

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GABRIELA CARREIRA MAIA

Cuidado à Criança com Insuficiência Renal Crônica em Diálise Peritoneal

Porto Alegre

2006

GABRIELA CARREIRA MAIA

Cuidado à Criança com Insuficiência Renal Crônica em Diálise Peritoneal

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, sob orientação da Enf Prof. MD Ivana  
de Souza Karl, como exigência da  
disciplina ENF 99003 - Estágio Curricular  
do curso de graduação em Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul Escola de Enfermagem  
Orientadora: Enf Prof MD Ivana de Souza  
Karl

Porto Alegre

2006

Todo bem que eu puder fazer, toda ternura que eu puder demonstrar a qualquer ser humano, que eu os faça agora, que não os adie ou esqueça, pois não passarei duas vezes pelo mesmo caminho.

James Greene

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cujo objetivo foi conhecer os cuidados de enfermagem a crianças com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal. A metodologia utilizada partiu da realização de uma revisão da bibliografia que se tem sobre o assunto para o aperfeiçoamento do mesmo. Em seguida, realizou-se a pesquisa *online* através do *site* BIREME nas bases de dados LILACS, *MEDLINE* e BDEF. Dos resultados obtidos com busca foram selecionados oito estudos que mais correspondiam com o objetivo da pesquisa. Pode-se perceber que entre as produções científicas recentes da enfermagem, os principais focos de preocupação são: cuidados com o procedimento, prevenção da peritonite, a criança em sua família, o transplante renal, visita domiciliar, aspectos psicossociais da criança e o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros. Após a leitura, estes foram distribuídos de acordo com as áreas temáticas: a criança e a família enfrentando a cronificação da doença, criança com insuficiência renal crônica e cuidados de enfermagem com diálise peritoneal. Concluiu-se que o estudo possibilitou apreender os cuidados de enfermagem a criança com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal.

Descritores: *criança, cuidado da criança, enfermagem pediátrica, insuficiência renal crônica e diálise peritoneal.*

## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
2.1 <b>Objetivo Geral</b> .....	<b>9</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>10</b>
3.1 <b>Criança</b> .....	<b>10</b>
3.2 <b>Insuficiência Renal Crônica em pediatria</b> .....	<b>12</b>
3.3 <b>Cuidados de Enfermagem com Criança em Diálise Peritoneal</b> .....	<b>17</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
4.1 <b>Tipo de Estudo</b> .....	<b>24</b>
4.2 <b>Campo de Estudo</b> .....	<b>24</b>
4.3 <b>Seleção do Material</b> .....	<b>25</b>
4.4 <b>Análise do Material</b> .....	<b>26</b>
4.5 <b>Considerações Bioéticas</b> .....	<b>27</b>
<b>5. RELENDO E CONSTRUINDO O CUIDADO A CRIANÇA COM INSUFICIEN- CIA RENAL CRONICA EM DIÁLISE PERITONEAL</b> .....	<b>28</b>
5.1 <b>Criança e a Família Enfrentando a Cronificação da Doença</b> .....	<b>29</b>
5.2 <b>Criança com Insuficiência Renal Crônica (IRC)</b> .....	<b>30</b>
5.3 <b>Cuidado de Enfermagem com Criança em Diálise Peritoneal</b> .....	<b>33</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>7. REFLETINDO E AMPLIANDO O OLHAR SOBRE OS CUIDADOS A CRIAN- ÇA COM INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EM DIALISE PERITONEAL</b> .....	<b>40</b>
7.1 <b>Cuidados de Higiene Pessoal:</b> .....	<b>40</b>
7.2 <b>Cuidados de Enfermagem para Troca das Bolsas em DPAC:</b> .....	<b>40</b>
7.3 <b>Cuidados de Enfermagem em DPA:</b> .....	<b>41</b>
7.4 <b>Cuidados com Complicações com a Diálise Peritoneal:</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>44</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A enfermagem no cuidado à criança despertou em mim grande interesse, porque é uma área que exige o conhecimento das características próprias da infância, assim, permitindo o direcionamento das ações de enfermagem, sejam individuais e/ou coletivas, adequadas às necessidades das crianças e suas famílias. Dessa forma, possibilita a promoção de intervenções de enfermagem mais efetivas e atendimento humanizado, melhorando a qualidade do aprendizado em saúde, por essa faixa etária, objetivando desenvolvimento saudável da criança.

A partir dos estágios extracurriculares que fiz durante o período acadêmico, percebi maior afinidade minha pelos pacientes pediátricos. Trabalhar com crianças é uma tarefa difícil, porém muito gratificante. Iniciei trabalhando em uma unidade de internação hospitalar de oncologia e hematologia, com crianças de 0 a 12 anos de idade. Identifiquei-me mais no trabalho com as maiores, em que havia grande interação e relação de troca. Já no estágio curricular de administração, realizado em uma unidade básica de saúde, optei pela enfermagem em puericultura. Tive experiência de acompanhamento de saúde com crianças de zero a um ano de idade, através do Programa Prá Nenê, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A escolha do tema desse trabalho surgiu devido experiência que tive no cuidado a crianças com insuficiência renal crônica, que utilizam à diálise peritoneal como forma de tratamento, durante um estágio curricular no Hospital da Criança Santo Antonio, na Santa Casa de Porto Alegre. Percebi a importância do papel desempenhado pela enfermeira promovendo ações de educação para os cuidados, treinamento e esclarecimento das dúvidas da família e da criança, e identificando precocemente riscos quanto ao procedimento.

Frente a essa vivência, vi a importância de realizar um estudo mais aprofundado sobre os cuidados que os enfermeiros vêm criando e desenvolvendo junto à criança portadora de insuficiência renal crônica e sua família, envolvendo os cuidados expressivos e instrumentais diante da criança com tratamento dialítico.

De acordo com pesquisa feita no Datasus (2006), no período de 2002, existe no estado do Rio Grande do Sul 552 pacientes em tratamento por diálise (peritoneal e hemodiálise), entre menores de 30 anos. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2006), existem 16 centros de diálise na cidade, sendo dois destes

realizam atendimento em pacientes pediátricos: Santa Casa - Policlínica Santa Clara e Hospital São Lucas da PUCRS.

Quando é confirmado diagnóstico de insuficiência renal crônica pelo médico a uma criança, tendo indicação para tratamento dialítico, esta é encaminhada para o centro de diálise e em seguida é cadastrada no programa de diálises. Em relação à diálise peritoneal, a criança realizará treinamentos, acompanhamentos pela equipe de saúde capacitada. Esta equipe tem caráter multidisciplinar sendo composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Durante a continuidade do tratamento, em casa, a criança receberá as bolsas de diálise, além de outros materiais necessários.

Durante a visita que fiz no centro de diálise da Santa Casa observei que o enfermeiro desempenha papel essencial à criança e a família. O treinamento para o processo dialítico é realizado por este profissional e tem importante relevância a percepção de que o aprendizado pela criança e o familiar/responsável seja efetivo. Na internação hospitalar em que estagiei, quando é feita a colocação do cateter e o início da terapia dialítica, o enfermeiro demonstra o processo de diálise, adaptando o melhor horário para os banhos, os cuidados com cateter, assepsia rigorosa, identificação de riscos de contaminação e sinais e sintomas de infecção, entre outros problemas com o tratamento.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC), também é conhecida por insuficiência renal crônica terminal e é definida pela deterioração irreversível da função renal. Conceitua-se por uma síndrome complexa conseqüente a perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretora renal, explicada pela redução progressiva da filtração glomerular, que é o principal mecanismo de excreção de compostos tóxicos gerado pelo organismo, causando uma incapacidade do organismo manter equilíbrio metabólico (retenção no sangue de compostos nitrogenados, tóxicos) e hidroeletrolítico (retenção de líquidos causando edemas e oligúria/anúria). A pressão arterial elevada também é um sinal bastante relevante. (BARROS *et al*, 2006).

A indicação para iniciar o tratamento dialítico ocorre nas fases avançadas da insuficiência renal crônica, quando há perda quase total da função renal e o tratamento convencional da doença básica não esta sendo responsivo para manter a qualidade de vida do paciente. É importante ressaltar que o tratamento por diálise não resultará na cura da doença e sim na substituição da função renal.

A partir da experiência que tive, na área hospitalar, percebi a importância e a necessidade da enfermeira junto da criança e da família em tratamento dialítico, especialmente na fase de adaptação, que corresponde ao início do tratamento. A enfermeira atua proporcionando apoio, esclarecendo as dúvidas, ensinando/treinando o processo, minimizando desconfortos, identificando situações de risco, entre outras atribuições.

De acordo com Oliveira (2005), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) é a melhor alternativa para todos os pacientes pediátricos, principalmente para os menores de cinco anos. Consiste numa terapêutica que preserva a função residual do rim, promovendo melhor qualidade de vida para a criança. O sistema utiliza o revestimento do abdome (peritônio) para filtrar o sangue. É feita a colocação, por cirurgia, de um cateter intraperitônio, de longa permanência, por onde são feitas a infusão e a drenagem do líquido dialisador. O armazenado na cavidade abdominal promove a movimentação das toxinas do sangue e dos tecidos circunjacentes para a solução de diálise por difusão e ultrafiltração, que após algumas horas é drenado para fora do peritônio.

A diálise peritoneal é uma opção de tratamento utilizado por grande maioria das crianças com insuficiência renal crônica terminal. É um método prático, simples de fazer, porém necessita de muitos cuidados principalmente no período de adaptação, que corresponde ao primeiro ano do processo. O enfermeiro desempenha papel de educador em saúde, ajudando o paciente pediátrico e familiares respondendo suas perguntas, esclarecendo informações e dando total apoio.

A finalidade de realizar o trabalho de conclusão de curso sobre cuidado da criança com insuficiência renal crônica terminal em diálise peritoneal, tem caráter elucidativo e de ampliar meus conhecimentos relacionados ao tema. Este estudo poderá levantar aspectos fundamentais e relevantes para a dinâmica do trabalho realizado pela enfermagem, proporcionando assim reflexões importantes que venham contribuir para a qualificação do cuidado à criança com insuficiência renal crônica.

