



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA EDUARDA DE FRANÇA HERCULANO

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO NEFROINTENSIVISMO**

JOÃO PESSOA - PB
2025

MARIA EDUARDA DE FRANÇA HERCULANO

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO NEFROINTENSIVISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Nova Esperança como parte dos
requisitos exigidos para a conclusão do curso
de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Krystine Gonçalves de Brito

JOÃO PESSOA - PB

2025

H464c

Herculano, Maria Eduarda de França

Conhecimento dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva acerca do nefrointensivismo / Maria Eduarda de França Herculano. – João Pessoa, 2025. 37f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Karen Krystine Gonçalves de Brito.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

- Unidades de Terapia Intensiva. 2. Lesão Renal Aguda. 3. Prática Profissional. I. Título.

CDU: 616-083:616-08

MARIA EDUARDA DE FRANÇA HERCULANO

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO NEFROINTENSIVISMO**

Relatório apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para a
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

João Pessoa, _____ de _____ o de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Karen Krystine Gonçalves de Brito
(Orientadora - Faculdades Nova Esperança)

Prof.^a Dr.^a Camilla Abrantes Cordeiro de Morais
(Membro - Faculdades Nova Esperança)

Prof.^a Ma. Valdicléia da Silva Ferreira Torres
(Membro - Faculdades Nova Esperança)

“Sou como haste fina, qualquer brisa verga, mas nenhuma espada corta.” - Maria Bethânia

DEDICATÓRIA

Houve um dia em que me disseram que sonho que se sonha só é apenas um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade. A verdade que vivo hoje, ora foi sonho, e por meio deste trabalho, dedico a todos que estiveram presentes nas conquistas alcançadas ao longo desse processo.

À minha espiritualidade, por ser o pilar que me sustentou quando tudo parecia desabar. Sem a sabedoria de Oxum, sem a sagacidade de Oxóssi, sem a leveza dos Erês e a força dos Caboclos, sem a minuciosidade no agir que somente Exu ensina, eu não seria quem sou.

Foram os Orixás e Guias que me mostraram que o caminho poderia ser árduo, mas que o final sempre será mais prazeroso para quem se mantém firme no processo. Firmeza essa trazida também pelo axé dos meus irmãos Rayanne Silva, Ágatha Liana, Rodrigo Melo, Paula Dias, Carlos Alberto, Talita Varela e Marcos Varela. Obrigada por todos os momentos de confiança e ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, Fabiana França, Raulino Herculano, Fernanda Raquel e João Victor, que esqueceram suas próprias dores para que eu não sentisse o peso da dificuldade ao escolher estar longe de casa. A saudade e as lágrimas derramadas jamais superarão o tamanho do meu amor e da minha gratidão por tudo que fizeram por mim. Me fizeram acreditar que qualquer objetivo seria possível, e foram minha principal força em momentos que sequer imaginaram. Quem sou, tudo o que alcancei e o que ainda irei alcançar é por eles e para eles.

À minha tia, Eloisa França, que esteve presente para além de seu papel. Esteve para mim como mãe, irmã e amiga, sempre ouvindo o que eu tinha a dizer e sempre dizendo o que eu precisava escutar. Foi a responsável por me fazer acreditar em mim e na minha força, estando ao meu lado desde as situações mais corriqueiras até as mais extraordinárias. Conectadas por algo muito maior que nossa própria existência, essencial para que meu ser exista nesta terra, ela é também a pessoa que me ensina, dia após dia, a ser a minha melhor versão.

Aos meus amigos, que foram meus ouvintes mais fiéis, que trouxeram risadas aos momentos mais caóticos e não deixaram que eu perdesse o brilho mesmo nas maiores adversidades. Emmily Witória, Lucas Calado: nos conhecemos crianças e nos apoiamos ao crescer. Clara Lima, Isabelly Oliveira, Rayanne Mendonça e Jeffany Rodrigues foram as responsáveis por me acolherem de uma forma que eu nunca imaginei, suavizando meus medos e inseguranças ao deixar meu lugar de origem e recuar não me conectar ao novo. Foram elas que compartilharam o dia a dia e que, mesmo sentindo todas as dores provocadas pelo processo da graduação, nunca deixaram de doar seu amor e força para que eu sobrevivesse ao processo junto delas.

Aos docentes que conheci durante essa trajetória, que transmitiram seus conhecimentos e habilidades com maestria, fazendo com que, a cada aula, eu entendesse que a enfermagem é algo valioso, gigante e surpreendente. Profissionais únicos, que certamente estarão sempre gravados em minha memória.

Agradeço ainda àqueles cujos nomes não citei. Seria impossível nomear cada pessoa que se fez e faz presente em mim, mas sempre existirá no meu peito a mais profunda gratidão. A profissional que serei terá fragmentos de cada um de vocês.

RESUMO

A lesão renal aguda configura-se como importante causa de morbimortalidade em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, estando associada a desfechos clínicos desfavoráveis, inclusive após a alta hospitalar. Sua ocorrência está relacionada a múltiplos fatores de risco, como uso de drogas vasoativas, ventilação mecânica invasiva e comorbidades prévias. A prevalência da lesão renal aguda em pacientes críticos na América Latina varia entre 40% e 80%, reforçando a necessidade de uma abordagem multiprofissional qualificada e atualizada. O cuidado intensivo exige do profissional conhecimento técnico-científico, capacidade de interpretar sinais clínicos e discernimento para adotar condutas seguras frente à complexidade do paciente. Diante do exposto objetivou-se investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva acerca do nefrointensivismo. Metodologicamente foi desenvolvida uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, entre profissionais da enfermagem atuantes na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola, localizado na cidade de João Pessoa/Paraíba. O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado acerca dos dados socioeconômicos dos participantes, bem como, do conhecimento específico sobre o objeto deste estudo. A coleta de dados ocorreu mediante a autorização do projeto pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE número 7.837.067. Os dados foram compilados e transcritos para um banco de dados construído por meio do Programa Excel 2010, em computador próprio da pesquisadora, a qual também é responsável pela análise deste. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva (números absolutos e percentuais) e inferencial. Participaram da pesquisa 28 profissionais. Os resultados mostraram predominância do sexo feminino (78,57%) e faixa etária entre 26–35 anos (60,7%), com maioria possuindo ensino técnico em enfermagem (39,3%) e atuando de 1 a 5 anos (60,7%) em Unidade de Terapia Intensiva. A maior parte nunca realizou capacitação em nefrologia (71,4%). Quanto ao conhecimento técnico, 75% definiram corretamente nefrointensivismo, 78,6% identificaram a LRA como principal complicação e 100% reconheceram a creatinina como biomarcador essencial. Oligúria/anúria foi apontada como sinal de disfunção renal por 82,1%. Na prática clínica, 50% sentem-se apenas parcialmente preparados e 42,9% realizam monitorização da diurese de forma sistemática. Apenas 21,4% participam ativamente das decisões sobre TRS, enquanto 85,7% consideram importante a capacitação específica em nefrointensivismo. A pesquisa evidenciou preparo limitado dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente nefrocítico, com apenas 42,9% relatando segurança para identificar disfunção renal e baixa sistematização na monitorização da diurese. A participação nas decisões sobre TRS também é reduzida, com apenas 21,4% atuando de forma ativa. Apesar das lacunas, 85,7% reconhecem a importância da capacitação específica em nefrointensivismo. Os achados reforçam a necessidade de protocolos padronizados, educação continuada e maior integração da enfermagem nas decisões clínicas para elevar a qualidade da assistência em UTI.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Lesão Renal Aguda; Prática Profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Objetivos	9
1.1.1 Objetivos Gerais	9
1.1.2 Objetivos Específicos	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 MÉTODO	15
3.1 Tipo de Pesquisa	15
3.2 Cenário da Pesquisa	15
3.3 População e Amostra	15
3.4 Instrumento de Coleta de Dados	16
3.5 Procedimentos para a Coleta de Dados	16
3.6 Análise de Dados	16
3.9 Aspectos Éticos	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1 Perfil dos entrevistados	19
4.2 Questões sobre Conhecimento em Nefrointensivismo	20
4.3 Prática Profissional e Condutas	24
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes hospitalares especializados em atendimento de pacientes críticos e que necessitam de assistência multiprofissional de maneira contínua e especializada (Castro *et al.*, 2021).

