para uma assistência de qualidade. Esta facilita o trabalho da equipe, contribuindo positivamente na organização, gerando mais autonomia e segurança. Além de melhorar a assistência de enfermagem. O enfermeiro tem sua prática baseada no cuidar. Esse está respaldado na base teórico científica sustentada pela SAE e aplicada através do PE. Através do mesmo o enfermeiro consegue detectar as prioridades de cada paciente e suas necessidades. Assim, direcionando o profissional para as intervenções de enfermagem necessárias (CAMPOS; ROSA; GONZAGA, 2017). Suas vantagens na prática assistencial são incontestáveis, pois direciona a organização e condução das ações, objetivando o alcance dos resultados esperados para a sobrevivência dos pacientes. Assim, a importância de conhecer o perfil de cada paciente assistido, de modo a direcionar o cuidado com as etapas do processo (GOMES; BRITO, 2012).

4.3 CONHECIMENTO ACERCA DA ESCOLHA ADEQUADA DA TEORIA DE ENFERMAGEM A SER ADOTADA

As teorias de enfermagem foram essenciais para evolução da profissão, pois atribuiu uma cientificidade para a mesma. Elas fundamentam a prática e sistematizam o cuidado. Assim o conhecimento delas é importante porque são simplesmente bases para a nossa prática profissional. Percebeu-se que uma pequena parte dos entrevistados tem conhecimento sobre as teorias de enfermagem, pois ao serem questionados a respeito da mesma utilizada na implementação do PE, responderam de forma correta. Porém, não obtinham tanta firmeza sobre o que estavam falando, foi possível constatar algumas dúvidas sobre se era realmente a teoria correta. Além de se observar o predomínio de duas teorias: a Wanda Horta (Necessidades Humanas básicas) e de Dorothea Orem, como é exposto nas entrevistas a seguir:

“É de...a gente usa da humanas básicas da Wanda Horta, né? Desde do início”. (E03)

“Wanda Horta, né? Se eu não me engano aqui.” (E05)

“Foi a Wanda Horta e a Orem”. (E06)

“Aqui a gente geralmente usa a Orem e a Wanda Horta”. (E08)

Na resolução COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, o art. 3º descreve que:

O PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

As teorias de enfermagem tem o objetivo de caracterizar, explicar, compreender e interpretar a partir da inter-relação conceitual com os fenômenos da profissão. Além contribuírem para que os profissionais descrevam e expliquem a realidade assistencial conforme a tríade teoria, pesquisa e prática na área (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

No Brasil, o PE foi introduzido pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta na década de 70. Em 1979 Horta formulou a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a qual embasou-se na teoria da motivação humana de Abraham. Esta teoria foi desenvolvida devido a preocupação com a prática não reflexiva e dicotomizada da enfermagem. Além de ser uma tentativa de unificar o conhecimento científico e proporcionar autonomia e independência a profissão (SILVA *et al.*, 2011).

A teoria de Dorothea de Orem foi desenvolvida entre os anos de 1959 e 1985. O conceito central da teoria é o autocuidado (QUEIRÓS *et al.*, 2014).

Autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem e star pessoal (OREM, 2001).

Considera a teoria composta por três teorias inter-relacionadas, a primeira é a teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprio. A segunda é a teoria do déficit do autocuidado, a qual descreve e explica a razão pela qual os indivíduos podem ser ajudados através da enfermagem e a terceira não menos importante é a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (QUEIRÓS *et al.*, 2014).

Porém foi possível constatar que mais da metade dos enfermeiros entrevistados desconhece as teorias de enfermagem, pois responderam como teoria de enfermagem a NANDA e o carpenito. Sabe-se que estes são referências utilizadas para o diagnóstico de enfermagem, os quais correspondem à segunda etapa do PE. Isto é um desalento para a profissão, uma vez que a mesma firmou-se como ciência. Como pode ser exposto nas entrevistas a seguir:

“A NANDA e o carpenito”. (E01)

“Aqui a gente utiliza muito pouco o NANDA né? Mas normalmente a gente utiliza mais o carpenito. Eu na faculdade usei muito o NANDA né? porque o NANDA é uma visão mais atual né? Vocês usam 2017-2018. Mas aqui, como o sistema já foi implantado antes agente optou pelo carpenito. Porque já havia estudos com ele”. (E02)

“Aqui no serviço a gente está usando mais a Wanda. Mas os riscos de infecção a gente usa do carpenito”. (E04)

“Aqui a gente usa o NANDA. Na verdade quando eu cheguei o instrumento tava pronto eu não participei da elaboração dele. Então, eu não me lembro. Mas ela pegou todas as necessidades que eu acho que está dentro do NANDA”. (E07)

O termo diagnóstico de enfermagem é utilizado para descrever um passo necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem (CARPENITO, 2002).

A NANDA I (O North American Nursing Diagnosis Association – Internacional) é taxonomia de diagnósticos utilizadas pelos enfermeiros, que lidam com respostas a problemas de saúde/processo da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidade. Estes podem ser focados em um problema, um estado de promoção de saúde ou risco potencial (NANDA, 2018).