Desta forma, poderei estabelecer relação entre teoria e a prática, buscando estabelecer um cuidado de enfermagem à criança e sua família, trazendo benefícios a elas.



## **2. OBJETIVO**

A proposta deste estudo é subsidiar a equipe de enfermagem no Programa de Atenção a Saúde da criança com Insuficiência Renal Crônica em Diálise Peritoneal.

### **2.1 Objetivo Geral**

Este trabalho tem por objetivo fazer uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem a crianças com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal, no período de 1997 a 2006.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo apresenta a criança e sua família no seu processo de adoecimento e enfrentamento com tratamento da insuficiência renal crônica e os cuidados de enfermagem com a diálise peritoneal.

#### 3.1 Criança

A infância corresponde a uma fase do desenvolvimento humano com significativo processo evolutivo, que envolve crescimento e amadurecimento, rico em aquisições afetivas, cognitivas e psico-socioculturais. Ao pensar na criança deve-se compreendê-la na sua totalidade como um ser acontecendo no mundo, significa acompanhá-la no seu desenvolvimento, nas suas aquisições, nas suas experiências e vivências, seus desejos, sonhos e idéias, devendo ser sempre respeitada na sua individualidade e suas sucessivas conquistas do conhecimento e aprendizado.

Conforme Porto Alegre (2004), no atendimento à criança de zero a cinco anos, é impossível pensar em vê-la de forma isolada e sem conhecer o conjunto de suas necessidades básicas.

*Para viver em sociedade, a criança tem a necessidade de aprender os limites de seus poderes, de compreender a realidade que o rodeia, percebendo assim as regras dessa sociedade e, em sua evolução, formar as próprias noções de valores éticos e morais incorporados através do convívio familiar e do meio em que está inserido (PORTO ALEGRE, 2004, p.26).*

Para Bordin (2001) a criança ocupa uma posição central sempre que acompanhada da família que lhe imprime valores, crenças e o sentido humano. É vista como sujeito que participa e é capaz de influenciar, ser influenciada e jamais como um objeto pertencente a alguém.

Karl (2002) define a criança como um ser único, num processo de vir-a-ser, criativo, possuidor de curiosidade permanente inquietude, perseguindo seus ideais, estando aberta para o mundo, tendo a possibilidade de experimentá-lo e desvendá-lo. A criança, como todo o ser humano, possui necessidades básicas que se desenvolvem ao longo do percurso da vida, na relação com o mundo e com os

outros, os quais são a afetividade, os sentimentos, as emoções e sua expressividade, que lhe conferem a identidade.

Durante o processo do adoecimento, o enfermeiro pediátrico necessita compreender a criança como um ser em desenvolvimento, com um modo particular de sentir, pensar e reagir. Não se podem impor à criança as coisas que ela teme e trazem dor, iludindo-nos que ela deva aceitar passivamente. É importante que seja respeitado o momento de cada paciente pediátrico, buscar conhecer o ser que existe em sua essência, para que este possa promover autonomia do seu cuidado e o direito de entender o que se passa com ele.

No cuidado da criança doente, que necessita de hospitalização, a presença dos pais/responsável é fundamental, pois é um momento em que a criança encontra-se muito fragilizada e esta em um ambiente totalmente estranho e desconhecido, ainda acresce o fato que ela será submetida a procedimentos dolorosos e que lhe são assustadores. A melhor maneira de preparar uma criança consiste em descrever-lhe, com o máximo de honestidade e de riqueza em detalhes, o que vai acontecer.

Os pais também podem ajudar seu filho quando conseguem lidar com sua própria ansiedade, devido à separação e os acontecimentos que a internação impõe a criança e a família. A criança precisa perceber que seus pais compreendem tudo o que vai acontecer com ela, pois só assim vai entender e acreditar que o tratamento é necessário.

No processo de cuidado da criança é fundamental a inclusão da família na participação dos cuidados. É através da família que a criança obterá entendimento, e aceitação da sua situação vivenciada, ou seja, o adoecimento e a hospitalização.

A criança precisa ser vista em seu contexto familiar, sociocultural, espiritual e afetivo, de acordo com sua idade, etapa de desenvolvimento, interações que estabelece com o meio ambiente, estímulos positivos e negativos a que esta submetida, só assim ela será capaz de participar de todos os processos de vivência, capacitando-se a novas experiências.

. Para o profissional de enfermagem que presta cuidado à criança é essencial ter conhecimento instrumental e expressivo para procurar entender e sentir quais as necessidades da criança e sua família. Este fato implica em acolher e assumir uma postura de escuta, amorosidade e responsabilização, gerando vínculos e

compromissos, que norteiam as intervenções, diminuindo assim sofrimento e promovendo a saúde.

De acordo com Whaley e Wong (2006) a assistência de enfermagem à criança baseia-se que seu propósito está em promover em cada criança as condições de saúde mais satisfatórias possíveis, participando de todos os aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança.

Cada vez mais crianças com patologias crônicas têm buscado o hospital para preencher as suas necessidades assistenciais. Isso resulta em situações que as crianças, repetidas vezes ou de forma prolongada, tenham que permanecer hospitalizadas. Esse fato tem motivado para mudanças importantes nas exigências e no desempenho das equipes, bem como no próprio ambiente do hospital. (CECCIM, 1997). Observa-se uma reestruturação das unidades de internação pediátrica e adaptação na forma de assistência prestada pela equipe. O ambiente que recebe a criança necessita ser simpático e atraente para a mesma, para despertar seu interesse. Pode ser colorido, com desenhos para crianças, possuindo quadros infantis e essencialmente locais para brincar e muitos brinquedos.

### **3.2 Insuficiência Renal Crônica em pediatria**

Insuficiência renal consiste na perda das funções dos rins, referindo a incapacidade de excretar subprodutos, concentrar urina e conservar eletrólitos, resultando em efeitos tóxicos de níveis elevados de produtos catabólicos nitrogenados e outras toxinas do sangue, produzindo uma série de sintomas.

Para Whaley e Wong (2006), a insuficiência renal pode ocorrer subitamente, sendo considerada uma insuficiência renal aguda, em resposta a uma perfusão inadequada, doença renal ou obstrução no trato urinário, ou pode desenvolver-se lentamente, uma insuficiência renal crônica, em consequência de uma doença renal gradativa que leva a perda total da função renal.

Na forma aguda, a insuficiência renal é temporária, pois a função renal é perdida por algumas horas ou semanas e volta a funcionar novamente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, [2006]) Em crianças a causa mais

comum é devido à desidratação grave ou perfusão deficiente, ocasionando uma insuficiência renal transitória que pode ser corrigida com a restauração do volume de líquidos. (WHALEY E WONG, 2006).

A insuficiência renal crônica compreende em uma perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, devido a alguma doença ou lesão. Até que se tenha perdido mais de 50% da capacidade, os rins tendem a exercer processos adaptativos, mascarando os sintomas da doença. Essa adaptação é a capacidade própria de manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico. (BARROS *et al*, 2006).

Até a perda de 50% da função renal a criança não apresenta sintomas. A partir desses 50% podem aparecer sintomas e sinais como hipertensão, edema nos pés e nos olhos, anemia leve, levantar diversas vezes à noite para urinar, urina com aspecto muito claro ou com sangue, entre outros, que podem ser controlados com medicação e dieta, não causando incomodo e alteração da qualidade de vida e bem estar da criança. A suspeita para diagnóstico de IRC se dá com base nas manifestações clínicas, história de doença renal anterior e/ou achados bioquímicos, ocorrendo de forma gradual, pois os sinais e sintomas são muito inespecíficas e vagos. (BARROS *et al*, 2006).

Diversas podem ser as causas da IRC. As mais freqüentes, em pediatria, consistem em malformações congênitas dos rins e das vias urinárias, refluxo vesicouretral associado à infecção recorrente das vias urinárias, pielonefrite crônica, distúrbios hereditários, glomerulonefrite crônica e glomerulonefropatia associada a doenças sistêmicas, como púrpura anafiláctoide e lúpus eritematoso. (WHALEY E WONG, 2006)

Durante a evolução da IRC, ocorre o número crescente de nefros destruídos e outros sofrendo lesões em vários graus. Os poucos que permanecem funcionantes e intactos encontram-se hipertrofiados, e são estes que mantêm constantes ajustes para permanecer a composição química dos líquidos corporais dentro dos limites normais.

De acordo com as idéias de Ajzen e Schor (2002), não se sabe com exatidão como se dá o caráter progressivo da doença. Conforme teoria mais consistente, os glomérulos dos nefros ainda funcionantes sofreriam um processo de hipertrofia devido à hiperperfusão conseqüente a redução do leito capilar glomerular total e a vasodilatação das arteríolas aferentes, ocasionando uma hipertensão glomerular e

hiperfiltração com lesão das estruturas glomerulares. A doença renal progride independente do fator causal inicial, evoluindo com esclerose glomerular e atrofia tubular, com perda total da função.

Oliveira (2005) propõe que a partir de determinado limite da lesão renal, a deterioração da disfunção se torna inexorável por sobrecarga (hiperfiltração) dos nefros remanescentes, produzindo alguns sintomas como hipertensão arterial, proteinúria, deposição de cálcio e de fósforo, dislipidemia, caracterizando uma disfunção clínica e bioquímica.

A deterioração progressiva ao longo do tempo provoca vários distúrbios clínicos conhecidos como síndrome urêmica ou uremia. Esse termo é usado para designar as manifestações da disfunção renal crônica que levam ao acúmulo no sangue de substâncias normalmente excretadas pela urina. Esta condição clínica afeta todos os sistemas orgânicos.

