ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de Enfermagem Nefrológica

CONTRIBUTOS DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DOENTE RENAL EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

ELIA ISABEL APARICIO DOS SANTOS

2015

"Não contempla as correções resultantes da discussão pública"

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de Enfermagem Nefrológica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CONTRIBUTOS DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DOENTE RENAL EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

ELIA ISABEL APARICIO DOS SANTOS

Relatório de estágio Orientado por:

Prof. António Filipe Cristóvão

2015

“É impossível progredir sem mudança

e aqueles que não mudam suas mentes

não podem mudar nada”

George Bernard Shaw

(1856-1950)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Filipe Cristóvão, pela disponibilidade, orientações mostradas, pelos esclarecimentos, críticas e tempo que disponibilizou;

À Enfermeira Sónia Freire, por toda a sua colaboração e disponibilidade demonstrada no campo de estágio e na co orientação deste relatório;

À Enfermeira Clara Vasconcelos e Enfermeira Catarina Santos, Enfermeiras orientadoras de outros dois campos de estágio, pelo apoio, disponibilidade e atenção demonstrados, importantes para a consecução dos objetivos propostos para cada serviço;

Aos meus filhos David, Daniel e Débora, cujas presenças e olhares me enternecem e fortalecem, aos meus pais pilares da minha existência, à minha irmã Guida por me apoiar, ajudar e ser o meu ombro amigo e ao Antonio companheiro de muitas jornadas e visões de muitos horizontes.

Agradeço vos o incentivo, a disponibilidade e apoio incondicionais… por estarem sempre presentes e pela compreensão de todos,

do tempo de ausência que provoquei em muitos momentos.

A todos, muito obrigado

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral.

AVD - Atividades de Vida Diária.

DRC - Doença Renal Crónica.

DP- Dialise Peritoneal.

DPA - Dialise Peritoneal Automatizada.

DPCA - Dialise Peritoneal Contínua Ambulatória.

DPOC - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva.

E - Entrevista.

EDTNA-ERCA - European Dialisys and Transplant Nurses Association Nurses / European Renal Care Association.

Enfº/Enfºs - Enfermeiro/Enfermeiros.

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

FAV - Fístula ArterioVenosa.

GRT - Gestão do Regime Terapêutico.

HD - Hemodiálise.

INE - Instituto Nacional de Estatística.

NKF - National Kidney Foundation.

PRHD - Programa Regular de Hemodiálise.

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

OE - Ordem dos Enfermeiros.

OSC - Orifício de Saída de Cateter.

Kt / V - Depuração da Ureia vezes o Tempo sobre o Volume da água corporal em que a ureia está distribuída.

PET - Teste que estuda o equilíbrio do Peritoneu.

UR - Unidade de Registo.

UE - Unidade de Enumeração.

VHC - Vírus da Hepatite C.

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana.

RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) associada ao aumento da longevidade e envelhecimento da população, constitui um grande desafio para as equipas de saúde. Na prática de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC, é notório o seu efeito nas suas vidas, percecionado através das interações vivenciadas com essas pessoas, aquando do seu tratamento de Hemodiálise. O cumprimento do regime terapêutico: restrições dietéticas; restrições hídricas; toma de medicação e cuidados com o acesso vascular, tornam a sua vida, desafiante bem como para os seus familiares. Este relatório de estágio tem como finalidades, descrever competências de Enfermeiro especialista, desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa com DRC, durante os estágios. Apresentar os resultados do estudo de investigação "Contributos da família na gestão do regime terapêutico (GRT) do doente renal em Programa Regular de Hemodiálise (PRHD)". Recorreu-se à análise temática de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, numa amostra intencional de 6 participantes, permitindo conhecer a perceção da pessoa com DRC em PRHD sobre a ajuda dos familiares.

Surgiram três temas: "A relação da doença com o tratamento de Hemodiálise"; "A ajuda da família na gestão do regime terapêutico" e "Medidas de apoio para gerir o regime terapêutico". No primeiro tema emergiram as categorias: dificuldades psicossociais e fisiológicas; relacionamento social durante o tratamento; perceções em relação ao tratamento e a atribuição de um sentido favorável ao tratamento. No tema "Ajuda da família" encontramos as categorias: papel da família na gestão da dieta; no acesso vascular; na medicação; na restrição hídrica; nas atividades vida diária e na expressividade de emoções. Nas "Medidas de apoio para gerir o regime terapêutico" evidenciaram-se três categorias: fontes de informação; ajuda dos técnicos de saúde e sugestões para educar a família.

Um conhecimento holístico das pessoas com DRC, é assim determinante, no planeamento de estratégias de educação que promovam a GRT que a DRC exige.

Palavras-chave: Família; Gestão do regime terapêutico; Doença Renal Crónica; Hemodiálise e Enfermagem.

ABSTRACT

The Chronic Kidney Disease (CKD) associated with increasing longevity and aging population, is the major challenge for health teams. In the practice of nursing care to people with CKD, it is notorious the effect on their lives, perceived through interactions experienced with these people, on their hemodialysis treatment. The fulfillment of the treatment regimen: dietetic restrictions; water restrictions; medication and taking care of the vascular access, makes life challenging for them and their families. This internship report has as purpose, describing competences of nurse specialist, developed in providing care to people with CKD, during the traineeships. Presenting the results of the research study "Family contributions in the management of therapeutic regimen (MTR) in person with CKD on Regular Hemodialysis Program (RHDP)". We resorted to the thematic content analysis of semi-structured interviews, an intentional sample of 6 participants, allow knowing the person perception with CKD in RHDP on the assistance of family members.

Three themes arose: "The relation of the disease about the treatment of Hemodialysis"; "The family helps in the management of therapeutic regime" and "Support measures to manage the therapeutic regimen." In the first theme the following categories emerged: psychosocial and physiological difficulties; social relationship during treatment; perceptions concerning the treatment and the assignment favorable to treatment. On the theme "Family help" we find the categories: family role in treatment; help management in diet; in vascular access; in medication; in water restriction; in daily activities and expression of emotions. In the "Support measures to manage the therapeutic regime" three categories are evidenced: information sources; the help of health professionals and suggestions to educate the family.

A holistic understanding of people with CKD is determinant in the planning of educational strategies that promote GRT that MTR demands.

Keywords: Nursing, Family, Management of therapeutic regime, Chronic Kidney Disease, and Hemodialysis.

INDICE

INDICE DE QUADROS ……..… 10

0. INTRODUÇÃO 11

1. REFERENCIAL TEÓRICO 15

1.1. A Doença Renal Crónica.....15

1.2. A teoria de Imogene King.....16

1.3. O Modelo de Calgary 22

1.4. A Família.....23

1.5 A Gestão do regime terapêutico (Restrição: hídrica e alimentar, a toma de medicação e os cuidados com o acesso vascular) 27

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 33

2.1. Primeiro campo de estágio - Unidade de Diálise Peritoneal e Pós Transplante 34

2.2. Segundo campo de estágio - Serviço de Internamento de Nefrologia 42

2.3. Terceiro campo de estágio - Serviço de Hemodiálise.....45

3. ESTUDO SOBRE OS CONTRIBUTOS DA FAMILIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DOENTE RENAL EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE 51

3.1. Conceptualização do estudo.....51

3.2. População e amostra 52

3.3. Procedimentos e metodologia do estudo 53

3.4. Colheita de Dados.....54

3.5. Apresentação e análise dos dados 54

3.5.1. Tema: A relação da doença como o tratamento 56

3.5.2. Tema: A ajuda da família na gestão do Regime terapêutico.....60

3.5.3. Tema: Medidas de apoio à gestão do regime terapêutico 63

3.6. Discussão dos dados.....66

4. CONCLUSÃO 70

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

APÊNDICES…….. 80

APÊNDICE I - Procedimentos de Enfermagem no doente em tratamento de HD e Hemodiafiltração

APÊNDICE II - Cuidados ao Orifício de saída de cateter de DP

APÊNDICE III - Estudo de Caso de doente em DP- apresentação em PowerPoint

APÊNDICE IV - Shaving do cateter de DP e apresentação em PowerPoint

APÊNDICE V - Procedimentos para otimizar uma troca manual de DP

APÊNDICE VI - Plano de Formação e slides da Formação sobre o serviço de HD, no serviço de Internamento de Nefrologia

APÊNDICE VII - Autorização de realização de estudo

APÊNDICE VIII - Consentimento informado

APÊNDICE IX - Guião de entrevista

APÊNDICE X - Caracterização da amostra (Quadros 5 e 6)

APÊNDICE XI - Codificação dos dados no tema: A relação da doença com o tratamento

APÊNDICE XII - Codificação dos dados no tema: A ajuda da família na gestão do regime terapêutico

APÊNDICE XIII - codificação dos dados no tema: Medidas de apoio à gestão do regime terapêutico

ANEXOS……...148

ANEXO I - Avaliação do Primeiro campo de estágio

ANEXO II - Avaliação do Segundo campo de estágio

ANEXO III - Avaliação do Terceiro campo de estágio

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da doença renal crónica …… 16
Quadro 2 – A relação da doença com o tratamento…… 56
Quadro 3 – A ajuda da família na gestão do regime terapêutico…….. 60
Quadro 4 – Medidas de apoio à gestão do regime terapêutico……. 64
Quadro 5 – Caracterização da amostra ……... APENDICE X
Quadro 6 – Caracterização da amostra (continuação) …….. APENDICE X

0. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) constitui uma preocupação mundial e associada ao aumento da longevidade e consequente envelhecimento da população, engloba em si um grande desafio para as equipas de saúde. A DRC pode desenvolver-se sem sinais e sem sintomas nas primeiras fases da doença, sendo designada frequentemente de doença com morte silenciosa e de ser uma epidemia." (NKF, 2014)

Em Portugal, cerca de 800 mil pessoas têm DRC registando-se novos casos anuais. Em 2014 existiam 18703 doentes em Tratamento substitutivo renal, estando 11350 em tratamento de Hemodiálise (HD). Quanto há idade média dos doentes em HD em 2014, a mesma aumentou em relação aos anos anteriores, sendo de 67,17 anos (SPN, Encontro Renal 2015, 2014). A diabetes, a obesidade e Hipertensão arterial são factores que contribuem para estes números, constituindo motivos substanciais para a realização de diagnósticos e tratamentos precoces.

Conhecer o núcleo familiar da pessoa com DRC em Programa Regular de Hemodiálise (PRHD), bem como compreender de que forma a família pode ajudar a gerir o regime terapêutico, são fundamentos importantes para o estudo em causa. Esta situação foi detectada, na minha prática de cuidados de enfermagem e, parece-me uma área de estudo pouco explorada, pertinente e que no meu quotidiano é pouco valorizada, surgindo com informações dispersas e pouco consolidadas.

A elaboração deste Relatório, resulta dessas premissas anteriores e de uma reflexão sobre a necessidade da equipa de enfermagem conhecer melhor a pessoa com DRC, dado o número crescente de pessoas em tratamento de HD, bem como um maior número de co-morbilidades associadas. Neste âmbito, o conhecimento por parte do Enfermeiro (Enfº) especialista dos núcleos familiares e da forma como é feita a ajuda dos mesmos à pessoa com DRC em HD, contribui para promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem, ideia corroborada por vários autores (Cristovão, 1998; Almeida, Pacheco, & Mota, 2007; Curtin & Mapes, 2001; Henriques, 2008; Polaschek, 2003).

Nos objectivos delineados pela EDTNA-ERCA para 2014-2015, um dos seus focos aponta para a importância da familia e seus cuidadores,considerando ser fundamental contribuir para a melhoria dos conhecimentos dos profissionais para prestar cuidados de enfermagem de qualidade aos doentes, familias e cuidadores. (Eleftheroundi, 2014)

Na prática de cuidados à pessoa com DRC, é notório o efeito que a mesma tem nas suas vidas, foi percepcionado nas interacções vivenciadas com essas pessoas, aquando do seu tratamento de HD. A necessidade de cumprir o regime terapêutico, ao nível das restrições dietéticas, hídricas, cumprimento do plano de medicação e cuidados relativamente ao seu acesso vascular, tornam o seu dia-a-dia, desafiante para a pessoa, bem como para familiares.

O conhecimento que a família tem da doença do seu familiar, e o tipo de ajuda que prestam, poderão ser um aporte fundamental na gestão do regime terapêutico, permitindo identificar e implementar estratégias para o sucesso do plano terapêutico da equipa de saúde. O Enfº detém assim, uma intervenção preponderante na promoção da gestão ao regime terapêutico e na perceção de padrões de comportamento devido à regularidade do contacto e dos cuidados que estabelece com estas pessoas.

Define-se como questão de investigação saber: Qual a perceção da pessoa com DRC em Programa Regular de HD, sobre a ajuda dos familiares para gerir o regime terapêutico? De acordo com esta questão elaborada traçam-se os seguintes objectivos:

- Conhecer a perceção da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em tratamento de HD relativamente á ajuda por parte do seu núcleo familiar, na gestão do seu regime terapêutico;
- Caracterizar a ajuda que a pessoa com DRC em HD recebe da família para gerir o regime terapêutico;
- Identificar os recursos externos usados pela pessoa com DRC para gerir o regime terapêutico.

O Enfº Especialista, de acordo com as atribuições da Ordem dos Enfºs(OE), é considerado detentor de “um conhecimento aprofundado num domínio específico de

enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2010).

Na execução deste Relatório, pretende-se desenvolver competências específicas em Enfermagem Médico–Cirúrgica, na área da Enfermagem Nefrológica, adoptando as competências emanadas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (Chamney, 2007), bem como pela OE, no regulamento das competências comuns do Enfº especialista (OE, 2010). Nesta conjectura, pretende-se desenvolver as seguintes competências comuns do Enfº especialista inerentes aos seguintes domínios:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal/Competência: Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Domínio da melhoria contínua dos cuidados/Competências: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica. Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Criar e manter ambiente terapêutico seguro;
- Domínio da gestão dos cuidados/Competência: Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Domínio das aprendizagens profissionais/Competência: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. Basear a praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Para atingir as competências estabelecidas, o trabalho desenvolveu-se em três campos de estágio, num Hospital da Região de Setúbal de 3 Setembro de 2014 a 13 de Fevereiro 2015, numa Unidade de Diálise Peritoneal, num Serviço de Internamento de Nefrologia e num serviço de HD.

O referencial teórico de Enfermagem, relativamente à intervenção na pessoa com DRC e sua família é o do Modelo de Imogene King, pelas orientações face aos sistemas (pessoal, interpessoal e social) e pelas interacções da pessoa versus enfermeiro.

É também feita uma abordagem ao Modelo de Calgary como uma mais-valia para a compreensão da estrutura familiar da pessoa com DRC. Relativamente à prática de cuidados, o Modelo de Dreyfus de Patrícia Benner, norteará a aquisição e desenvolvimento de competências. A DRC e o regime terapêutico inerente, também serão outros aspectos indispensáveis na reflexão deste quadro de referência.

O desenvolvimento deste Relatório esta organizado em quatro partes. A primeira refere-se ao referencial teórico e inclui: a DRC e o tratamento de HD, a Teoria de Imogene King, o modelo de Calgary, o conceito e as funções da família, os pilares do regime terapêutico (restrição hídrica, alimentar, o cuidar do acesso de HD e a toma de medicação) e o papel do Enfº especialista nesta tríade (pessoa com DRC, família e Enfº).

Na segunda parte faz-se uma breve análise das actividades desenvolvidas nos três campos de estágio. Na terceira parte apresenta-se o estudo qualitativo sobre os contributos da família na gestão do Regime Terapêutico da pessoa com com DRC em PRHD e discutem-se os seus resultados.

Na quarta e última parte encontram-se as considerações finais que procuram sintetizar o trabalho desenvolvido. O trabalho realizado neste Relatório culmina com a apresentação da bibliografia, anexos e apêndices considerados importantes para suplementar o Relatório elaborado.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. A Doença Renal Crónica

Segundo a Organização Mundial de Saúde as doenças crónicas como a diabetes, a hipertensão arterial e o cancro, têm aumentado significativamente a nível mundial, reflexo da alteração dos estilos de vida, do stress, da sedentarização, dos hábitos alimentares entre outros, sendo responsáveis por 60% das mortes anuais em todo o mundo (WHO- World Health Organization, 2008).

A hipertensão arterial e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes fatores de risco para outras doenças, como a doença renal cronica. Portugal continua a ter uma das mais elevadas incidências de DRC e nos meios de tratamento mais utilizados, destaca-se a Hemodiálise (HD), de acordo com o relatório do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal, 2014. O mesmo relatório revela outros dados importantes tais como: a idade média dos doentes que iniciaram HD em 2014, aumentou para 67,17 anos, verificando-se em 18% dos novos doentes, idades superiores a 80 anos. Em termos de mortalidade revela que cerca de 5,6% dos doentes que iniciaram HD faleceram nos primeiros 90 dias de tratamento (SPN, Encontro Renal 2015, 2014).