Segundo Martins (2006), estudos mostram que desde a graduação os alunos compreendem a importância das teorias de enfermagem para o exercício da profissão. Porém, sentem dificuldade no entendimento da teoria, assim como associa-la a prática profissional.

O ensino das teorias de enfermagem desde o início da graduação tem sido superficial. Dessa maneira, pode resultar aos futuros profissionais de enfermagem uma diminuição da importância na vida profissional. Elas são responsáveis por guiar o enfermeiro no planejamento de suas atividades (MERINO *et al.*, 2018).

4.4 DESAFIOS E AVANÇOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PE

Pode-se observar que na prática assistencial o PE apresenta desafios a serem superados na sua implementação. Como o exposto abaixo:

4.4.1 Adesão por parte dos profissionais

Observa-se a falta de adesão e apropriação por parte do enfermeiro no PE, por consequência o corpo técnico mantém-se resistente no adotar o mesmo. Uma vez que é

competência privativa do enfermeiro o diagnóstico de enfermagem e as prescrições das ações, a equipe técnica participa da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob supervisão e orientação do enfermeiro. Além disso, identificou-se que a dificuldade está intimamente ligada à desproporção entre a parte teórica e prática da formação dos profissionais. Em consonância com as falas a seguir:

“[...]a questão ainda da adesão, né? Até mesmo por parte dos profissionais, aquela questão de estar ali todo tempo fiscalizando se eles estão executando ou não estão somente checando. Se realmente eles visualizaram aquilo que eles checaram. Então para mim seria adesão, porque como nem todos os serviços possui a sistematização e algo que está sendo muito cobrado recentemente, principalmente pelos conselhos. [...] Então ainda falta um pouco de preparo, não somente pela parte das enfermeiras, mas também pelo nível técnico. Porque eles acham que as vezes é só um papel, eu vou lá marco e tá tudo bem. Não! a gente tem que mostrar para eles qual a importância daquela observação que eles estão fazendo ali”. (E07)

“Assim o maior desafio que eu vejo é quanto a equipe técnica aceitar, entendeu? [...]” (E 08)

“Assim...na faculdade a gente aprende o que é sistematização, o que é processo de enfermagem. Mas eu não vejo muito essa realidade na prática e que o enfermeiro ainda tem muita dificuldade de conseguir realmente se apropriar do que é o PE e da própria sistematização, de conseguir perceber essa sistematização que é o agir dele, é ação do enfermeiro na prática de fato. Então o PE eles acabam confundindo muito, como se fosse algo muito burocrático de pouca importância. Na verdade é através do PE que a gente consegue conhecer o paciente, implementar um plano de cuidados individual para ele, para que o enfermeiro possa agir de fato[...]”. (E09)

Isto ocorre pela diferença existente entre o ensino e o serviço, sendo um obstáculo a ser superado. Pois é comum nos cursos de ensino superior haver uma abordagem mais teórica, sem muita articulação desta teoria com a prática. Isso dificulta a percepção dos graduandos quanto à aplicação e viabilidade deste instrumento no processo de cuidar profissional (SOUZA et al, 2013).

Além da resistência por parte da equipe de enfermagem de se inserir no processo e a dificuldade no preenchimento dos impressos por ter dúvidas de como deve ser realizado (CAMPOS; ROSA; GONZAGA, 2017).

4.4.2 A falta de tempo/ Déficit de recursos humanos /E atenção para não transformar o PE em check-list

O segundo desafio enfrentado pelo enfermeiro é o tempo. Devido à sobrecarga de trabalho do mesmo, no que se refere a gerencia e assistência do serviço. Além da apropriação indevida de atividades que não é competência da profissão. Adicionalmente, com nova portaria nº1675, de junho de 2018 do Ministério da Saúde é um fator que contribui para a falta de tempo por parte dos enfermeiros na implementação do PE. O Art. 83 propõe a proporção de 1 enfermeiro para cada 50 pacientes por turno o que inviabiliza uma assistência individualizada e humanizada, pautada nas necessidades de cada cliente. Como exposto na fala a seguir:

“Os desafios ... é porque gera uma demanda muito grande de tempo e a gente quase não tem tempo pra isso. Mas aos poucos a gente vem, a gente tenta vencer. Porque a demanda de serviço é grande, essa carga horária de 6 horas acaba não dando para gente fazer muita coisa, que a gente atende muito paciente, é muita intercorrência, muito curativo e as vezes não dá para fazer uma sistematização completa”. (E03)

Estudos mostram que a deficiência de recursos humanos, educação permanente e sobrecarga de trabalho são fatores que dificultam e interferem na implementação do mesmo. O recurso humano é essencial para operacionalização do PE, tanto no que se refere à função de cada membro da equipe, quanto no aspecto quanti-qualitativo. Pois a falta de pessoal impacta negativamente na implementação desse instrumento (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

E por último, mas não menos importante deve-se ter atenção para não transformar o PE em check-list. Pois este contribui para um processo de trabalho mais organizado, com redução de erros e riscos ao cliente assistido. Assim ajuda no sucesso das ações de implementação.