A Síndrome urêmica consiste em sinais e sintomas que resultam dos efeitos tóxicos de níveis elevados de produtos catabólicos nitrogenados e outras toxinas no sangue (Daurgidas, 2003). A retenção nitrogenada ocorre como consequência da diminuição da taxa de filtração glomerular, provocando a elevação da creatinina e uréia plasmática, que podem ser usados como índices diagnósticos. A redução da taxa de filtração glomerular deve-se a uma redução de glomérulos filtrantes, o que leva a uma diminuição do "*clearance*" de substâncias que dependem da filtração para sua excreção. Este evento se manifesta quando a capacidade de filtração renal esta em níveis < 90%. (AJZEN E SCHOR, 2002)

A creatinina plasmática é considerada uma boa medida da taxa de filtração glomerular. Ela é produzida constantemente, é filtrada e não é reabsorvida adequadamente. Portanto, se ocorre uma redução do seu *clearance* em 50%, haverá uma duplicação da creatinina plasmática, sendo um indicador específico e sensível de nefropatia.

A IRC, durante a síndrome urêmica, possui algumas situações clínicas, que segundo Barros *et al* (2006), o diagnóstico está relacionado à associação de manifestações inespecíficas, que é fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náuseas e insônia, e manifestações específicas como anemia sem evidencia de ferropenia ou hemólise, hipertensão, poliúria, noctúria, hematúria ou edema.

Entre as complicações freqüentes resultantes da diminuição da função renal, salientadas por Whaley e Wong (2006) estão:

- a) Retenção de produtos de degradação, sobretudo uréia e creatinina. A uréia é formada a partir do metabolismo protéico, em seguida passa pela filtração glomerular, sendo pequena parte reabsorvida e sua maioria excretada na urina; tem seu nível aumentado com a lesão renal, no entanto também pode ser afetada pela ingesta protéica e catabolismo tecidual. A creatinina constitui um produto do catabolismo endógeno do músculo esquelético que passa pela filtração glomerular não sendo consideravelmente reabsorvida; produzida constantemente, consiste, portanto, num indicador específico e sensível de nefropatia.
- b) Retenção de água e sódio, contribuindo para edema e congestão vascular. Com a diminuição de nefros filtrantes ocorre à redução da capacidade dos túbulos modificarem o filtrado glomerular. A urina passa a ter semelhança com o plasma sangüíneo, possuindo densidade específica e osmolaridade fixa, significando uma incapacidade de concentrar ou diluir a urina a ser excretada. Logo, a redução da ingesta de líquidos ou sal pode levar a desidratação ou depleção de sódio e a ingesta excessiva de água ou sal pode aumentar a sobrecarga hídrica ou de sal, provocando aumento da pressão arterial e edema.
- c) Hipercalemia, atingindo níveis perigosos. Corresponde a um nível elevado de potássio no sangue, sendo uma das principais causas de morte nos paciente com IRC. A dosagem sangüínea de potássio deve ser associada à interpretação do traçado do ECG para melhor orientação terapêutica. Além da inadequada excreção do potássio, extensas lesões teciduais, hemólises, acidose e hipercatabolismo são responsáveis pela sua liberação no meio extracelular.
- d) Acidose metabólica de natureza persistente devido à contínua retenção de íons hidrogênio e perda de bicarbonato. A acidose

crônica reduz o pH sugerindo que a capacidade de tampão intracelular seja reduzida com o passar do tempo.

- e) Distúrbios de cálcio e de fósforo, resultando em alteração do metabolismo ósseo que, por sua vez, provoca parada ou retardo do crescimento, dor óssea ou deformidades conhecidas como osteodistrofia renal. A diminuição da excreção do fósforo na urina e uma elevação do mesmo no sangue provocam a diminuição de cálcio livre no organismo. Além disso, há uma diminuição da conversão da “vitamina D” em sua forma ativa pelos rins lesados, levando a uma diminuição da absorção de cálcio pelo trato gastrointestinal. Logo, a redução do cálcio sérico estimula as glândulas paratireóides a aumentar a produção do paratormônio, resultando em hiperparatireoidismo secundário, que corresponde a desmineralização dos ossos e formação de cistos ósseos. Esse conjunto de alterações ósseas é denominado osteodistrofia renal.
- f) Anemia é causada por disfunção hematológica, incluindo redução do tempo de sobrevivência das hemácias e a diminuição da sua produção em consequência da produção reduzida de eritropoetina, prolongamento do tempo de sangramento e anemia nutricional. A eritropoetina é uma substância normalmente produzida pelo rim que estimula a medula óssea a produzir hemácias. A diminuição da sua produção resulta em anemia acentuada que produz fadiga, fraqueza geral.
- g) Distúrbio do crescimento, provavelmente causado por vários fatores, como osteodistrofia renal, nutrição precária associada a restrições dietéticas e perda do apetite e anormalidades bioquímicas.

Além das alterações fisiológicas apresentadas acima pela insuficiência renal crônica, algumas crianças podem desenvolver uma suscetibilidade a infecções, devido à redução na capacidade dos leucócitos destruírem bactérias, na formação de anticorpos e na imunidade celular. As principais doenças infecciosas são pneumonias, infecção das vias urinárias e septicemia.



A doença renal raramente ocorre em um rim só, normalmente ocorre nos dois rins. Na medida em que a insuficiência renal se torna irreversível e progressiva as medidas terapêuticas visam prolongar o funcionamento adequado renal, mesmo com algum grau de deficiência. O tratamento conservador basicamente está centrado no estabelecimento de uma dieta hipoprotéica e uso de anti-hipertensivos. Também está incluído a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico dentro de limites seguros, promovendo o controle das complicações sistêmicas, buscando garantir bem-estar e uma vida ativa e com boa qualidade para criança durante o maior tempo possível, ajudando a promover um crescimento saudável.

Conforme Busato (2006), perdas de função renal até 75% representam poucos problemas médicos. Quando a doença avança, destruindo 90% da capacidade funcional renal, os 10% restantes não serão suficientes para manter a boa saúde do indivíduo. O tratamento conservador sozinho já não é mais considerado efetivo.

Até que os rins estejam funcionando somente 10-12% da função renal normal, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo destes valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, [2006]).

### **3.3 Cuidados de Enfermagem com Criança em Diálise Peritoneal**

A partir da evidencia da evolução da doença para um estágio terminal, a criança, se não receber tratamento adequado, de forma que todas as toxinas e os produtos de degradação sejam removidos dos líquidos corporais, segue para uma evolução inexorável, irreversível, resultando em morte, em poucas semanas. Para essa fase da insuficiência renal crônica há a indicação da diálise ou transplante que são os únicos tratamentos existentes atualmente disponíveis.

A família e a própria criança devem ser colocadas a par da situação, de forma cuidadosa, sobre a perda de quase toda sua função renal e que pode necessitar de uma nova modalidade de tratamento. Os métodos de diálise e transplante renal

devem ser discutidos entre o médico e a família. O enfermeiro deve ajudar respondendo suas perguntas e esclarecendo informações e dúvidas, além de apoiar na decisão.

O transplante renal, realizado antes que a criança entre em um programa dialítico crônico, tem constituído a primeira alternativa para aqueles que possuem doadores vivos e compatíveis. Seja com doadores vivos ou rins de cadáveres, o transplante é uma realidade marcante em nosso meio, pois proporciona boa qualidade de vida e sobrevivência. No entanto, nem sempre garante a sobrevivência do enxerto em longo prazo e muitas crianças necessitam de um segundo ou terceiro transplante.

Os enfermeiros que participam direta ou indiretamente da assistência das crianças com IRC, devem ter como meta permanente a qualidade de vida delas. Muitas vezes pensa-se no transplante renal como a luz no fim do túnel, a solução para todos os problemas. No entanto não se devem criar esperanças excessivas, como um procedimento salvador. Este, como muito outros, tem suas complicações. Além disso, ainda hoje, mesmo tendo prioridade em lista de espera, se torna difícil à criança ser submetida ao transplante sem ter que passar por um tratamento dialítico prévio.

O processo de diálise se caracteriza como:

procedimento de separação de colóides e substâncias cristalinas em solução, de acordo com a diferença na sua taxa de difusão através de uma membrana semipermeável. (WHALEY E WONG, 2006, p 873).

A diálise é um procedimento utilizado para remover líquidos e produtos do corpo quando os rins são incapazes de fazê-lo devido ao comprometimento da função. Através da diálise, são realizadas trocas de solutos e água por meio de uma membrana semipermeável que separa o plasma e uma solução de diálise. Esses solutos atravessam a membrana por difusão passiva, enquanto que a água é removida por osmose ou por ultrafiltração.

Os métodos de diálise atualmente utilizados, segundo Whaley e Wong (2006) são:

- a) Diálise Peritoneal: em que a cavidade abdominal atua como membrana semipermeável realizando as trocas de acordo com a

concentração de uma solução infundida, feito durante quatro ou cinco vezes por dia;

- b) Hemodiálise que exige a confecção de uma fístula arteriovenosa ou um cateter de duplo lúmen, pelo qual o sangue circula fora do corpo, através de um dialisador, com membranas artificiais que realizam as trocas de água e solutos, que é feito em geral três vezes por semana, com sessões de duração de 3 a 4 horas;
- c) Hemofiltração: é feito um acesso venoso com cateter duplo lúmen, em que o sangue circula fora do corpo, passando por um dialisador com filtro de pequeno volume, não produzindo rápidos deslocamentos de líquidos, sendo um processo contínuo e lento, não exigindo máquina de diálise. É utilizado para substituir a função renal temporariamente.

Dentre as formas de diálise apresentadas, a preferida de indicação para crianças é a diálise peritoneal (WHALEY E WONG, 2006). Corresponde a maneira mais adequada para crianças e pais/responsáveis, pois proporciona mais independência, principalmente para famílias que moram longe dos centros de saúde e objetivam menos restrições alimentares. Tecnicamente é mais fácil que a hemodiálise, principalmente em lactentes e crianças pequenas, também é um método mais barato, compreendendo maior eficiência para o tratamento dos problemas crônicos. É uma forma mais prática e suave entre os métodos de diálise, podendo ser efetuada em casa.

