

APLICAÇÃO DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM EM ADOLESCENTE EM DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA

THE USE OF OREM'S SELF-CARE THEORY IN ADOLESCENT UNDER CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

Andréa Gazzinelli Oliveira¹

RESUMO

A teoria do autocuidado de Orem foi utilizada na elaboração do plano de cuidados de enfermagem para adolescente de 16 anos portador de insuficiência renal crônica em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD). Foram levantados os déficits de autocuidado e planejadas as ações do próprio cliente, da família e da enfermagem necessárias para atingir as demandas de autocuidado. Observou-se que fatores condicionantes básicos como motivação, nível sócio-econômico e educação interferem na manutenção continuada do plano de cuidados pelo paciente.

UNITERMOS: teoria do autocuidado de Orem, adolescente, diálise peritoneal ambulatorial contínua.

ABSTRACT

The Orem's Self-Care Theory was used as a guide for a nursing care plan of a 16 year-old adolescent with renal failure in continuous ambulatory peritoneal dialyses (CAPD). The theory was used to assess the self-care deficits, the ability of the family to meet the patient's self-care demands, and the nursing actions needed in this case. Conditioning factors such as motivation, social economic status and education greatly interfered on the ongoing process of self-care.

KEY WORDS: Orem's self-care theory, adolescent, continuous ambulatory peritoneal dialysis.

1 INTRODUÇÃO

Autocuidado é a prática de atividades que o ser humano desempenha de forma eficaz e responsável em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Os indivíduos possuem capacidade de iniciar e desempenhar essas atividades, condicionadas à idade, experiências de vida, crenças, cultura, gênero, padrão de vida, educação (Orem, 1991).

No autocuidado, o paciente, juntamente com o profissional, identificam os problemas e determinam as ações que devem ser tomadas bem como a forma de intervenção do profissional. A participação do paciente e/ou família na tomada de decisão é fator importante para o desenvolvimento do tratamento e dos cuidados ao mesmo tempo em que possibilita e incentiva a diminuição da dependência na relação paciente/profissional.

O agente de autocuidado é aquele que executa o próprio autocuidado. A teoria de Orem foca-

liza principalmente o adulto doente. Todavia, em se tratando de crianças, pessoas idosas ou dependentes, os cuidados são executados por pessoas diversas também chamadas "agentes de cuidado". Eichelberger et al. (1980) descrevem uma adaptação do modelo de Orem para enfermagem pediátrica que, em síntese, diz que quando a teoria do autocuidado é aplicada em crianças, o papel dos pais ou da família é identificado como agente paterno. Portanto, a demanda terapêutica de autocuidado pode ser suprida pela própria criança (agente de autocuidado), pelos pais (agente paterno) ou pela enfermeira (agente de enfermagem). Quando o autocuidado é utilizado em enfermagem pediátrica as decisões e ações que serão tomadas são negociadas entre os três (3) agentes. Fica claro, entretanto, que à medida que a capacidade de autocuidado da criança se desenvolve a fim de satisfazer as demandas de autocuidado, o agente paterno e o agente de enfermagem se tornam menos importantes.

Deve haver, portanto, um equilíbrio entre a capacidade de autocuidado da criança e o agente paterno de autocuidado que varia de acordo com

¹ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.

idade, habilidade e estágio de desenvolvimento da criança, experiência de vida, crenças e estado de saúde. Crianças e adolescentes são capazes de desenvolver atitudes de autocuidado de forma criativa mas, ao mesmo tempo, requerem ajuda e apoio da família no tratamento que, na maioria das vezes, é por demais exaustivo e se estende por tempo indefinido. É necessário que pais e profissionais incentivem os jovens a tomarem decisões em relação ao autocuidado, que certamente os levará a uma maior independência (Eichelberger, 1980).

Requisitos de autocuidado:

Orem (1991) identifica três (3) categorias de requisitos fundamentais à ação de autocuidado e de cuidado dependente. Alguns desses requisitos são comuns a todas as pessoas e outros aparecem somente quando o processo de vida normal é interrompido. São eles:

- Requisitos universais - estão relacionados à manutenção dos processos de vida, da estrutura e funcionamento humanos. Tais requisitos são considerados como atividades do cotidiano e incluem a manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados associada a processos de eliminação e excreção; a manutenção de equilíbrio entre atividade e descanso; solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.