“ A prescrição de enfermagem não virar um check-list, porque a gente acaba percebendo por ser muito paciente por turno, por ter um espaço muito pequeno de tempo para você fazer todas as suas atividades e ainda fazer o processo de enfermagem. Muitas vezes acaba... deixando por último e não priorizando e acaba virando um check-list, acaba ficando no automático tanto para o prescritor, quanto para o técnico de enfermagem que vai executar” . (E04)

[...] As vezes a gente faz, prepara nossa SAE, mas assim! eles só checam. Para eles é só um instrumento que eles tem que checar e assinar. Eles não olham para ver o que realmente tem ali, é tipo assim vai no automático, entendeu? As vezes você põem , eles só querem.. enfermeiro já tem a SAE?, que é diária que a gente faz, mas é só assim, porque eles querem

assinar, porque final do mês a gente cobra assinatura de todos. Mas, em nenhum momento eu vejo um deles pegar e olhar para ver o que realmente aquilo [...]”.(E08)

Segundo Trindade *et al.*, (2006) há uma dificuldade pelos enfermeiros na aplicação do PE e até por vezes a não aplicabilidade do mesmo. Devido à mecânica dos afazeres rotineiros, à demanda de trabalho, à falta de profissionais e a sobrecarga de trabalho.

Foi possível notar com as falas dos enfermeiros que os mesmos obtiveram avanços. Porém, a prática se mostra diferente, porque existe uma fiscalização por parte dos conselhos regionais de enfermagem. Os enfermeiros com intuito de não serem advertidos ou penalizados Apoderam-se de forma indevida do PE. Conscientemente, os mesmos portavam do conhecimento que o PE é fundamental. Pois, contribuiria para um olhar diferenciado aos pacientes críticos, assistência mais organizada, humanizada e individualizada. Além de proporcionar benefício tanto a equipe como o cliente assistido. E contribui para evitar futuras complicações.

“Ficou mais organizado, eu senti que ficou mais organizado o serviço. Que a gente passa a colocar na prescrição passo a passo o que tem que ser feito o que a gente quer. E aí a equipe vai e olha. É uma forma assim até de lembrar o que tu tem que fazer, né? [...]”(E06)

“Assim a gente começou á organizar[...] as nossas tarefas diárias ficaram mais organizadas, a gente... não só para enfermeira, mas para o técnico também, ele sabe que ele precisa fazer aquilo ali[...]”. (E08)

“O avanço é porque no início a gente realmente não tinha, a gente não valorizava esse lado. Agora a gente acaba vendo o paciente de uma forma mais humanizada e individualizada, de acordo com as necessidades que cada um tá passando mesmo”. (E03)

O PE desenvolve a organização do trabalho em equipe. O qual o enfermeiro é o responsável, permitindo o mesmo ter um olhar mais criterioso e detectar os casos mais graves e as prioridades de cada paciente. Direcionando assim, o cuidado com as intervenções necessárias (CAMPOS; ROSA; GONZAGA, 2017).

Além disso, para o paciente o PE proporciona uma assistência de qualidade, contínua, individualizada e integral, além de contribuir para a segurança do paciente. Sendo um instrumento primordial para os enfermeiros para obter dados, planejar, programar e estimar o cuidado. Constitui por ações padronizadas e sequenciais que buscam o atendimento de forma integral, individualizada para o sujeito, família e comunidade (DUTRA *et al.*, 2016).

Os enfermeiros esperam que o PE possibilite mudanças relacionadas à melhoria da qualidade da assistência prestada, possibilidade de capacitações, conhecimento científicos, crescimento e reconhecimento da profissão. Além de associar este como uma assistência humanizada (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

4.5 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA DO PE IMPLEMENTADO

A avaliação é essencial para o processo. Pois ela determina se ações ou intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados. Além de verificar as necessidades de mudanças e/ou de adaptações nas etapas do mesmo. O importante foi que os enfermeiros entrevistados reconheceram a importância da avaliação contínua do PE implementado na sua instituição e relataram realizar mudanças quando necessário conforme as falas a seguir:

“Sim, a gente faz a análise dos pacientes e a cada período a gente vai tentando melhorar... A gente ver no decorrer do mês se a gente conseguiu sanar essas intercorrências que ele vinha tendo, aí se a gente conseguiu a gente já vai só mantendo a estabilidade dele”. (E01)

“Sim, de acordo com a necessidade do paciente se ele muda de cateter para fístula, se tem um novo foco de infecção, geralmente a gente vai mudando a prescrição”. (E03)

“Sim. A gente tá conseguindo, pelo menos uma vez no mês a gente tá conseguindo fechar diagnósticos, colocar novos diagnósticos de enfermagem, mudar a prescrição de acordo com a necessidade do paciente”. (E04)