Sabe-se que por experiência, a terapia de substituição renal é um processo dinâmico muito freqüentemente utilizado pelas crianças menores de cinco anos e em idade escolar com IRC, como opção terapêutica no curso do tratamento. A indicação para iniciar diálise ocorre na medida em que o tratamento conservador não proporciona uma boa qualidade de vida para a criança. Os primeiros sinais de uremia associados ao natural temor transmitido pela perspectiva de diálise crônica contribuem para que seja adiado o início do tratamento dialítico, trazendo prejuízos nutricionais e complicações crônicas da uremia. De acordo com Barros *et al* (2006) a chamada “diálise precoce” tem sido preconizada mais recentemente por ter algumas vantagens como à prevenção das complicações metabólicas e nutricionais,

diminuição da morbidade e aceleração da reabilitação. Possivelmente preserva melhor a função renal residual, melhorando a sobrevida dos pacientes em diálise.

A diálise peritoneal consiste em duas modalidades: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD ou DPAC) e a diálise peritoneal cíclica contínua ou diálise peritoneal automática (APD ou DPA). Em ambas, a diálise corresponde ao mesmo processo, havendo necessidade de implantação cirúrgica de um catéter intraperitônio. Por meio deste catéter é feita a infusão de um líquido de diálise na cavidade peritoneal. A solução é pré-aquecida e fica armazenada na cavidade peritoneal durante algumas horas. Nesse período, o líquido dialítico sofrerá trocas de solutos por difusão e retirada de líquidos por ultrafiltração, na tentativa de manter a homeostase. Esse procedimento é realizado continuamente, por isso diálise peritoneal contínua. (DAURGIDAS, 2003).

O tratamento dialítico exige o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. O enfermeiro desempenha papel fundamental devendo a ele diversas atribuições como: participar da avaliação inicial do paciente e da decisão sobre a terapia dialítica, é encarregado de atendimento domiciliar, quando necessário, realizará o treinamento teórico-prático sobre a técnica e reciclagens periódicas, fará avaliações periódicas, entre outras atividades assistenciais.

A diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) constitui um método em que a solução de diálise está constantemente presente na cavidade abdominal da criança. São realizados ciclos ou banhos das trocas de solução, repetindo cerca de quatro vezes ao dia, dependendo das necessidades individuais. A cada troca do líquido dialisador é conectado ao catéter um dispositivo em forma de “Y” com duas bolsas: uma para a drenagem do dialisato “usado” e a outra com nova solução para ser infundida. O processo de drenagem e infusão da solução é feito manualmente, utilizando a gravidade para movimentação dos líquidos, e é realizado manualmente por familiar ou responsável devidamente treinado. (DAURGIDAS, 2003).

Já na diálise peritoneal automática ou automatizada é um novo método que vem crescendo muito nos últimos anos. É uma modalidade que permite maior liberdade durante o dia. Ela é realizada com o auxílio de uma máquina cicladora automatizada. A utilização da cicladora dispõe duas formas de programar a diálise peritoneal diária, podendo ser diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD ou DPCC)

ou diálise peritoneal intermitente noturna (NIPD ou DPIN). Na CCPD a criança se conecta a máquina à noite e desconecta-se pela manhã, podendo realizar uma troca manual durante o dia, caso necessário. A solução de diálise permanecerá durante o dia na cavidade abdominal sem que a criança fique conectada ao equipo de transferência. À noite a criança é conectada novamente a cicladora automatizada que fará as trocas na cavidade peritoneal três vezes ou mais por um período aproximadamente de 8 a 10 horas. Na NIPD, a criança também fica conectada a cicladora automatizada durante a noite, no entanto, ela é definida por intermitente, pois durante o dia a cavidade abdominal é esvaziada. A duração é de 9 a 10 horas para esse processo e o volume a ser infundido é maior que na CCPD. O *clearance* de solutos é geralmente menor na NIPD do que na CCPD, devido à ausência do banho diário de longa duração. Mas pode ocorrer preferência por NIPD no caso de haver uma boa função renal residual ou devido às contra-indicações mecânicas de deambular com a solução na cavidade abdominal. (DAURGIDAS, 2003).

O peritônio constitui uma membrana serosa que reveste a cavidade abdominal (peritônio parietal) e também recobre as vísceras (peritônio visceral). Sua irrigação provém da artéria mesentérica e dos vasos da parede abdominal, constituído uma importante superfície para difusão. É uma região bastante vascularizada, de estrutura celular complexa formada conjunto de resistência em serie, ou seja, é uma barreira semipermeável e passiva, para a água do plasma e o líquido de diálise.

Para as modalidades de diálise peritoneal são utilizadas o mesmo líquido que consiste em uma solução hipertônica. É uma solução composta de eletrólitos (Na, K, Ca, Mg, Cl e lactato, que é uma fórmula padrão) e dextrose (glicose, podendo variar em soluções a 1,5%, 2,5% e 4,25%). O pH da solução deve ser sempre em torno de 5,5, para evitar a caramelização da dextrose durante o processo de esterilização por aquecimento. A ultrafiltração, que é a retirada de líquidos, ocorre como consequência de um gradiente osmótico entre o dialisato e o sangue, decorrente da presença de grande quantidade de dextrose (glicose) na solução. A difusão é a troca dos solutos, devido à presença do líquido de diálise dentro da cavidade, provoca a movimentação das toxinas do sangue e dos tecidos circunjacentes para o dialisato. Com o aumento do fluxo do dialisato através do aumento de ciclos, renova-se o gradiente de concentração, aumentando a difusão. Quando o volume por troca é

aumentado, aperfeiçoa-se o contato do dialisato com o peritônio, maximizando o gradiente de concentração por mais tempo. No caso de haver prolongamento do tempo de equilíbrio, aumenta a absorção da glicose, o que reduz a osmolaridade do líquido de diálise, reduzindo a retirada de líquido, mas com isso melhora a retirada das escórias. Ao contrário, a redução do tempo e equilíbrio aumenta o efeito da retirada de líquido (ultrafiltração). (OLIVEIRA, 2005).

Existem dois tipos de cateteres peritonias básicos de acordo com Daurgidas (2003):

- a) catéteres agudos: corresponde a um catéter rígido, de extensão reta ou levemente curvada, que é mais utilizado em situações de emergência, apresentando risco de infecção elevado, portanto, seu uso está sendo reduzido progressivamente. Os catéteres agudos não possuem *cuffs* para protegê-los contra a migração bacteriana e também há grande risco de perfuração intestinal;
- b) catéteres crônicos: consiste num catéter de silicone, mas também pode ser feito de borracha ou poliuretano, flexível, cujo exemplar mais utilizado é o de Tenckhoff, o qual seu implante é realizado por dissecação cirúrgica ou peritoneoscopia. Possui um ou dois *cuffs* de Dacron que promovem uma resposta inflamatória que progride com a finalidade de formar o tecido de granulação e a fibrose dentro de um mês, servindo para fixar o *cuff* do catéter na posição e para impedir a migração bacteriana da superfície da pele ou da cavidade peritoneal (em casos de peritonites) para o túnel subcutâneo. Em caso de peritonites, podem ser tratadas com sucesso sem remoção do catéter. O catéter de silicone exterioriza-se lateralmente na parede abdominal através de um orifício dito local de saída, em direção ao interior da cavidade, percorre um trajeto subcutâneo antes de aprofundar-se na parede abdominal. Esses catéteres duram cerca de dois anos ou mais, em média.

Algumas desvantagens são evidenciadas quanto ao uso do método de diálise peritoneal. A principal delas é o risco de infecções como peritonite, sendo a mais comum, mais grave, é a mais freqüente. Ocorrem também obstruções no catéter ou

dificuldades na infusão e drenagem. O procedimento exige muita atenção e disposição do responsável, ocasionando cansaço e desgaste da mãe e das pessoas que cuidam da criança. (AZJEN E SCHOR, 2002).

Entre as complicações mais significativas decorrentes do tratamento dialítico, são relacionadas ao acesso (drenagem inadequada ou com resistência, infecção do óstio de saída e/ou túnel, extravasamento da solução de diálise), ao método e/ou a solução de diálise (peritonite, falência da ultrafiltração), a pressão intra-abdominal (hérnias, extravasamento da solução de diálise), a alterações metabólicas (hiperglicemia, dislipidemias, hipopotassemia) e aquelas decorrente da própria insuficiência renal. A peritonite constitui o maior risco de complicação. Ela é a mais comum, ocasionada pela contaminação intraluminal ou periluminal (catéter), geralmente causada por *staphylococcus aureus* ou *epidermitis*. (JACOBOWSKI, BORELLA E LAUTERT, 2005). Caracteriza-se por dor abdominal e turvação do líquido peritoneal (aspecto de suco de abacaxi), podendo apresentar febre. Também são freqüentes as infecções de cateter, que é caracterizada pela presença de secreção purulenta no local de saída do cateter ou drenando pelo próprio túnel, dor e intumescimento do orifício e/ou trajeto do cateter, calor e eritema local. Em ambos os casos de infecção é preconizado a coleta do material para análise do cultural. (BARROS et al, 2006).

## 4. METODOLOGIA

Para desenvolver este estudo as etapas de: tipo de estudo, campo de estudo, amostra, seleção do material, análise do material e aspectos éticos.

### 4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para Gil (2002), baseada em trabalhos existentes, visando compreender o que existe em publicações sobre o tema em discussão e familiarização com o objeto da pesquisa.

### 4.2 Campo de Estudo

Nesta pesquisa utilizei materiais publicados em periódicos, artigos de revistas, teses e o acervo da biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Utilizaram-se como estratégias para coleta dos artigos publicados nos periódicos científicos, no período de 1997 a 2006. A busca foi realizada nas bases de dados *online* LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *MEDLINE* (*National Library of Medicine*) e BDEFN (Banco de Dados em Enfermagem), do sistema BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

LILACS é uma base de dados cooperativa do sistema BIREME que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da região Latino-Americana e do Caribe, desde 1982. (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, [2006]).

O *MEDLINE* é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (USA), contendo referências bibliográficas e resumos de revistas publicadas nos Estados Unidos e



em outros setenta países, contendo registros de literatura desde o ano de 1966 até hoje. As áreas de especialidade que cobrem a base de dados são: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins, sendo que a atualização é feita mensalmente. (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, [2006]).