A DRC é um síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, pode progredir lentamente, durante meses ou anos, em resultado da perda gradual dos nefrónios.

A Kidney Disease Organization (KDO) defende que quando efetuada uma boa avaliação e tratamento precoce da DRC, muitos efeitos secundários poderão ser evitados. A realização de análises de rotina pode constituir um meio de determinação do estádio da doença. Assim, perante uma lesão renal, baseada em alterações de valores analíticos no sangue e na urina, ou outros meios auxiliares de diagnóstico, onde se verifiquem taxas de filtração glomerular (TFG) <60ml/min/1,73m^2 e num período superior a 3 meses, pode indicar um estadio 2 de DRC, necessitando ser avaliada a situação. A mesma classificação da DRC engloba

5 estádios sendo a TFG o indicador da função renal da sua capacidade de filtrar e eliminar substâncias tóxicas. (NKF, 2014)

Quadro 1 - Classificação da DRC

Estádio	Classificação	TFG (ml/min/1,73m^2)	Tratamento
1	Normal	>60	Diagnóstico e tratamento, Tratamento de doenças associadas, Atraso na progressão e redução do risco cardio vascular
2	Leve	60-89	Avaliar toda a situação
3	Moderada	30-59	Avaliar e tratar as complicações
4	Severa	15-29	Equacionar TSFR
5	Terminal	<15	TSFR

http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p4_class_g1.htm

Existem múltiplos fatores de risco, culturais, demográficos, hábitos de vida e genéticos, sendo fundamental a interiorização de hábitos de vida saudáveis, vigilância da tensão arterial e dos valores de glicémia. A mesma organização considera como fatores clínicos que predispõem para a DRC: a Diabetes Mellitus, Hipertensão, Glomerulonefrites, Pielonefrite crónica, Doenças autoimunes, Neoplasias e exposição a certas drogas. Como fatores demográficos, incluem a Idade avançada, Ascendência Africana e História familiar.

Os cuidados de saúde têm vindo a ter uma maior complexidade, o que conduz os profissionais a alterações consideráveis dentro das estruturas das suas organizações, que se traduzem por novas abordagens tecnológicas, novos padrões de gestão e filosofias de prestação de cuidados diferentes. O desempenho profissional de qualidade, tende a pautar-se pela criatividade, empenho, flexibilidade, ideias imaginativas alicerçadas numa estabilidade profissional, apoio e orientação.

1.2. A teoria de Imogene King

A referência na prática de cuidados de uma Teoria de Enfermagem, permite aos Enf^{os} no desempenho das suas funções, refletir sobre a sua praxis promovendo um

aumento da qualidade dos cuidados prestados. Uma teoria cria assim, novas abordagens e pode remodelar a estrutura, normas e princípios vigentes da prática de cuidados (Ferreira Moura & Pagliuca, 2004). A visão de King atua sobre três sistemas o pessoal, o interpessoal e social, na sua génese ela é defensora e favorável a uma interação entre o Enfº e a pessoa através da Teoria do alcance de Metas. Esta teórica tem no pressuposto filosófico da sua conceção, o facto de que o objeto de estudo da enfermagem deve incidir sobre as interações. Sendo as interações entre os seres humanos e o meio ambiente, que os conduz a um determinado estado de saúde, permitindo o desempenho de diferentes papéis sociais. Os seres humanos são seres sociais, conscientes, racionais, precetivos, que reagem e que têm objetivos orientados para a ação e tempo (Sieloff, 2004).

Os principais conceitos associados a este modelo são: o ser humano, a enfermagem, a saúde e o meio ambiente. O principal objetivo é contribuir para uma outra forma de interação entre Enfºs e clientes que vise o alcance de metas pré-estabelecidas. É realçada a ideia de que os seres humanos interagem entre si, adquirem autonomia e são capazes de estabelecer objetivos, metas de vida e estratégias. Segundo king (George, 2000) as enfermeiras têm competências para compreender como os seres humanos interagem com o ambiente para manter a saúde, sendo a grande meta da enfermagem, ajudar os indivíduos a manter o seu estado de saúde. A existência de uma difícil e vasta interação de comportamentos humanos em múltiplas situações de Enfermagem, conduziram King à elaboração de uma conceção com alicerces nas áreas pessoal, interpessoal e social, identificando o ser humano como o elemento chave nessas interações. Segundo esta teórica (George, 2000) os seres humanos têm três necessidades fundamentais de saúde: a necessidade de informação de saúde, que seja no momento necessária e que possa ser utilizada; a necessidade de atendimento que valorize a prevenção das doenças; e a necessidade de atendimento, quando as pessoas forem inaptas de se ajudarem a si próprias. Refere que os sistemas interpessoais surgem quando dois ou mais indivíduos interagem formando díades (duas pessoas) ou tríades (três pessoas). A díade, enfermeira-doente é um tipo de sistema interpessoal. As famílias enquanto grupos pequenos também podem ser sistemas interpessoais. Para a compreensão do sistema interpessoal é necessário dominar conceitos como o da comunicação, interação, função, stress e transação. No sistema social encontra-se o sistema de

interação alargado, como a sociedade. Na relação enfermeira e cliente, estabelecem-se objetivos transversais a ambos, a mesma assenta essencialmente na apreciação que a enfermeira faz das preocupações, problemas e perturbações de saúde dessa pessoa e na partilha de informação para ajudar o cliente a atingir os objetivos identificados (Sieloff, 2004).

Conceitos a ter presentes são:

- **A Pessoa -** os indivíduos são seres espirituais, possuem capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas e selecionar vias de ação alternativas. São únicos e holísticos de valor intrínseco e capazes de pensamento racional, tomada de decisão na maior parte das situações. As pessoas diferem pelas suas necessidades, desejos e objetivos.
- **A saúde -** é definida como uma experiência dinâmica da vida de um ser humano, o que implica uma adaptação a fatores de stress no ambiente interno e externo, através do uso ótimo dos recursos de uma pessoa para atingir o seu bem-estar.
- **O ambiente -** King considerava que a compreensão da forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente para preservar a sua saúde é essencial para as enfermeiras. A adaptação à vida e à saúde são influenciados pelas interações do indivíduo com o ambiente.
- **A enfermagem -** é definida como um processo de ação, reação e interação através do qual a enfermeira e cliente partilham informação sobre as suas perceções na situação de enfermagem (Sieloff, 2004).

King considera que deve se ter em conta três sistemas interativos. **O Sistema pessoal** diz respeito ao sistema compreendido por um individuo num determinado ambiente, tem em si outros conceitos como o da perceção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço. Perceção é a representação real de cada ser humano; é universal pois todas as pessoas possuem perceção. A perceção centra-se no presente e apoia-se na informação disponível. Os dados obtidos de acordo com os sentidos e a memória são organizados, interpretados e transformados; é um conceito muito marcante para as enfermeiras uma vez que permite o aprofundamento de uma base para reunir e interpretar informações. Self ou ego**,** um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência

de uma pessoa acerca da sua existência individual, a sua conceção de quem é, ou o que é, inclui um sistema de ideias, posturas, valores e compromissos, o mundo interior de uma pessoa, enquanto distinto do mundo exterior de todas as outras pessoas o, Eu. A enfermeira e o doente têm um self, que se traduz por ser uma pessoa com crescimento e desenvolvimento a nível da estrutura corporal e cognitiva. Crescimento e desenvolvimento são conceitos onde se englobam as mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos indivíduos, permite às enfermeiras perceberem as pessoas com alterações na imagem corporal**.** Imagem corporal é forma pela qual as pessoas entendem, não só o seu corpo, mas também as reações dos outros à sua aparência, dado importante para as enfermeiras na relação de ajuda junto dos que tem alterações na sua imagem. O espaço é entendido como uma área física delimitada (um território), no qual o individuo interage. Neste ponto, a enfermeira ao ter uma clarificação deste conceito poderá aprimorar o parecer de si mesma enquanto pessoa, avaliando a perceção de espaço apresentado pela pessoa. O Tempo é a sequência de eventos movimentando-se em direção ao futuro.

O **Sistema Interpessoal** é constituído pelo conjunto de indivíduos em díade (Enfº-pessoa) tríade (Enfº – pessoa - família) pequenos e grandes grupos (comunidade). São abrangidas as seguintes noções**:** Papel - implica que os indivíduos comuniquem entre si e que aconteça interação com o objetivo de atingir metas. O papel pode ser adquirido e interiorizado na família ou com outros grupos sociais. Conhecer o papel, é fundamental para as enfermeiras para simplificar o seu desempenho na prática diária de cuidados de saúde. O choque de papéis num sistema interpessoal, poderá contribuir para aumentar o nível de stress no ambiente, interferindo positiva ou negativamente nas interações entre as pessoas. Interação são os comportamentos visíveis em díades, tríades ou em grupos, com presença simultânea. No processo interativo, duas pessoas identificam metas e meios para atingir simultaneamente, sendo aqui essencial a comunicação verbal. Quando uma pessoa interage com outra ocorre uma ação, o que conduz a uma reação. O desenvolvimento dessa reação vai evidenciar se a interação prossegue ou não. Se prosseguir, será efetiva a transação. Na prática de cuidados de enfermagem é fundamental ocorrer interação recíproca como coadjuvante para um sistema interpessoal positivo. Os papéis individuais terão influência na interação. Para esta teórica cada um dos indivíduos envolvido numa interação transfere diversas

conceções, atitudes e perceções e nessa permuta cada um faz um julgamento, agindo mentalmente ou decidindo fazer. Em seguida cada um reage ao outro e à situação (perceção, julgamento, ação, reação) para o alcance de metas ou também designado de transação (King, 1981). Comunicação é definida como o processo pelo qual uma informação é transferida de uma pessoa a outra, diretamente ou não. A principal função na sociedade, ao utilizarmos a linguagem é promover a interajuda e a interação entre as pessoas. A linguagem verbal mostra a apetência para o reconhecimento, participação e autorrealização nas interações entre as pessoas, e a não-verbal, quando existem gestos, expressões faciais, ações e predisposição para ouvir e sentir. Cuidar em enfermagem implica conhecimento e habilidades de comunicação com uma diversidade de pessoas, procurando alcançar metas, que acontecem na presença de transação. Transação são comportamentos humanos conduzidos a metas. Surgem em situações nas quais os seres humanos participam de uma forma ativa em situações, o que conduz a determinadas ações com vista a determinados objetivos. As interações levam as pessoas a transações que diminuem o nível de stress de qualquer situação. A transação é condição existencial aquando da formação de díades (Enfº - pessoa) no sistema interpessoal. Stress, na perspetiva desta autora, consiste num estado dinâmico no qual as pessoas interagem com o meio, procurando um equilíbrio que promova o crescimento, desenvolvimento e desempenho concreto de papéis. Implica trocas de energia e informação entre as pessoas e o meio, conduzindo a uma regulação dos fatores de stress. A enfermeira tem em si uma posição fulcral ao observar de uma forma constante padrões de resposta a fatores de stress, e ao reconhecer quais as causas, possibilita uma intervenção (Sieloff, 2004; King, 1981).

O **Sistema social**, é um sistema organizado de papéis sociais, comportamentos e procedimentos com vista a preservar valores e mecanismos de regulação dessas interações. Os conceitos significativos neste sistema defendidos por King são: Organização, diz respeito ao modo como as pessoas nas suas unidades pessoais se desenvolvem e crescem ao longo da vida com vista a atingir metas. A compreensão por parte da enfermeira da estrutura organizacional, ajuda-a na identificação e no confronto entre os conflitos entre a organização, seus papéis e desempenho profissional. O conhecimento de autoridade e poder são dois conceitos intrínsecos à organização. Autoridade é a capacidade para tomar decisões que orientam as

atuações do self e dos outros. É um método ativo e recíproco de transação em que conhecimento, experiência, perceções e valores das pessoas afetam o significado, a aprovação e aceitação dos que se encontram nas áreas de uma organização e como tal ligados ao poder, sendo determinante para a realização de metas nas organizações, formalmente constituídas. Ao ser reconhecida por quem se submete à sua influência, implica a aceitação e obediência (George, 2000; King, 1981). Nas instituições de saúde, onde as enfermeiras desempenham as suas funções é fundamental compreender a autoridade nessas organizações, bem como a autoridade da própria enfermeira enquanto parceiro social. A correta aplicação da autoridade numa organização tem efeitos promotores na mesma conferindo satisfação, eficiência, positivismo conduzindo ao alcance de metas. Poder é uma particularidade do conceito anterior, consistindo na forma como uma ou várias pessoas exercem influência sobre outras. Faz parte das relações sociais e quem o exerce pode fiscalizar grupos e organizações. Status pode ser definido como a forma como determinada pessoa é observada, por outras pessoas, tem em si o prestígio do papel que se exerce. Tomada de decisão é uma noção determinante numa organização, qualquer ação tem em si uma decisão e concomitantemente um julgamento. Uma ação resulta de um processo de tomada de decisão, e a mesma é intrínseca a um evento/problema, tem metas e implica um processo contínuo. Na díade enfermeira-pessoa, salvaguardando as questões éticas, existe de uma forma constante processos de tomada de decisão sobre metas e objetivos a alcançar, os quais exigem conhecimentos, perícia e habilidades por parte da enfermeira, dos intervenientes. O bem-estar da pessoa e a recuperação da pessoa, de forma proactiva, sem aportes de níveis de stress, tem por detrás uma sistemática operacionalização dos objetivos propostos, por parte da díade enfermeira-pessoa.

A participação da pessoa na tomada de decisões, influencia bastante a consecução do próprio tratamento. O enfoque ao nível, da participação da família (tríade), no apoio da sistematização do tratamento à pessoa, possibilita maior confiança e disposição para desempenhar o seu papel (Sieloff, 2004). Mobilizando os princípios desta teoria, compreende-se que as enfermeiras conseguem saber com pormenor o que acontece aos doentes e aos membros da família e serão capazes de promover estratégias para lidar com as situações.

1.3. O Modelo de Calgary

O Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF), trata-se de uma estrutura multidimensional e tem sido reconhecido mundialmente e adotado internacionalmente em muitas instituições de ensino de enfermagem. Norteia-se por um fundamento teórico, que envolve não somente o conceito de sistemas, mas também o dinamismo, a comunicação e mutações, sendo constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O Modelo Calgary de Avaliação da Família, foi desenvolvido por duas enfermeiras canadianas na Universidade de Calgary, preconizado por Wright e Leahey e é utilizado para desenvolver ações em saúde (Wright & Leahey, 2013).

Avalia várias dimensões, dentro de cada uma das três categorias principais: a estrutura familiar que avalia os aspetos internos, externos e contexto familiar; o desenvolvimento familiar que avalia os estágios, tarefas e vínculos; e o funcionamento familiar que avalia as dimensões, instrumental e expressiva (Wright & Leahey, 2013). O genograma e o ecomapa, são instrumentos de avaliação familiar que podem ser utilizados na prática clínica, uma vez que incrementam a perceção da enfermeira sobre as famílias, bem como a compreensão das interações da enfermeira com sistemas mais amplos e sua família. Ambos os instrumentos, podem ser perspetivados como recursos promotores da intervenção e potenciando a consolidação e autonomia da família. Ao avaliar uma família, é necessário que a enfermeira estude a sua estrutura, os seus elementos, qual a ligação afetiva entre eles, bem como com outros membros da família e qual o seu contexto quotidiano. A construção do genograma efetua-se com base nas informações que vão sendo colhidas. É de suma importância envolver cada membro da família neste processo de representação do seu próprio genograma, podendo conduzir a várias intervenções como: promoção de saúde familiar; educação para a saúde; informar os elementos dos seus papéis e importância na família.

O ecomapa, é um diagrama que representa as relações entre a família e o meio que o rodeia que permite avaliar as ajudas e apoios disponíveis e a sua utilização pela família, fornecendo de uma forma dinâmica dados sobre recursos sociais, culturais e económicos.

1.4. A Família

A família é a unidade básica da interação social (Osório, 1996) e merece muita atenção por parte dos profissionais de saúde. São de facto necessários conhecimentos avançados sobre enfermagem de família para cuidar desta como um cliente. É fundamental ter um mapa mental da família e do indivíduo dentro da sua família, de modo a que exista um maior conhecimento da pessoa e do seu núcleo familiar. Tradicionalmente a definição de família esta baseada em elos de ligação quer sejam eles por laços de sangue, por casamento ou adoção. É "...a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe as condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu ao longo dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais" (Osório, 1996, p. 16). Algumas das funções da família visam possibilitar o crescimento e promover os processos de individualização e diferenciação dos elementos no seu seio.

A família tem em si um propósito evolutivo e possui o seu ciclo vital. Refere este autor, relativamente à descrição deste ciclo, que apresenta três fases no que à estrutura respeita nomeadamente: 1) expansão, formação do casal, geração e criação de filhos, 2) de dispersão ou cisão-com a saída dos filhos de casa e 3) substituição (pela formação de novos núcleos familiares. Osório citando Murdock, refere que "a família nuclear apresenta quatro funções elementares: a sexual, a reprodutiva, a económica e a educativa (.) pré-requisitos para a sobrevivência de qualquer sociedade" (Osório, 1996, p. 26).