“Sim, todos os processos passam por análises tanto da nossa gerência, quanto por comitê de processos que tem dentro da instituição, que são revalidados os processos, né? Passado pela nossa gerência. E a gerência junto com a gente é avaliado os processos, para verificar se tem alguma quebra nesse processo, o que se precisa melhorar nesse processo e se todo mundo tá interado nesse processo. Então, toda vez que tem uma mudança, toda vez que tem algo para melhorar esse processo de assistência...é...e feito com toda equipe de enfermagem, toda equipe passa para ver se esse processo tá sendo adequado, se vai dar ou se precisa melhorado, ou se precisa de alguma mudança, se durante os procedimentos tá tendo muito quebra nesses processos né? e por que? Então sempre a gente trabalha em cima disso. Por que a gente fala muito em segurança do paciente. Então, na nossa instituição tudo que for para segurança do paciente, a gente tá implantando [...]”. (E05)

Segundo, o Art. 1º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, resolução COFEN nº 564/2017 é direito dos enfermeiros exercerem a enfermagem com liberdade e autonomia. Além de aplicar o PE como instrumento metodológico para planejar;

implementar; avaliar e documentar relacionada ao exercício profissional de enfermagem, conforme o Art. 14º.

O Art. 4º da resolução do COFEN nº 358/2009 descreve o enfermeiro como responsável por liderar a execução e avaliação do PE, de modo alcançar os resultados de enfermagem esperados. Além de corresponder à quinta etapa do PE, sendo um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa foi possível constatar que tanto a SAE como o PE são muito importantes para a qualidade da assistência de enfermagem. Porém, observou-se que os enfermeiros vivenciam uma dificuldade em relação aos mesmos. Pois a maioria confunde seus conceitos, outros identificam como sinônimo, uma parte não detém conhecimento e ainda aqueles que não sabem o significado e o conceito. Este fato impacta negativamente na assistência prestada pelo enfermeiro para com seu paciente. Poucos enfermeiros dominam e se apropriam do conceito de SAE e PE de forma correta.

Houve dificuldade em relação ao referencial teórico e a fundamentação da pesquisa, pois na maioria dos artigos os conceitos também são utilizados como sinônimos ou estão invertidos. Muitos artigos discorrem de maneira idêntica sobre o assunto.

Observou-se também uma deficiência em relação ao conhecimento das teorias de enfermagem por esses profissionais, o que contribui para implementação deficiente do PE. Pois, este deve estar baseado no suporte teórico que o oriente as etapas do mesmo, sem este conhecimento as dificuldades tornam-se ainda maiores durante a prática profissional.

Compreende-se que os enfermeiros experienciam muitos desafios. Porém eles são os únicos responsáveis por minimizá-los. Pois o PE é uma forma de otimizar o trabalho. Garantir a prestação de uma assistência organizada, individualizada e mais humanizada. Assim, é necessário que esses profissionais busquem leituras, capacitações, cursos para empoderamento sobre o assunto e aperfeiçoamento de sua prática clínica, visando sanar as dificuldades junto com o corpo técnico.

Um dos objetivos da pesquisa propôs descrever os avanços obtidos com a implementação do PE nos serviços de HD, entretanto constata-se, pelas falas das participantes, que o PE contribui com o serviço, mas pela deficiência da prática não é possível identificar os avanços como elas relatam. As enfermeiras são conscientes sobre a importância da avaliação contínua no PE implementado no serviço.

Assim, sabe-se que os avanços do PE são lentos e graduais. Porém, esta ferramenta é necessária para garantir a segurança da assistência prestada ao paciente, bem como estabelecer a cientificidade da enfermagem. Dessa maneira, foi de grande valia as entrevistas realizadas com as enfermeiras para desvelar os desafios que as mesmas encontram e para permitir a reflexão e possibilitar uma assistência de enfermagem mais humanizada e individualizada.

REFERÊNCIAS

ARCTPA. ASSOCIAÇÃO DOS RENAIIS CRÔNICOS E TRANSPLANTADOS DOS PARÁ. Disponível em <http://www.arctpa.com.br/>. Acesso 28/09/2018.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2004.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: Frequente e Grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p.248-253, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema único de Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRUNNER & SUDDARTH. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CAMPOS, N. P. S.; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. N. Dificuldades na implementação da Sistematização de enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, 9º Ed, p. 402-410, 2017.

CARPENITO, L. J. Diagnóstico de Enfermagem: aplicação a pratica clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p.880

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen N°358/2009, de 15 de outubro de 2009. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 19/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen N° 543/2017, de 18 de abril de 2017. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em 19/05/2019.

DOTTO, J. I. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Ordem, desordem ou (re)organização?. *Revista de Enfermagem da UFPE On line*, v.11, n.10, 2017.

DUTRA, M.S. et al. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa de literatura. **HU Revista**, v.42, n.4, p.245-252, Nov/dez, 2016.