A base de dados BDEF constitui uma base de dados especializada na área da Enfermagem, utilizando publicações do LILACS, através do sistema BIREME. (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, [2006]).

Foi feita pesquisa avançada referente ao tema cuidados de enfermagem a crianças com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal. Foram utilizados os seguintes descritores do assunto: *Criança, Cuidado da Criança, Enfermagem Pediátrica, Insuficiência Renal Crônica e Diálise Peritoneal*, retirados dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), do sistema BIREME.

### **4.3 Seleção do Material**

A busca às referências nas bases de dados foi feita utilizando formulário avançado disponibilizado no sistema BIREME. Primeiro fez-se a busca somente por descritores de assunto em cada base de dados entre as referenciadas

Em seguida a pesquisa foi refinada, selecionando referências publicadas nos últimos dez anos (1997 a 2006) em cada base de dado com cada um dos descritores de assunto. E, por fim, utilizou-se novamente o método de refinamento incluindo o idioma português.

A pesquisa foi realizada entre os dias vinte e sete de setembro e dois de outubro totalizando os resultados distribuídos no quadro 1, conforme segue:

<b>Descritores Bases de Dados</b>	<b>Criança</b>	<b>Cuidado da Criança</b>	<b>Enfermagem Pediátrica</b>	<b>Insuficiência Renal Crônica</b>	<b>Diálise Peritoneal</b>
<b>Pesquisa apenas utilizando descritores, sem refinar</b>					
LILACS	1894	512	320	1244	229
MEDLINE	328515	978	4122	95	4268
BDEF	41	101	315	34	11
<b>Pesquisa de estudos durante o período de 1997 a 2006</b>					
LILACS	1342	272	183	612	93
MEDLINE	323873	964	4122	95	4256
BDEF	29	38	138	19	4
<b>Pesquisa incluindo estudos dos dez últimos anos e idioma português</b>					
LILACS	577	123	158	38	24
MEDLINE	1836	18	65	1	1
BDEF	29	37	136	19	4

**Quadro 1-** Resultados da pesquisa realizada no *site* [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

#### 4.4 Análise do material

A análise foi feita de acordo com os passos proposto por Gil (2002) que compreendem a leitura do material para identificar as informações e os dados constantes do material impresso, estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos no problema proposto, análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores. O tipo de leitura seguido foi exploratória, que se trata de uma leitura rápida do material bibliográfico com o objetivo de verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa, após foi feita uma leitura seletiva, correspondendo a determinação do material que de fato interessa a pesquisa e por fim a leitura analítica que é feita a partir dos textos selecionados. Em seguida foram ordenadas e sumariadas as informações contidas nas fontes, de forma que possibilitem respostas ao problema da pesquisa. Finalmente, foi feita uma leitura interpretativa que permitiu relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução. Por meio destas leituras são feitas as tomadas de apontamentos, que são anotações sobre o que potencialmente representa algum tipo de solução para o problema, considerando o objetivo que se pretende alcançar

com a pesquisa. Foi confeccionado fichas de leitura para que os dados fossem organizados através de registros de títulos, autor e obra.

Durante a redação do trabalho foi objetivado descrever os achados de maneira clara, possibilitando ao leitor entendimento do assunto. Pois para Gil (2002) redigir o texto é a última etapa de uma pesquisa bibliográfica. Não existem regras fixas que determinem o procedimento, mas alguns aspectos devem ser considerados na elaboração do relatório como conteúdo (introdução, contexto e conclusões), estilo (impessoal, claro, preciso e conciso) e aspectos gráficos (organização das partes, disposição do texto, citações, notas de rodapé, tabelas, bibliografia).

Através da busca nas bases de dados foram selecionadas 8 publicações, estas relacionadas ao tema proposto e aos critérios escolhidos, que correspondem as produções dos últimos dez anos e no idioma português. Entre os trabalhos do banco de dados LILACS, foram escolhidos a maioria, totalizando 7 artigos: 6 utilizando como descritor *diálise peritoneal* e 1 com o descritor *enfermagem pediátrica*. Destes, 1 também foi encontrado no BDNF, com descritor *diálise peritoneal*. No banco de dados do *MEDLINE*, foi utilizado na pesquisa apenas 1 artigo que foi encontrado com o uso do descritor de assunto *diálise peritoneal*.

#### **4.5 Considerações Bioéticas**

As questões éticas foram preservadas à medida que os autores foram referenciados no estudo. Também foram seguidas recomendações de Goldim (2000), no sentido do referenciamento das obras e dos autores utilizados, seguindo as normas da ABNT.

## 5. RELENDO E CONSTRUINDO O CUIDADO A CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM DIÁLISE PERITONEAL

O material escolhido é analisado neste capítulo. Esta etapa visa caracterizar os temas estudo de acordo com o objetivo proposto baseando-se nos estudos selecionados. Serão citadas no quadro 2 as sentenças dos autores para ser feita análise crítica e reflexão com o objetivo de ampliar e/ou construir o conhecimento sobre o cuidado da criança com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal.

Nº	AUTOR	TÍTULO	FONTE	ANO
1	Simpionato, Érica; Correia, Carolina Camilo; Rocha, Semiramis Melani Melo	Histórico Familiar de Crianças com Insuficiência Renal Crônica	Revista Brasileira de Enfermagem	2005
2	Setz, Vanessa Grespan; Pereira, Sônia Regina; Naganuma, Masuco	O Transplante Renal sob a ótica de crianças portadoras de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Dialítico	Acta Paulista de Enfermagem	2005
3	Riyuzo, Márcia C; Barbarini, Lucieni C; Macedo, Célia S; Bastos, Herculano D; Fioretto, José R	Análise Retrospectiva de 57 Crianças com Insuficiência Renal Aguda tratada com Diálise Peritoneal	Jornal Brasileiro de Nefrologia	2000
4	Lima, Antônio Fernandes Costa; Myiagi, Liliâne; Barroso, Roberta Viseu; Silva, Sandra Criatine da; Padilha, Katia Grillo	Métodos Dialíticos e ocorrências Iatrogênicas de Enfermagem na UTI: análise da formação Teórico-Prática dos Enfermeiros	Revista Paulista de Enfermagem	1997
5	Jacobowski, Joci Aparecida Duarte; Borella, Rejane; Lautert, Liana	Pacientes com Insuficiência Renal Crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal	Revista Gaúcha de Enfermagem	2005
6	Cruz, Elisa de Albuquerque Sampaio da	Criança em Diálise: aspectos psicossociais	Jornal Brasileiro de Nefrologia	1997
7	Toledo, Vera Lygia Hernandez Fioratti; Noda, Massae; Carvalhaes, João Tomás de Abreu	Seleção de Crianças e Adolescentes para Tratamento com Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: roteiro de visita domiciliária	Acta Paulista de Enfermagem	2002
8	Bellodi, Patrícia Lacerda; Romão Junior, João Egídio; Jacquemin, André	Criança em Diálise: estudo das características de personalidade através de técnicas projetivas	Jornal Brasileiro de Nefrologia	1997

**Quadro 2-** Artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica

## 5.1 Criança e a Família Enfrentando a Cronificação da Doença.

A criança nasce e desenvolve-se de acordo com a cultura de suas famílias e do grupo social em que vive. Grande parte dos comportamentos e atitudes que adota durante a vida são definidas no ambiente existencial. É essencial para enfermagem pediátrica que a criança seja vista e respeitada como um ser em desenvolvimento, com características próprias e capaz de participar ativamente do planejamento do seu processo assistencial.

Conhecer as necessidades da criança é respeitar seus sentimentos, sua necessidade, sua autonomia. É importante permitir que cresçam em seu próprio tempo e à sua própria maneira. Dar espaço para que a criança /adolescente pense, sinta, reflita, ampliando, dessa maneira, o sentido da vida, é chamado Paciência. Paciência para ouvir, compreender, ensinar e aprender, enfim, estar presente para auxiliar o outro nesta trajetória de vida. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA 2005, p.298)

Acolher é um dos papéis fundamentais da enfermagem. Estar presente, atender as solicitações das crianças, ajudar no entendimento das suas questões de saúde e doença, transmitir informações e orientar tornando-as seguras e compreendidas, auxiliar na busca pela realização pessoal como seres completos e responsáveis por si mesmos.

A assistência a crianças portadoras de doenças crônicas exige dos profissionais da saúde um conhecimento amplo e aprofundado para o desempenho de habilidades técnicas e científicas, com o objetivo de apreender a criança em sua subjetividade bem como seu ambiente e sua família. (SIMPIONATO; CORREIA e ROCHA, 2005, p.682)

A confirmação do diagnóstico de uma doença crônica para a criança e sua família é uma situação delicada e que causa um grande impacto, podendo trazer várias dificuldades, tendo potencial para deterioração do desenvolvimento físico, mental e social da criança e da família. O enfermeiro representa pessoa fundamental para a preparação adequada da família, esclarecimento da doença e seu tratamento, respondendo suas dúvidas, na orientação, capacitação e sistematização dos cuidados à criança. Para o sucesso do tratamento também é importante que haja uma preocupação, pela enfermagem, em conhecer o contexto da criança e seus cuidadores.

Para fornecer cuidado para a criança, é necessário que o enfermeiro avalie a família, os aspectos de interação, integridade, saúde, enfrentamento e desenvolvimento, pois podem afetar a saúde do indivíduo e o resultado das intervenções. (SIMPIONATO; CORREIA e ROCHA, 2005, p.683)

A essência da enfermagem está em conhecer o funcionamento da família, compreendê-la na sua totalidade. As ações de enfermagem devem priorizar a melhora na qualidade de vida, promovendo, fortalecendo e mantendo o bem-estar da família. O sistema familiar está constante em interação influenciando diretamente nas relações de cuidado. Isso demanda preocupações para enfermagem: o contexto no qual a criança está inserida, cuidadores, potencialidades e dificuldades, recursos e limitações, aspectos sociais, emocionais, de saúde, entre outras.