Tendo em vista a complexidade do cuidado direcionado nestas unidades, bem como, a densidade tecnológica necessária para manutenção de um cuidado adequado, os profissionais atuantes carecem de entendimento e habilidades multidimensionais, competência clínica e capacidade de reconhecer desvios de padrões esperados, a fim de uma rápida e eficiente intervenção, além de estabelecer o cenário de segurança para aqueles que estão sob seus cuidados (Viana; Whitaker; Zanei, 2020). O cenário atual da necessidade de profissionais capacitados pode ser compreendido ao ser traçado os perfis dos pacientes admitidos nas UTIs (Castro *et al.*, 2021).

A lesão renal aguda (LRA) tem representatividade significativa na morbimortalidade dos pacientes na UTI e está associada a piores desfechos até mesmo após a alta hospitalar (Santana *et al.*, 2021). Sob o estudo de Inda-Filho *et al.* (2021) é apontado a prevalência e incidência de LRA em pacientes críticos de 21,3%, enquanto a mortalidade chega a 25,7%. Para os pacientes que sobrevivem a esse problema, independente do uso de diálise, está associada ao maior risco de mortalidade por pelo menos 90 dias após alta hospitalar, aumentando proporcionalmente com a gravidade da LRA.

Apesar de avanços tecnológicos em diagnósticos e terapias, a LRA ainda acomete em torno de 40% a 80% dos pacientes internados em UTIs da América Latina, sendo esse um dado que reforça a necessidade do conhecimento multiprofissional acerca de agravos renais para que ofereça precocidade na identificação de LRAs. A prática profissional é comumente pautada na redução de efeitos adversos, mas deve ser combinada com intervenções de controle e prevenção de LRA, evitando assim desfechos desfavoráveis. Para tal, os profissionais inseridos nas UTIs necessitam buscar saberes científicos para atender de forma competente às necessidades dos pacientes que estão sob seus cuidados (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Compreende-se que a ocorrência da LRA na UTI relaciona-se com fatores de risco associados à terapêutica empregada, utilização de Drogas Vasoativas (DVA), Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), antibioticoterapia, nefropatia medicamentosa induzida pelo uso de contraste à base de iodo, comorbidades prévias, agravos agudos, idade, distúrbios hidroeletrólíticos, distúrbios do equilíbrio ácido básico, balanço hídrico cumulativo e a

necrose tubular aguda. O monitoramento da função renal através do balanço hídrico, avaliação clínica e de exames laboratoriais pode detectar precocemente esta disfunção, favorecendo a instituição de medidas para preservá-la e/ou recuperá-la (Dantas *et al.*, 2021).

Nesta consonância, deve haver ainda o entendimento clínico para pacientes que necessitem de terapia dialítica a fim de restabelecer o equilíbrio hemodinâmico e hidroeletrólítico. Os profissionais inseridos no meio intensivista atuam diante de intercorrências intradialíticas, prevenindo de possíveis complicações hemodinâmicas e avaliando a resposta do paciente a cada terapêutica aplicada, evidenciando-se a necessidade do conhecimento técnico-científico por parte da equipe multiprofissional para que desenvolva assim, uma relação de confiança e contribuindo para o processo de recuperação e cura da injúria crônica, preservando seu estado hemodinâmico pré e pós-tratamento dialítico, caso necessário, através de um olhar holístico e apurado (Nobre *et al.*, 2021).

Dado o aumento da complexidade das condições dos pacientes críticos e a constante evolução das tecnologias de tratamento, a atuação em UTI eleva suas demandas e parâmetros ao almejar profissionais de saúde qualificados, principalmente ao considerar o número crescente de pacientes com distúrbios hemodinâmicos e que, por consequência, necessitam de intervenções direcionadas ao sistema renal.

Diante dessa realidade, faz-se relevante a realização de pesquisas sobre o nível de conhecimento dos profissionais de UTI acerca do nefrointensivismo, visando compreender as lacunas que possam existir em relação ao manejo desses pacientes. A partir dos resultados deste estudo, será possível compreender e contribuir para a adoção de estratégias de capacitação e protocolos de tratamento que melhorem a segurança do paciente, minimizem os riscos de complicações renais e, conseqüentemente, aumentem as chances de recuperação dos pacientes críticos, preservando a sua saúde renal e o equilíbrio hemodinâmico.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivos Gerais

- Investigar o conhecimento dos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva acerca do nefrointensivismo.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva
- Identificar as principais lacunas de conhecimento dos profissionais da UTI relacionadas ao manejo de pacientes com disfunção renal aguda.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Aguiar *et al.* (2022), os leitos para atendimento intensivo sofrem de uma heterogeneidade demográfica, considerando que dos 5.570 municípios brasileiros, apenas 532 desses municípios são concedidos com as UTIs, a região sudeste é ainda a que se destaca, contendo cerca de 53,4% dos leitos intensivos do país, seguida pela região Nordeste, onde consta 33,3% desses leitos.

No cenário paraibano, 28% dos diagnósticos de UTI na região metropolitana do estado são de Doenças Cardiovasculares (DCVs), das quais refletem diretamente no que se compreende do equilíbrio e monitorização hemodinâmica (Castro *et al.*, 2021). De acordo com os estudos de Da Silva Peixoto *et al.* (2024), pacientes com distúrbios cardiológicos demandam de intervenções mais rápidas e complexas, para que danos aos demais órgãos vitais sejam evitados e/ou diminuídos.

Cabe à equipe multiprofissional responsável pelo cuidado à esses pacientes, a interpretação e avaliação minuciosa de todas as condutas realizadas, incluindo conhecimento atualizado sobre fisiopatologia hemodinâmica, farmacologia e farmacocinética, a fim de evitar eventos adversos e danos aos órgãos mais perfundidos como fígado e rins (Viana; Whitaker; Zanei, 2020).

A LRA representa um fator importante de morbimortalidade em pacientes internados na UTI, estando relacionada a desfechos clínicos desfavoráveis, inclusive após a alta hospitalar (Alderete *et al.*, 2024) . Santos *et al.* (2021) e Dantas *et al.* (2021) conceituam a LRA como uma síndrome multifatorial, caracterizando-se inicialmente pela diminuição da função renal de filtração glomerular em menos de 48 horas associada ao aumento de creatinina sérica e redução do débito urinário em sete dias, desenvolvendo assim, disfunções de equilíbrio hidroeletrólítico.

A creatinina pode ser colocada como biomarcador não específico para função renal, embora não seja marcador favorável ao diagnóstico precoce de LRA, uma vez que o aumento da creatinina sérica acima do normal só ocorre a partir da diminuição de cerca de 50% da função de filtração glomerular (Santana *et al.*, 2021).

Como trazido na pesquisa de Santos *et al.* (2021), esses valores de creatinina são classificados através dos sistemas RIFLE (Risk -risco de disfunção renal-, Injury -injúria/lesão para o rim-, Loss of kidney function -perda de função renal-, End-stage kidney disease -doença renal em estágio terminal-) e KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes -melhora de resultados para doenças renais no mundo-) que definem o aumento da

creatinina pelo fluxo urinário e realizam o estadiamento de pacientes com risco para desenvolver LRA.