FERREIRA, A. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente em Hemodiálise. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 19, n. 2, p.138-145, jun/ago, 2017.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERCÓRDIA DO PARÁ. Disponível em <http://www.santacasa.pa.gov.br/sobre/p.php?id=1>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

GOMES, L.A.; BRITO, D.S. Desafios na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: revisão de literatura. **Revista interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v.5, n.3, p.64-70, jul/set, 2012.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgia Brasileira**, v.20, n.2, p.2-9, 2005.

HORTA, W. A. **Processos de Enfermagem**. 15º Ed. São Paulo: EPU, 2005.

HOSPITAL OPHIR LOYOLA. Disponível em <http://www.ophirloyola.pa.gov.br/content/quem-somos>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.36, n.1, p.63-73, 2014.

LATA, A. G. B. et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.especial, p.160-163, 2008.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Caderno Unifoa**, v.9, n.26, p.137-148, 2014.

MARTINS, M. R. Percepção dos discentes acerca das teorias de enfermagem em um curso de graduação. **Revista Uningá**, n. 8, p. 33-40, abr/jun 2006.

MERINO et al. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Revista Rene**, v. 19 , p.1-8 , 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em 07/11/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html. Acesso em 07/11/2018.

NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA - I: definições e classificação 2018 – 2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NEFROCENTRO. Disponível em <https://nefrocentro.com.br/>. Acesso em 13/11/2018.

NERY, I.S.; SANTOS, A.G.; SAMPAIO, M.R.F.B. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 11-14, 2013.

OLIVEIRA, M. F. Metodologia científica: um manual para realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n.2, p. 258-263, abr-jun, 2012.

OREM, D. E. Nursing: Concepts of practice (Orem). 6º ed, 2001.

PORTO, J. R. et al. Avaliação da função renal na doença renal crônica. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.49, n.1, p.26-35, 2017.

QUARESMA, S. J.; BONI, V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós- Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n.1, p.68-80, jan/jul 2005.

QUEIRÓS, P.J.P. et al. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem IV*, n.3, 2014.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n. especial, p.207-211, 2008.

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES. Assistência de Enfermagem Prestada aos Pacientes em Tratamento Hemodialítico nas Unidades de Nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n. 3, Pub.5, 2013.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.1, p:182-188, jan-mar, 2010.

SESSO, R.C.et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.3, n.39, p. 261-266, 2017.

SILVA, F. R.et al. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades e Potencialidades. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n. 2, p. 580-590, 2014.

SILVA, D. G. et al. O MARCO DE WANDA DE AGUIAR HORTA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL. **Revista Científica Da Faculdade De Educação e Meio Ambiente**, 2(1-Sup), p. 56-59, 2011.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. Métodos de Pesquisa. 1º ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo Brasileiro de Diálise 2016. Brasil, SBN; 2016. Dados sobre a doença renal crônica no Brasil; SBN; 2016. Disponível em <https://sbn.org.br/inquerito-brasileiro-de-dialise-cronica-2016/>. Acesso: 16/05/2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/institucional/compreendendo-os-rins/>. Acesso em 12/05/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em:
<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>. Acesso em 04/04/2018.

SANTOS, M.A.P.; DIAS, P. L. M.; GONZAGA, M.F.N. “Processo de Enfermagem”
Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. **Revista Saúde em Foco**, n.9, p. 679-683, 2017.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O Processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.2, p.167-173, mar/abr 2013.

TORTORA, J. G.; DERRICKSON, B. Principios de Anatomia e Fisiologia. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

TRINDADE, L. R. Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. *Saúde (Santa Maria)*, v.42, n.1, p.75-82, jan-jun, 2016.

UBALDO, I. ; MATOS, E. ; SALUM, N. C. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.4, p. 687-964, out/dez, 2015.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Contexto Saúde**, v. 10, n. 20, p. 1371-1374, jan/jun, 2011.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: ENFERMEIROS