As crianças têm, ao longo do processo de desenvolvimento, tarefas a serem cumpridas no sentido de uma conquista gradual de autonomia e de independência. A criança portadora de uma doença crônica, entretanto, passa por mudanças físicas e psicossociais que alteram a aquisição desse controle progressivo sobre o próprio corpo e o mundo que a cerca. (BELLODI; ROMÃO JR e JAQUEMIN, 1997, p.132)

A doença crônica tem significado muito marcante na vida de uma criança. A falta de cura definitiva e a submissão obrigatória a procedimentos terapêuticos necessários à manutenção da vida, envolve muitos problemas emocionais a serem enfrentados. O estilo de vida “crônico” significa colocar a própria vida na dependência obrigatória de terapêuticas que assumem a função corporal perdida, alterando bastante a qualidade de vida.

## **5.2 Criança com Insuficiência Renal Crônica (IRC)**

A doença crônica tem como característica principal a ausência da cura propriamente dita. Nessas condições ela gera muita ansiedade, pois é necessária uma reabilitação e readaptação às novas condições de vida. A insuficiência renal crônica é resultante da prolongada redução na função renal que, uma vez instalada, tende a progredir para insuficiência renal terminal, fase esta, em que o controle da função renal se torna ineficaz, sendo necessário tratamento de substituição renal para manter a qualidade de vida da criança.

A doença crônica não pode ser curada e que a cura almejada pode se transformar em um mito perigoso, comprometendo todo o processo de crescimento e desenvolvimento normal da criança. Colocar a cura como meta única de vida pode transformá-la, uma vez não alcançando o objetivo, numa barreira para outras alternativas de viver com qualidade. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA, 2005, p.295)

A etiologia e a incidência da IRC variam e função da idade. Em crianças antes dos cinco anos, as causas mais freqüentes são malformações (congênitas) do trato urinário, enquanto na faixa etária de cinco a quinze anos prevalecem às doenças renais adquiridas e hereditárias. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA, 2005, p.295)

As causas para a IRC podem ser pré-renais, renais ou pós-renais. Oliveira (2005) caracteriza as causas da insuficiência renal, em menores de cinco, o predomínio uropatias obstrutivas que não foram contornadas adequadamente na vida intra-uterina ou após o nascimento e as hipoplasias e displasias renais. Entre os maiores de cinco anos há prevalência das glomerulonefrites crônicas, a síndrome nefrótica congênita, hipóxia-isquemia perinatal muito grave, síndrome de Alport, seqüelas de pielonefrites repetidas e doença policística renal.

O transplante renal foi pesquisado, por enfermeiros, sobre qual sentido representativo na vida de uma criança com insuficiência renal crônica. Para estes pacientes pediátricos o Tx renal significa a esperança para uma vida melhor, a luz no fim do túnel, a cura e o fim da cronicidade da doença. Significa não ter mais que submeter-se a procedimentos dialítico, que tomam tempo, causam estresse e ansiedade. É poder exercer todas as atividades de uma criança comum faixa etária. O cuidado de enfermagem compreende em fazer com que a criança e sua família entendam o significado da realização do transplante renal, para que este não seja tomado como garantia plena da cura.

A realização do Tx renal não impede que o paciente volte ao tratamento dialítico enquanto espera outro transplante, caso perca o enxerto, entretanto, todo paciente com IRC que faz diálise necessitara de um Tx. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA, 2005, p.295)

A vantagem do Tx de rim é que o mesmo oferece uma chance melhor de qualidade de vida e uma independência da diálise. [...] A diálise, por melhor e mais moderna que seja, não substitui plenamente o rim, mas o rim transplantado sim. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA, 2005, p.298)

A expectativa e a busca por uma vida melhor, diferente da que vivem é o que move as crianças com insuficiência renal crônica. Percebem o tratamento como algo interminável, um sofrimento, caracterizado por internações prolongadas, procedimentos dolorosos, dietas cheias de restrições, enquanto estas somente um pouco mais de liberdade, brincar, fazer as atividades próprias da idade, comer e beber o que quiser. Para muitas destas crianças o transplante (Tx) renal é a esperança de mudança de vida, sendo a solução para todos os problemas, a cura para a doença.

E quando chega a vez! Depois de tanto esperar, finalmente a oportunidade que tanto esperava! O transplante! As crianças sonham, esperam pela solução para seu problema, fazem planos para um futuro próximo, têm desejos, vontades próprias. São grandes as expectativas e muitas vezes estas não correspondem com a realidade, e retornar ao ponto de partida pode ser bastante doloroso, pois acontece algo que não estava previsto nos sonhos.

Essa fase é bem colocada por Setz, Pereira e Naganuma (2005), quando faz a interpretação de uma fala das crianças participantes de sua pesquisa.

Nessas falas podemos identificar a expectativa em que ambas as crianças sonhavam em ter uma qualidade de vida melhor e que ao perderem o enxerto e precisarem retornar ao tratamento anterior, a frustração toma conta. (SETZ; PEREIRA e NAGANUMA, 2005, p.299)

Essa frustração é responsável por uma fase de angústia, uma sensação de desamparo que envolve estas crianças. É um sentimento de não saber mais o que se esperar do futuro. Muitas destas tendem até a se isolarem no mundo, se fecharem pra vida.

O enfermeiro pediátrico, participante desse momento da criança e da família, pode ser um aliado: não só desenvolvendo expectativas e novas esperanças, mas criando mecanismos que ajudem a transpor as barreiras criadas pela não concretização do seu desejo, e conseqüentemente o retorno ao tratamento inicial. Essa constitui uma tarefa difícil, porém não é impossível. É necessário colocar as crianças em contato com a realidade e apoiá-las no enfrentamento das complicações da doença.

De acordo com Cruz, (1997, p. 177), em seu comentário afirma que “O retardo de crescimento estatural foi à preocupação mais constante dos dois grupos”. Nesta fala da autora é feita a referência da estatura como a alteração do desenvolvimento mais preocupante entre as crianças com insuficiência renal crônica. A desvalorização do corpo, a dificuldade para o estabelecimento de novas relações, empobrecimento do mundo interno quanto à imaginação, baixo interesse em adquirir novos conhecimentos e um não investimento no mundo externo, são alguns sentimentos das crianças com doença crônica. O esclarecimento da doença crônica e seu tratamento exigem atenção especial, amparo e apoio da enfermagem. Para o enfermeiro, a reabilitação do paciente pediátrico visa, acima de tudo, trabalhar com a tristeza de uma imagem insatisfatória de si, para ser possível



conseguir a ele se projetar em um futuro reparatório de toda passividade e dependência impostas pela doença e seu tratamento.

### **5.3 Cuidado de Enfermagem com Criança em Diálise Peritoneal**

A diálise peritoneal constitui uma forma de terapia de substituição renal. Ela requer motivação e autocuidado do paciente para seu sucesso. É indicada aos portadores de insuficiência renal crônica em fase terminal, ou seja, em uma etapa que o tratamento conservador não é mais responsivo para qualidade de vida da criança, em que há quase a perda total da função renal.

Uma das maiores vantagens que a DPAC apresenta é a sua realização no domicílio, fato este que é muito importante, pois permite que a criança continue mantendo a maioria de suas atividades como ir à escola, brincar e participar do convívio familiar e social. Aos pais, possibilita a não interrupção de seus afazeres domésticos e profissionais. (TOLEDO; NODA e CARVALHAES, 2002, p. 27)

Neste parágrafo o autor exprime os benefícios para a criança e para a família da escolha do tratamento com diálise peritoneal para insuficiência renal crônica. Neste sentido pode se ter o procedimento como rotineiro, fazendo parte do dia-a-dia da criança em seu contexto familiar e social. Pode até comparar-se com as atividades diárias de higiene pessoal, como tomar banho, escovar os dentes, porem necessita de cuidados especiais e habilidade técnica. Conforme Wong (1999) proporciona independência, principalmente para as famílias que moram longe dos centros de saúde e objetivam menos restrições alimentares.

Para que a DPAC possa ser realizada se riscos para o paciente, faz-se necessário a seleção adequada dos mesmos, que inclui aspectos de enfermagem, fisiopatológicos, sociais e emocionais; aspectos estes que são analisados pelos profissionais. (TOLEDO; NODA e CARVALHAES, 002, P.27-28).

A diálise peritoneal ambulatorial continua entre suas vantagens pode apresentar alguns riscos. O mais serio é o risco de infecção, causado importante complicação que é a peritonite. É relevante a idéia de que para prevenir e reduzir a incidência desta complicação seja tomado algumas medidas, que determinarão o sucesso na entrada da criança no programa de DPAC. O autor comenta a

necessidade de se fazer uma seleção criteriosa para conhecer as reais condições de vida das crianças e das pessoas que serão responsáveis pelos cuidados da mesma.

O enfermeiro participa desta seleção através da visita domiciliar. Este constitui um instrumento de trabalho essencial, pois proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu meio ambiente, do contexto familiar cotidiano, em que se pode obter uma caracterização de suas condições psico-sociais, culturais e de moradia. Toledo (2002) propôs, em seu estudo, um roteiro de visita domiciliar que construído e desenvolvido de acordo com sua experiência e levantamento bibliográfico:

Identificação, composta de variáveis para caracterizar a amostra; higiene ambiental, constituída de variáveis para medir a salubridade da moradia; troca de bolsas, formada de variáveis necessária para realização técnica de trocas de bolsas usada na DPAC e avaliação final, resultado da análise das variáveis medidas nas partes higiene ambiental e troca de bolsas. (TOLEDO; NODA e CARVALHAES, 2002, P. 28).

A peritonite é a mais freqüente das complicações que ocorre em diálise peritoneal. Entre as intercorrências possíveis, esta é a responsável pela maioria das internações hospitalares de crianças com essa modalidade de tratamento para insuficiência renal crônica.