Para avaliações com o sistema KDIGO, há como parâmetro o aumento de 0,3mg/dL de creatinina em 48 horas; aumento de 1,5 vezes em relação a creatinina sérica presumida dos últimos sete dias e débito urinário (DU) menor que 0,5 ml/kg/h em 6 horas. Sendo assim, classifica a LRA em três estágios: Estágio 1: creatinina com valores $\geq 0,3$ mg/dL ou aumento de creatinina sérica em 1,5 - 1,9 vezes ou $DU < 0,5$ mL/kg/h entre 6 e 12 horas. Estágio 2: creatinina sérica com aumento de 2 a 2,9 vezes ou $DU < 0,5$ ml/kg/h por tempo maior ou igual a 12 horas. Estágio 3: creatinina com valores $\geq 4,0$ mg/dL ou aumento de creatinina sérica em 3 vezes ou $DU < 0,3$ ml/kg/h em um tempo maior ou igual a 24 horas ou anúria em tempo maior ou igual a 12 horas (Dantas *et al.*, 2021).

A LRA é também dividida em três principais grupos: pré-renal, renal e pós renal. A lesão pré renal ocorre em 60% dos casos e sua causa está associada a condições de hipovolemia (baixo fluxo sanguíneo e diminuição de oferta sanguínea aos rins), que costuma ocorrer em situações de sepse. As lesões renais, que estão de forma mais intrínsecas e diretas no órgão, são causadas por nefrotoxicidade de drogas (em sua maioria, antibióticos) ou distúrbios vasculares, que costumam causar lesões que podem levar a necrose em algumas partes do rim. Já nas lesões pós renal, são fatores que resultam na obstrução do canal urinário, impedindo a saída de urina pelos rins, como coágulos na uretra (Valente *et al.*, 2023).

Dantas *et al.* (2021) relata em sua pesquisa que a LRA é uma das principais síndromes a atingir pacientes hospitalizados, onde pode-se relacionar a fatores de risco associados à terapêutica empregada na UTI, como utilização de drogas vasoativas, ventilação mecânica invasiva, antibioticoterapia, nefropatia medicamentosa induzida pelo uso de contraste à base de iodo além de suas comorbidades prévias.

A presença das comorbidades prévias, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Diabetes Mellitus (DM) e doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 8-16% das internações hospitalares por Lesão Renal Aguda. Ainda há as ocorrências de hemorragias graves e politraumas que são consideradas e aumentam a probabilidade de ocorrências da LRA. Estas condições aumentam a suscetibilidade de desenvolvimento da LRA devido às alterações metabólicas, urêmicas e endócrinas derivadas de falência renal progressiva (Santana *et al.*, 2021).

Comorbidades como HAS e DM são observados em mais de 50% dos pacientes hospitalizados por LRA. Na hipertensão arterial, o comprometimento renal é devido ao grau de exposição da microvasculatura renal à pressão arterial, pois, se a proteção autorregulatória

dos rins for excedida, ocorre hipertensão glomerular e danos renais como hiperfiltração, colapso glomerular e necrose segmentar, estando os pacientes desse perfil, mais suscetível a piores prognósticos. Já na diabetes mellitus, justifica-se pelo nível elevado de glicose no sangue, onde causa lesões nos vasos sanguíneos dos rins para a sua excreção (Santos *et al.*, 2021).

A LRA é constatada como uma doença com alto risco de mortalidade. No ano de 2020, 76,9% dos pacientes internados em leitos de UTI no Brasil, evoluíram para óbito (Oliveira *et al.*, 2024). Ainda, no estudo de Ferreira (2022), a HAS é apontada como a doença de base que duplica o risco de desenvolvimento da doença, estando presente em cerca de 7,5% dos pacientes intensivos.

No processo assistencial, é de extrema importância a identificação precoce dos pacientes com riscos associados ao desenvolvimento de LRA, a implementação de uma classificação como a KDIGO pode ser um mecanismo para auxiliar na assistência sistematizada e preventiva, podendo levar a diagnósticos em estágios iniciais da lesão e auxiliando no desenvolvimento de estratégias que reduzem um mau prognóstico. Há ainda, a monitorização da função renal através do balanço hídrico e exames laboratoriais que favorecem a instituição de medidas preventivas (Santana *et al.*, 2021).

Faz-se notório que os pacientes internados em uma UTI estão mais propensos ao desenvolvimento de complicações, tanto por fatores prévios, como pelo tempo de permanência e exposição ao ambiente hospitalar restrito ao leito, o deixando mais suscetível ao declínio sistêmico (Santana *et al.*, 2021). O uso demasiado de intervenções associado ao uso prolongado de drogas vasoativas, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos utilizados em ventilação mecânica invasiva e drogas vasoativas como a noradrenalina, medicamento comprovado como mais utilizado na UTI, leva a sobrecarga do sistema renal (Dantas *et al.*, 2021).

A sepse é ainda um fator relevante na ocorrência da LRA, sendo essa uma condição derivada de um quadro infeccioso agudo, responsável por altos índices de mortalidade em UTIs. Sua reposição volêmica para recuperação do estágio de sepse pode acarretar sobrecarga e disfunção renal, ocasionando em maiores taxas de óbito (Zanotto Filho *et al.*, 2023).

Diante da gravidade do paciente em terapia intensiva, é necessário do profissional o conhecimento clínico e o discernimento entre risco e benefício de qualquer abordagem ao paciente nefrocítico. A maioria das drogas a serem utilizadas nas UTIs, além de exames de diagnóstico que utilizam de contraste são de importante toxicidade renal, e deve haver por

parte da equipe multidisciplinar a tomada de decisão para que diminua o risco de desenvolvimento e/ou piora de lesões renais (Odawara *et al.*, 2022).

Deve ainda ser considerado terapias e abordagens diagnósticas alternativas, tal como o balanço hídrico, que é um indicador de acúmulo do líquido pelo paciente, e que pode demonstrar incapacidade de manter o equilíbrio hidroeletrólítico, servindo assim como um biomarcador para a detecção precoce de LRA (Dantas *et al.*, 2021).

Com o passar do tempo, impulsionado pelo avanço dos recursos tecnológicos, o atendimento oferecido pelos profissionais aos pacientes e seus familiares tornou-se mais automatizado e, por vezes, menos humanizado. Essa transformação impacta diretamente a qualidade da assistência e contribui para a mecanização do cuidado. Como em outros âmbitos da saúde, na UTI, o enfermeiro atua não apenas como responsável pela equipe de enfermagem, mas também estando diretamente envolvido no cuidado prestado ao paciente (Barbosa *et al.*, 2021).

Santos e Novais (2021) defende que o enfermeiro é considerado um elemento crucial para a identificação do desenvolvimento de nefropatias pois, ao pôr em prática o Processo de Enfermagem (PE) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é o primeiro profissional da equipe a detectar alterações nos sinais e sintomas dos pacientes. Nesse sentido, entende-se que o profissional de enfermagem realiza um papel fundamental na assistência, identificando, prevenindo e educando pacientes e familiares sobre a LRA e eventuais gravidades que possam surgir (Costa *et al.*, 2020).

Diante da complexidade e gravidade que envolve o cuidado ao paciente crítico com risco ou desenvolvimento da LRA, especialmente entre pacientes com comorbidades pré-existentes e em uso de terapêuticas agressivas, torna-se imprescindível a valorização de práticas assistenciais humanizadas, aliadas ao uso de tecnologias para prevenção e diagnóstico precoce, para que o cuidado seja, além de técnico e eficaz, também sensível às necessidades humanas, promovendo uma assistência integral, segura e ética.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal que caracteriza-se pela coleta de dados em um único ponto no tempo, permitindo a análise simultânea de fatores (exposições) e efeitos (desfechos) em uma amostra específica, resultando em estimativas de prevalência que permite identificar quantos indivíduos dessa amostra apresentam uma determinada característica (Tustumi, 2025), sendo também descritiva e de abordagem quantitativa, onde nesse tipo de abordagem utiliza-se instrumentos padronizados, como questionários estruturados, aplicados a um determinado número de participantes, o que permite maior precisão nos resultados e possibilita inferências estatísticas confiáveis. Dessa forma, é possível mensurar padrões, frequências e correlações, garantindo objetividade na análise e minimizando distorções interpretativas (Creswell; Creswell, 2021).