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE”. Tem como objetivo identificar os principais desafios e os avanços na implementação do PE em serviços de hemodiálise de Belém-PA. O interesse da pesquisa justifica-se pelo desejo de obter informações sobre o assunto, pois embora, cientes da obrigatoriedade da implantação da SAE e da importância do PE na organização do cuidado que o mesmo proporciona aos pacientes em HD, a maioria das instituições em nosso estado não aplica esta prática em seu cotidiano. Você foi selecionado como potencial participante por ser enfermeiro que atua na área, os critérios de inclusão da pesquisa: trabalhar no serviço de hemodiálise; aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão é ausentar-se do serviço por férias ou licença e recusar em participar da pesquisa. Sua participação consistirá na realização de entrevista semiestruturada composta por questões abertas acerca do tema e o tempo estipulado é de 30 minutos, os relatos serão gravados e transcritos na íntegra para evitar perda de informações importantes e facilitar análise do material. O instrumento de coleta é dividido em duas partes, a primeira parte tem o objetivo de traçar o perfil dos enfermeiros entrevistados. E a segunda parte visa desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE e descrever os avanços obtidos com a implementação do PE no serviço. Para participar da pesquisa, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A recusa em participar pode acontecer em qualquer momento durante a pesquisa, terá a liberdade para não responder perguntas que causarem constrangimentos. e não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora. Como a pesquisa necessitará de coleta de dados através de entrevistas realizadas com os enfermeiros, existe o risco de exposição do indivíduo a partir de acesso de informações contidas nas fichas por pessoas desconhecidas e que não estão no estudo. Será previsto procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatizarão dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Porém, na existência de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o sr. (a) terá a garantia de indenização. Este estudo irá colaborar com dados importantes que serviram como base para melhorar aplicação do PE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente. Pois este se servirá de uma assistência integralizada, de qualidade e coerente com as suas reais demandas. Por fim, será possível a divulgação através de artigo científico para fornecer os resultados obtidos aos demais profissionais da área da saúde e nefrologia, aos pacientes, familiares e sociedade. Os resultados dessa pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Quaisquer dúvidas ou denúncia quanto ao protocolo de pesquisa, entre em contato com a pesquisadora e/ou seus Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) em nome do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS-UFPA), Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) e Hospital Ophir Loyola (HOL). Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr. (a):Eu, _____, portador (a) do documento de identidade _____, recebi informações sobre os objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações ou desistir de participar da pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belém, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome da pesquisadora responsável: **Andréia Pessoa da Cruz**
R. Augusto Corrêa, 1- Guamá, Belém-PA, 66075-110
Contato telefônico: (91) 32018563. Contato eletrônico: apessoa@ufpa.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA)-
Complexo de Sala de Aula/ICS- Sala 13 – Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66.075-110 – Belém –Pará.
Contato telefônico: (91) 3201-8349. Contato eletrônico: cepcs@ufpa.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMP
Rua Oliveira Belo, 395 – Umarizal, Belém - PA, 66050-380
Contato telefônico: (91) 4009-2264. Contato eletrônico: comitê.etica@fscmpa@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos – Hospital Ophir Loyola
Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém-PA, 66063-240.
Contato telefônico: (91) 3265-6645. Contato eletrônico: www.ophirloyola.pa.gov.br / cep@ophirloyola.pa.gov.br

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Ficha de entrevista para enfermeiros

Entrevistado nº

PARTE I

Sigla: _____

Idade: _____ Sexo: ()F ()M

Cargo: _____

Possui registro como RT: ()Sim ()Não

Quanto tempo de formado? _____

Tempo de Trabalho: _____

Tempo de Trabalho em HD: _____

Quantos pacientes você fica responsável? _____

Trabalha em quantos serviços? _____

Carga Horária de trabalho: _____

Especialista em Nefrologia? ()Sim ()Não

PARTE II

1. Defina SAE.
2. Defina PE.
3. Qual a teoria de enfermagem utilizada no serviço?
4. Quais os desafios enfrentados após a implementação do PE no serviço de HD?
5. Quais os avanços obtidos com implementação do PE no serviço de HD?
6. Em sua instituição é realizada avaliação contínua do PE implantado, sendo realizadas mudanças quando necessário?

ANEXOS

ANEXO A

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

Pesquisador: Andréia Pessoa da Cruz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05578818.2.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.236.696

Apresentação do Projeto:

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura e/ou função dos rins que estão presentes por mais de três meses e ocasionam implicações para a saúde do indivíduo e seu principal tratamento é por meio da terapia renal substitutiva (TRS), onde a hemodiálise (HD) é o modo mais utilizado na atualidade. Devido ao grande número de pacientes em tratamento, é de extrema importância a atuação da Enfermagem nos cuidados a esses pacientes. A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é um instrumento privativo do enfermeiro pautado na cientificidade utilizado para planejar o cuidado, o qual esta sendo prestado pela sua equipe. A partir do Processo de Enfermagem (PE) pode-se sistematizar e ofertar esse cuidado individualizado e de qualidade. Apesar da SAE proporcionar um direcionamento para a organização de um cuidado holístico e humanizado, estudos demonstram que seu uso ainda é limitado por estes profissionais. Assim, o presente estudo irá investigar: Quais os desafios que os enfermeiros enfrentam na implementação do PE nos serviços de HD? Quais os avanços obtidos com a implementação do PE nesses serviços? Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal de cunho qualitativo, realizada em dois hospitais públicos e uma clínica de HD em Belém-PA com os enfermeiros do serviço de HD. O método de análise de conteúdo será baseado conforme as explicações de Bardin. Este trabalho obedeceu à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Pesquisas deste tipo proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação do PE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.236.696

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os principais desafios e os avanços na implementação do PE em serviços de hemodiálise de Belém-PA.