Segundo o Departamento de Enfermagem da família, Oregon Health Sciences University citado por (Weber & Kelley, 2010, p. 792) considera que família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coabitam tendo em sintonia expetativas e afetos recíprocos, responsabilidades mútuas e com determinada duração no tempo. A autora Weber considera fundamentais as interações dinâmicas com a família da pessoa doente, com a situação de doença por parte da enfermagem, tornando mais clara e efetiva a sua atuação. Reforça as premissas de que qualquer pessoa doente numa família é um elemento essencial no contexto em que ocorre a doença, por outras palavras defende que nos membros de uma família,

a pessoa doente e a própria doença, interagem de uma forma tão intrínseca, que é impossível separá-los enquanto elementos isolados.

A mesma autora enuncia que existem estatísticas que mostram que as famílias estão muito envolvidas em promover e cuidar do seu familiar doente. Ser familiar cuidador de um elemento do agregado familiar, exige muito tempo, trabalho, esforço e dedicação. Os efeitos a nível intelectual e emocional, são bastantes e, muito facilmente qualquer pessoa se pode ver na necessidade de assumir o papel de cuidador. Esse momento chega sem aviso prévio e outras vezes torna-se num cuidar lento e contínuo, sobretudo perante portadores de doenças crónicas. O que exige, que o cuidador tenha em linha de conta que ele próprio e familiar de quem cuida, necessitam de uma série de recursos e ajudas para cuidar (Caregiver Action Network, 2015).

Weber refere que num estudo, (Caregiving, 2004) levado a cabo pela National Family Caregivers Association of Kensington, sinalizaram cerca de 44,4 milhões de americanos com idades superiores a 18 anos, que providenciavam cuidados não remunerados a muitos adultos com necessidades de ajuda. O estudo mostra que um em cada cinco cuidadores sentiam necessidade de conversar com profissionais de saúde, em processos de tomada de decisão (Weber & Kelley, 2010).

No estudo da família, devem analisar-se componentes essenciais nomeadamente quanto à sua estrutura, função e ao seu desenvolvimento (Weber & Kelley, 2010; Osório, 1996). Uma área focada por Weber ao basear-se numa conjugação do modelo de família de Calgary de Wrigh e Leahey 2005 e no Modelo de avaliação familiar Friedman 1998, aponta para cinco funções básicas: Afetiva/socialização; papel social; reprodução; económica; e de cuidados de saúde. Considera que a família está organizada em 4 áreas: **Instrumental** - capacidade da família para desempenhar as atividades diárias normais bem como na presença de um familiar doente; **Afetiva e de socialização** - refere-se à resposta da família às necessidades dos seus membros de apoio, cuidado, proximidade, intimidade e equilíbrio face a necessidades de separação ou de maior conexão entre os elementos. A socialização refere-se à capacidade da mesma trazer para o núcleo familiar interações sociais saudáveis. **Expressividade** - refere-se à comunicação existente entre os vários elementos. Uma família com um bom funcionamento entre

os seus elementos é expectável que sejam capazes de expressar as suas emoções, que sejam claros na expressão dos seus sentimentos e necessidades, que exista encorajamento com feedback, respeito, escuta e olhar atento bidirecional. É de evitar comentários inapropriados, distorções, deturpar mensagens verbais, comunicação negativa entre os elementos, utilizando o estímulo em detrimento da punição. **Cuidados de saúde** - função importante para a enfermagem, diz respeito aos conhecimentos/conceções que a família possui face a um problema de saúde, quanto á etiologia, tratamento, prognóstico e o papel dos profissionais no mesmo. Refere-se à forma como os seus membros entendem a promoção de saúde e concordam com o papel do profissional.

Entre os vários papéis da família, o autor Osório disserta na sua obra a questão do papel Conjugal e considera que atualmente no agregado familiar cada vez se confundem mais os papéis do homem e da mulher na vida em comum. O desempenho por parte da mulher do cuidar do lar e o do homem de trabalho para sustento da família, parece ser um modelo antiquado que remonta aos tempos primórdios da civilização.

Uma outra premissa a ter em conta segundo Wrigh e Leahey (2005) citados por Janet Weber (2010), expressa a ideia de que a família é uma parte de um grande sistema, composto por outros sistemas e que uma alteração num elemento da família afeta todos membros da família. No entanto, a família é capaz de criar um equilíbrio entre as mudanças e a estabilidade. Os comportamentos do agregado familiar são mais facilmente entendíveis do ponto de vista de uma visão circular do que uma casualidade linear (Weber & Kelley, 2010). Uma outra conceção a analisar nas famílias, segundo esta autora, diz respeito à diferenciação do conceito de si de cada elemento, na estrutura familiar.

Este conceito baseia-se simultaneamente na área emocional e intelectual. Assim o nível emocional reporta-se ao relato de sentimentos, enquanto que o nível intelectual tem a ver com a cognição e a forma como estes dois níveis se conectam entre si afetam o funcionamento social de cada pessoa. Quanto maior for o equilíbrio entre o sentir, o pensamento e maior diferenciação do self, melhor será a capacidade da pessoa de controlar a ansiedade. Famílias com adultos diferenciados/experientes são mais flexíveis nas suas interações, procuram apoiar

os seus membros, entendem cada elemento como único e encorajam-se uns aos outros como forma de desenvolvimento.

As funções familiares são assim baseadas nos conhecimentos que possuem, competências e interesse. As pessoas e consequentemente as famílias têm que ser ativas na gestão da sua própria saúde. É muito claro que as famílias desempenham um papel de grande relevo para que a população seja mais robusta, resiliente e capaz de compreender a doença e as contrariedades na saúde (Gulbenkian, 2014).

São muitos os estudos referindo a importância da família, junto da pessoa com doença crónica e em particular com DRC, Shell e Cohen (2014), consideram que uma pessoa com DRC a qualquer momento poderá ficar com agravamento do seu estado de saúde e impossibilitada de tomar as suas próprias decisões, recomendando assim que a família deve ser incluída, informada precocemente do plano de cuidados a ser levado a cabo para o tratamento da pessoa (Shell & A.Cohen, 2014, p. 2018). Neste estudo também é enfatizado a importância das emoções, expressas verbal ou não verbalmente pela pessoa com DRC, na discussão e planeamento do seu plano de cuidados. Sugerem a aplicação de uma ferramenta interessante que é denominada de NURSE: *"naming the emotion, understanding the emotion, respecting the patient, supporting the patient and exploring the emotion"* considerando que estas premissas transferem para a pessoa a sensação de que é ouvida e que existe interesse na informação partilhada.

A família agrega fortemente as pessoas, e quando um elemento se encontra doente, este fica muitas vezes dependente do seu agregado familiar, no que respeita ao cuidado de si. Num estudo realizado por Cristóvão (1998), os doentes revelaram um moderado grau de satisfação com a vida, sobretudo no domínio psicológico e à custa do apoio da família e do pessoal de saúde. Nesse mesmo estudo é feito um incentivo para a importância do Enfº na educação para a saúde e para a partilha de soluções encontradas quer junto da família, quer junto de outros doentes.

Um outro estudo evidenciou que a família tem uma influência positiva e que isso influencia a vivência em HD, a qual assume um particular significado ao assentar na compartilha, revelando a proximidade de relações no seio familiar e o forte elo de ligação entre as mulheres em HD e os membros das suas famílias (Henriques,

2008). Daí a relevância da equipa de saúde estar atenta e desenvolver actividades direcionadas às pessoas e famílias, acompanhando-as e individualizando os cuidados a prestar, colocando o foco na promoção da saúde e prevenção de doença. Daí a importância de ter instrumentos de avaliação familiar, sendo um modelo relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem o de Calgary, como expressado anteriormente.

1.5 A Gestão do regime terapêutico (Restrição: hídrica e alimentar, a toma de medicação e os cuidados com o acesso vascular)

A equipa de saúde na maioria das vezes, não contacta com os familiares, mas é inequívoco o grande papel que a família tem no acompanhamento durante muitos anos dos seus familiares com DRC (Curtin & Mapes, 2001). Esta perda de contato entre enfermeiros cuidadores e familiares da pessoa com DRC, possibilita interrogarmo-nos sobre como exerce a família este papel.

São muitos os autores a referir o apoio social e familiar com coadjuvantes para o êxito do Regime terapêutico, (Polaschek, 2003; Kutner, Zhang, M. McClellan, & Cole, 2002). A família devia ser colocada como elo de uma cadeia, do processo de cuidados, considera-la como um aliado será uma mais-valia, para o êxito do plano terapêutico. Num estudo referido por Polascheck (2003), ao citar Cohen (1995), refere que a participação da família no auxílio à pessoa com DRC, na gestão da sua doença, como no seu tratamento, leva ao distanciamento na relação. Esta situação agrava-se com a deterioração do estado de saúde e perda gradual da autonomia da pessoa. Segundo este autor, a família sente, uma sensação de alívio das responsabilidades e exigências impostas pelo suporte que tem de dar ao seu familiar quando este recorre e fica ao cuidado da equipa de saúde.

Reiss (1990) citado por Polascheck, refere que existe uma fase em que a pessoa compreende o peso que causa e procura o alívio da sua família, através dos cuidados de saúde prestados pelo sistema. A pessoa ao ser implicada no seu tratamento, deve assumir esse compromisso, devendo procurar ajuda competente para melhorar a sua saúde assim, como ao seu agregado familiar. Na prática diária

dos cuidados a estas pessoas, verifica-se que o tratamento é complexo, longo e acompanha-as até ao fim de suas vidas. Cohen (1995) citado por Polascheck, estudou a experiência de vida de doentes em programa regular de HD, tendo observado a presença de diversas fases. A primeira designada de inicial ou fase de crise, que tem a duração de 1 ano aproximadamente. A fase dois, a fase crónica que pode ir até 15 anos e a fase três, fase terminal quando há deterioração da saúde. Na fase um a pessoa encontra-se num momento de adaptação, vivem a vida calmamente mesmo estando já em tratamento. Podendo ser interrompida por curtos períodos devido a complicações e pelos próprios tratamentos de HD. Na segunda e terceira fase, surge a acumulação de complicações que provoca a deterioração da saúde e a pessoa sente os factores de stress a comprometerem a relação familiar, stress provocado pela obrigatoriedade dos tratamentos (Polaschek, 2003).

Lazarus and Folkman referem-se aos ”esforços cognitivos e comportamentais realizados pela pessoa para lidar com as exigências específicas internas e externas que são avaliadas ultrapassando os seus recursos pessoais” (Lazarus & FolKman, 1984). As três fases de adaptação psicológica ao tratamento de HD são: a fase de lua-de-mel (3 a 6 meses) que consiste na reversão do quadro urémico, grande esperança no tratamento e grande adesão; a fase da desilusão (6 meses após) em que há plena consciência da dependência do equipamento, da equipa de saúde e vivência de complicações no tratamento.

A penosidade do regime terapêutico, alteração de papéis sociais, incerteza em relação ao futuro e uma tendência para a depressão. Na fase três a da adaptação, em que existe uma retoma do equilíbrio psicológico, aceitação da doença é considerada uma fase reversível, onde existe uma certa acomodação. Estas duas últimas fases podem oscilar e regredir entre si (Nolasco, 1982).

Num outro trabalho de pesquisa sobre as estratégias utilizadas pelos doentes melhor adaptados à HD no relacionamento com os Enf^{os}, os autores Curtin e Mapes, identificaram seis estratégias de autogestão: noções de gestão, gestão e comunicação de sintomas; vigilância e fiscalização dos cuidados, proposta de tratamentos pela pessoa, auto advocacia ativa /confrontação do sistema, adoção independente do tratamento/terapias alternativas (Polaschek, 2003) (Curtin & Mapes, 2001). O tratamento da DRC tem como principal foco corrigir os

desequilíbrios hidro-eletrolíticos e corrigir problemas que possam surgir em outros órgãos, dando à pessoa conhecimentos para que melhorem a sua qualidade de vida. A HTA e a insuficiência cardíaca congestiva são tratadas com terapêutica que aumente o débito cardíaco e diminua a hipertensão. O controle dos eletrólitos é muito importante, nomeadamente em relação ao potássio, cálcio e sódio, o que se consegue muitas vezes com restrição alimentar. É necessário a toma de quelantes de fosforo, suplementos de cálcio e estimulantes da sua absorção para normalizar os valores.

A incapacidade do rim em continuar a produzir eritropoietina, conduz também a administrações de ácido fólico, ferro, vitaminas bem como de eritropoietina, sendo em último recurso utilizadas transfusões sangue. A vigilância de sobrecarga hídrica é fundamental, seja pela a ingestão de líquidos pela pessoa, quer pela administração de solutos endovenosos, pelos riscos inerentes de edema agudo do pulmão (A.Thelan, Davie, & D.Urden, 1993). Assim sendo, a educação da pessoa relativamente aos medicamentos prescritos para tratamento de complicações, dinâmica do tratamento de HD, nomeadamente nos cuidados com o acesso vascular, pode ser muito gratificante para a enfermeira pelo desafio que encerra em si.

É fundamental atender às necessidades emocionais da pessoa e sua família, no processo de adaptação à doença crónica. Num outro trabalho sobre, Stress identification and coping Patterns in Patient on Hemodialysis (1982) verificou-se que os resultados indicaram fatores de stress vivenciados pela pessoa em HD, nessa avaliação consideraram-se que os fatores de stress psicossociais podem ter um impacto igual ao do stress fisiológico. Estes dados sugerem ser fundamental dar atenção às necessidades emocionais da pessoa e sua família, no processo de adaptação à doença crónica. A restrição hídrica foi classificada como o maior fator de stress psicossocial, enquanto que nos fatores de stress fisiológicos, foram as cãibras musculares e fadiga (POWERS, BALDREE, & MURPHY, 1982). O stress afeta o bem-estar, a saúde física e mental, encontrando – se na pessoa com DRC em PRHD fatores potenciais de stress a nível físico (fadiga, caibras, náuseas, vómitos, prurido) e psicossocial (restrição hídrica dietética, incerteza em relação ao futuro, duração das sessões de HD) utilizando como mecanismos adaptativos a

resolução de problemas e o controle de emoções (Cristóvão, 2013; Harwood, Wilson, Sontrop, Spittal, & Locking-Cusolito, 2009; Denhaerynck, et al., 2007) . No estádio da DRC 5, as pessoas têm que cumprir um programa regular de HD, têm de aprender a gerir o seu regime terapêutico, nomeadamente: os cuidados com o seu acesso vascular, as restrições hídricas, dietéticas e a toma de medicação. Se atendermos ao facto de que a pessoa com DRC, contacta regularmente com a equipa de saúde durante as sessões de HD de cerca de 4 horas, três vezes por semana, nas restantes horas da sua vida recebe apoio psicológico e social da sua família. Compreende-se que essa ajuda seja fundamental, especialmente nas pessoas com maior vulnerabilidade no cumprimento do regime terapêutico.

A HD é um processo complexo com elevado nível de tecnologia quer de materiais como de equipamento, exigindo por parte das equipas de saúde competências técnicas e científicas. O tratamento em si depende da presença de um acesso vascular com bom fluxo sanguíneo. O sangue ao ser separado da pessoa para um monitor de diálise, ocorre a filtração do sangue extracorporal através de um dialisador. É através dos processos de convecção, difusão e ultrafiltração que se dá a remoção de líquidos e depuração do sangue com a depleção da ureia, fósforo, ácido úrico e de outras moléculas (A.Thelan, Davie, & D.Urden, 1993).

A pessoa para além de ser informada sobre o seu processo de doença, deve ser capacitada para gerir o seu regime terapêutico. Em particular, deve conhecer quais os cuidados a ter com o seu acesso vascular, uma vez que é dele que depende a realização de HD. A realização do exame físico do acesso permite despistar complicações (estenoses e síndromes de roubo) atempadamente e a educação da pessoa para os cuidados a ter é uma mais-valia. Este aspeto surge reforçado na bibliografia como consensual, quanto ao envolvimento também do familiar de referência, igualmente no processo de educação (Sousa, et al., 2014).

Um outro estudo enfatizou a importância do papel do Enfº na manutenção do bom funcionamento do acesso vascular. Revela que para além da realização de cuidados específicos ao mesmo, pode efetuar ações educativas junto da pessoa de modo a promover a aquisição de conhecimentos para a orientação sobre o autocuidado do acesso vascular (Spinola & Gonçalves, 2012).