3.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa referida se desenvolveu no campo do Hospital Nova Esperança (HNE), sendo este um hospital-escola de referência no município de João Pessoa-PB. Outrossim, a instituição em questão, trata-se de um campo de pesquisa para diversos estudos no campo da unidade de terapia intensiva.

O local do estudo justifica-se especialmente por ser um campo proponente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em Saúde Hospitalar e ainda por se tratar de um campo de estágio para a pesquisadora principal.

3.3 População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída pelos profissionais de enfermagem que compõem o corpo assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital, cenário da pesquisa. Segundo dados do setor de recursos humanos do hospital, constam na equipe de enfermagem: cinco enfermeiros, vinte técnicos de enfermagem e cinco residentes de enfermagem do segundo ano. Assim, conforme cálculo amostral para uma população finita de

$N = 30$ profissionais, erro amostral $e = 5\%$ e 95% de confiança ($z = 1,96$), assumindo $p = 0,5$ é de 28 participantes.

A seleção seguiu os seguintes critérios de inclusão: estar vinculado à instituição por meio de matrícula regular, no período 2025.2, e atuante na assistência da UTI no período da coleta de dados. Foram considerados critérios de exclusão: estar desvinculado do período por motivo de afastamento de saúde e/ou outras intercorrências. A participação foi condicionada à manifestação do consentimento, formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado acerca dos dados socioeconômicos dos participantes, bem como, do conhecimento específico sobre o objeto deste estudo (APÊNDICE A), o qual foi direcionado aos profissionais de forma presencial na instituição. A duração da coleta foi de aproximadamente 20 minutos, tempo necessário para se alcançar a qualidade das informações, e transcorreu no mês de outubro de 2025.

3.5 Procedimentos para a Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu somente após a autorização do projeto pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE nº 7.837.067.

Inicialmente, obteve-se carta de anuência da diretoria do local da pesquisa e em seguida, o projeto tramitou no comitê de ética para liberação do campo, quando então, foi direcionado o contato com o campo de estudo para início da coleta.

Após as tramitações, realizou-se contato prévio com o hospital cenário da pesquisa, bem como com os profissionais para apresentação dos objetivos da pesquisa e aplicação dos questionários de forma individual, em dias de semana nos turnos matutino e vespertino.

3.6 Análise de Dados

Os dados foram compilados e transcritos para um banco de dados construído por meio do Programa Excel 2010, em computador próprio da pesquisadora, a qual também foi

responsável pela análise deste. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva (números absolutos e percentuais) e inferencial.

Para análise da adequabilidade do conhecimento dos profissionais, as questões relacionadas ao conhecimento específico do tema (nove questões) foram contabilizadas em respostas CORRETAS ou ERRADAS. A partir dessa avaliação, o somatório das respostas CORRETAS foi agrupado em pontos de corte, a saber: 1 – 5 pontos = conhecimento inadequado; 6 – 7 pontos = parcialmente adequado; e 8 – 9 pontos = conhecimento adequado.

Após a análise, os resultados foram agrupados em tabelas e gráficos, onde discutiu-se de acordo com a literatura pertinente.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo respeita os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 510/2016, e Resolução CNS 466/2012, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa. A pesquisadora responsável declara no termo compromisso que conhece e cumprirá o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e as Resoluções Éticas Brasileiras e, em especial, a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares em todas as fases desta pesquisa (COFEN, 2017; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Os participantes do estudo foram orientados sobre a participação voluntária, anonimato e liberdade em desistir em qualquer período do estudo, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias (APÊNDICE A). A fim de cumprir as exigências estabelecidas pela referida resolução, o presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil, de onde encaminhou-se ao CEP, e a coleta de dados iniciou-se após autorização.

A presente pesquisa envolve mínimos riscos aos participantes, conforme classificação da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos potenciais estão associados, principalmente, ao desconforto e/ou constrangimento que poderá surgir ao responder questões que se portam a medição de conhecimento técnico-científico dos mesmos, ou mesmo insegurança ao refletir sobre o seu próprio nível de conhecimento sobre o tema proposto (nefrointensivismo). Para minimizar esse risco, o pesquisador fez a entrega do questionário para o participante, que respondeu individualmente, sem ajuda daquele, assim como, também não precisará ter seu nome identificado no instrumento. Os questionários

foram aplicados individualmente e em local reservado, garantindo privacidade durante a participação. Outrossim, está assegurado que o participante possa interromper ou encerrar a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Outro risco poderia ser cansaço físico ou desgaste durante a coleta, minimizado pelo fato de questionário ser breve (tempo estimado inferior a 20 minutos) e de múltipla escolha, o que agilizará o processo de resposta

Além disso, é assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações, por meio da codificação dos dados e do armazenamento seguro em local restrito, com acesso apenas à pesquisadora e orientador(a). Nenhuma informação individual será divulgada, e os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos. Não há riscos físicos, clínicos ou econômicos envolvidos. A entrevista foi realizada em ambiente privativo, em horário adequado e com autorização prévia da equipe e do próprio participante.

Quanto aos benefícios diretos, destaca-se a pesquisa tem relevância científica e social, pois possibilitará: A identificação de lacunas no conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva sobre o nefrointensivismo; O fortalecimento da educação continuada e o desenvolvimento de estratégias para capacitação profissional na área; O aprimoramento da assistência prestada ao paciente crítico com disfunção renal, o que pode refletir em melhoria dos cuidados em UTI. Portanto, os potenciais benefícios coletivos superam os riscos mínimos envolvidos, respeitando os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta parte da pesquisa, compreende a exposição dos dados coletados em quadros e tabelas acompanhados de discussões que abordem e deem embasamento teórico para buscar atingir o objetivo do presente trabalho.

A amostra final da pesquisa foi de 28 participantes, convergindo com os cálculos realizados metodologicamente. Foram propostas quatro questões através de um questionário socioeconômico, que buscavam abordar os aspectos de faixa etária, escolaridade, tempo de atuação na área e se o entrevistado participou de algum curso/capacitação sobre nefrologia ou nefrointensivismo, os resultados seguem abaixo.

Ao analisarmos o perfil dos respondentes, estes se apresentaram majoritariamente do sexo feminino (78,57%), na faixa etária dos 26 aos 35 anos (60,7%), com ensino técnico de enfermagem (39,3%), com média de atuação profissional de um a cinco anos (60,7%). Quando questionados sobre a realização/participação em curso ou capacitação sobre nefrologia ou nefrointensivismo, a maioria (71,4%) respondeu que não havia participado. Todas as variáveis investigadas na primeira parte do questionário estão dispostas na tabela 01.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (N = 28). João Pessoa/PB, Brasil, 2025.

Faixa etária	Frequência	Percentual
1 – até 25 anos	5	17,9%
2 – 26 a 35 anos	17	60,7%
3 – 36 a 45 anos	5	17,9%
4 – acima de 45 anos	1	3,5%
Total	28	100%
Escolaridade	Frequência	Percentual
1 – Técnico	11	39,3%
2 – Graduação	8	28,6%
3 – Pós-graduação	5	17,9%
4 – Residência	4	14,2%
Total	28	100%
Tempo de atuação	Frequência	Percentual
1 – até 1 ano	6	21,4%
2 – 1 a 5 anos	17	60,7%
3 – 6 a 10 anos	4	14,3%
4 – mais de 10 anos	1	3,6%

Faixa etária	Frequência Percentual	
Total	28	100%
Já participou de curso/capacitação sobre nefrologia ou nefrointensivismo?	Frequência Percentual	
1 – Sim	8	28,6%
2 – Não	20	71,4%
Total	28	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Concernente ao perfil de conhecimento dos participantes, conforme apresentado na Tabela 02, houveram nove questões objetivas acerca da temática. Os dados apresentam alguns pontos de conhecimento consolidado: Definição de nefrointensivismo (75%); principal complicação (78,6%); Marcadores laboratoriais (creatinina) (100%), sinais clínicos (oligúria/anúria) de disfunção renal (82,1%), e algumas áreas de reforço: Critérios de TRS, mensuração precoce da função renal, complicações menos óbvias e participação da equipe em monitorização.