Objetivo Secundário: - Caracterizar o perfil dos enfermeiros entrevistados; - Desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE; - Descrever os avanços obtidos com a implementação do PE de acordo com o relato da amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como a pesquisa necessitará de coleta de dados através de entrevistas realizadas com os enfermeiros, existe o risco de exposição do indivíduo a partir de acesso de informações contidas nas fichas por pessoas desconhecidas e que não estão no estudo. Será previsto procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Benefícios: Pesquisas deste tipo proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação da SAE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente, pois este se servirá de uma assistência integralizada, de qualidade e coerente com as suas reais demandas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1258008.pdf	04/01/2019 15:38:51		Aceito
Outros	carta_encaminhamento_ao_cep.pdf	04/01/2019 15:36:38	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 3.236.696

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/01/2019 15:35:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	23/12/2018 19:47:16	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta.pdf	22/12/2018 17:23:32	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	22/12/2018 17:21:17	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_isencao_de_onus_financeiro_ufpa.pdf	22/12/2018 17:20:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_SANTA_CASA.pdf	22/12/2018 17:20:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_NEFROCENTRO.pdf	22/12/2018 17:19:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_nefrocentro.pdf	20/12/2018 18:22:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/12/2018 18:00:28	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	nao_iniciacao_a_pesquisa.pdf	20/12/2018 17:22:31	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_HOL.pdf	20/12/2018 17:20:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	isencao_de_onus_financeiro_ao_HOL.pdf	20/12/2018 17:09:22	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_santa_casa.pdf	20/12/2018 17:07:43	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_orientador.pdf	20/12/2018 17:06:54	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/12/2018 16:10:47	Andréia Pessoa da Cruz	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/12/2018 18:09:49	Andréia Pessoa da Cruz	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.236.696

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 01 de Abril de 2019

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

Pesquisador: Andréia Pessoa da Cruz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05578818.2.3001.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.321.550

Apresentação do Projeto:

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará para obtenção do grau em Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar os principais desafios e os avanços na implementação do PE em serviços de hemodiálise de Belém-PA.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros entrevistados;
- Desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE;
- Descrever os avanços obtidos com a implementação do PE de acordo com o relato da amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios estão descritos conforme resolução 466/12.

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 3.321.550

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância na comunidade científica e na área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória descritos conforme resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_encaminhamento_ao_cep.pdf	04/01/2019 15:36:38	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/01/2019 15:35:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	23/12/2018 19:47:16	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta.pdf	22/12/2018 17:23:32	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_isencao_de_onus_financieiro_ufpa.pdf	22/12/2018 17:20:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_SANTA_CASA.pdf	22/12/2018 17:20:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_NEFROCENTRO.pdf	22/12/2018 17:19:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_nefrocentro.pdf	20/12/2018 18:22:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	nao_iniciacao_a_pesquisa.pdf	20/12/2018	IZABELA CRISTINA	Aceito

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **Fax:** (91)4009-0328 **E-mail:** cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 3.321.550

Outros	nao_iniciacao_a_pesquisa.pdf	17:22:31	VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_HOL.pdf	20/12/2018 17:20:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	isencao_de_onus_financeiro_ao_HOL.pdf	20/12/2018 17:09:22	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_santa_casa.pdf	20/12/2018 17:07:43	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_orientador.pdf	20/12/2018 17:06:54	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 13 de Maio de 2019

Assinado por:
Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador(a))

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **Fax:** (91)4009-0328 **E-mail:** cep.fscmp@gmail.com

ANEXO C

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

Pesquisador: Andréia Pessoa da Cruz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05578818.2.3002.5550

Instituição Proponente: Hospital Ophir Loyola

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.420.791

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura e/ou função dos rins que estão presentes por mais de três meses e ocasionam implicações para a saúde do indivíduo e seu principal tratamento é por meio da terapia renal substitutiva (TRS), onde a hemodiálise (HD) é o modo mais utilizado na atualidade. Devido ao grande número de pacientes em tratamento, é de extrema importância a atuação da Enfermagem nos cuidados a esses pacientes. A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é um instrumento privativo do enfermeiro pautado na cientificidade utilizado para planejar o cuidado, o qual esta sendo prestado pela sua equipe. A partir do Processo de Enfermagem (PE) pode-se sistematizar e ofertar esse cuidado individualizado e de qualidade. Apesar da SAE proporcionar um direcionamento para a organização de um cuidado holístico e humanizado, estudos demonstram que seu uso ainda é limitado por estes profissionais. Assim, o presente estudo irá investigar: Quais os desafios que os enfermeiros enfrentam na implementação do PE nos serviços de HD? Quais os avanços obtidos com a implementação do PE nesses serviços? Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal de cunho qualitativo, realizada em dois hospitais públicos e uma clínica de HD em Belém-PA com os enfermeiros do serviço de HD. O método de análise de conteúdo será baseado conforme as explicações de Bardin. Este trabalho obedeceu à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Pesquisas deste tipo

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075

Bairro: SAO BRAS

CEP: 66.063-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3265-6645

E-mail: cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL



Continuação do Parecer: 3.420.791

proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação do PE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os principais desafios e os avanços na implementação do PE em serviços de hemodiálise de Belém-PA.