As referências às intervenções que podem promover o autocuidado da pessoa com um acesso vascular, nomeadamente à fístula arteriovenosa são consensuais pois promovem maior durabilidade da mesma, diminuem o risco de infecção e de trombose e, consequentemente, de hospitalização. A EDTNA-ERCA considera que o enfermeiro especialista em nefrologia deve atender a pessoa e sua família no processo de adaptação à DRC, estimulando-os para as habilidades no autocuidado e aquisição de bons níveis de independência (Sousa, Apostolo, Figueiredo, Martins, & Dias, 2013). O conceito de autocuidado segundo a CIPE é tido como ”a atividade executada pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter, operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e intimas e as actividades de vida diária” (ICN, 2011).

Relativamente às atividades de vida diária, ao consultar a escala de Lawton (1969) construída para avaliar as atividades instrumentais de vida diária, e a autonomia do idoso na realização das mesmas. Considerei que as designações desta escala podiam vir a ser úteis, na fase de análise das entrevistas. A escala inclui a capacidade de utilizar o telefone, realizar compras, preparar as refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, utilizar de meios de transporte, gerir a medicação e ser responsável pelos assuntos financeiros (SPMI, 2012).

Quando falha o cumprimento do regime terapêutico, o risco de complicações e de hospitalização bem como de mortalidade associadas aumenta consideravelmente (Kutner, Zhang, M. McClellan, & Cole, 2002). A tónica colocada nos recursos familiares é defendida por vários autores, deste modo a capacidade da pessoa para o autocuidado e cumprimento do regime terapêutico depende do seu estado de saúde, capacidade cognitiva e recursos familiares e sociais (Kris Denhaerynck, 2007; Cristóvão, 2013).

Ritman (1993) ao estudar as estratégias que os doentes utilizavam para aceitar viver com a HD ao longo dos anos, encontrou nestes doentes um desenvolvimento de uma nova compreensão do Ser, interiorização do novo significado do que é a vida, manter a esperança e considerar a unidade de diálise como domicilio ou em sentido figurado imaginar que vão para o trabalho, foram outras estratégias encontradas. Curtin e Mapes em doentes veteranos em HD encontraram outras estratégias: causar boa impressão junto da equipa de saúde, selecionar sintomas

relevantes antes de solicitar a ajuda dos técnicos, ser exigente quanto aos cuidados recebidos, participar ativamente no processo influenciando o regime terapêutico e defender os seus pontos de vista atuando em defesa própria (Curtin & Mapes, 2001; Polaschek, 2003). A dependência deste tratamento é um problema referido por muitas pessoas em PRHD. Num estudo de abordagem qualitativa foram identificados: Os Desejos de independência e normalidade, tendo emergido quatro categorias: "Desejo de normalidade", "Desejo de gerir a própria vida", "A privação de uma vida normal" e "Preocupações", expressões do quanto a HD afeta a vida dessas pessoas (Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000).

É importante o despiste de problemas e a validação dos mesmos relativamente a pilares importantes do regime terapêutico, a dieta, os líquidos, a medicação e a realização do tratamento de HD, selecionando-se nesta área, os cuidados ao acesso vascular. Níveis elevados de má gestão e deficiente adesão a estes pilares conduzem a elevadas taxas de mortalidade e de comorbilidades (Denhaerynck, et al., 2007).

Cada pessoa é única, e um conhecimento holístico das pessoas com DRC, que estão ao cuidado dos enfermeiros, é determinante para estabelecimento de novas abordagens dos comportamentos, de educação, de intervenções que promovam uma adesão ao regime terapêutico que a DRC exige (Morgan, 2000).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Esta parte apresenta as atividades desenvolvidas ao longo da Unidade Curricular ”Estágio com Relatório”, por forma a dar visibilidade aos objetivos propostos para campo de estágio, evidenciando assim as competências desenvolvidas na área da enfermeira especialista no âmbito da Nefrologia.

Antes do planeamento do projeto fiz uma reflexão sobre assuntos de interesse e competências a desenvolver. Para isso beneficiei de uma leitura cuidadosa das competências comuns do Enfº especialista, bem como a consulta do documento da EDTNA-ERCA sobre as competências do Enfº especialista na área de nefrologia. A discussão com os pares e a reflexão sobre a minha experiência profissional conduziram à necessidade de responder à seguinte questão: Qual a perceção da pessoa com DRC em PRHD sobre a forma como a família o ajuda a gerir o regime terapêutico? Efetuei assim, uma pesquisa, em bases de dados como a Cinahl, Medline, Ebsco, procurando artigos sobre DRC, família e adesão terapêutica, bem como de artigos fornecidos na unidade curricular “Adaptação á doença renal cronica”. As visitas efetuadas a campos da prática clinica contribuíram para selecionar os campos de estágio. Desta forma, a visita a um Serviço de Nefrologia de um Hospital da área de Lisboa foi muito interessante, pela troca de ideias e conhecimento das dinâmicas desse serviço. A visita ao Serviço de Nefrologia de um Hospital da região de Setúbal, também foi importante pela possibilidade de prestar cuidados à pessoa em tratamento através de Diálise peritoneal, área sobre a qual pretendi adquirir competências bem como para com as pessoas no período Pós-transplante renal. Também foi feito um contacto com o serviço de Internamento de Nefrologia onde as pessoas submetidas a diversas terapias de substituição renal ficam internadas quando necessário. Realizei entrevistas informais com Enfºs peritos nesses locais, bem como no meu local de trabalho (Serviço de HD), que permitiram confirmar a pertinência da problemática da gestão do regime terapêutico e papel da família no mesmo. Estes primeiros contactos permitiram selecionar os campos de estágio, os objetivos e as competências a desenvolver em cada campo de estágio. Consegui estar atenta aos momentos de aprendizagem, sempre com o intuito de desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais. Tal como

defende a EDTNA/ERCA é fundamental que as enfermeiras saibam utilizar os seus conhecimentos, competências e atitudes de uma forma constante, adaptando-se a cada realidade e situação, ajudando as pessoas a melhorar a sua qualidade de vida, face aos seus problemas de saúde (Lekeux, 2007). Apresentarei seguidamente uma breve caracterização dos três serviços, de um Hospital da região de Setubal, onde realizei os estágios, assim como as principais aprendizagens que estas experiências me proporcionaram.

2.1. Primeiro campo de estágio - Unidade de Diálise Peritoneal e Pós Transplante

A seleção deste campo de estágio deveu-se sobretudo pela proximidade geográfica, do meu local de trabalho, da residência e de reunir as condições ideais para o desenvolvimento dos meus objetivos de estágio. A Unidade de Diálise Peritoneal e pós-Transplante Renal encontra-se em atividade desde o ano de 1993, situa-se no piso 3 e está inserida no internamento de Gastro-Nefro e Reumatologia. A mesma é dotada de uma sala de enfermagem e dois gabinetes médicos que são utilizados para realização da consulta dos doentes em Dialise peritoneal e pós transplante.

A equipa de enfermagem é constituída nesta Unidade por 6 elementos com formação para assegurar os cuidados na Unidade de uma forma regular. Destas 6 quatro têm a Especialidade: Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica área da Nefrologia (2), do doente crítico (1) do doente idoso (1).

Relativamente aos doentes transplantados, o primeiro transplante ocorreu a 8 de Julho de 1997, sendo cerca de 265 doentes transplantados. O apoio de consulta a estes doentes é uma outra área determinante no êxito da gestão do regime terapêutico e acompanhamento destes doentes que vêm de diversos locais do País.

No ano de 2013 de acordo com os dados do serviço na Unidade de Diálise Peritoneal foram tratados cerca de 43 doentes, sendo a média de idades é de 53 anos. As principais complicações, e que ocorreram um mês após a colocação do cateter de DP foram: Por leak (2), disfunção e migração/obstrução (1), peritonite (1)

e infeção do OSC (2). Como complicações tardias ocorreu a migração de cateter (1), nas complicações imediatas o mau posicionamento após colocação do cateter (1). Verificou-se que em 70% dos doentes não ocorreu complicações relacionadas com o procedimento. Os principais motivos de internamento foram: para indução de diálise peritoneal, por infecção-peritonites, por patologia cardíaca (disritmia, sobrecarga hídrica), patologia gástricas, e cirúrgicas (apendicite, Paradoidectomia). Na base da etiologia da DRC predomina a Nefropatia diabética e as glomerulopatias. Durante o período de estágio tive oportunidade de assistir à colocação de 4 cateteres peritoneais.

Neste campo de estágio pretendi desenvolver uma prática profissional e ética, pelo que desenvolvi as seguintes atividades:

- Contacto com os responsáveis do serviço e restante equipa;
- Visita orientada aos espaços físicos da Unidade;
- Colaboração com a equipa para conhecer a dinâmica da Unidade
- Leitura de Normas e Protocolos dos serviços.

No objetivo que visava participar na prestação de cuidados à pessoa com DRC em Diálise Peritoneal, a Competência delineada visava a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. As atividades efetuadas passaram por uma observação dos cuidados de Enfermagem prestados pela equipa, mobilização de conhecimentos teórico-práticos lecionados ao longo do curso, apoio á família, mostrando disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas e/ou dificuldades, colaboração na prestação de cuidados individualizados à pessoa com DP e à pessoa no seu período de vigilância de pós-transplante bem como também pesquisa de bibliografia sobre cuidados de enfermagem à pessoa em diálise peritoneal. A realização de um estudo de caso foi um momento de sistematização de conhecimentos.

Relativamente à consulta de Pós transplante e à prestação de cuidados à pessoa submetida a transplante renal, participei sob orientação da Enfermeira Responsável, num conjunto de actividades da Consulta de Enfermagem que precede a consulta médica e que foram as seguintes: Avaliação clínica do doente, procurando sinais e sintomatologia importante; Identificação de problemas e/ou necessidades, com

posterior e devido encaminhamento; Avaliação de peso e pressão arterial; Avaliação da gestão hídrica; Verificação da lista de medicamentos (fármaco, dose e frequência) que a pessoa estava a tomar nomeadamente terapêutica imunossupressora como por exemplo Tacrolimus; Colheita de sangue e urina para análise; Educação para a saúde; nomeadamente sobre sinais de sobrecarga hídrica, vigilância de tensão arterial (por exemplo); Administração de terapêutica (antibioterapia, analgésicos e eritropoietina (por exemplo); Administração de sangue e hemoderivados; Execução do tratamento a feridas cirúrgicas (sutura no local de enxerto renal) e remoção de material de sutura; Atendimento em situações não programadas (suspeita de infeção, sobrecarga hídrica, HTA, etc.), assegurando os meios complementares de diagnóstico e terapêuticos necessários e atuando consoante prescrição médica.

Para além das actividades acima referidas, também realizei: Atendimento telefónico, com aconselhamento sobre qual a atitude a tomar perante queixas de infeção urinária, diminuição da diurese por exemplo, informações, esclarecimento de dúvidas sobre tomas de medicamentos e alteração de consultas e/ou exames laboratoriais; Colaboração com a equipa médica na realização de Biópsias do Enxerto Renal, preparando e informando previamente a pessoa do procedimento a realizar. Foi uma atuação que me propus realizar proactivamente pois parecia-me relevada para segundo plano; Informar e ensinar sobre cuidados a ter após transplante renal, nomeadamente na educação para a saúde sobre o regime terapêutico, retificando folha de terapêutica individual, na qual constava o nome do medicamento (genérico e comercial), hora da toma, identificação do utente e contactos telefónicos da unidade, secretariado e farmácia hospitalar.

Muitos doentes vinham à consulta e não havia acesso no próprio dia aos doseamentos de tacrolimus (por exemplo), ou de agentes responsáveis por determinadas infeções, e se fosse necessário ajustar a medicação, o Enfº informava após a alteração clínica. Coadunar com as características singulares de cada pessoa é um grande desafio, muitos moram no sul do país, outros são idosos e procurar falar com familiar significativo/cuidador é fundamental. Treinar a identificação e a preparação da medicação no horário devido, foi outra atividade desenvolvida. O papel do Enfº nesta consulta é fundamental, para ajudar o utente a

cumprir o seu regime de medicação, pois muitos utentes têm um baixo nível de literacia ou são iletrados, idosos e com diminuição da acuidade visual, com dificuldade em compreender a terapêutica prescrita pelo médico, bem como dos cuidados a manter de uma forma contínua, enquanto pessoa submetida a transplante renal.

Desempenhei um papel de consultora, na consulta de transplante quando era necessário avaliar e fazer educação para a saúde sobre os acessos vasculares: fístulas arteriovenosas e Próteses. Efetuei junto das pessoas com acessos vasculares ainda funcionantes, uma análise da sua posição anatómica, auscultação, identificação do pulso e frémito, alterações da circulação, nomeadamente a circulação colateral, referenciando o mesmo nas notas de enfermagem. Promovi o respeito pela pessoa quanto à sua escolha e auto determinação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Junto de muitos utentes valorizei, a vinda dos mesmos às consultas e a importância de não faltarem às mesmas. O cuidado atento a alterações no seu organismo fora do habitual e a transmissão à equipa de saúde, foi outro aspeto trabalhado.

No domínio da melhoria contínua da qualidade: Identifiquei documentos que constituem evidência científica sobre procedimentos para a avaliação da qualidade. A consulta de múltipla bibliografia foi determinante para aumentar o meu nível de conhecimento nesta área (Brett Cullis, 2014; Khanna & Krediet, Nolph and Gokal´s text books of Peritoneal dialysis, 2009; Moreira, Ferreira, & Almas, 1996; Piraino, Bernardini, & Sorkin, 1987). Cumpri os procedimentos de prevenção e controlo de infeção hospitalar na prestação de cuidados à pessoa com DRC em DPA/DPCA e pós Transplante. Neste domínio é deveras importante a educação para a saúde, nomeadamente na técnica de lavagem das mãos, o ensino da realização da técnica e os respetivos momentos da sua execução, sobretudo quando efetua o penso ao OSC, são cruciais para prevenir complicações. Ainda na prestação de cuidados à pessoa em programa de DP, desenvolvi também múltiplas e enriquecedoras atividades, com cariz de grande aprendizagem: Preparação do doente e colaboração com a equipa médica na colocação de cateter peritoneal; Desobstrução de cateter peritoneal, substituição de prolongadores de cateter peritoneal, atuação perante utentes com suspeita de peritonite; Avaliação da eficácia dialítica da permeabilidade

peritoneal, medição da pressão intraperitoneal; Assegurar o tratamento de DP (manual ou automatizado) a utentes internados no hospital, efetuando a técnica manual ou preparando a cicladora no respetivo serviço; Ensino ao utente e/ou família que vai entrar em programa de DP (DRC, infeções, situações de risco, cuidados inerentes à técnica, aprendizagem de habilidades na execução do penso do orifício de saída, técnica de DP manual e automatizada); Avaliação do ensino (habilidades demonstradas pelo utentes), identificando as dificuldades do utente na execução do tratamento em ambulatório de forma autónoma e segura.

Participei na Consulta de enfermagem, que precedia a consulta médica (periodicidade de 1/2 meses), e que compreende: Esclarecimento de dúvidas; educação para a saúde sempre que necessário (despiste de sinais de infeção, sobrecarga hídrica, plano alimentar, alterações psicológicas, por exemplo); colheita de amostras biológicas para análise (sangue, urina, líquido peritoneal e exsudado de orifício de saída do cateter peritoneal), avaliação de peso e pressão arterial; avaliação da ultrafiltração diária e mensal, bem como da gestão hídrica; avaliação e execução do tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal e colaboração com a equipa médica na adequação do tratamento ao utente. Atendimento em situações não programadas (suspeita de infeção, sobrecarga hídrica, disfunção do cateter peritoneal, etc.), atuando consoante prescrição médica e/ou norma de procedimento do serviço. Administração de terapêutica Intramuscular, endovenosa, subcutânea e intra-peritoneal (antibioterapia-gentamicina, cefazolina, ceftazidima, analgesia-paracetamol, nolotil e de eritropoietina por exemplo), bem como administração de Sangue e Hemoderivados. Atendimento telefónico, com aconselhamento, informações, esclarecimento de dúvidas, relativas sobretudo a queixas de dor, hipertermia ou suspeita de sinais inflamatórios junto do OSC, dúvidas sobre alarmes da cicladora, sobre o registo no balanço hídrico ou sobre o não funcionamento do cateter. Acompanhei o trabalho do Enfº na consulta Pré-Diálise, esta era realizada com a participação alternada dos Enfºs da Unidade de DP/Internamento de Nefrologia e o serviço de HD. A qual consiste numa consulta de informação (sobre IRC, modalidades de substituição da função renal, vantagens e desvantagens) a utentes da consulta externa de nefrologia, encaminhados pelo médico assistente, sempre que está prevista a TSFR (DGS, Norma Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5, 2011). Nesses momentos a grande

aprendizagem foi ao nível da possibilidade de informar os utentes das diversas TSFR, sobretudo pela pertinência das questões que colocavam de modo a direcionarem a sua escolha. Foi muito evidente o desconhecimento da existência da Diálise peritoneal como oferta para muitos utentes. Pude acompanhar todo o papel da enfermeira na verificação e requisição de material de consumo relacionado com a DP (articulação com farmácia hospitalar e aprovisionamento). Assisti a um curso de formação, a 5 de Novembro de 2014, com a duração de 8h para Integração de Enfºs do Serviço em Diálise Peritoneal. Nesta formação foram demonstradas técnicas de DP, Dialise peritoneal Automática (DPA) e DPCA (Dialise peritoneal contínua ambulatória), tipos de tratamento, tipos de soluções e a pertinência das mesmas perante cada situação clínica da pessoa, aspetos sobre o cateter de DP, colocação, cuidados de enfermagem inerentes ao mesmo, bem como despiste de complicações e tratamento das mesmas. Além de uma parte teórica teve também uma parte prática com montagem das linhas, soluções de diálise e funcionamento das respetivas técnicas DPA (contacto com as respetivas cicladoras existentes na Unidade) e DPCA. Identifiquei uma área problemática sensível aos cuidados de enfermagem *check list* para avaliação da execução do penso ao OSC do DP, tendo construído uma proposta de instrumento de avaliação (Apêndice II). Foi pela ausência de critérios para avaliar o penso ao OSC que pretendi contribuir para orientação do Enfº, junto da pessoa nas várias etapas de ensino da realização do penso ao orifício de saída de cateter (OSC). Pareceu-me fundamental a uniformização de procedimentos entre os ensinos efetuados pelos Enfºs de DP e a correta realização da pessoa sem quebra de princípios.