Tabela 02 – Distribuição amostral segundo questionário acerca do conhecimento específico sobre nefrointensivismo (N = 28). João Pessoa/PB, Brasil, 2025.

O que é nefrointensivismo?	Frequência	Percentual
1 – É a área da medicina intensiva que trata apenas da insuficiência renal crônica.	7	25%
2 – É o conjunto de cuidados aplicados ao paciente com lesões renais agudas e crônicas em UTI.	21	75%
Total	28	100%
A principal complicação renal aguda em pacientes críticos é:	Frequência (n)	Percentual (%)
1 – Lesão renal aguda (LRA)	22	78,6%
2 – Nefropatia diabética	3	10,7%
3 – Nefrite autoimune	3	10,7%
Total	28	100%
As principais comorbidades que podem agravar o quadro de pacientes nefrocíticos são:	Frequência (n)	Percentual (%)
DM + HAS	21	75,0
IC + Obesidade	3	10,7
Obesidade + Imunossupressão	1	3,6
Total	28	100

O que é nefrointensivismo?	Frequência	Percentual
Em relação à exames laboratoriais, assinale o principal biomarcador a ser analisado em pacientes nefrocríticos:	Frequência (n)	Percentual (%)
Creatinina	28	100
Qual dos seguintes sinais pode indicar disfunção renal aguda em paciente crítico?	Frequência (n)	Percentual (%)
Oligúria ou anúria	23	82,1
Aumento do hematócrito	5	17,9
Total	28	100
Em relação à mensuração da função renal em UTI, assinale a correta:	Frequência (n)	Percentual (%)
A creatinina sérica pode se manter normal nas primeiras horas de lesão renal	18	64,3
O sódio sérico é o principal marcador da função renal	8	28,6
Não sei responder	2	7,1
Total	28	100
Quando se indica terapia renal substitutiva (TRS) em UTI?	Frequência (n)	Percentual (%)
Quando o paciente apresenta sinais de disfunção renal grave ou refratária	17	60,7
Em qualquer paciente com creatinina acima de 1,0 mg/dL	7	25,0
Não sei responder	4	14,3
Total	28	100
Quais principais complicações pode apresentar um paciente em TRS como a Hemodiálise?	Frequência (n)	Percentual (%)
Desconforto e taquicardia	20	71,4
Sudorese e SpO ₂ acima de 94%	3	10,7
Não sei	5	17,9
Total	28	100
Na TRS, assinale uma forma de monitorização hemodinâmica não invasiva no paciente nefrocrítico:	Frequência (n)	Percentual (%)
Aferir pressão arterial	20	71,4
Punção de Fístula Arteriovenosa (FAV)	5	17,9
Não sei	3	10,7
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Como respondido corretamente por uma porção majoritária dos participantes, o nefrointensivismo é definido pelo conjunto de cuidados aplicados aos pacientes com lesões renais agudas e crônicas dentro da UTI. Ao considerar a complexidade clínica de um paciente

renal e dentro do contexto intensivo, essa área irá abordar a medicina de forma aguda e crônica, podendo a LRA decorrer de uma condição clínica já existente, e/ou se tornar um quadro crônico, reforçando assim, a exigência de estratégias por parte do profissional de enfermagem que considere desde a identificação precoce até o manejo de terapias renais substitutivas para aumento de desfechos favoráveis a esses pacientes (Viana, 2020).

Em continuidade às questões aplicadas sobre sua relevância clínica, a LRA é reconhecida como principal complicação em pacientes críticos, haja vista que é uma condição clínica com alta incidência de mortalidade intra hospitalar em pacientes críticos (Santana, 2021). Para pacientes inseridos na assistência intensiva, é necessário o cuidado renal pois lesões e disfunções a tal órgão podem surgir também a partir de outras complicações. Inda-Filho (2021), afirma que cerca de 61,7% de pacientes que sofrem choque séptico desenvolvem LRA posteriormente, indicando assim, uma falha na melhora do prognóstico geral do paciente crítico.

Além disso, é importante destacar que os sintomas clínicos de LRA são geralmente silenciosas, rasteiras, muitas vezes se confundindo com sinais clínicos de outras comorbidades, DM e HAS estão presentes em mais de 50% dos pacientes críticos hospitalizados por LRA além de serem responsáveis pelo agravamento de 8-16% dos casos, sendo o controle dessas, fundamentais para minimizar a progressão das lesões e evitar quadros crônicos (Santana *et al.*, 2021).

No que se refere à avaliação ao paciente nefrocítico, observa-se que frequentemente constatados alterações em exames laboratoriais de rotina, tais como ureia e principalmente a creatinina, por ser excretada quase exclusivamente pelos rins, principalmente por filtração glomerular (Dantas, 2021). Na enfermagem, a capacidade de interpretar essas alterações laboratoriais contribui diretamente para a prevenção de complicações, para a tomada de decisões assertivas e para a melhoria do prognóstico do paciente crítico.

Outro ponto relevante identificado foi o elevado índice de acertos quanto ao principal sinal indicativo de LRA em pacientes críticos. A redução da diurese, definida em adultos como produção urinária inferior a 0,5 mL/kg/hora por um período mínimo de 6 horas, caracteriza a oligúria e constitui um importante marcador clínico de agravamento da função renal. Esses parâmetros orientam condutas fundamentais, como o manejo seguro de medicamentos potencialmente nefrotóxicos e o preparo do paciente para terapias renais substitutivas, quando indicadas (Alderete, 2024).

Da mesma forma, os participantes da pesquisa também reconheceram que a creatinina sérica é um fator essencial na mensuração da função renal, pois ela pode se manter normal nas

primeiras horas de lesão, sendo de fato o principal biomarcador, especialmente por se tratar de um resíduo que se torna aumentado no sangue quando a função renal está em baixa (Bastos, 2025). Ao compreender essa limitação do biomarcador é possível atuar de forma a contribuir para a detecção rápida de agravamentos e tomada de decisões seguras.

Quanto à terapêutica, a indicação de TRS torna-se especialmente relevante nos casos de LRA grave ou refratária, nos quais o paciente não apresenta resposta satisfatória ao tratamento clínico conservador, e como defende Oliveira (2024), nesses cenários, a persistência da disfunção renal pode levar ao desenvolvimento de complicações potencialmente fatais, como distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos e manifestações clínicas sistêmicas que ameaçam diretamente a vida do paciente.

Nessa linha de raciocínio, o desconforto e a taquicardia em um paciente submetido à TRS por hemodiálise podem indicar alterações hemodinâmicas decorrentes da remoção rápida de fluidos e solutos, levando à queda do volume intravascular e à resposta compensatória de aumento da frequência cardíaca (Ferreira, 2022). Essas manifestações, além de causarem mal-estar, podem evoluir para complicações cardiovasculares, especialmente em pacientes com maior vulnerabilidade cardiológica.

Por fim, considerando o manejo contínuo desses pacientes, observa-se que no perfil do nefrocítico, frequentemente apresenta-se distúrbios do balanço hídrico, exigindo monitorização hemodinâmica rigorosa. Nesse contexto, métodos não invasivos são essenciais para reduzir complicações e evitar procedimentos mais agressivos, sendo a aferição da pressão arterial uma estratégia recomendada para acompanhamento seguro e contínuo desses pacientes (Santos, 2021).