Objetivo Secundário: - Caracterizar o perfil dos enfermeiros entrevistados;

- Desvelar os desafios enfrentados após a implementação do PE;
- Descrever os avanços obtidos com a implementação do PE de acordo com o relato da amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como a pesquisa necessitará de coleta de dados através de entrevistas realizadas com os enfermeiros, existe o risco de exposição do indivíduo a partir de acesso de informações contidas nas fichas por pessoas desconhecidas e que não estão no estudo. Será previsto procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Benefícios:

Pesquisas deste tipo proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação da SAE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente, pois este se servirá de uma assistência integralizada, de qualidade e coerente com as suas reais demandas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante, tendo em vista que os resultados do mesmo, poderão subsidiar informações capazes de facilitar a compreensão das Pesquisas deste tipo que proporcionam dados importantes que servem como base para melhorar a aplicação do PE em âmbito hospitalar, beneficiando o paciente, pois este se servirá de uma assistência integralizada, de qualidade e coerente com as suas reais demandas, foco deste estudo. O projeto apresenta introdução, objetivos e considerações bibliográficas com fundamentações pertinentes e bem elaboradas.

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS **CEP:** 66.063-240
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3265-6645 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



Continuação do Parecer: 3.420.791

Porém, para melhor adequação ética e metodológica necessita de alguns ajustes e ou esclarecimentos:
Metodologia: como se dará a abordagem desses participantes? Detalhar como ocorrerá a mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os elementos essenciais para a sua apreciação como: folha de rosto, devidamente assinada pelo pesquisador responsável e instituição proponente, carta de apresentação do mesmo junto ao CEP, carta de autorização do HOL, instrumento de coleta de dados e TCLE. No entanto, há necessidades de ajustes

TCLE

- Acrescentar:
- Liberdade para não responder perguntas que causarem constrangimentos;
- Excluir do instrumento de coleta de dados o nome e acrescentar siglas. Estas informações devem ser guardadas em outro arquivo separado do instrumento de coleta de dados separadamente, e que só os pesquisadores tenham acesso.

Recomendações:

- Cronograma na plataforma e no projeto físico deverão ser readequados, apresentando os meses atualizados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atualizar as ações do projeto no cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Res. CNS 466/12, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais da pesquisa. Nesse sentido, ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador:

- Em se tratando de projetos a serem desenvolvidos no Hospital Ophir Loyola - HOL, os pesquisadores devem apresentar o parecer de aprovação emitido pelo CEP, junto a Divisão de

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS **CEP:** 66.063-240
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3265-6645 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



Continuação do Parecer: 3.420.791

Pesquisa do HOL, antes de iniciar a pesquisa;

- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto e
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_encaminhamento_ao_cep.pdf	04/01/2019 15:36:38	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/01/2019 15:35:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	23/12/2018 19:47:16	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta.pdf	22/12/2018 17:23:32	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_isencao_de_onus_financieiro_ufpa.pdf	22/12/2018 17:20:27	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_SANTA_CASA.pdf	22/12/2018 17:20:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_NEFROCENTRO.pdf	22/12/2018 17:19:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_nefrocentro.pdf	20/12/2018 18:22:05	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS **CEP:** 66.063-240
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3265-6645 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



Continuação do Parecer: 3.420.791

Outros	nao_iniciacao_a_pesquisa.pdf	20/12/2018 17:22:31	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_HOL.pdf	20/12/2018 17:20:26	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	isencao_de_onus_financeiro_ao_HOL.pdf	20/12/2018 17:09:22	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_santa_casa.pdf	20/12/2018 17:07:43	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_aceite_orientador.pdf	20/12/2018 17:06:54	IZABELA CRISTINA VALDEVINO DA SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 27 de Junho de 2019

Assinado por:
Cláudio Tobias Acatauassú Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS **CEP:** 66.063-240
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3265-6645 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

ANEXO D

NEFROCENTRO

CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIS E MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Belém, 12 de dezembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro em nome da Clínica de Doenças Renais e Métodos Diagnósticos Ltda, Nefrocentro, ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulada “Desafios e avanços na implementação do processo de enfermagem em serviços de hemodiálise”, tendo como pesquisadores **Andreia Pessoa da Cruz** (orientadora) e **Izabela Cristina Valdevino da Silveira**, dando lhes consentimento para a realizar a pesquisa nesta instituição, durante o período preestabelecido, finalidade de conclusão do Programa de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem pela UFPA.

Estamos cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citado na publicação o nome da Clínica de Doenças Renais e Métodos Diagnósticos Ltda, **Nefrocentro**, como um dos locais de realização da pesquisa.

Atenciosamente,



Vanessa P. Pantoja
Nefrologista
CRM/PA 7905

Dra Vanessa Corrêa Pantoja

Responsável Técnica Substituta



Regina C. Lanzana A. da Silva
COREN: 91670
Enfermeira

Regina Correia Lanzana Araujo da Silva

Responsável Técnica da Enfermagem