- Requisitos de desenvolvimento - estão diretamente relacionados à manutenção ou promoção de condições que mantêm os processos de vida e atuam no desenvolvimento e maturação do indivíduo a níveis mais altos de organização das estruturas humanas. Além disso, relacionam-se também com a prevenção ou redução de efeitos deletérios de condições que podem afetar o desenvolvimento humano. Tais processos são particularmente importantes no caso de doenças crônicas, por representarem as necessidades de adaptação aos seus efeitos negativos.

- Requisitos de desvio de saúde - são exigências de autocuidado que ocorrem nos casos de indivíduos doentes ou incapacitados e incluem: (a) busca e garantia de assistência médica adequada; (b) conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; (c) execução efetiva de medidas prescritas de diagnóstico médico, terapêutica e reabilitação; (d) conscientização e atenção, ou regulação de efeitos deletérios de medidas de assistência médica realizadas ou prescritas pelo médico; (e) modificação do autoconceito e da auto-imagem do indivíduo, na aceitação de si mesmo dentro de uma situação especial do processo saúde-doença, que necessita

de condições específicas de cuidados; (f) aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos bem como de efeitos de diagnóstico e tratamento médicos, de modo a promover o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

Déficit de autocuidado:

É a relação entre a capacidade e a demanda terapêutica de autocuidado na qual o agente é incapaz de desempenhar ações de autocuidado ou atender à demanda terapêutica exigida (Orem, 1991). Capacidade de autocuidado diz respeito à habilidade do indivíduo de atender as suas próprias necessidades. Essas habilidades podem variar de acordo com o ambiente em que vive, sua idade, sexo, estado de saúde, educação, crenças, nível sócio econômico e motivação.

A demanda de autocuidado terapêutico inclui todas as ações necessárias para manter a vida e promover a saúde e o bem-estar. Portanto, o déficit de autocuidado existe quando a demanda terapêutica de autocuidado é maior que a capacidade de autocuidado. É nesse momento que se verifica a necessidade de intervenção da enfermagem.

Um déficit na capacidade de autocuidado do paciente irá estabelecer a necessidade de implementar o sistema de enfermagem. Esse déficit pode ocorrer devido a limitações de conhecimento, destreza, falta de motivação ou de recursos ambientais. As decisões e ações que serão tomadas devem ser discutidas entre o adolescente, família e enfermeira. São três os sistemas de enfermagem identificados por Orem (1991):

- *Sistema totalmente compensatório* - ocorre quando a capacidade de autocuidado é inexistente ou limitada e a enfermeira é totalmente responsável pelas decisões e ações dirigidas para satisfazer as necessidades do indivíduo.

- *Sistema parcialmente compensatório* - tanto a enfermeira quanto o paciente realizam ações de autocuidado. A responsabilidade de autocuidado varia de acordo com as limitações, conhecimento e habilidade do paciente.

- *Sistema de suporte educativo* - ocorre quando o paciente consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, embora não consiga fazê-lo sem auxílio. O papel do enfermeiro é, então, o de promover o paciente a um agente de autocuidado.

O presente trabalho tem como objetivo examinar o modelo de Orem e sua aplicação, na prática, em um adolescente com insuficiência renal crônica (IRC) em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD). Foram realizados exame físico do paciente e quatro (4) entrevistas abertas semi-estruturadas com o adolescente e sua família, para coleta de dados e posterior elaboração do plano de cuidados de enfermagem. Foi realizada, também, visita domiciliar com o objetivo de aprofundar o

estudo e obter dados relativos ao contexto familiar e vida cotidiana do adolescente.

A CAPD é uma forma de tratamento dialítico utilizado em pacientes em fase final de insuficiência renal crônica. É método domiciliar de escolha para grande número de pacientes, além de ser alternativa para indivíduos tratados com hemodiálise ou diálise peritoneal intermitente. Como o próprio nome já diz, é realizado a nível ambulatorial, ou seja, o paciente e sua família são os principais responsáveis pela execução dos cuidados e controle diário dos problemas de saúde. Os profissionais de saúde funcionam, neste caso, como educadores e facilitadores, além de dar suporte ao paciente.