Sobre a adequabilidade das respostas dos participantes, no geral, a análise aponta predomínio de respostas corretas (55,2%), com pequenas lacunas de conhecimento que podem ser corrigidas com capacitação prática e teórica focada em nefrointensivismo. Embora a maioria demonstre conhecimento, ainda há uma parcela que não distingue adequadamente LRA de outras condições renais. Falhas no reconhecimento precoce podem atrasar intervenções como TRS, afetando prognóstico (Gráfico 01).

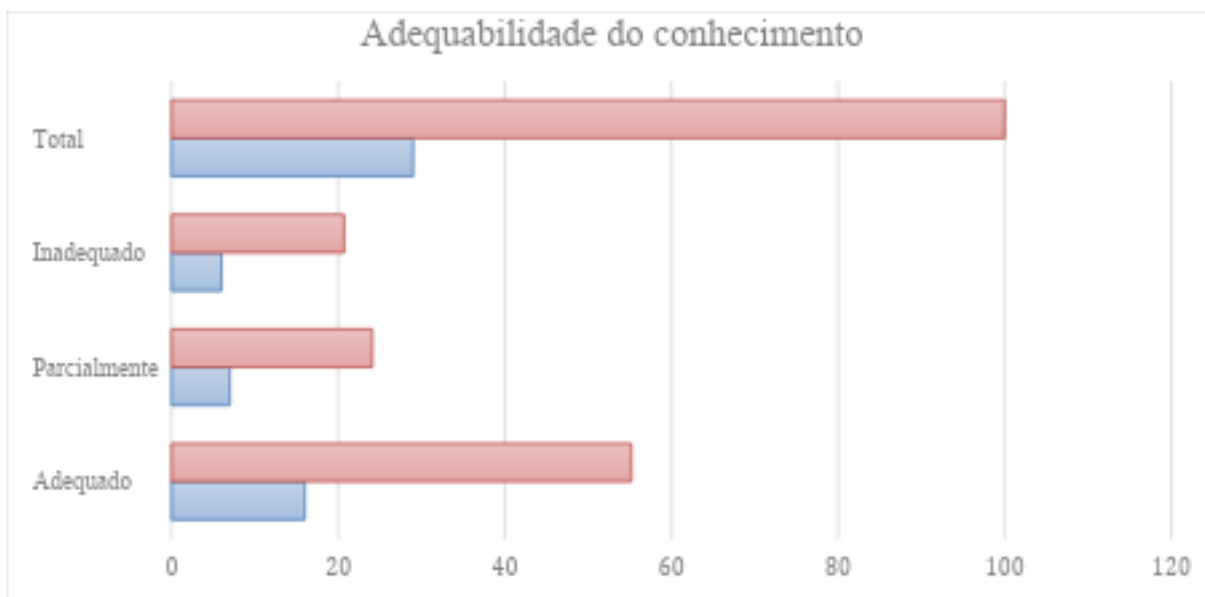


Gráfico 01– Adequabilidade do conhecimento dos participantes acerca do nefrointensivismo (N=28). Joao Pessoa/PB, Brasil, 2025.

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Partindo do que foi exposto nos dados da pesquisa, fica cada vez mais evidente a relevância de programas de educação continuada e protocolos institucionais, alinhando teoria e prática para tomada de decisão, especialmente na área da nefrologia, tendo ciência dos critérios terapêuticos a serem utilizados, quando indicados, com a consciência de que pode ser fator determinante para a sobrevivência e recuperação funcional do paciente. Desse modo, é fundamental que haja investimentos em capacitações, estratégias de prevenção, vigilância contínua de pacientes de risco, ou seja, a educação em saúde precisa ser permanente (Vasconcelos, 2021).

Sobre a atitude, práticas e condutas dos profissionais de enfermagem acerca de pacientes nefrocríticos, os resultados apontam para desconexão entre conhecimento teórico e prática clínica, especialmente na monitorização da diurese e identificação precoce de sinais de disfunção renal. A participação limitada da enfermagem na decisão sobre TRS evidencia lacunas organizacionais e de comunicação interprofissional. Há alto reconhecimento da importância da capacitação específica, reforçando a necessidade de programas de formação em nefrointensivismo (Tabela 03).

Tabela 03 – Distribuição amostral segundo questionário acerca da atitude e prática dos profissionais de enfermagem no nefrointensivismo (N = 28). João Pessoa/PB, Brasil, 2025.

Você se sente preparado para identificar precocemente sinais de disfunção renal em pacientes da UTI?	Frequência (n)	Percentual (%)
Parcialmente	14	50,0
Sim	12	42,9
Não sei	2	7,1
Total	28	100
Na sua prática, a monitorização da diurese horário é:	Frequência (n)	Percentual (%)
Realizada rotineiramente e com atenção	12	42,9
Realizada, mas sem sistematização	12	42,9
Não sei responder	4	14,3
Total	28	100
A equipe de enfermagem participa das decisões sobre o início da TRS em seu serviço?	Frequência (n)	Percentual (%)
Sim, de forma ativa	6	21,4
Sim, quando solicitada	7	25,0
Não participa	6	21,4
Não sei informar	9	32,1
Total	28	100
Você considera importante que a enfermagem seja capacitada especificamente em nefrointensivismo?	Frequência (n)	Percentual (%)
Sim	24	85,7
Indiferente	4	14,3
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Santos (2021) defende que o conceito de atitude está ligado a uma disposição psicossocial que integra valores, percepções e motivação, influenciando o senso de competência e a prontidão do profissional para atuar em diferentes contextos do cuidado que faz com que um profissional se sinta ou não capaz de enfrentar ou atuar em determinadas áreas de atuação. Ou seja, a atitude orienta a prática profissional, empodera e impulsiona o cuidado deste. Nesse sentido, quando 57,1% dos profissionais não referem convicção de seu preparo, hipotetiza-se que estes reconhecem suas limitações e quanto estas podem se relacionar com a qualidade da práxis do cuidado.

No nefrointensivismo, a monitorização da diurese horária possibilita avaliar a função renal do paciente e suas condições hemodinâmicas. A execução dessa avaliação sem sistematização da mesma, não possui qualquer eficácia, pois, pequenas reduções no volume urinário podem ser os primeiros sinais de hipoperfusão renal, hipovolemia ou choque. Sem

registros precisos, perde-se a oportunidade de intervenções imediatas (como ajuste de fluidoterapia ou suspensão de fármacos nefrotóxicos) que são essenciais para preservar a perfusão renal e prevenir desfechos graves (Costa, 2020).

Sobre a participação ativa dos profissionais nas decisões sobre TRS, entende-se que se trata de uma conduta médica, muito embora, esta esteja interligada a parâmetros diversos, muitas vezes monitorizados pela enfermagem. Chama atenção a quantidade de respostas de profissionais que não participam dessa tomada de decisão, pois sabe-se da importância da enfermagem estar presente em cada etapa do cuidado ao paciente, sobretudo por ser uma profissão fundamental na equipe multidisciplinar no tratamento da LRA (Silva, 2025).

Por fim, quando questionados sobre a importância o conhecimento e atualizações deste, não há como ser indiferente, posto que a enfermagem é parte integrante fundamental para que haja sucesso nas práticas hospitalares de nefrologia, como ferramenta que garante a redução de complicações e óbitos ocasionados pela LRA, colaborando diretamente nas ações que devem ser realizadas para prevenir, identificar ou ainda efetivar o tratamento eficaz ao paciente acometido por LRA (Santos, 2021).

CONCLUSÃO

A análise dos dados revela importantes lacunas e oportunidades de melhoria na atuação da equipe de enfermagem em pacientes nefrocíticos. Embora 42,9% dos participantes se sintam preparados para identificar precocemente sinais de disfunção renal, metade (50%) reporta preparo apenas parcial, e 7,1% não soube avaliar sua capacidade, sugerindo que a percepção de preparo não necessariamente reflete competência prática.