Hoje, muitos pacientes são excluídos desta modalidade de tratamento devido a diferentes complicações que, embora sua incidência esteja diminuindo, ainda constituem um ponto fraco da Diálise Peritoneal. Portanto, torna-se imprescindível conhecer os fatores envolvidos na realização da Diálise Peritoneal e suas complicações a fim de subsidiar a enfermagem na atenção as pessoas que utilizam essa alternativa terapêutica. (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005, p.382)

Ryuzo et al (2000, p. 16), ao discutir sobre peritonite, diz que “Suspeita-se de peritonite quando o líquido de diálise contem acima de 100 células brancas por mm<sup>3</sup> e é comprovada por cultura”.

O enfermeiro pode questionar sobre a possibilidade de peritonite quando o paciente pediátrico apresenta queixas de dor abdominal, febre, náuseas e/ou vômitos. O líquido de drenagem da diálise apresenta com aspecto turvo, aparentando “suco de abacaxi”, devendo este ser encaminhado para análise laboratorial. É importante também, por parte do enfermeiro, orientar o familiar/responsável pelos cuidados da diálise, na observação destes sinais e sintomas, em nível de domicílio e procurar serviço de saúde de referência.

Acredita-se que a Diálise Peritoneal (DPAC/APD) parece ser uma opção interessante no tratamento de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, face às vantagens que oferece a melhora dos índices de infecções relacionadas ao tratamento e ao desenvolvimento de novas técnicas,

equipamentos e soluções de diálise. No entanto, ainda existe um caminho longo a ser percorrido pelas enfermeiras no que se refere aos programas de educação continuada deste grupo, a fim de reduzir as taxas de infecção que ainda causam tanto dano. (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005, p.390)

Neste artigo as autoras referem-se aos resultados obtidos em sua pesquisa. Os objetivos eram detectar as principais causas e motivos que acarretam a saída de muitos pacientes do programa de diálise peritoneal. Esta foi realizada em pacientes na faixa etária entre 15 e 88 anos de idade. Chamo a atenção para um dado relevante e que está muito relacionado com a enfermagem. De acordo com o tempo de permanência no programa, a maioria dos pacientes estudados saiu no primeiro ano. Foi encontrado em mais da metade desses pacientes a ocorrência de peritonite. A justificativa para esse fato pela autora se dá:

Isto pode ser decorrente da inexperiência e dúvidas existentes acerca do procedimento dialítico, caracterizando o primeiro ano como um período de adaptação de suas vidas cotidianas a uma nova realidade. Estas evidências reforçam a necessidade da enfermeira atentar para as revisões e treinamentos dos pacientes e familiares no primeiro ano, preferencialmente nos primeiros meses de tratamento. (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005, p.389 e 387)

Em se tratando da criança portadora de Insuficiência Renal crônica, que esta iniciando no programa de diálise peritoneal, e necessário acompanhamento pelo enfermeiro. Este deverá ser um forte aliado no processo de adaptação, dando todo apoio à criança e a família, esclarecendo dúvidas, orientando para o procedimento. Será o enfermeiro, o responsável pelo treinamento para os cuidados e avaliação do familiar/responsável nos procedimentos dialíticos.

Conforme o estudo de Bellodi; Romão Jr; Jaquemin (1997, p. 132), “as crianças em CAPD podendo cuidar de sua saúde em casa junto à família, tendo geralmente um parceiro no procedimento, mostram-se mais preservadas em estabelecer relacionamentos interpessoais”. Já Cruz (1997, p.177) afirma que “... porém teve a tendência a lidar com seus afetos de forma restritiva e inibidora”.

Apesar das crianças em CAPD desenvolverem maior autonomia e participação na realização de seus cuidados, se comparadas a hemodiálise, as características restritivas e inibidoras são evidentes, pois elas não expressam seus afetos, tem dificuldade de se deixar levar pela imaginação, se orientando para o controle racional da realidade. Em vista da situação referenciada acima, é importante que a criança participe de um programa terapêutico global, não somente focando a parte clínica do tratamento. A criança necessita da participação de uma equipe

multidisciplinar coesa para que seja obtido sucesso na recuperação e readaptação desses pacientes.

A diálise peritoneal é o método preferido para terapia dialítica em lactentes e crianças maiores. [...] A hemodiálise requer um circuito sanguíneo extracorpóreo e pessoal treinado, tornando-se de uso limitado devido ao pequeno volume vascular em crianças muito pequena. A área da superfície peritoneal em crianças é duas vezes maior que no adulto, contribuindo para a eficácia da diálise peritoneal em crianças. (RIYUZO *et al*, 2000, p.17)

Quando se compara diálise peritoneal com hemodiálise pode-se dizer que é um procedimento mais simples e tecnicamente mais fácil, pois pode ser iniciada rapidamente não necessitando de equipamento sofisticado e enfermeiros especializados, além de não precisar submeter à criança a ficar em torno de quatro horas, três vezes na semana, “presa” a uma máquina. Também existem outras desvantagens como a dificuldade de acesso vascular, as dolorosas punções com a utilização de cateteres calibrosos e por submeter à instabilidade hemodinâmica. Entre os benefícios para criança esta em que a criança poderá manter suas atividades diárias, como ir à escola, não causando tanto impacto no dia-a-dia desta e de sua família.

Nas últimas décadas, com o desenvolvimento dos métodos dialíticos, percebeu-se uma melhora na qualidade da assistência prestada aos pacientes que necessitam desse tratamento.

A adequação do material e equipamentos para a realização do procedimento, bem como a quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem, são fatores a serem considerados, quando se deseja evitar riscos e garantir melhores resultados. (LIMA *et a*, 1997, p.21)

A capacitação técnico-científica dos profissionais de enfermagem é fundamental para prevenção de falhas durante os procedimentos do tratamento dialítico. Nesta pesquisa, o autor chama a atenção para uma dificuldade encontrada pelos profissionais que trabalham com métodos dialíticos, sendo essa capacitação, uma variável citada como relevante no desencadeamento de ocorrências iatrogênicas.

Entendendo, por outro lado, que a formação do profissional não se esgota ao término da graduação e que a formação acadêmica é um dos pilares de sustentação, completada pela instituição empregadora, no caso o hospital e pelo próprio indivíduo, procurou-se identificar a continuidade dada a abordagem dos métodos dialíticos durante o treinamento em serviço. (LIMA *et al*, 1997, p.25)

A pesquisa referenciada acima trata de procedimentos dialíticos realizados em uma UTI. Porém, chamo a atenção para o fato de que não somente na UTI, mas

o processo dialítico em si, o treinamento dos familiares/responsáveis para diálise peritoneal domiciliar, cabe ao enfermeiro a busca pelo conhecimento, atualização e meios de capacitação para não perpetuar as deficiências da formação, contribuindo para a ocorrência de complicações no tratamento.

Pôde-se constatar, após a realização deste estudo, que a formação teórico - prática oferecida aos enfermeiros, para atuar na execução dos diferentes métodos dialíticos tem apresentado inadequações que parece iniciarem-se na graduação e estenderem-se no decorrer da prática profissional, com o agravante da maioria dos enfermeiros referirem a não existência de um programa de treinamento e reciclagem. (LIMA *et a*, 1997, p.28)

Os enfermeiros enfrentam muitas dificuldades para realizar os procedimentos dialíticos, às vezes estando até inseguros, devido à formação teórico-prática que lhes é oferecida na graduação. No entanto, estes têm procurado capacitar-se individualmente, sendo autodidatas, buscando por conta própria desenvolver-se e aumentar os conhecimentos sobre o assunto, pois é dele que será cobrada a competência e a responsabilização por ocasionais intercorrências falhas. É evidente, em muitas instituições, a falta de investimento em treinamentos, capacitações e reciclagem para os profissionais sobre os referidos procedimentos, além da escassez de pessoal, sendo uma grande preocupação para os enfermeiros.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do meu interesse em esclarecer o que a literatura científica atual vem produzindo sobre o cuidado da criança com insuficiência renal crônica em tratamento por diálise peritoneal, realizei o presente estudo.

As informações resultantes da análise dos estudos selecionados para essa pesquisa confirmam os achados da literatura anteriormente revisada. A pesquisa bibliográfica efetuada possibilitou-me encontrar múltiplos fatores relacionados, evidenciando a necessidade de intervenção do enfermeiro pediátrico junto à criança com insuficiência renal crônica e sua família, equipe e serviços de saúde.

Existe uma preocupação em conhecer os aspectos psicossociais e emocionais da criança e da família pelo enfermeiro pediátrico. A importância do desenvolvimento de instrumentos sistematizados, para se obter um histórico adequado, para uma boa avaliação da família facilitando a compreensão da estrutura, funcionamento e dinâmica familiar, foi um fator relevante obtido com a pesquisa.

A criança com IRC passa a depender obrigatoriamente do tratamento para substituir a função renal que foi perdida, para sobreviver! A necessidade do tratamento é inexorável e interfere nos planos da família, mas em todos os aspectos do regime terapêutico tem-se presente a percepção torturante de que sem tratamento, a morte é inevitável.

A doença renal crônica é uma condição de vida que afeta muito a criança e sua família. Além disso, também para os profissionais da saúde que acompanham esses pacientes, é difícil entender e aceitar os limites impostos pela doença crônica, no que se refere às alterações provocadas pela patologia e sendo estas irreversíveis, o fato de ser permanente, deixando uma incapacidade residual, ou seja, não tendo uma cura, mas sim requerendo reabilitação e adaptação a um tratamento com cuidados rigorosos e procedimentos desgastantes.

A diálise peritoneal constitui uma alternativa terapêutica, entre os métodos dialíticos, a preferida para as crianças, pois preserva a função residual renal, mantém adequados os níveis de pressão arterial, proporcionando também estabilidade hemodinâmica. Proporciona a criança manter os cuidados de sua saúde

em casa, junto à família, sem a necessidade de hospitalização e dependência de máquinas, possibilita maior autonomia e participação na realização dos cuidados necessários para manutenção da própria vida.