A informação dos conhecimentos teóricos que estão associados à realização do penso, ligados sobretudo à assepsia, visam essencialmente possibilitar à pessoa um nível máximo de autocuidado, instruindo-o para a deteção precoce de problemas e possibilitar a integração no seu ambiente. Reformulei ainda um outro documento existente no serviço, com um conjunto de princípios guia para auxiliar na otimização (correta infusão e drenagem do liquido de dialise peritoneal) do cateter de DP e realização de uma troca manual (APENDICE V). A minha proposta de elaboração de uma norma sobre o “Shaving” do Cateter de DP, surgiu no âmbito de uma situação de um doente com reação inflamatória junto do OSC decorrente de uma exteriorização de um cuff. Na ausência da mesma na Unidade, propus-me realizá-la,

contribuindo assim ao nível da gestão de cuidados na equipa, na elaboração de linhas orientadoras e de normalização deste procedimento (Apêndice IV). Apresentei um estudo de caso sobre uma pessoa com DRC em DP, tendo mobilizado conhecimentos de fisiopatologia e fundamentado as intervenções de enfermagem inerentes. O exercício da análise no âmbito do Enfº especialista, foi bastante profícuo, pelo conhecimento holístico da pessoa, dos problemas da pessoa em DP, cuidados desenvolvidos e estratégias futuras para aumentar a adaptação da pessoa a este tratamento na sua vida. O mesmo foi apresentado em sala de aula a três colegas do Curso de Mestrado que frequento e ao Sr. Professor Filipe Cristóvão na ESEL a 30 de Outubro de 2014. Foram utilizados como meios audiovisuais o PowerPoint, a apresentação teve uma base expositiva e interativa (APENDICE III). Desse momento também fez parte a partilha com o grupo, de um outro trabalho realizado no campo de estágio relativo aos princípios Orientadores para a realização da técnica de "Shaving ao Cateter de DP"-Enquadramento, material necessário, procedimento e cuidados de Enfermagem (Apêndice IV). Elaborei ainda um documento sobre quais os procedimentos a implementar durante o tratamento de HD e Hemodiafiltração. O mesmo também constituiu um momento de aprendizagem e sistematização dessas etapas sendo mais um contributo para o enriquecimento do papel e saber do Enfº especialista em Nefrologia (APENDICE I).

Nestas 200 horas de estágio, a riqueza e diversidade de experiências e actividades, permitiram-me identificar vários domínios de intervenção dos enfermeiros. Destaco, em primeiro lugar a identificação do papel do Enfº ao nível da educação para a saúde junto dos doentes em DP, bem como junto de pessoas que tinham sido transplantadas. Também o próprio circuito da pessoa, no encaminhamento para a Unidade DP, foi também motivo de reflexão. A perceção de alguns destes domínios emergiram, das verbalizações sobre partilhas dos tratamentos já experimentados, quer sobre dialise peritoneal e a independência que proporciona, comparativamente à HD que não a permite, e sobre a satisfação do transplante renal. Outra aprendizagem realizada no estágio reportou-se à atuação da equipa de saúde, auto percecionando que a mesma tem um papel determinante no êxito do plano terapêutico, sobretudo no apoio do utente na escolha do tratamento.

A frequência das consultas de enfermagem na unidade, permite a existência de uma relação de grande interação com o Enfº. O conhecimento da realidade diária destas pessoas com os seus problemas pessoais, sociais, económicos, coloca o Enfº junto das mesmas com um lugar de destaque. A família adquire um papel preponderante neste processo de aprendizagem da técnica de Diálise Peritoneal, sendo um aliado e um facilitador, uma vez que ajuda na consecução do plano e dos cuidados propostos, os jovens parecem adaptar-se muito rapidamente a esta técnica permitindo um nível de independência elevado. O conhecimento das principais complicações na Dialise peritoneal, nomeadamente as infeções quer do OSC, quer do túnel, peritonites, sugerem uma atuação/avaliação atenta e minuciosa por parte do Enfº no respeito e cumprimento dos princípios da assepsia tanto junto da pessoa em DP como do seu familiar ou cuidador. São estas características que dão consistência à parceria de cuidados entre o Enfº e a pessoa com DRC/família, ao nível da prevenção de complicações, como as peritonites.

Neste campo de estágio, pude constatar diferenças na atitude cuidativa em matéria de género. Identifiquei que a mulher, surge como um cuidador ativo em muitas situações, adotando uma atitude de proteção, continuidade do tratamento, nomeadamente no registo do balanço hídrico, na execução do penso do OSC, na montagem da cicladora por exemplo, onde evidencia a sua contribuição para uma boa gestão deste regime terapêutico. Considero que o Enfº especialista em Nefrologia deveria ter um papel mais interventivo e de acompanhamento junto da pessoa no seu domicílio. A existência de Enfºs em empresas privadas que acompanham pontualmente estes doentes, parece criar uma quebra em todo o trabalho de ensino desenvolvido, de uma forma intensa e árdua por parte do Enfº na Unidade de DP do hospital, desde o dia que a técnica de DP é proposta.

Contactei assim com as diversas fases do percurso da pessoa com DRC e a sua escolha e integração no tratamento de DP, acompanhei de perto o processo de informação e educação pré-diálise, bem como a estrutura, organização e dinâmica de um programa de diálise peritoneal, o que constituiu um grande acréscimo na minha formação académica e profissional. Considero que atingi os objetivos e desenvolvi as competências pretendidas para este campo de estágio, apresentando-se a avaliação do mesmo no Anexo I.

2.2. Segundo campo de estágio - Serviço de Internamento de Nefrologia

Este período de estágio de 100 horas visou dar continuidade ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de Nefrologia. A equipa de enfermagem presta cuidados de enfermagem especializados a doentes com Doença Renal em fase aguda ou crónica em regime de internamento e com interligação tanto à Unidade de DP como a outros serviços como a HD. Relativamente à caracterização do serviço, a área de Internamento diz respeito a 11 camas para a especialidade de nefrologia e 1 para Transplante Renal. No mesmo serviço, coabitam doentes submetidos a diversas técnicas de substituição renal: em diálise peritoneal quer em DPA ou DPCA, em Programa Regular de HD ou doentes transplantados. Nos doentes com DRC em DP as principais causas de internamento prendem-se com as infeções do OSC, peritonites, migração do mesmo e recolocação do cateter peritoneal, nos doentes em HD tiveram a ver com infeção do acesso (excisão de prótese), falência do acesso, internamento para construção de acesso, indução de HD com colocação de cateter (provisório e permanente). Nos doentes internados com transplante renal os principais motivos de internamento foram por pielonefrite, função renal alterada e infeção respiratória. Motivaram igualmente o internamento da pessoa neste serviço, a agudização de outros processos de doença, nomeadamente cardiopatias, DPOC, diabetes e HTA. A média de idades dos doentes internados neste período foi de cerca de 75 anos, doentes de uma idade avançada, predomínio do sexo feminino em 70%. Nas restantes especialidades do serviço a Doença Renal Aguda surge associada a situações de desidratação e situações de nefrotoxicidade pós administração de antibioterapia. A maioria dos internamentos dos doentes com DRC, deveu-se a infeção do acesso vascular, a sobrecarga hídrica, infeções respiratórias e alterações da vascularização dos membros inferiores.

Das atividades de Enfermagem, que identifiquei terem sido essenciais na minha aprendizagem destaco as reuniões de Equipa. Nestes períodos destinados à continuidade de cuidados intraequipa de enfermagem, pude conhecer e compreender a sua dinâmica e, identificar as causas de internamento dos doentes, reconhecer as intercorrências entre os turnos, percecionar os cuidados de

enfermagem prestados e os cuidados a planear. Em termos de atividades desenvolvidas, analisei os principais protocolos, normas e rotinas do serviço de modo a planear os cuidados a prestar aos doentes à minha responsabilidade, no período de estágio. Outra atividade relevante na minha aprendizagem, centrou-se no aprofundamento da minha experiencia como conselheira/perita junto dos doentes em PRHD. Eduquei o doente para, e intervi na vigilância dos acessos vasculares, realizando pensos/manutenção do cateter de HD, com respetiva heparinização dos lumens quando necessário. Ocorreu, inclusive, uma experiência de troca de saberes com a equipa de enfermeiros do serviço, que identificou a heparinização dos lúmens de cateter como uma lacuna de conhecimento. Outro exemplo de intervenção desenvolvida, visou reforçar a educação para a gestão do regime terapêutico, particularmente quanto ao controle da ingestão hídrica, alertada pela presença frequente de garrafas de água nas unidades/mesas-de-cabeceira desses doentes. Sempre mantendo o enfoque no objeto de estudo da relação familiar, também neste período de estágio senti necessidade de compreender como a família vive o internamento do seu familiar, e como ajuda na gestão do regime terapêutico. Para isso, realizei várias entrevistas informais com os doentes e seus familiares. A competência delineada para este campo de estágio foi: **Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade baseando a prática em sólidos e validos conhecimentos.** Considero tê-la desenvolvido, pelas interações que fui estabelecendo juntos dos doentes de quem fui enfermeira responsável. Nas observações informais que efetuei encontrei similaridades com as observações e conclusões relatadas na evidência ou/vários artigos científicos (Polaschek, 2003; Henriques, 2008; Curtin & Mapes, 2001). Está descrito e estudado que o momento do internamento pode ser um momento de descompressão para muitos familiares. Pude observar em alguns familiares sinais de exaustão, evidenciados pela família, o cuidador evidenciava. Também no decurso das entrevistas que realizei, emergiram várias verbalizações de esgotamento no cuidar do seu familiar.

Neste estágio pude prestar cuidados de enfermagem a doentes submetidos tanto a HD como a diálise peritoneal e suas complicações (infeção do OSC, migração do cateter, mau funcionamento do mesmo, peritonites), bem como a doentes transplantados. Constatei que as comorbilidades associadas ao doente com DRC, em particular a HTA e a Diabetes, acabavam por ser muitas vezes fatores

desencadeantes do seu internamento. Considero que nesta área o Enfº especialista podia ter um papel mais ativo ao nível dos cuidados de saúde primários, relativo à promoção de estilos de vida saudáveis, prevenindo as complicações associadas à diabetes e a hipertensão arterial que estão muitas vezes na etiologia da doença renal. Outras dimensões que percecionei e que não sendo específicas da pessoa com DRC, surgem com carácter de transversalidade nas pessoas com processos de doença foram a solidão vivenciada (neste serviço, pela pessoa com DRC no processo de internamento), os problemas económicos e a multiplicidade de pessoas em situação social de grande vulnerabilidade. Muitas dessas situações de vida dos doentes, foram discutidas em reuniões de equipa, justificando-se o contacto com os familiares e encaminhamento para a assistente social. A maior parte dos doentes internados em Nefrologia eram idosos o que motivava uma atenção diferente pela fragilidade em que muitos se encontravam.

Na sequência do objetivo delineado, contribuir com aportes que pudessem melhorar a articulação entre os serviços, pretendi desenvolver competências na área da gestão dos cuidados. Designadamente **Melhorar e clarificar a articulação entre os serviços de internamento de Nefrologia e a HD, sobre a dinâmica do circuito dos doentes internados e que necessitam de efetuar HD.**

Para dar resposta a este objetivo, agendei com enfermeira Orientadora, uma ação de formação sobre a articulação entre o serviço de HD e serviços de internamento. A ideia foi considerada útil e foi particularmente interessante esse momento de partilha de informação com a equipa de enfermagem do campo de estágio em causa. A formação visou essencialmente dar a conhecer o serviço de HD e a dinâmica do mesmo. Outro aspeto, também considerado relevante abordar nesta formação foi a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa com DRC. A informação apresentada foi muito profícua, pela partilha de experiências, verificada ao longo da formação e no final da mesma. A tónica foi colocada essencialmente na importância da comunicação bidirecional entre as equipas como coadjuvante na qualidade dos cuidados a prestar. A formação teve uma avaliação muito positiva tendo sido considerada pertinente e útil pela divulgação da dinâmica do circuito do doente e pelos cuidados de enfermagem prestados ao doente com DRC no Serviço de HD e pela continuidade de cuidados

que se deve verificar entre os serviços pelos quais a pessoa passa durante o internamento (APENDICE VI).

Este estágio também contribuiu para desenvolver competências na área da enfermagem nefrológica, sobretudo pela partilha dos momentos que muitos doentes e familiares vivenciam aquando do internamento no Hospital, ao nível dos exames, tratamentos e cuidados que necessitam. Deste modo através do trabalho realizado foram alcançados os objetivos delineados, o que também é certificado pela avaliação feita pela Enfermeira Orientadora deste estágio (Anexo II).

2.3. Terceiro campo de estágio - Serviço de Hemodiálise

Este último estágio, decorreu no período de 3 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015, num serviço de hemodiálise. Em termos de caracterização, o serviço de HD tem um funcionamento que assenta numa dinâmica de 3 turnos diários, das 7h30 às 23h00 de segunda-feira a sábado. Após este horário, assegura-se o funcionamento do serviço, em regime de prevenção para pessoas com agravamento da sua função renal, efectuando-se técnicas de Hemodiálise, hemoperfusão e plasmaferese.

A estrutura física contém duas salas de HD: uma com 13 monitores, para doentes com serologia negativa e serologia positiva para Vírus da Hepatite C (VHC) e Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), não havendo qualquer isolamento (só utilização de medidas de precaução universal de prevenção de infeções e desinfeção dos monitores entre tratamentos) e uma sala de isolamento com dois monitores.

Em hospital de dia efetuam-se vários procedimentos, tais como: colheita de sangue ou outras amostras para análises clínicas; administração de terapêutica diversa como antibióticos, sangue e derivados a doentes externos; desobstrução de cateteres de longa duração com fármaco trombolítico (Alteplase); recobro pós-angiografia de acessos vasculares e educação para a saúde sobre administração de terapêutica: Eritropoietina subcutânea.

Também se efetua a colocação de cateteres provisórios e de longa duração para HD, no entanto esta técnica invasiva merecia a sua realização em bloco apropriado para despiste e correção de situações de maior complexidade, no acesso ao território vascular da pessoa com DRC. O serviço dispõe de 2 monitores portáteis e de um monitor de técnicas contínuas dando assistência a doentes internados em unidades de cuidados diferenciados/intensivos ou em quartos de isolamento.

O serviço de HD, para além de estar inserido num Hospital Central, tem um grande grupo (55 a 60 pessoas) em programa regular de HD, o que o torna num dos maiores do país a nível hospitalar. Com um número entre 55 e 60 doentes externos. O que caracteriza este serviço como um local propício à aprendizagem e formação de profissionais que pretendam o desenvolvimento de competências na área de cuidados à pessoa com DRC em programa de HD, quer na fase aguda, quer à pessoa com instabilidade hemodinâmica com urgência de técnica contínua (Hemodiafiltração ou Hemofiltração). Também fomenta o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em tratamento de Plasmaferese ou Hemoperfusão. A equipa de enfermagem é composta por um Enfº-Chefe e mais 17 Enfºs. Na equipa de Enfermagem existe um Enfº coordenador/2º elemento do serviço, outro Enfº pertencente à Comissão Controle de Infeção, outro pertencente à comissão de Gestão de Risco e outro responsável pela Formação em Serviço. Na organização do trabalho de enfermagem, desses 17 existem 5 elementos com a função de Chefe de Equipa.

É visível na equipa nos últimos anos o interesse em aprofundar competências, existindo vários Enfºs especialistas: Especialidade Médico-Cirúrgica Vertente Nefrologia (4) destes, um tem Mestrado na área de Nefrologia, na vertente doente Crítico (1), Especialidade e Mestrado em Saúde Mental (1).