A IRC e seu tratamento colocam, em geral, o adolescente sob estresse emocional intenso, resultante de múltiplas causas como perda das funções orgânicas, diminuição da capacidade de exercer determinadas atividades, alteração do estilo de vida não só do paciente mas também da família, condição de vida imprevisível e o conflito dependência-independência, ou seja, ao mesmo tempo em que o paciente tenta viver uma vida normal, estudar, trabalhar, participar de atividades sociais ele depende da CAPD, do regime terapêutico, dos médicos e enfermeiras e de outras pessoas da família. Além da CAPD, o paciente com IRC está constantemente sob terapêutica farmacológica para correção da hipertensão, osteodistrofia, anemia e complicações frequentes que podem surgir, dentre elas a peritonite.

Por essa razão, faz-se necessário o acompanhamento constante do adolescente e de sua família por profissionais, não somente para controle da doença mas, também, para receberem o apoio psicológico de que carecem no enfrentamento da doença e do tratamento domiciliar.

Os avanços ocorridos na área trouxeram uma modificação profunda na estratégia até então utilizada no atendimento dos pacientes portadores de doença crônica. A doença crônica não afeta apenas o doente, mas a família também. Atualmente, um número crescente de indivíduos nessas condições passam maior tempo em casa, sob os cuidados da família. Portanto, é necessário estimular suas capacidades, para que se adaptem ao novo estilo de vida e fazer com que se envolvam com os cuidados que a doença requer e assumam o controle de seu tratamento por períodos por vezes prolongados.

Segundo Strauss et al. (1984), o processo de conviver com uma doença crônica leva o paciente e sua família a centralizarem suas atividades em torno dos sintomas e tratamento da doença. O regime de tratamento, controle dos sintomas e ocorrência de crises causam mudanças na vida familiar, com influências marcantes no estilo de vida, na identidade de seus membros, no seu conforto, finanças e vida social. O adolescente deve buscar uma vida normal, adaptar-se às rotinas diárias de tratamento, manter o auto-conceito

positivo, aprender a lidar com as perdas em razão da incapacidade física, com os desconfortos, estigma de morte, mantendo o controle e esperança no futuro (Miller, 1992).

Em geral, freqüentemente os pacientes portadores de doença crônica deixam de realizar cuidados essenciais à sua doença por motivos diversos, como cansaço, desânimo, ou mesmo por razões financeiras. Em conseqüência cresce o número de internações desses pacientes levando-os a tratamentos complexos dispendiosos além de estresse emocional intenso (Oliveira, 1994).

A avaliação do autocuidado no caso das doenças crônicas deve ser um processo contínuo. Cabe ao profissional e ao paciente elaborar, planejar e negociar a execução do plano a ser seguido. Adolescente e família devem ser responsáveis pelo autocuidado e os profissionais devem estar constantemente avaliando os pacientes a fim de identificar situações, crises, ou mudanças que possam colocá-los em risco ou criar barreiras para o autocuidado, além de intervir para dar suporte à continuidade do autocuidado e desenvolver, dessa forma, o nível de independência do paciente e de seus familiares.

Na enfermagem, a teoria de Orem (1991) destaca-se pela ênfase do ensino ao autocuidado. Trabalhos previamente publicados demonstram a aplicabilidade e a eficiência do modelo de Orem em crianças, adolescentes e membros da família no direcionamento da prática de enfermagem (Facteau, 1980; Titus; Porter, 1989; Foote et al., 1993).

O modelo de Orem aplicado em adolescente em CAPD pode ser utilizado como base para identificação do conhecimento do paciente e de sua família sobre autocuidado. O autocuidado é um conceito essencial no processo saúde/doença. A obtenção de resultados positivos depende mais do próprio paciente e de sua família do que da equipe de saúde. Portanto, a competência do indivíduo e de sua família na prática do autocuidado está diretamente relacionada com conhecimento, crenças e motivação. Significa que os pacientes e a família devem ser capazes de interpretar de forma precisa as mudanças físicas que porventura ocorram no curso da doença, bem como adquirir conhecimento para alterar a terapia medicamentosa ou avaliar a necessidade de procurar assistência médica no momento adequado para prevenir possíveis crises.