Em relação aos cuidados de enfermagem, estes são fundamentais para o tratamento com diálise peritoneal. A criança que tem confirmado diagnóstico de insuficiência renal crônica passa a fazer parte do programa de diálise peritoneal. O enfermeiro passa a ser uma pessoa muito próxima da criança e da família, desempenhando trabalho contínuo, junto ao paciente, 24 horas por dia. Entre eles é criado um vínculo servindo de alicerce para o tratamento. O enfermeiro pediátrico promove a educação para os cuidados dialíticos: esclarece dúvidas do paciente e da família, desenvolve treinamento para o procedimento, seguido de avaliação do familiar/responsável pelos cuidados da criança, sendo apoio no contexto da situação.

Desmistificar a doença renal e o tratamento por diálise peritoneal, entre outras modalidades de terapêutica, é considerado uma importante meta para enfermagem em pediatria. É necessário que enfermeiro cuidador de criança com doença renal crônica se aproprie de tais conhecimentos para criar um plano de cuidados junto à criança, família e equipe de saúde. E assim, pode-se criar condições de enfrentamento da criança e sua família com os problemas e dificuldades, auxiliando na diminuição da ansiedade, permitindo autonomia sobre seu estado e cuidados de saúde.

Diante do objetivo proposto nesta pesquisa, observou-se que existem uma pequena produção científica sobre o assunto, sendo esta por si só uma justificativa da relevância da necessidade de maior investigação na área, em especial, pela enfermagem pediátrica.

## **7. REFLETINDO E AMPLIANDO O OLHAR SOBRE OS CUIDADOS DA CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM DIÁLISE PERITONEAL**

A diálise peritoneal é um procedimento que exige muitos cuidados específicos. Estes cuidados são ensinados no treinamento ao familiar/cuidador que será responsável pelo processo na criança quando ela estiver fora do hospital. Através deste trabalho pude selecionar alguns itens que servem como orientação para a realização da diálise peritoneal domiciliar. Estes estão relacionados a seguir:

### **7.1 Cuidados de Higiene Pessoal:**

- # Tomar banho diário: lavar bem o local de saída do cateter com água e sabão, secar bem o local de inserção mantendo curativo fechado com gaze e fixando bem o cateter para não haver risco de tracionar;

- # Não usar cremes, perfumes, loções ou talco no local próximo ao cateter;

- # Não colocar cintos apertado sobre o local de saída do cateter;

### **7.2 Cuidados de Enfermagem para Troca das Bolsas em DPAC:**

- # O cuidador deverá lavar bem as mãos com água e sabão, por em torno de 5 minutos e secar bem;

- # Preparar o ambiente: é importante que na casa tenha uma peça reservada, para guardar o material e para a troca das bolsas de diálise. O local deve ser bem iluminado, sendo fechadas portas, janelas, cuidando para que não haja corrente de ventilação, no momento do manuseio do cateter;

- # Deve-se aquecer a bolsa de diálise em relação, aproximadamente com a temperatura corporal, devendo este ser sempre utilizando calor seco, como por exemplo, microondas ou calor por radiação de uma lâmpada.



# É importante que o cuidador deixe sempre todo o material necessário à mão, sobre uma mesa, por exemplo;

# Fazer assepsia com clorexidina alcoólico e gaze estéril no conector do cateter;

# Conectar as bolsas com cuidado para não contaminar a ponta do cateter e das bolsas;

# Utilizar clamps ou pinças no momento de fechar uma das bolsas;

# Preencher as linhas das bolsas com líquido de diálise para evitar a entrada de ar para a cavidade peritoneal;

# Iniciar pela drenagem do líquido dialisado da cavidade, que dura em torno de 10 minutos. Deverão se observar alterações como o aspecto do líquido, dor durante a drenagem;

# Em seguida, o líquido deve ser infundido, posicionado a bolsa na altura dos ombros do cuidador;

# Depois de infundido o líquido de diálise na cavidade peritoneal pode-se desconectar o sistema das bolsas, tampando o cateter com tampa estéril de embalagem fechada;

# Controlar a quantidade infundida e a que foi drenada, cuidando para não haver retenção do líquido na cavidade abdominal ou drenado quantidade muito maior que a infundida provocando desidratação da criança;

# Após, a criança poderá exercer suas atividades diárias, mantendo o líquido dentro da cavidade peritoneal até a hora da próxima troca de bolsas.

### **7.3 Cuidados de Enfermagem em DPA:**

Seguem a maioria dos cuidados da DPAC. O que muda neste processo é que é feita somente à noite a conexão as bolsas de diálise através de uma máquina cicladora.

# O material deve estar separado e disponível. É utilizado um cassete que faz conexão entre a máquina, as bolsas o paciente e uma linha em que será feita drenagem do dialisato.

# Não é necessário aquecimento das bolsas, pois a cicladora mantém aquecimento.

# Geralmente é o método de escolha para crianças que tem história de peritonites anteriores. É um método que reduz infecção por somente uma vez ao dia se faz à conexão com o cateter.

#### **7.4 Cuidados com Complicações com a Diálise Peritoneal:**

Quando forem observadas algumas das alterações deve-se procurar o centro de diálise de acompanhamento.

# Observar o aspecto do líquido que ao pode ser turvo;

# Identificar quando há resistência na infusão ou na drenagem do líquido de diálise;

# Quando há vazamento nas bolsas, equipos, cateter ou no local da inserção do cateter;

# Cuidar para o local de inserção do cateter, se estiver edemaciado, enrijecido, queixas de dor pela criança no local, e presença de secreção purulenta;

# Ficar atento quando a criança apresentar febre e dor abdominal;

# Evitar ambiente não adequados para as trocas das bolsas.

Para evitar as complicações com os cuidados em diálise peritoneal domiciliaria deverão ser seguidos às orientações para os cuidados com o procedimento. A família e a criança não podem evitar em procurar ajuda caso ocorram alterações.

Deste estudo surgiram algumas implicações e sugestões na área do ensino, na área da pesquisa e na área da assistência.

A diálise peritoneal é essencial para a manutenção da vida da criança com insuficiência renal crônica, representa o meio de sobrevivência dela! Por isso evitar complicações com esse procedimento através de uma adequada educação para os cuidados corresponde uma tarefa importante dos enfermeiros. Com isso torna-se necessário abrir os horizontes para essa área. Visto que existe pequena produção

de trabalhos científicos relacionados ao tema, chamo atenção para a continuidade deste estudo, para que com mais destes, haja um aperfeiçoamento do profissional, trazendo benefícios ao paciente pediátrico, proporcionando maior qualidade de vida com saúde!

## REFERENCIAS

AJZEN, H; SCHOR, N. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia**. 1 ed. Barueri: editora Manole, 2002. 478 páginas

BARROS, E; *et al.* **Nefrologia: Rotinas, Diagnostico e Tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Ates Médicas, 2006. 620 páginas (423-459)

BELLODI, Patrícia Lacerda; ROMAO JR., João, Egidio; JAQUEMIN, André. Criança em Diálise: Estudo das Características de Personalidade Através de Técnicas Projetivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, 132-137, 1997.

BORDIN, Terezinha Albina. **O cuidado do ser em desenvolvimento: o desafio de promover famílias saudáveis na sala de vacinas**. Erechim: EDIFAPES, 2001. 231 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco: Prevalência de Pacientes em Diálise (SUS)**. Brasília; Datasus, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/d22.def>. Acesso em: 10 out 2006.

BUSATO, Otto. **Orientações para pacientes com Insuficiência Renal Crônica**. Porto Alegre, ABC da Saúde, 2006. Disponível e <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?500> . Acesso em 21/09/2006.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. 195 p.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIENCIAS DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual em Saúde**. São Paulo, [2006]. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>. Acesso em 14 set 2006.

CRUZ, Elisa de Albuquerque Sampaio da. Crianças em Diálise: Aspectos Psicossociais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 176-177, 1997.

DAURGIDAS, J T; BLAKE, P G; TODD, S I. **Manual de Diálise**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003. 714 páginas.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

JACOBOWSKI, Joeci Aparecida Duarte; BORELLA, Rejane; LAUTERT, Liana. Pacientes com Insuficiência Renal Crônica: Causas de Saída do Programa de Diálise Peritoneal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 26 (3), 381-391, dez, 2005.

KARL, Ivana de Souza. **Relação dialógica de cuidado entre o ser enfermeiro e o ser criança** : sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad [manuscrito]. 2004. 118 p. Dissertação de Mestrado. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

LIMA, Antonio Fernandes Costa *et al.* Métodos Dialíticos e Ocorrências Iatrogênicas de Enfermagem na UTI: Análise da Formação Teórico - Prática dos Enfermeiros. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n 1/3, p.20-28, jan-dez, 1997.

OLIVEIRA, R G. **Blackbook Pediatria**: medicamentos e rotinas médicas. 3 ed. Belo Horizonte: Editora Black Book, 2005. 640 páginas.

PORTO ALEGRE, SECRETARIA DE SAUDE DE. Vigilância em Saúde: Serviços. Porto Alegre. [2006]. Disponível em: [www.portoalegre.rs.gov.br/](http://www.portoalegre.rs.gov.br/) . Acesso em: 10 out 2006.

RIYUZO, Márcia C *et al.* Análise Retrospectiva de 57 Crianças com Insuficiência Renal Aguda com Diálise Peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Botucatu, vol. 22, nº 1, p. 16-24, 2000.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **A Atenção à Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos de Idade**. Porto Alegre, 2004.

SETZ, Vanessa Grespan; PEREIRA, Sonia Regina; NAGANUMA, Masuco. O Transplante Renal Sob a Ótica de Crianças Portadoras de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Dialítico – Estudo de Caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 294-300, 2005.

SIMPIONATO, Erica; CORREIA, Carolina Camilo; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Histórico Familiar de Crianças com Insuficiência Renal Crônica: Coleta de Dados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 682-686, nov-dez, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **O Rim e suas Doenças**. São Paulo, [2006]. Disponível em: [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br). Acesso em: 20 set 2006

TOLEDO, Vera Lygia Hernandez Fioratti; NODA, Massae; CARVALHAES, João Tomas de Abreu. Seleção de Crianças e Adolescentes para o Tratamento com Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: Roteiro de Visita Domiciliaria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.27-31, jan-mar, 2002.

WONG, D L.; WHALEY, D. L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P. (867 – 873), 1118 paginas.