A equipa médica é constituída por 14 nefrologistas e é comum à do Serviço de Internamento de Nefrologia. O apoio da dietista e assistente social é prestado sempre que solicitado, para otimizar o plano de cuidados à pessoa com DRC. O método de trabalho na equipa de enfermagem adotado em cada sessão de tratamento de HD, no caso da pessoa DRC em programa ambulatório, é o método do Enfº responsável. A seleção deste campo de estágio teve na sua essência a determinação de desenvolver e trazer aportes na área da investigação.

Este local de estágio foi o eleito para estabelecer a ligação ao objeto de estudo da investigação a realizar, expressa na pergunta de investigação anteriormente referida. Foi neste local de estágio que se pretendeu conhecer a perceção da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em tratamento de HD e caracterizar a ajuda que a pessoa com DRC em HD recebe da sua família para gerir o regime terapêutico. Pretendeu-se conhecer a ajuda por parte do seu núcleo familiar, na gestão ao regime terapêutico.

Este estágio de 150 horas, teve como objetivos a partilha de conhecimentos e estratégias adquiridas ao longo do curso e aumentar competências que conduzissem a um desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de investigação, colaborando e ajudando as pessoas com DRC em Programa Regular de HD. Nas pessoas com DRC em PRHD pelas quais fui a enf.ª responsável, sob orientação da Enfermeira Especialista, desenvolvi algumas atividades nomeadamente: identificação dos problemas de enfermagem da pessoa com DRC; planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem para resolver os problemas identificados; partilha saberes e habilidades com a equipa de enfermagem.

Em resposta ao objetivo delineado de: Compreender junto da pessoa com DRC, como a família a ajuda na gestão do seu regime terapêutico e tendo por base a aquisição da Competência: Melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC e sua família. Desenvolvi atividades que visaram a promoção da qualidade dos cuidados prestados, com o intuito de facilitar e melhorar a intervenção do Enfº no conhecimento das pessoas com DRC em PRHD. Explicito as atividades que realizei visando responder ao objetivo apresentado, assim como à fundamentação das competências a adquirir.

Neste âmbito, providenciei a divulgação do Modelo de Calgary através de formação em serviço. Explicitei a importância do genograma e ecomapa e do conhecimento das relações existentes entre os membros das famílias, juntos dos pares quer no quotidiano dos cuidados, bem como em momentos das reuniões de equipa. Estabeleci estratégias de intervenção promotoras da gestão do regime terapêutico junto das pessoas pelas quais fui responsável pelos cuidados de enfermagem. Constatei que a implementação do método de trabalho por Enfº

responsável tem diversas vantagens. Nomeadamente, permite aos Enfºs estabelecer uma relação de cuidado privilegiada como o doente e família, assim como monitorizar o estado de saúde do doente e o decurso do tratamento de HD.

Sempre que estiveram presentes familiares, foi fomentado diálogo para se criar estratégias de ajuda na gestão do regime terapêutico. Assim, relativamente ao ganho de peso interdialítico, na pessoa com DRC em PRHD, foi explicado ao familiar, por exemplo, a estratégia de ter um recipiente para medição de líquidos, para minimizar esses ganhos e ajudar o doente a tomar consciência deste processo.

Contribuí assim para ajudar a pessoa com excesso de peso a aperceber-se de que modo, um comportamento pode comprometer ou melhorar a sua saúde. Foi preocupação minha saber quais os conhecimentos sobre o excesso de peso por parte da pessoa, se tinha produção de urina e em função dessa resposta, informar a pessoa de qual a quantidade de líquidos que podia ingerir, entre as sessões de hemodiálise.

Ao longo deste campo de estágio foram vários os momentos de educação para a saúde, e nesta área o Enfº especialista tem um papel decisivo na ajuda da pessoa, na gestão do seu Regime terapêutico. As sensibilizações ao longo dos turnos em que cuidei de pessoas em tratamento de hemodiálise, passaram pela abordagem de temáticas como:

- A restrição de líquidos, quando perante pessoa com ganhos de peso interdialítico elevados, bem como pela restrição alimentar, quando pós perfil mensal de análise se verificou valor de potássio elevado;
- O consumo elevado de fruta crua ou assada em detrimento da fruta cozida, explicando o papel da água na difusão de certos iões. Numa situação, solicitei a presença da nutricionista no serviço, para uma reunião em que participei, analisando em conjunto a dieta diária dessa pessoa, com o intuito de diminuir os valores de potássio;
- Nos cuidados ao acesso de diálise nomeadamente nas questões da higiene, foram efetuados momentos de educação para a saúde, junto de algumas pessoas, pois muitas vezes na desinfeção encontram-se áreas de punção pouco limpas, observando-se compressas conspurcadas;

- O uso de roupa muito apertada no membro do acesso vascular, ficando o membro garrotado aquando da respetiva punção e duração do tratamento. Tive a preocupação de elucidar e dar exemplos das complicações que daí advém. O excesso de vestuário dada a época de frio que se verificava, também foi uma constante, para além de também interferir com a própria pesagem do doente e no estabelecimento do respetivo peso a perder;
- Também se notou por vezes o uso de relógio (alguns com mostradores pesados) no membro do acesso vascular, tendo sido explicado os riscos de compromisso da circulação nesse acesso;
- Na área da medicação era evidente a dificuldade para identificar muitas vezes a medicação prescrita. De acordo com o gabinete de registo da SPN, a média etária da população em HD é de 67,17 anos (SPN, Encontro Renal 2015, 2014) consistente com a realidade deste serviço. Na população idosa, as faculdades visuais e auditivas começam a deteriorar-se e evidenciam a necessidade de um acompanhamento atento e frequente por parte do Enfº Especialista junto destas pessoas e familiares/cuidadores;
- Foram equacionadas estratégias de construção de listas com os medicamentos que tomam, com letras grandes ou com fotos elucidativas, bem como um intercâmbio com o serviço farmacêutico poderá ser uma estratégia a efetuar. Desta forma atuei como educadora e incluí o conhecimento no contexto do cuidar na prática, visando ganhos de saúde da pessoa com DRC. Justifico assim a aquisição da Competência relativa ao Domínio das aprendizagens profissionais, uma vez que assumi a minha atuação como facilitadora nos processos de aprendizagem e como agente ativo no campo da investigação.

Para tal suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento, interpretando, organizando e pretendendo divulgar, dados com base na evidência de modo, a contribuir para o conhecimento e para a melhoria prática clínica na área da Especialidade de Nefrologia.

Como actividades desenvolvidas encontra-se a realização de trabalho de investigação de cariz qualitativo que será apresentado no capítulo seguinte deste relatório. Para o mesmo durante o período deste estágio foram efetuadas entrevistas

para conhecer a perceção das pessoas com DRC em PRHD sobre a ajuda da sua família na gestão da doença e tratamento. A realização das entrevistas foi um momento de particular interesse pelas interações conseguidas e pela disponibilidade, dos familiares em participarem no estudo.

Colaborei também na identificação das necessidades de formação em serviço da equipa de Enfermagem, considerando ser pertinente sugerir na formação em serviço da equipa de enfermagem a inclusão da temática sobre o Modelo de Calgary. Fundamentei processos de tomada de decisão e da prática Clínica com base na evidência científica.

Acompanhei o apoio que o Enfº pode dar nas técnicas de diagnóstico e manutenção da funcionalidade dos acessos vasculares (acompanhei pessoas na ida à angiografia com FAV e com prótese).

Colaborei nas intervenções de enfermagem para manter a funcionalidade dos acessos vasculares, sendo mais atenta, minuciosa e interveniente nos registos de enfermagem relativos a intercorrências, aquando da execução do exame físico do acesso e avaliações de débito dos acessos. Valorizei os aspetos de palpação do acesso para despiste de frémito, pulso, observação de presença de circulação colateral, edema, sinais inflamatórios.

Realizei a auscultação, audição do sopro e caracterização do mesmo. Efetuei ainda testes de elevação do braço nos doentes com FAV para despiste de problemas circulatórios.

Acompanhei a evolução de registos que se elaboram neste momento no serviço e as repercussões dos mesmos na qualidade dos cuidados prestados, de acordo com um Projeto em curso, sobre monitorização dos acessos vasculares, iniciado por um Enfº Especialista no serviço.

Considero ter sido mais um campo de estágio em que foram rentabilizados os momentos de aprendizagem, os quais permitiram ampliar os conhecimentos e competências adquiridos até aqui, bem como a consecução dos objetivos propostos, o que é patente na avaliação efetuada pela enfermeira Orientadora em anexo III.

3. ESTUDO SOBRE OS CONTRIBUTOS DA FAMILIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DOENTE RENAL EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

3.1. Conceptualização do estudo

A seleção de um problema a estudar, deve ser movido por uma inquietação e interesse que conduza o investigador à busca de respostas para melhorar a prática profissional. Tal como refere Nunes ”A enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por Enf^{os} sobre os cuidados de enfermagem prestados” (Nunes, 2003).

Fortin entende a formulação do problema como uma etapa chave no processo de investigação. Inerente a esse momento cruza-se a fase conceptual que permite justificar a pertinência e importância da questão de investigação, clarificando o estado da arte, do problema a estudar. Preconiza que “sem uma questão de investigação precisa, que define os conceitos em estudo e especifique a população visada, será em vão empreender a formulação de um problema de investigação” (Fortin, 1999, p. 61).

A temática do objeto de estudo, emergiu por um lado, da dinâmica relacional estabelecida com o doente na experiência de cada prestação de cuidados, identificando-se um conjunto de necessidades relativo à gestão do regime terapêutico. Por outro lado, a interação estabelecida com os familiares, abriu um campo a explorar, relativo à compreensão das suas vivências no papel de cuidadores, mas essencialmente procurar compreender o seu papel enquanto atores de ajuda ao familiar, na gestão do regime terapêutico.

Vários autores referem que a família e a equipa de saúde têm papéis determinantes neste processo, na medida que “são pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa, a manter a sua integridade física e psicológica” (Almeida, Pacheco, & Mota, 2007). Associados a esta gestão encontram-se referências na bibliografia, sobre atitudes de mudança e de alteração de padrões de vida, pela pessoa, tendencialmente mais saudáveis.

Nesta perspetiva, compreende-se a família como sendo um grande suporte e apoio da pessoa no seu quotidiano, torna-se também fundamental perante uma situação de doença crónica, ao ajudar a ultrapassar dificuldades ao longo do tempo e assegurando muitas vezes o cuidado necessário ao seu bem-estar. Foi com base nesta problemática que surgiu a questão que motivou este estudo: Qual a perceção da pessoa com DRC em Programa Regular de HD, sobre a ajuda dos familiares para gerir o regime terapêutico?

Assim, os objectivos de estudo são:

- Conhecer a perceção da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em tratamento de HD relativamente á ajuda por parte do seu núcleo familiar, na gestão do regime terapêutico;
- Caracterizar a ajuda que a pessoa com DRC em HD recebe da família para gerir o regime terapêutico;
- Identificar os recursos externos usados pela pessoa com DRC para gerir o regime terapêutico.

O desenho do estudo, a questão de investigação e os objetivos delineados conduziram a um estudo de abordagem qualitativa. Foi utilizada a entrevista de acordo com guião previamente construído (APENDICE X). A autora Fortin defende que estes estudos “procuram compreender o fenómeno para extrair dele a essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram a experiência” (Fortin, 1999, p. 158). Considera que individuo é detentor de um saber e de uma experiência que se lhe reconhece e o investigador não se afirma como um perito neste tipo de estudo. Na investigação em Enfermagem este tipo de estudos com abordagem qualitativa, tendem a beneficiar a disciplina, subsidiando com conhecimentos pertinentes para a melhoria da prática de cuidados.

3.2. População e amostra

A pessoa com DRC em Programa Regular de HD (PRHD), constituiu a população deste estudo, tendo-se considerado como população acessível, aquela inscrita numa Unidade de HD de um Hospital da região de Setúbal.

Fortin defende que “a população acessível deve ser representativa da população alvo, sendo constituída pela porção da mesma que é acessível ao investigador” e a amostra é definida com sendo ”um subconjunto da população” (Fortin, 1999, p. 202).

A amostra intencional foi constituída por seis participantes. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ser portador de DRC; estar em tratamento de HD há mais de 1 ano; ser capaz de se expressar, de conversar e de falar fluentemente em Português; ter mais de 18 anos; viver acompanhado por familiar e participar voluntariamente no estudo. Perante estes critérios foi realizada uma entrevista teste a um informante.

3.3. Procedimentos e metodologia do estudo

Foi feito um pedido de realização do estudo, ao Enfº Chefe do serviço e Diretora Clínica do Serviço, bem como ao Conselho de Ética e de Administração do Hospital (APENDICE VII). As medidas necessárias para proteção dos direitos dos intervenientes no estudo também foram acauteladas, nomeadamente as questões da confidencialidade e do anonimato.

Num primeiro contacto foi explicado à pessoa com DRC os objetivos e a metodologia do estudo e posteriormente foi solicitada a sua colaboração voluntária, tendo sido recolhido um termo de consentimento informado assinado (APENDICE VIII).

A realização das entrevistas decorreu de 3 de Janeiro a 9 de Janeiro de 2015. As entrevistas foram realizadas em gabinete fechado no período pré HD. A média de duração das entrevistas foi de 15 minutos. Antes do início da gravação da entrevista, foi solicitado a leitura e explicado o consentimento informado e efetivação da assinatura por parte da pessoa a ser entrevistada.

As entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas para facilitar a análise do seu conteúdo. As entrevistas foram sujeitas a análise temática de conteúdo, segundo Bardin (2011). Foram encontradas várias categorias e subcategorias descritas na bibliografia, por muitos autores. No entanto foram

identificadas novas categorias e subcategorias, em particular, sobre a perceção da ajuda da família na gestão do regime terapêutico.

O processo de análise de conteúdo decorreu de acordo com as etapas de Bardin (2011). Estas foram construídas de acordo com os princípios de exclusividade, homogeneidade, pertinência, produtividade, objetividade e fidelidade segundo o autor Laurence Bardin (Bardin, 2011, p. 147). Foi salvaguardada a comparação de resultados, o consenso e sugestões na elaboração das categorias por outros pares experientes na análise de conteúdo (Professor Orientador e Enfª Orientadora do 3º Estágio) com uma percentagem de acordo final, próxima de 100%.

3.4. Colheita de Dados

A colheita de dados teve como suporte um Guião de entrevista (APENDICE IX). A entrevista, semiestruturada, tinha por base as seguintes questões: Quais as principais dificuldades que sente em relação à doença e tratamento de HD? E Em que medida a sua família o ajuda, ou como o poderia ajudar? Em que aspetos?

A caracterização sociodemográfica foi conseguida através das seguintes variáveis sociodemográficas e das variáveis de caracterização do tratamento: género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, agregado familiar, tempo de tratamento em HD, qual o tipo de acesso para HD, etiologia da doença renal, comorbilidades, presença em lista de transplante, aumento de peso interdialítico, diurese e medicação que efetua.

3.5. Apresentação e análise dos dados

Na amostra constituída por seis informantes, observámos 2 (33,3%) participantes do género feminino e 4 (66,7%) género masculino. Em relação à idade, a média situa-se nos 61,8 anos, sendo a idade mínima de 32 anos e a máxima de 82 anos.

Da caracterização da amostra verifica-se que predominam os casados/uniões de facto (5-83,3%) sobre os solteiros (1-16,7%). Em relação à escolaridade predomina a formação até ao 3º ciclo (4-67%) e apenas 2 (33%) acederam ao ensino secundário. A maioria (5-83,3%) da amostra está aposentada e predomina a família nuclear (5-83,3%) em relação à alargada (1-16,7%). Estes dados revelam uma população idosa, próxima da média etária apontada pela SPN (2014) e com um nível de escolaridade baixo, também consistente com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE,2015).

O tempo em diálise situa-se entre 1 e 34 anos, com média nos 9,33 anos. Entre os acessos vasculares para HD predominam as FAV (4-67%) em relação às próteses (2-33%). Dos participantes 33,3% referiu ainda ter diurese enquanto 67% refere anúria.

A média de aumento de peso entre sessões é de cerca de 2kg, sendo o valor mínimo de 0,5kg e o máximo de 4kg. Quanto à etiologia renal observámos as seguintes patologias: mieloma múltiplo, vasculite, HTA e glomerulonefrite. As comorbilidades associadas verbalizadas foram a DPOC, HTA, Doença cardíaca, doença oncológica, AVC, dislipidémia, osteoporose. Tal como referem muitos autores (NKF, 2014; SPN, 2014) as doenças crónicas como a hipertensão arterial estão na base da DRC.

Relativamente à medicação, todos referiram nomes de alguma medicação que faziam, mas não conseguiram enumerar a totalidade dos medicamentos que tomavam. Dos 6 participantes apenas um esteve em lista de transplante durante 15 anos e referiu nunca ter sido chamado (quadros 5 e 6 do APENDICE X).