2 APLICAÇÃO DA TEORIA DE AUTOCUIDADO DE OREM

A teoria de Orem foi utilizada para avaliar SCA, adolescente de 16 anos com IRC. Mora com a mãe e 2 irmãs, de 18 e 15 anos em casa própria de alvenaria, com 5 cômodos. A casa possui fossa, água encanada mas não tem rede de esgoto. A renda familiar é de 2 salários mínimos.

SCA foi diagnosticado com IRC aos 4 anos de idade. Fez hemodiálise 3 vezes por semana, du-

rante 8 anos. Devido ao horário da hemodiálise, SCA teve que abandonar a escola. Nessa época era a mãe que o acompanhava ao hospital. Aos 12 anos fez transplante de rim. SCA relatou que se sentia feliz por poder voltar a estudar, livre do tratamento e livre para poder fazer o que quisesse sem a ajuda de ninguém.

Depois de 2 anos, houve rejeição do rim com agravamento do quadro clínico. Logo após estabilização, SCA começou o tratamento, mas desta vez, optou por CAPD pelo fato de poder ficar mais tempo em casa e continuar a estudar. Logo depois do início da diálise, SCA viu-se obrigado a interromper algumas das atividades que vinha praticando e a família, com receio de que sofresse nova piora do quadro, só o deixava sair na companhia de alguma das irmãs. A irmã relatou que o acontecimento teve grande impacto em sua vida.

"Depois que o rim dele rejeitou, eu fiquei cuidando dele. Antes não, era minha mãe. Depois do transplante do rim era ele mesmo. Ele que queria cuidar dele. Não queria ninguém fazendo nada prá ele. Ele mesmo fazia tudo. Andava sozinho e falava: Sou muito dono de mim. Fazia até natação. Acordava de madrugada e ia sozinho. E ele adorava. Depois que começou com o CAPD, teve que largar tudo. E foi horrível prá ele".

SCA é pequeno para a idade. Mede, atualmente, 1,35 m. e pesa 32 kg. Apresenta deformidade acentuada nos membros inferiores decorrente de osteodistrofia renal. A osteodistrofia, o cansaço e o desânimo decorrentes da anemia, comum em pacientes com IRC, fazem com que não consiga participar de atividades que exigem maior esforço físico, além de não praticar nenhum esporte. Esses problemas, somados ao trabalho que SCA tem para seguir o regime terapêutico, deixaram-no mais retraído e solitário.

"Eu fico preocupado porque tenho que fazer esse tratamento e tem muita gente aí que joga bola. E eu tenho que ficar em casa sozinho. Eu não posso brincar dessas coisas. Às vezes eu penso... dá vontade de parar. Eu fico cansado de só ficar trocando bolsa. Só que eu não posso parar, eu tenho que continuar".

Após períodos freqüentes de peritonite durante os dois anos posteriores ao início da CAPD, SCA passou a apresentar acentuado déficit auditivo. Desde então, não tem freqüentado a escola (fazia a 7ª série), não consegue mais escutar TV ou participar de conversas com as irmãs e amigos. Sua única distração em casa é desenhar, o que faz muito bem. SCA relatou que sente não poder freqüentar a escola, único ponto de encontro com os amigos.

Sente carinho profundo pela irmã mais velha, que o ajuda no tratamento desde que iniciou com CAPD. É com ela que SCA conversa, conta seus problemas e pede conselhos. A irmã, por sua vez, acompanha-o nas consultas médicas e de

enfermagem. Isso acarretou problemas para ela também, que falta ao trabalho nos dias em que SCA tem retorno marcado no ambulatório.

Como a mãe de SCA é alcoólatra, a irmã mais velha assumiu, juntamente com ele, os cuidados relativos à troca de bolsas de diálise e administração de medicamentos. Apesar disso, SCA ainda realiza a maioria dessas trocas porque a irmã trabalha durante o dia e a mais nova não foi treinada para executar os cuidados. Isso é motivo de discussão entre eles que se sentem cansados à noite o que, conseqüentemente, leva a não realização da troca noturna, ocasionando um aumento freqüente dos níveis de uréia e creatinina detectado nos exames realizados.

Atualmente, SCA não tem seguido de forma constante a dieta hipossódica recomendada. Conseqüentemente, é comum detectar-se edema e elevação da pressão arterial. Além disso, não consegue fazer uso controlado da bolsa dialítica de maior concentração tendo, portanto, que comparecer ao ambulatório todas as vezes que identifica os sinais e sintomas de hipertensão e edema.