Esse achado é corroborado pela avaliação da monitorização da diurese horária, na qual apenas 42,9% realizam a prática de forma sistematizada e rotineira, enquanto igual proporção a realiza sem padronização, e 14,3% desconhecem a prática. Além disso, a participação da enfermagem nas decisões sobre o início da terapia renal substitutiva (TRS) é limitada, e mais da metade não participa ou não sabe informar, evidenciando lacunas organizacionais e de comunicação interprofissional.

Apesar dessas limitações, observa-se um consenso forte quanto à importância da capacitação em nefrointensivismo, com 85,7% reconhecendo sua relevância, refletindo a percepção da necessidade de formação específica para atuação em pacientes críticos com disfunção renal. Esses resultados indicam a urgência de protocolos padronizados, treinamentos multiprofissionais, auditoria contínua das práticas clínicas e incentivo à participação ativa da enfermagem nas decisões clínicas, como estratégias para melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente em UTI nefrocítica.

Consustancialmente verificou-se que os participantes tiveram mais respostas corretas, porém, em nenhuma das questões esses profissionais apresentaram 100% de acertos. De fato, os resultados apontados no estudo sugerem lacunas de conhecimento acerca do manejo do doente nefrocítico, visto que o cuidado em enfermagem nefrológica demanda um amplo conhecimento por parte dos profissionais que prestam assistência.

Embora o estudo tenha limitada abrangência, com recorte local (o que inviabiliza generalizar os resultados), pode contribuir para visualizar a realidade da abordagem e da atuação dos profissionais de enfermagem, influenciar um movimento de sensibilização e treinamento, bem como a necessidade de estabelecimento de protocolos baseados em evidências nesta realidade, bem como, ser start na realização de outras pesquisas de maior amplitude.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Luciana Mara Meireles et al. **Profile of adult intensive care units in Brazil: systematic review of observational studies.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 33, p. 624-634, 2022.
2. DA SILVA PEIXOTO, Maira Cibelle et al. **Assistência de enfermagem em doenças cardiovasculares na Unidade de Terapia Intensiva: abordagem bibliométrica.** Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 13, p. e7090-e7090, 2024.
3. CASTRO, Maria Larissa Miranda de et al. **Perfil de pacientes de uma unidade de terapia intensiva de adultos de um município paraibano.** Enfermería Actual de Costa Rica, n. 40, 2021.
4. VASCONCELOS, Geferson Messias Teles et al. **Capacidade preditiva de escores prognósticos para lesão renal, diálise e óbito em unidades de terapia intensiva.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, p. e20210071, 2021.
5. NOBRE, Valdjane Nogueira Noletto et al. **Lesão renal aguda: assistência de enfermagem durante a sessão de hemodiálise em Unidade de Terapia Intensiva.** Research, Society and development, v. 10, n. 8, p. e12910817108-e12910817108, 2021.
6. VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI., S. S. V. **Enfermagem em Terapia Intensiva.** 2. ed. [s.l.] ARTMED, 2020.
7. SANTANA, Karla Yasmim de Andrade et al. **Prevalência e fatores associados à lesão renal aguda em pacientes nas unidades de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, p. e20200790, 2021.
8. INDA-FILHO, Antônio José et al. **Perfil epidemiológico de injúria renal aguda em pacientes críticos admitidos em unidades de terapia intensiva: uma coorte brasileira prospectiva.** Brazilian Journal of Nephrology, v. 43, p. 580-585, 2021.
9. DANTAS, Luana Adrielle Leal et al. **Fatores de risco para Lesão Renal Aguda em Unidade de Terapia Intensiva.** Research, Society and Development, v. 10, n. 6, p. e32210615700-e32210615700, 2021.
10. SANTOS, David da Silva et al. **Associação da lesão renal aguda com desfechos clínicos de pacientes em unidade de terapia intensiva.** Cogitare Enfermagem, v. 26, p. e73926, 2021.
11. ZANOTTO FILHO, Ricardo Luiz et al. **Incidência do desenvolvimento de lesões renais agudas em pacientes internados na uti: revisão integrativa.** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 4299-4307, 2023.
12. DA SILVA ODAWARA, Glaziele Yumi et al. **Injúria renal aguda em Unidades de Terapia Intensiva: perfil do paciente, manejo e complicações.** Revista Eletrônica

- Acervo Saúde, v. 15, n. 5, p. e10232-e10232, 2022.
13. TEIXEIRA, Pedro Henrique Moura et al. **Manejo de pacientes com Sepsis em Unidade de Terapia Intensiva**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 11, p. 2552-2561, 2024.
 14. ALDERETE, Geisyelli et al. **Lesão renal aguda em unidade de terapia intensiva: causas, tratamento e evolução**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 3, pág. 797-812, 2024.
 15. DE OLIVEIRA, Junia Melo Borges; MARINI, Mariana Barreto; DE OLIVEIRA, Ester Melo Borges. **Uma análise de fatores prognósticos em pacientes com lesão renal aguda**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 22, n. 3, p. 136-143, 2024.
 16. FERREIRA, Daniela et al. **Prognóstico de pacientes cardiopatas com injúria renal aguda submetidos a tratamento dialítico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, p. e20220022, 2022.
 17. COSTA, Beta Cleide Pereira et al. **Vivências do cuidado de enfermagem em unidade de diálise: relato de experiência**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 10, 2020.
 18. SANTOS, Ana Luísa Pereira; NOVAIS, Maria Eulália. **Mapeamento de Intervenções de Enfermagem na Lesão Renal Aguda: Scoping Review**. New Trends in Qualitative Research, v. 8, p. 340-352, 2021.
 19. BARBOSA, Italo Everton Bezerra et al. **Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 4, p. e7082-e7082, 2021.
 20. VALENTE, G. T. M. L.; PONTES, A. P. V.; et al. **Injúria renal aguda: perspectivas contemporâneas sobre sua fisiopatologia, diagnóstico e manejo**. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.], v. 6, p. 30322–30329, 2023.
 21. TUSTUMI, Francisco. **O que são estudos transversais?** Revista ABCD – Brazilian Archives of Digestive Surgery, São Paulo, 2025. Disponível em: <https://revistaabcd.org.br/pt-br/o-que-sao-estudos-transversais/>. Acesso em: 29 maio 2025.
 22. CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.
 23. SANTOS, Júlio Cesar de Oliveira; MENDONÇA, Maria Angélica Oliveira. **Fatores predisponentes para lesão renal aguda em pacientes em estado crítico: revisão integrativa**. Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 13, n. 01, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4780.pdf>. Acesso em 17 nov. 2025.
 24. BASTOS, Marcus G. et al. **Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções**. Jornal

- Brasileiro de Nefrologia, v. 26, nº 4, 2004. Disponível em:
https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a04.pdf. Acesso em 17 nov. 2025.
25. MELO, Wanuelly Andreza Silva et al. **Lesão Renal Aguda: Manifestações Clínicas, Estratégias Diagnósticas e Abordagens Terapêuticas**. Brazilian Journal of One Health, V. 02, n. 03, 2025. Disponível em:
<https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/166/156>. Acesso em 17 nov. 2025.
26. JUNKES, Cintia et al. **Controle Diurese**. Procedimento Operacional Padrão (POP), POP NEPEN/DE/HU, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2017. Disponível em:
https://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/ELIMINACAO_IN_T_VES/_CONTROLE_DIURESE.pdf. Acesso em 17 nov. 2025.
27. MAGRO, Márcia Cristina da Silva; VATTIMO, Maria de Fátima F. **Avaliação da Função Renal: Creatinina e outros Biomarcadores**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/XRyHX6vtXhydFmL59h8dnzp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2025.
28. SILVA, Keyla Bispo et al. **Assistência de enfermagem ao paciente com lesão renal aguda: relato de experiência**. Research, Society and Development, v.10, n.11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/19589/17452/239482>. Acesso em 17 nov. 2025.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Sexo:
 - Feminino
 - Masculino
 - Prefiro não informar

2. Idade:
 - Menos de 25 anos
 - 25 a 34 anos
 - 35 a 44 anos
 - 45 anos ou mais

3. Maior nível de formação:
 - Técnico em Enfermagem
 - Graduação em Enfermagem
 - Pós-graduação lato sensu
 - Pós-graduação stricto sensu (Mestrado/Doutorado/Residência)

4. Tempo de atuação em UTI:
 - Menos de 1 ano
 - 1 a 5 anos
 - 6 a 10 anos
 - Mais de 10 anos

5. Já participou de curso/capacitação sobre nefrologia ou nefrointensivismo?
 - Sim
 - Não

Conhecimento sobre Nefrointensivismo

6. O que é nefrointensivismo?
 - É a área da medicina intensiva que trata apenas da insuficiência renal crônica.
 - É o conjunto de cuidados aplicados ao paciente com lesão renal aguda em UTI.
 - É a especialidade que trata somente do transplante renal.
 - É o uso de antibióticos para infecções renais.
 - Não sei responder.