O envelhecimento a par dos estilos de vida e deficientes hábitos alimentares parecem estar na base do aparecimento de outras doenças preocupantes, como a HTA e a diabetes (DGS, 2012).

Através da análise de conteúdo, foram encontrados três grandes temas, a relação da doença com o tratamento de HD, a ajuda da família na gestão do regime terapêutico e as medidas de apoio à gestão do regime terapêutico. As unidades de registo das categorias e subcategorias de cada tema são apresentadas de forma detalhada nos Apêndices XI,XII e XIII.

3.5.1. Tema: A relação da doença como o tratamento

O tema “A relação da doença com o tratamento” engloba cinco categorias, duas que se referem a dificuldades, de natureza psicossocial e de natureza fisiológica. Uma terceira inerente ao relacionamento social durante o tratamento, uma quarta revelando as perceções em relação ao tratamento de Hemodiálise e a quinta sobre a atribuição de um sentido favorável ao tratamento. De seguida apresentam-se as categorias e subcategorias desta temática com algumas verbalizações ilustrativas dos informantes.

Quadro 2 - A relação da doença com o tratamento

Categorias	Subcategorias/Unidades de Registo
Dificuldades de natureza psicossocial	Gestão da restrição Hídrica (6 Ur) Realizar as sessões de Hemodiálise (3 Ur) Limitações nas actividades de vida diária (3 Ur) Gestão da restrição alimentar (1Ur) Não poder ir trabalhar (1Ur)
Dificuldades de natureza fisiológica	Cansaço relacionado com o tratamento (7 Ur) Dor na punção dos acessos vasculares (3 Ur) Lipotimia (2 Ur) Caibras (1 Ur) Dispneia (1 Ur)
O relacionamento social durante o tratamento	Relações com outros doentes (2 Ur) Relação com os enfermeiros (2 Ur)
Perceções em relação ao tratamento	Dependência do tratamento (2 Ur)
Atribuir um sentido favorável ao tratamento	Entender o tratamento como um emprego (2 Ur)

Tal como Powers Baldree & Murphy (1982) o encontro das categorias **de ordem psicossocial e fisiológica,** também foi evidente neste estudo. As alterações a nível do organismo manifestam-se com sintomas ou com manifestações psicológicas que se traduzem em situações, consideradas pelas pessoas como aspectos que interferem com o seu bem-estar.

O **relacionamento social** é outra categoria que emergiu, assim durante o tratamento a capacidade da pessoa para o autocuidado e cumprimento do regime terapêutico depende do seu estado de saúde, capacidade cognitiva e recursos

familiares e sociais (Cristóvão, 2013; Denhaerynck, et al., 2007). Por outro lado Imogene King alegava que era fundamental para a enfermagem, uma compreensão da forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente para preservar a sua saúde. O ajustamento à vida e à saúde são influenciados pelas interações do individuo com o ambiente (George, 2000; King, 1981).

Por outro lado **a perceção** é uma representação real de cada ser humano; é universal pois todas as pessoas a possuem. Como defende King os dados obtidos de acordo com os sentidos e a memória são organizados, interpretados e transformados; trata-se de um conceito muito marcante para as enfermeiras uma vez que permite o aprofundamento de uma base para reunir e interpretar informações (King, 1981).

A categoria **atribuição de um sentido favorável ao tratamento**, evidencia achados em outros estudos, Ritman ao estudar as estratégias que os doentes utilizavam para aceitar viver com a HD ao longo dos anos, encontrou um desenvolvimento de uma nova compreensão dos ser, interiorização do novo significado do que é a vida, manter a esperança e considerar a unidade de diálise como domicilio ou em sentido figurado imaginar que vão para o trabalho (Curtin & Mapes, 2001).

A categoria **dificuldades de natureza fisiológica** contém 5 subcategorias, todas encontradas aquando da realização do referencial teórico (Cristóvão, 2013; Curtin & Mapes, 2001; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000).

Na subcategoria Cansaço relacionado com o tratamento, foram encontradas 7 unidades de registo (Ur) que mostram o quanto as pessoas se sentem depauperadas após o tratamento de hemodiálise. Selecionamos as seguintes unidades de registo: *"A doença…o tratamento causa-me cansaço…muito cansaço" (E1); "Depois da diálise é uma canseira" (E2).*

Na subcategoria Dor na punção dos acessos vasculares, identificaram-se 3 Ur que caracterizam o quanto é doloroso suportar a punção dos acessos. Destacamos as seguintes: *"Custa-me muito as dores no picar da fístula" (E4); "Desde que me fizeram isto no braço, a fístula, sofro mais agora, com vocês a espetarem-me as agulhas, do que antigamente" (E4).*

Na subcategoria lipotimia foram identificadas 2 Ur, que revelam complicações durante ou após as sessões de HD. Escolhemos as seguintes: *"Os desmaios, as tonturas" (E3); "A tensão baixa…os desmaios estou sempre, volta na volta, no chão" (E4).*

Na subcategoria Caibras identificou-se 1 Ur, revelada na verbalização seguinte: *"Quando acabo o tratamento tenho alguns efeitos …caibras" (E3).*

Por fim a Subcategoria dispneia é demonstrada pela expressão: *"Custa-me a falta de ar antes de vir para a diálise" (E4).*

Na categoria **dificuldades de natureza psicossocial** inclui 5 subcategorias, onde nomeadamente a gestão da restrição hídrica e alimentar é focada por muitos autores (Kutner, Zhang, M. McClellan, & Cole, 2002; Curtin & Mapes, 2001; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000).

As seguintes expressões ilustram a subcategoria gestão da restrição hídrica: "O que mais me custa é a água, a água é que é o pior, é complicado" (E5); *"Quando comecei a Hemodiálise foi difícil a sede" (E6).*

Na subcategoria realizar as sessões de hemodiálise, selecionamos os seguintes exemplos: "O que me custa mais é chegar cá é o vir para cá" (E1); *"são muitas horas…mas parece que tem que ser assim…" (E4).*

Na subcategoria limitações nas actividades de vida diária, a incapacidade para realizar os cuidados de higiene, foram alguns dos exemplos enumerados. Escolhemos a seguinte verbalização: *"Tomo banho sozinha, mas não consigo limpar-me da cintura para baixo é difícil. Agravou-se com os anos…" (E6).*

A subcategoria gestão da restrição alimentar foi mencionada uma vez e evidencia a dificuldade em controlar a quantidade de alimentos: *"Eu era de muito alimento, quando vejo elas, a minha irmã e sobrinha, a comer muito...fico…custa-me" (E5).*

A subcategoria não poder ir trabalhar foi mencionada uma vez e revela o impacto do tratamento sobre a vida social e profissional. Transcreve-se a expressão:

"A minha atividade profissional como cantor e músico e ter que viajar dificulta muito as coisas" (E3).

Na categoria **o relacionamento social durante o tratamento** inclui 2 subcategorias, evidenciando a importância das relações sociais na vida das pessoas e a importância do enfermeiro valorizar este aspeto nos cuidados a estas pessoas (George, 2000; King, 1981).

Na subcategoria relações com outros doentes foram mencionadas 2 Ur, que ilustram a importância dos outros, valorizando a amizade e companheirismo bem como na forma como encaram o próprio tratamento.

Destacam-se as seguintes expressões*: "Venho muitas vezes para o tratamento com amigos que em trazem" (E3); "Gosto de vir para a hemodiálise…tenho cá amigos, doentes, todos são uma família" (E5).*

Na subcategoria relação com os enfermeiros achamos 2 Ur que também enaltecem os laços afetivos criados com a equipa de saúde. Selecionamos as seguintes verbalizações: *"Não tenho nada a dizer da equipa dos enfermeiros, têm sido impecáveis comigo" (E2); "Tenho uma relação de proximidade aqui na diálise com alguns profissionais. Somos quase uma família" (E6).*

A categoria **perceções em relação ao tratamento**, manifesta-se pela subcategoria dependência do tratamento como algo que afeta as pessoas. Eis as 2 Ur: *"A dependência deste tratamento é difícil, na minha vida" (E3); "Estou muito dependente" (E6).*

A categoria **atribuir um sentido favorável ao tratamento** traduz-se na subcategoria entender o tratamento como um emprego, (2 Ur), onde é visível a forma como muitos doentes encaram a doença e tentam dar-lhe outro significado: *"A minha filha diz…em jeito de brincadeira…estas a arranjar as tuas coisinhas, para o teu emprego" (E6); "Em tempos eu aceitava a hemodiálise como um emprego" (E6).*

3.5.2. Tema: A ajuda da família na gestão do Regime terapêutico

O quadro 3 apresenta as categorias e subcategorias do tema ”a ajuda da família na gestão do regime terapêutico”.

Quadro 3 - A Ajuda da família na gestão do regime terapêutico

Categorias	Subcategorias/ Unidades de Registo
Papel da família no tratamento	Apoio psicológico fornecido pelo cônjuge e outros familiares (17Ur) Interesse do familiar pela gestão do tratamento (13 Ur)
Ajuda na gestão da dieta	Conhecimento dos familiares sobre as medidas para gerir as restrições de dieta (4Ur) Alertas no consumo de alimentos ricos em potássio (2 Ur) Confeção dos alimentos (9Ur)
Ajuda na gestão do acesso vascular	Conhecimentos dos familiares acerca do acesso vascular (11 Ur)
Ajuda na gestão da medicação	Agir perante uma emergência (1Ur) Organizar a toma dos medicamentos em envelopes (1 Ur) Organizar uma lista de medicamentos para evitar esquecimentos (2 Ur) Administração dos medicamentos (4 Ur) Comprar os medicamentos (2 Ur)
Ajuda na restrição hídrica	Alertas para o consumo Hídrico (3Ur) Controle da quantidade de líquidos ingerida (2Ur) Reduzindo o sal na confeção de alimentos (3 Ur)
Atividades da vida diária	O apoio da família na realização das atividades instrumentais do dia-a-dia (7 Ur)
Expressividade de emoções e sentimentos	Valor e gratidão dos familiares (5 Ur)

Quatro categorias evidenciam os pilares do regime terapêutico pesquisadas na literatura (gestão da dieta, gestão dos líquidos, gestão do acesso vascular e da toma de medicação) fundamentais para o êxito do regime terapêutico (Polaschek, 2003; Morgan, 2000). No entanto o papel da família destaca-se claramente pela influência desta na pessoa no seu dia-a-dia (Wright & Leahey, 2013; Weber & Kelley, 2010; Henriques, 2008). As atividades de vida diária, foram outra área encontrada, onde os familiares ajudam. Algumas dessas atividades são enumeradas na escala de Lawton e ilustram a dificuldade das pessoas em não conseguir levar a cabo determinadas atividades instrumentais do quotidiano (SPMI, 2012).

A expressividade de emoções e sentimentos aparece como uma forma de enaltecer o papel dos seus familiares no acompanhamento diária do seu tratamento. Numa família com um bom funcionamento entre os seus elementos, é expectável que sejam capazes de expressar as suas emoções, que sejam claros na expressão dos seus sentimentos e necessidades, que exista encorajamento com feedback, escuta e olhar atento bidirecional, tratamento com respeito (Wright & Leahey, 2013; Almeida, Pacheco, & Mota, 2007; George, 2000).

Na categoria **papel da família no tratamento** encontramos 2 subcategorias. O apoio psicológico mostra a importância da família em manter o equilíbrio e a estabilidade dos comportamentos do agregado familiar. Destacam-se as seguintes Ur: *"Ele tem sempre uma palavra de apoio …se me apercebo que já não faço uma coisa e fico com pena, ele levanta o meu estar para cima" (E6); "Foi sempre o meu apoio, muito preocupado e amigo em me poupar…e levantar a moral ao longo dos anos" (E6); "O meu marido ajuda-me em tudo, ajuda-me naquilo que já não posso fazer"(E6).*

Na subcategoria interesse do familiar pela gestão do tratamento foram encontradas 13 Ur onde é notório as referências aos familiares pelo interesse contínuo e constante pela pessoa com DRC, o que lhes dá ânimo.

Selecionaram-se as seguintes verbalizações: "Ela tem vindo sempre comigo quando vim fazer isto no braço, ela sempre ouviu tudo, mostrou interesse pelo que a médica disse" (E2); *"Está sempre presente…o aparecimento desta doença mostra da parte dele interesse e carinho pelo que estou sujeito" (E3).*

Na categoria **ajuda na gestão da dieta**, encontramos 3 subcategorias. Da subcategoria conhecimento dos familiares sobre medidas para gerir as restrições de dieta, escolhemos as seguintes expressões: *Ela sabe que não é só a qualidade dos alimentos é também a quantidade" (E2); "Se eu quiser repetir a comida …ela está sempre lá, chama-me a atenção" (E3).*

Na subcategoria alertas no consumo de alimentos ricos em potássio, enumeramos as seguintes: *"Se quero comer fruta…eu gosto muito de fruta….Ele diz logo: olha o potássio !!" (E1); "Na fruta como pouca, 2 peças de fruta por dia…ele sabe as que têm potássio. A banana, melão, laranjas...ajuda-me nisso" (E6).*

A subcategoria confeção dos alimentos evidencia a ajuda dos familiares nesta área, onde são evidentes várias estratégias como o demolhar, o cortar em pedaços ou o mudar da água aos alimentos. Escolheram-se as verbalizações: *"Na cozedura dos alimentos sabe que os alimentos devem estar de um dia para o outro dentro de água" (E2); "No cozinhar dos legumes, ela no caso das batatas lava e ferve em duas ou mais águas…ela é que faz" (E3).*

Na categoria **ajuda na gestão do acesso vascular** encontramos a subcategoria conhecimentos dos familiares acerca do acesso vascular, onde se selecionaram as seguintes expressões: *"Em relação ao acesso, ela sabe que faço diálise por aqui…sabe que não posso fazer esforço pegar em coisas pesadas" (E3); "Sobre o braço sabem que não posso fazer força…pois eu fazia tudo, pintava, raspava paredes, desviava tudo lá em casa" (E5);* "*Ele sabe que não se pode medir tensão neste braço da fístula nem colher sangue" (E6).*

A categoria **ajuda na gestão da medicação** inclui 6 subcategorias. A subcategoria agir perante uma emergência, é exemplificada pela seguinte expressão: *"Ela é uma retaguarda, se houver uma emergência ela sabe o que se passa sabe o que devo tomar" (E2).*

A subcategoria organizar a toma dos medicamentos destacamos a verbalização: "*Ele tem uns envelopes com os medicamentos todos, ele é que fez os envelopes, fica tudo numa bolsinha" (E1).*

A subcategoria organizar uma lista de medicamentos para evitar esquecimentos surge com 2 Ur, apresentam-se as expressões: *"Ele tem tudo escrito…os que são vitaminas, os que são para proteger o estômago…ele é que mos dá" (E1); "Em relação aos medicamentos como são tantos, temos uma listagem, que trago sempre comigo" (E2).*

Na subcategoria administração dos medicamentos evidenciamos as seguintes*: "Ela em relação á medicação, é ela que me dá os medicamentos, isso é com ela" (E3); "Até os comprimidos…ele é que me os dá, toma conta disso todos os dias, põe lá para eu tomar" (E3).*

Na subcategoria comprar os medicamentos**,** mostram o papel do cônjuge, sobretudo da mulher. Registamos as expressões: *"Ela é que compra os medicamentos…vai á farmácia" (E2; "A maior parte das vezes é a minha mulher que os vai buscar" (E3).*

A categoria **ajuda na restrição hídrica** inclui 3 subcategorias. Da subcategoria alertas para o consumo hídrico destacamos as seguintes frases: *"Nos convívios ela costuma chamar-me atenção para os abusos nos líquidos" (E2);* "*Ela está sempre atenta ao que bebo, faz muitos alertas" (E3).*

Na subcategoria controle da quantidade de líquidos ingerida, manifestam-se as seguintes expressões: *Quero repetir, beber mais um pouco e ela diz já chega!" (E2); "Na quantidade de líquidos a minha mulher sabe, ela nem me água me quer dar…controla…mas controla a valer" (E4).*

Da subcategoria reduzindo o sal na confeção dos alimentos, destacam-se as seguintes unidades de registo: *"Em relação aos alimentos e líquidos ela sabe dos cuidados, ela esta sempre a alertar-me por causa do sal" (E3); "No cozinhar dos alimentos praticamente não põe sal nenhum" (E4).*

A categoria **actividades de vida** inclui a subcategoria, o apoio da família na realização das atividades instrumentais do dia-a-dia, onde é visível o modo como a família ajuda o seu familiar. Apresentamos as seguintes verbalizações: *"Ele cozinha, faz o comer e sabe muito bem como fazer, faz muito bem" (E1); "Ele apanha a roupa e faz...porque vê que eu não posso" (E1).*

Por último, a categoria **Expressividade de emoções e sentimentos** inclui apenas a subcategoria valor e gratidão dos familiares de que extraímos algumas verbalizações: *"Ele é incansável, se não fosse o meu marido já tinha morrido" (E1); "Ela é como se fosse uma segunda voz a da consciência" (E2).*

3.5.3. Tema: Medidas de apoio à gestão do regime terapêutico

O quadro 4 apresenta as categorias e subcategorias do tema "medidas de apoio à gestão do regime terapêutico". As três categorias incluem as fontes de informação

dos familiares, a ajuda dos técnicos de saúde e um conjunto de sugestões para a educação da família, nesta área em particular.