A teoria de Orem foi utilizada na coleta de dados para auxiliar na identificação da demanda de cuidado terapêutico bem como da capacidade da família e do próprio adolescente de satisfazerem as demandas de autocuidado. A partir dos dados colhidos, foram identificados os déficits de autocuidado e elaborado um plano de intervenção de enfermagem (Quadro 1). Este plano consta, principalmente, de ações educativas e orientações ao paciente e sua família, a fim de que possam satisfazer as demandas de autocuidado e eliminar os déficits identificados e descritos no Quadro 1.

Após aplicação do plano de enfermagem, observamos no último encontro com SCA que alguns resultados positivos foram obtidos, entre eles o treinamento da irmã mais nova o que ocorreu por iniciativa dela própria. Exames laboratoriais recentes mostraram níveis normais de uréia e creatinina, demonstrando que SCA tem realizado todas as trocas dialíticas, algumas delas em rodízio com as irmãs. SCA tem se alimentado melhor e está, atualmente, fazendo uso de dieta hipossódica o que pode ser confirmado pela PA dentro dos limites normais. Foi encaminhado a assistente social, que se propôs a conseguir vaga em escola especializada para deficientes auditivos. Ao mesmo tempo, foi incentivado, com a ajuda de uma artista voluntária no serviço, a fazer desenhos e pinturas, além de participar na confecção da parte de ilustração da cartilha de orientação para pacientes em CAPD, que está sendo organizada pelo serviço. Na última entrevista, RCA relatou que tem participado de pescarias com amigos do bairro.

Observamos, também, que o adolescente portador de IRC em CAPD tem conhecimento da importância das trocas dialíticas dentro dos horá-

rios prescritos e técnica asséptica, do regime terapêutico e do controle dos sintomas. Entretanto, é comum observarmos que o cansaço e a obrigação de seguir regime terapêutico intenso alteram o estado de motivação do paciente que freqüentemente deixa de seguir o tratamento de maneira correta.

É necessário assim, que a enfermeira realize constantemente uma reeducação individualizada, não punitiva, direcionada a manter a motivação e aumentar a capacidade de autocuidado, principalmente na fase de vida em que o jovem passa por acentuadas modificações físicas, psicológicas e emocionais.

O estudo deste caso sugere que o adolescente com IRC em CAPD tem condições de participar da tomada de decisões e de desempenhar ações deliberativas em seu próprio benefício. SCA e sua família foram capazes de satisfazer determinadas demandas de autocuidado, fazendo com que alguns dos déficits identificados não mais existam. O que ocorre, com freqüência, é que fatores condicionantes básicos como motivação, nível sócio-econômico, cultura e educação interferem no seguimento continuado do plano de cuidados apresentado no Quadro 1. Mesmo em adolescentes portadores de IRC há vários anos, a atitude e o comportamento do paciente no controle diário da doença, ou seja, nas trocas de bolsa, medicação, alimentação, controle de hiper e hipotensão e observação de sinais de infecção variam constantemente, o que pode ser notado nas entrevistas e consultas de enfermagem realizadas.

Observamos, também, neste caso, que o suporte familiar é extremamente importante. A família vem sendo capaz de proporcionar ao jovem ambiente que atenda às suas necessidades. Na CAPD, o paciente deve ser o principal agente de

cuidado mas a família é importante ponto de apoio, não somente como auxílio no regime terapêutico mas também para manter motivação necessária ao adolescente para manutenção do tratamento.