7. A principal complicação renal aguda em pacientes críticos é:
 - Infecção urinária
 - Nefrite autoimune
 - Nefropatia diabética
 - Lesão renal aguda (LRA)
 - Não sei responder.

8. As principais comorbidades que podem agravar o quadro de pacientes nefrocíticos são:

- Valvopatias e Anemia Falciforme.
 - Insuficiência Cardíaca e Obesidade.
 - Obesidade e Imunossuprimidos.
 - Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.
 - Não sei responder.
9. Em relação à exames laboratoriais, assinale o principal biomarcador a ser analisado em pacientes nefrocríticos:
- Creatinina.
 - Leucócitos.
 - Lipídios.
 - Troponina.
 - Não sei responder.
10. Qual dos seguintes sinais pode indicar disfunção renal aguda em paciente crítico?
- Hiperglicemia
 - Oligúria ou anúria
 - Bradicardia
 - Aumento do hematócrito
 - Não sei responder.
11. Em relação à mensuração da função renal em UTI, assinale a correta:
- O sódio sérico é o principal marcador da função renal.
 - A diurese horária não é relevante para avaliação renal.
 - A creatinina sérica pode se manter normal nas primeiras horas de lesão renal.
 - A função renal não se altera em pacientes críticos.
 - Não sei responder.
12. Quando se indica terapia renal substitutiva (TRS) em UTI?
- Em qualquer paciente com creatinina acima de 1,0 mg/Dl
 - Quando o paciente apresenta sinais de disfunção renal grave ou refratária
 - Apenas em pacientes com doença renal crônica
 - Quando há edema pulmonar leve
 - Não sei responder.
13. Quais principais complicações pode apresentar um paciente em TRS como a Hemodiálise?
- Sudorese e SpO₂ acima de 94%.
 - Desconforto respiratório e taquicardia.
 - Cianose de extremidades.
 - Equimose torácica.
 - Não sei responder.
14. Na TRS, assinale uma forma de monitorização hemodinâmica não invasiva no paciente nefrocrítico:
- Punção de Fístula Arteriovenosa (FAV).
 - Avaliação pupilar.
 - Aferir pressão arterial.
 - Curativo compressivo após retirada de FAV.
 - Não sei responder.

Prática Profissional e Condutas

15. Você se sente preparado para identificar precocemente sinais de disfunção renal em pacientes da UTI?
- Sim
 - Não
 - Parcialmente
16. Na sua prática, a monitorização da diurese horária é:
- Realizada rotineiramente e com atenção
 - Realizada, mas sem sistematização
 - Raramente realizada
 - Não é de minha responsabilidade
 - Não sei responder
17. A equipe de enfermagem participa das decisões sobre o início da TRS em seu serviço?
- Sim, de forma ativa
 - Sim, quando solicitada
 - Não participa
 - Não sei informar
18. Você considera importante que a enfermagem seja capacitada especificamente em nefrointensivismo?
- Sim
 - Não
 - Indiferente

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhor (a)

Sou **Maria Eduarda de França Herculano** acadêmica em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, a qual se intitula: **“CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO NEFROINTENSIVISMO”**, e tem como orientadora a Profa. Dra. Karen Krystine Gonçalves de Brito, buscando, a partir de um devido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa, a realização de uma entrevista que visa à coleta de informações disponíveis, a fim de colaborar com a pesquisa. A mesma, por sua vez, apresenta como objetivo geral: Investigar o conhecimento dos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva acerca do nefrointensivismo, e objetivos específicos: Analisar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre o manejo de paciente com risco de desenvolvimento de LRAs, faz possível a identificação de lacunas e possíveis locais de atuação para aprimoramento das estratégias de cuidado, segurança do paciente e eficácia terapêutica.

A realização desta pesquisa justifica-se pelas vivências acadêmicas e de estágio em unidades de terapia intensiva (UTI), onde foi possível observar a recorrente presença de pacientes com alterações renais agudas e a complexidade do cuidado necessário para esses casos. Apesar da relevância do tema, nota-se que o conhecimento acerca do nefrointensivismo ainda é pouco difundido entre os profissionais de enfermagem inseridos na equipe multiprofissional, o que pode comprometer a detecção precoce e o manejo adequado das lesões renais agudas (LRA). Desenvolver esta pesquisa torna-se, portanto, fundamental não apenas pela escassez de estudos práticos sobre o tema, mas também pelos benefícios que seus resultados podem proporcionar. Entre eles, destaca-se a possibilidade de identificar lacunas no conhecimento dos profissionais, promovendo a qualificação das práticas assistenciais, a segurança do paciente, e a eficácia terapêutica no ambiente de terapia intensiva. Além disso, os achados podem subsidiar a implementação de estratégias educativas voltadas para a prevenção de LRAs, e a disseminação de informações atualizadas que favoreçam o fortalecimento do cuidado nefrológico em pacientes críticos, contribuindo para redução de complicações, tempo de internação e custos hospitalares.

Desta forma, solicito sua autorização, para realizar uma entrevista, em que utilizarei um formulário bem estruturado, sendo um questionário sociodemográfico e um questionário clínico beira leito e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta investigação apresenta risco mínimo aos participantes. Os possíveis desconfortos estão relacionados ao desgaste físico e/ou emocional durante a realização da entrevista, especialmente ao relatar experiências desafiadoras relacionadas ao manejo de pacientes com lesão renal aguda (LRA) em ambiente de terapia intensiva. Para minimizar esses efeitos, a entrevista será conduzida em ambiente individual, seguro e privativo, dentro da própria instituição, em horário previamente acordado com o participante, respeitando seus limites e disponibilidade. Tais riscos, no entanto, são amplamente superados pelos benefícios esperados. Entre os benefícios, destaca-se a possibilidade de reflexão e valorização da prática profissional, além da contribuição para o avanço do conhecimento científico sobre o nefrointensivismo. Os dados obtidos podem favorecer o desenvolvimento de estratégias educativas e assistenciais, com impacto positivo

na qualidade do cuidado prestado a pacientes críticos com risco de LRA, bem como na melhoria da segurança e eficácia das intervenções clínicas. Comprometo-me também em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda o pesquisador a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

João Pessoa, _____, _____ de 2025.

Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa

Contato com o pesquisador (a) responsável: karenbritto.enf@gmail.com. Telefone: (83) 99907-5034. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora ou para o Comitê de Ética da Faculdade Nova Esperança - Endereço: Avenida Frei Galvão, 12, Gramame – João Pessoa - PB. CEP: 58067-698. Fone: (83) 2106-4777.

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada **“CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO NEFROINTENSIVISMO”**.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia 28 de dezembro de 2025, como previsto no cronograma de execução. Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em revistas científicas que tenham alto impacto, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados no próprio local de pesquisa (HUNE) onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2025

Assinatura do pesquisador responsável