3 CONCLUSÃO

O modelo de autocuidado de Orem mostrou-se eficaz quando utilizado em um adolescente com IRC em CAPD. Este modelo auxilia na incorporação dos conceitos na prática e facilita o desenvolvimento da capacidade de autocuidado do adolescente com doença crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 EICHELBERGER, K.M.; HELLMAN KAUFFMAN, D.; RUNDHAL, M.E.; SCHWARTZ, N.E. Self-care nursing plan: helping children to help themselves. *Ped. Nurs.*, v. 6, n. 3, p. 9-13, 1980.
- 2 FACTEAU, L. Self-care concepts and the care of the hospitalized child. *Nurs. Clin. North Am.*, v. 15, n. 1, p.145-155, 1980.
- 3 FOOTE, A.; HOLCOMBE, J.; PIAZZA, D.; WRIGHT, P. Orem's theory as a guide for the nursing care of an eight-year-old child with leukemia. *J. Ped. Oncol. Nurs.*, v. 10, n. 1, p. 26-32, 1993.
- 4 MILLER, J.F. *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*. 2.ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1992.
- 5 OLIVEIRA, A.G. *Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família*. São Paulo: USP/Escola de Enfermagem, 1994. 141p. Tese (Doutorado)
- 6 OREM, D.E. *Nursing concepts of practice*. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1991.
- 7 STRAUSS, A.; FAGERHAUGH, S.; SUCZEK, B.; WIENER, C. *Chronic illness and the quality of life*. 2.ed. St. Louis: C.V. Mosby, 1984.
- 8 TITUS, S.; PORTER, P. Orem's theory applied to pediatric residential treatment. *Ped. Nurs.*, v. 15, n. 5, p. 465-468, 1989.

Endereço do autor: Andréa Gazzinelli Oliveira
 Author's address: Escola de Enfermagem - UFMG
 Av. Alfredo Balena 190
 30.130-100 - Belo Horizonte - MG

QUADRO 1

Plano de cuidados de enfermagem para adolescente com IRC em CAPD baseado na teoria de autocuidado de Orem

Demanda de autocuidado	Déficit de autocuidado	Ações de enfermagem	Ações do cliente	Ações da família
Demanda universal de ar, alimentação e água	Apetite diminuído - consequência da doença. Frequentemente deixa de seguir regime de dieta hipossódica.	Explicar as causas da falta de apetite e a importância do paciente tentar uma ingestão calórica maior de alimentos (desnutrição propicia infecção). Identificar alimentos que o paciente gosta e que possam ser adquiridos dentro de suas condições econômicas. Reforçar a importância do paciente seguir prescrição de dieta hipossódica.	Aumentar ingestão calórica de alimentos. Evitar alimentos que contenham muito sal.	Oferecer refeições nutritivas, que contêm alimentos que o paciente gosta. Preparar refeições que contenham menor quantidade de sal
Processo de eliminação uretral e intestinal		Orientar paciente para comunicar no caso de anormalidade	Comunicar com serviço em caso de anormalidade	Comunicar com serviço em caso de anormalidade
Atividade e repouso	Cansaço e desânimo em decorrência da doença	Explicar importância do repouso após refeições.	Repousar após refeições	Incentivar repouso após refeições.

Continua ...

Continuação...

Demanda de autocuidado	Déficit de autocuidado	Ações de enfermagem	Ações do cliente	Ações da família
Solidão e interação social	Não tem grupo de amigos, não frequenta escola, não faz programas sociais	Explicar a importância do adolescente continuar frequentando escola. Encaminhar a instituições especializadas em deficientes auditivos. Incentivar o jovem e as irmãs a convidarem amigos para alguma atividade em casa explicando que, nesta fase de adolescência, o grupo de amigos é muito importante.	Ingressar em escola especializada em deficientes auditivos. Convidar amigos para atividades em casa. Sair para passeios nos finais de semana.	Estimular e ajudar o adolescente a ingressar em escola especializada. Convidar amigos para frequentar a casa. Sair com SCA para passeios nos finais de semana.
Segurança	Cateter de infusão implantado no peritônio, anemia discreta, palidez, alteração de PA (160x100) edema discreto de face. Aumento de uréia e creatinina.	Reforçar importância de boa higiene na diminuição dos riscos de infecção. Observar local de implantação do cateter e sinais de infecção. Orientar paciente e familiares a comunicar com serviço quando detectar algum sinal de infecção. Explicar a importância de se realizar 4 trocas de bolsas diárias. Treinar SCA para administrar própria medicação subcutânea para anemia (orientar sobre rodizio de locais de administração). Explicar a SCA os sinais e sintomas de hipo e hipertensão. Orientar SCA a verificar pressão no Posto de Saúde mais próximo pelo menos 3 vezes/semana - se PA elevado, orientar para utilizar bolsa concentrada e comunicar com o serviço de CAPD se necessário.	Realizar limpeza diária do local de implantação do cateter. Tomar medicação subcutânea para anemia. Estar atento a qualquer sinal de infecção (local vermelho, dor, secreção, febre). Estar atento para sinais de hipertensão - PA elevado, usar bolsa concentrada e comunicar com o serviço de CAPD se necessário.	Administrar medicação subcutânea para anemia (observar rodizio de locais de administração de medicamentos). Estar atento a qualquer sinal de infecção (local vermelho, dor, secreção, febre). Auxiliar o adolescente no uso da bolsa de diálise concentrada.
Normalização	Troca de bolsa de diálise altera período de sono, repouso e atividades de lazer. Déficit de audição altera atividades escolares e de lazer.	Estimular e treinar irmã mais nova para realizar as trocas e fazer revezamento com os irmãos. Encaminhar para escola de deficientes auditivos e mostrar a importância do paciente manter contato com pessoas da mesma idade.	Revezar trocas de bolsa com as 2 irmãs e, desta forma, aumentar período de sono e descanso.	Estimular e auxiliar SCA a ingressar em escola especializada para deficientes auditivos. Estimular SCA a convidar amigos. As 2 irmãs devem auxiliar SCA nas trocas de bolsa.
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento	Adolescente de 16 anos pequeno para a idade, com deformidade nas pernas e joelhos, que não frequenta escola e não participa de atividades de grupo de amigos do mesmo sexo e de sexo diferente. Relatou que é criticado por colegas devido ao seu tamanho. Comentou também que sente não poder participar de algumas atividades tais como praticar esportes e jogar bola devido a doença. Irmãs não permitem que ele saia sozinho, sem a companhia de uma delas. Relatou que não pode frequentar casa de amigos e parentes que moram distantes devido ao horário das trocas de bolsas (4 vezes ao dia). Encontra dificuldade em trabalhar devido ao horário das trocas de bolsa, cansaço e desânimo decorrentes da própria doença.	Discutir com SCA e suas irmãs para que o jovem tenha oportunidade de realizar algumas atividades fora de casa sem a companhia das irmãs - desenvolver senso de independência importante na adolescência em que ocorre a separação dos pais na busca do jovem pela sua identidade.	Convidar amigos para jogos tipo xadrez, dama, toô ou para pescaria.	Estimular participação em atividades de lazer mais tranquilas como pescaria, jogo de toô, baralho, dama, xadrez que envolvam também outros adolescentes. Estimular os amigos a frequentar a casa de SCA.
Demanda de desvio de saúde	Adolescente de 16 anos com IRC em CAPD, osteodistrofia renal e perda de audição que acarretaram abandono da escola, não participação em atividades esportivas como futebol, diminuição do apetite com consequente diminuição do peso, alteração do sono e repouso devido ao horário das trocas de bolsas (4 vezes ao dia) - deixa de realizar ocasionalmente alguma das trocas. Relata sentir-se diferente dos outros por ser menor que colegas da mesma idade. Atualmente com PA elevado e taxas elevadas de uréia e creatinina	Observar trocas de bolsa que SCA e suas irmãs estão fazendo nas consultas mensais a fim de detectar possíveis erros. Incentivar SCA a participar de atividades de jogos tranquilos em casa com amigos. Explicar as causas da diminuição do apetite e importância de aumentar a ingestão calórica de alimentos e seguir prescrição de dieta hipossódica. Ressaltar a importância de manter as 4 trocas diárias e das consequências de deixar de realizar alguma delas. Discutir com SCA as razões da sua pequena estatura, desenvolvendo senso de maturidade para que aceite sua condição e mantenha auto-confiança apesar dos problemas.	Realizar trocas de bolsa, administrar própria medicação subcutânea. Aumentar ingestão calórica de alimentos. Convidar amigos para frequentar sua casa. Frequentar escola para deficientes auditivos.	Irmã mais velha realiza algumas trocas de bolsa de diálise, administra medicação subcutânea, acompanha SCA ao médico. Toda a família deve estimular maior ingestão calórica de alimentos e participação de SCA em jogos mais tranquilos com amigos, promovendo ambiente em que possa agir e interagir com outros. Deve estimular matrícula em escola para deficientes auditivos. Irmã mais nova receberá treinamento para realizar medicação subcutânea e troca das bolsas e, desta forma, fazer com que todas as trocas sejam realizadas diariamente.