Cada pessoa é única, e um conhecimento holístico das pessoas com DRC, que estão ao cuidado da enfermeira, é determinante para estabelecer novas abordagens dos comportamentos, de educação, e de intervenções que promovam uma adesão ao regime terapêutico que a DRC exige (Morgan, 2000).

Quadro 4 - Medidas de apoio à gestão do Regime terapêutico

Categorias	**Subcategorias/ Unidades de Registo**
Fontes de informação dos familiares	Pesquisas (2 Ur) Livros (2 Ur) Consultas (1Ur) Informação do cônjuge (3 Ur) Tomar notas/apontamentos sobre o tratamento (2 Ur) Observação das sessões de Hemodiálise (1Ur)
Ajuda dos técnicos de saúde	O Médico/ Nefrologista (2 Ur) A Nutricionista (3 Ur) O Enfermeiro (1 Ur)
Sugestões para educar a família	Partilha de informação entre a família, a pessoa com DRC e o enfermeiro (4Ur) Permitir que os familiares participassem em reuniões da equipa de saúde (2Ur)

A categoria **fontes de informação**, inclui 6 subcategorias. A subcategoria pesquisas efetuadas pelos familiares para aumentarem os seus conhecimentos é suportada por afirmações como: *"Pesquisa na internet tudo e mais alguma coisa sobre o tratamento" (E2)*; *"Eu aprendi e soube, soubemos, fomos aprendendo, pesquisando… no início ninguém ensinava nada a ninguém" (E6)*.

A subcategoria livros, corresponde das verbalizações: "*A minha irmã tem um livrinho que lhe deram para saber como cozinhar os alimentos" (E5); "… Deram-lhe um livrinho sobre o que podia e não podia comer" (E3).*

Na subcategoria consultas encontramos um informante que afirmou*: "Ela vem comigo às consultas, sabe de tudo" (E2).*

Na subcategoria informação do cônjuge**,** corresponde a um contributo para a aquisição de informação por parte do familiar. Escolhemos as seguintes expressões: *"Ele sabe isso tudo, sabe porque fui-lhe dizendo…ouvia aqui na diálise" (E1); "Fui-*

lhe passando a informação e ele foi retendo e fazendo…tem cuidado, muito cuidado comigo" (E1).

Na subcategoria tomar notas/apontamentos sobre o tratamento, corresponde a outra forma dos familiares sistematizarem a sua aprendizagem para ajudar o seu familiar. Destacamos as afirmações: *"Com ela a informação não é do tipo ouve e sai, não! Ouve dá a volta ao cérebro, retém, aponta a informação" (E2); "Tomou apontamentos do que ouvia, durante a visita na sessão de hemodiálise" (E2).*

A subcategoria observação das sessões de hemodiálise**,** traduz o momento de aprendizagem dos que estão atentos às informações dos técnicos de saúde e do meio que os rodeia, durante o tratamento. É suportada por frases como: *"Ela já assistiu, viu 2 ou 3 sessões de Hemodiálise e aprendeu muita coisa sobre o tratamento." (E2).*

A categoria **ajuda dos técnicos de saúde** inclui 3 subcategorias. A subcategoria o médico/nefrologista, corresponde à ajuda e acompanhamento prestado pelo médico e fundamenta-se em expressões como: *"Temos tido reuniões com o médico nefrologista …" (E2); "Ela soube dos cuidados porque os médicos falaram com ela…" (E3)*.

A subcategoria o nutricionista**,** resulta do apoio deste técnico durante as consultas sobre a dieta. Apresentamos os comentários: *"tivemos consultas, eu e a minha esposa com a nutricionista". (E2); "Ela, a minha esposa, teve uma consulta com a nutricionista…esteve a explicar-lhe como devia fazer as coisas." (E3).*

Na subcategoria o enfermeiro evidencia o potencial papel do enfermeiro como educador durante a sessão de hemodiálise e é deduzida da afirmação: *"Com o enfermeiro o diálogo, a informação é mais nas 4 h de tratamento de hemodiálise" (E2).*

A última categoria – **sugestões para educar a família** – inclui duas subcategorias. A subcategoria partilha de informação entre a família, o doente e o enfermeiro**,** sugere que o doente e família precisam de informação do enfermeiro e que isso pode favorecer a aprendizagem. Tal como refere King na prática de cuidados de enfermagem é fundamental ocorrer interação recíproca como

coadjuvante para um sistema interpessoal positivo. Os papéis individuais terão influência na interação. Para esta teórica cada um dos indivíduos envolvido numa interação transfere diversas conceções, atitudes e perceções e nessa permuta cada um faz um julgamento, agindo mentalmente ou decidindo fazer. Escolhemos os seguintes registos: "*Mas se houvesse uma conversa entre a enfermeira e o meu marido, se calhar ajudava...não achava mal" (E1); "Talvez devêssemos saber mais coisas sobre os cuidados (…)" (E1); "Ela beneficiava do fornecimento de informações, ia apreciar isso" (E2); "Elas* [irmã e mãe] *beneficiavam de ouvir e virem cá à HD, para mais informação sobre os cuidados a ter, por exemplo, com o acesso vascular" (E5).*

A subcategoria permitir que os familiares participassem em reuniões com a equipa de saúde, evidencia a vontade e interesse da família e doente se envolverem no tratamento, de forma a participarem no planeamento do regime terapêutico. É o que sugerem as seguintes expressões: "*Nós beneficiaríamos se houvesse uma presença dela em reuniões com a equipa de enfermagem. Maior proximidade" (E2);* "*Era bom, a minha mulher ouvir falar dos cuidados a ter, vir a reuniões com a equipa de saúde, com a enfermagem" (E4).*

3.6. Discussão dos dados

A análise dos dados conduziu à identificação de 3 grandes temas: "a relação da doença com o tratamento de hemodiálise"; "a ajuda da família na gestão do regime terapêutico" e "medidas de apoio à gestão do regime terapêutico". No primeiro tema destacam-se as subcategorias dificuldades fisiológicas (cansaço e dor à punção) e psicológicas (restrição hídrica, ter de realizar diálise; e limitações nas actividades de vida diária). Estes achados são consistentes com a revisão da literatura.

A restrição hídrica foi classificada como sendo o maior fator de stress psicossocial, enquanto entre os fatores de stress fisiológicos, sobressaiem as cãibras musculares e fadiga. (Harwood, Wilson, Sontrop, Spittal, & Locking-Cusolito, 2009; Powers, Baldree, & Murphy, 1982). O relacionamento social, surge como uma

categoria em que são evidenciadas as relações com os outros doentes e com a equipa de saúde, os laços e elos importantes para a pessoa com DRC.

A área afetiva e de socialização traduzem-se pela resposta da família à necessidade de apoiar e de cuidar dos seus membros, de manter proximidade, a intimidade e o equilíbrio face à separação. A socialização refere-se à capacidade da mesma trazer para o núcleo familiares interações sociais saudáveis (Weber & Kelley, 2010; King, 1981).

As perceções em relação ao tratamento, permitem ao Enfº reunir e analisar um conjunto de informação pertinente para poder planear cuidados de enfermagem personalizados. Neste grupo de informantes a tónica recaiu sobre a dependência em relação ao tratamento. A atribuição de um significado positivo ao tratamento de HD, considerando-o como um emprego também é descrito em outros estudos e corresponde ao desejo de manter a normalidade (Cristóvão, 2013; Curtin & Mapes, 2001).

No tema “a ajuda dos familiares na gestão do regime terapêutico”, o destaque do papel da família no tratamento mostrou uma elevada expressão ao nível do apoio psicológico e do interesse dos familiares no cuidar. A família tem uma influência positiva e isso afeta a vivência com o tratamento de HD (Shell & A.Cohen, 2014; Henriques, 2008).

Na ajuda da gestão da restrição da dieta, distinguiram-se as ajudas ao nível da confeção de alimentos, os conhecimentos da família sobre medidas para gerir essas mesmas restrições e a função de alertar para o consumo de alimentos ricos em potássio.

Na gestão do acesso vascular a evidência dos conhecimentos dos familiares acerca do acesso vascular foi destacada. Os cuidados a ter com o acesso permitem prevenir muitas complicações e a educação da pessoa para os cuidados a ter pode ser uma mais-valia. Neste ponto, parece ser consensual a necessidade de envolver também o familiar de referência (Sousa, et al., 2014).

Quanto à ajuda na gestão na medicação, foram claras várias atitudes: o agir perante uma emergência, a organização da toma dos medicamentos em envelopes,

a organização em listas de medicamentos para evitar esquecimentos, a administração dos medicamentos e a compra dos mesmos.

Atualmente, no agregado familiar, cada vez se confundem mais os papéis do homem e da mulher na vida em comum (Osório, 1996). No entanto, nesta categoria foi visível o cunho da atuação do género feminino, a esposa exercendo estas funções (Henriques, 2008; Osório, 1996).

Na ajuda da gestão da restrição hídrica, sinalizaram-se alertas da família sobre o consumo de líquidos, sobre o controlo da quantidade de líquidos a ingerir e sobre as atitudes para reduzir o sal na alimentação, o que contribui para diminuir a sede. Estas medidas são consistentes com o aconselhamento da equipa de saúde e com outros estudos. O que é concordante com outros estudos onde se encontraram estas estratégias (Cristóvão, 2013; Denhaerynck, et al., 2007; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000).

O apoio da família na realização das actividades de vida diária foi identificado, o que vem corroborar o que a autora Weber defende, ao considerar que a família tem em si uma função instrumental, ou seja tem a capacidade para desempenhar as atividades diárias normais bem como na presença de um familiar doente (Weber & Kelley, 2010).

A aplicação de escalas como a de Lawton pode ser uma contribuição para um maior conhecimento da pessoa idosa e seu núcleo familiar (SPMI, 2012). A expressividade de emoções e sentimentos, surgiu através das verbalizações feitas onde se identificou o valor e a gratidão pelos seus familiares.

Estes achados vêm corroborar os autores Shell e Cohen, quando enfatizam a importância das emoções, expressas verbal ou não verbalmente pela pessoa com DRC, na discussão e planeamento do seu plano de cuidados. Sugerem a aplicação de uma ferramenta: NURSE (Shell & A.Cohen, 2014, p. 2018).

Ao avaliar uma família, é necessário que Enfº estude a sua estrutura, os seus elementos, qual a ligação afetiva entre eles, qual o seu contexto quotidiano. O genograma permite perceber a estrutura das famílias, podendo-se sinalizar casamentos, nascimentos, relações entre os elementos e idades. Já o ecomapa, é

um diagrama das relações entre a família e o meio que o rodeia que permite avaliar as ajudas e apoios disponíveis e sua utilização pela família (Wright & Leahey, 2013).

Relativamente às medidas de apoio à gestão do regime terapêutico, as fontes de informação dos familiares são as pesquisas, os livros, as consultas, as informações fornecidas pelo cônjuge, as anotações sobre o tratamento e a própria observação das sessões de HD. Os técnicos de saúde também foram considerados uma fonte de ajuda na aquisição de conhecimentos e gestão do regime terapêutico, nomeadamente o médico, a nutricionista e o enfermeiro. Os participantes parecem valorizar as consultas e as reuniões com o médico e nutricionista, em relação aos contactos com o Enfº.

Foi destacada a necessidade de diálogo nas 4 horas de sessão de hemodiálise, o que parece ser um momento de interação promotor de educação para a saúde entre a pessoa com DRC e o enfermeiro (EDTNA-ERCA, 2013; George, 2000). Quanto às sugestões para educar a família, são propostas conversas entre os familiares/doente e equipa de saúde, a necessidade de informação sobre os cuidados a ter na gestão do regime terapêutico e permitir que os familiares participem em reuniões da equipa de saúde.

São vários os autores a referir o apoio social e familiar com coadjuvantes para o êxito do Regime terapêutico, (Polaschek, 2003). A família deve ser considerada como parte da equipa de saúde e deve ser envolvida nos cuidados. Considerá-la como um aliado pode ser uma mais-valia, para o êxito do plano terapêutico. Capacitar a família a participar no tratamento, torna-a mais confiante e disposta a desempenhar o seu papel (Sieloff, 2004).

Ao conhecer em pormenor o que acontece aos doentes e aos membros da família, o enfermeiro poderá promover estratégias para lidar com as situações (King, 1981).

4. CONCLUSÃO

O incremento verificado no número de pessoas com DRC em tratamento de hemodiálise é cada vez maior. Em Portugal em 2014, existiam 18703 doentes em tratamento substitutivo renal, estando 11350 em tratamento de HD, o que motiva um claro acompanhamento por parte dos profissionais de saúde desta situação (SPN, Encontro Renal 2015, 2014). A pessoa com doença renal crónica em tratamento de hemodiálise, sente o impacto desta doença na sua vida, devido às restrições com que se deparam no seu dia-a-dia impostas pela sua condição de doença crónica. A dependência tecnológica e de uma equipa técnica de saúde, destabilizam a vida da pessoa como um todo. Ter de efetuar tratamento, em média 3 vezes por semana, durante o restante tempo de vida, pode não ser encarado como um infortúnio, uma fatalidade, mas como um "ganho" de vida. O mesmo deve ser sentido como uma ajuda no seu quotidiano e encarar cada tratamento como uma nova dádiva de vida Polascheck (2003), considera que a experiência de viver em diálise torna-se uma forma normal de estar. Viver com técnicas de substituição renal é benéfico mas também problemático, porque cria um contexto social distinto que influencia a experiência da pessoa em Hemodiálise (Polaschek, 2003).

A realização deste Relatório, foi profícua pelas aprendizagens e reflexões ao longo do meu percurso académico no curso de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente de enfermagem de nefrologia. Todo o referencial teórico elaborado e pesquisado, nomeadamente as emanações da teórica de Enfermagem Imogene King nortearam a realização deste relatório, com maior expressão na realização do trabalho de investigação. Os estágios tiveram um papel preponderante no desenvolvimento das competências propostas de uma forma progressiva e sedimentada em diferentes áreas de intervenção de enfermagem nefrológica à pessoa com doença renal aguda e crónica. Nesses locais de estágio desenvolvi uma maior sensibilidade para a problemática da gestão do regime terapêutico e a necessidade de envolver a família nos cuidados. A possibilidade de realizar um estudo no último campo de estágio foi uma experiência enriquecedora, sobretudo pelas interações vivenciadas com os informantes, ao relacionar com os dados de outros estudos, pela análise efetuada das verbalizações e

fundamentalmente pelos contributos para a prática da enfermagem na área da Nefrologia. Parafraseando Nunes “atendendo ao rápido crescimento da ciência, a investigação em Enfermagem tem um papel primordial na promoção de uma melhor resposta às necessidades da população em matéria de saúde” (Nunes, 2003, p. 349).

Elaborei assim um estudo qualitativo e descritivo com uma amostra intencional de 6 informantes com DRC em tratamento de Hemodiálise com o objetivos de: 1) conhecer a perceção da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em tratamento de HD relativamente á ajuda por parte do seu núcleo familiar, na gestão do seu regime terapêutico; 2) caracterizar a ajuda que a pessoa com DRC em HD recebe da família para gerir o regime terapêutico e 3) identificar os recursos externos usados pela pessoa com DRC para gerir o regime terapêutico.

Os resultados do estudo vão de encontro às premissas desenvolvidas no Programa Gulbenkian Inovar em Saúde, que enaltece que todo o doente é objeto e alvo de todas as ações, num sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos respetivos cuidados” (Gulbenkian, 2014).

Foram sinalizadas através da análise de conteúdo três áreas na tríade (pessoa com DRC/família e enfermeiro), são elas: a relação da doença com o tratamento de hemodiálise; a da ajuda da família na gestão do regime terapêutico e medidas de apoio à gestão do regime terapêutico.

Os cinco aspetos inerentes “à relação da doença com o tratamento hemodiálise” evidenciaram várias conceções, nomeadamente; as dificuldades psicossociais e dificuldades fisiológicas; o relacionamento social durante o tratamento; as perceções em relação ao tratamento e a atribuição de um sentido favorável ao mesmo. Nas dificuldades psicossociais foram mencionados os seguintes itens: gestão da restrição hídrica, realizar as sessões de hemodiálise, limitações nas atividades de vida diária, gestão da restrição alimentar e não poder ir trabalhar.

Ao nível das dificuldades fisiológicas encontraram-se as seguintes referências: cansaço relacionado com o tratamento, dor na punção do acesso vascular, lipotimia, cãibras e dispneia. No relacionamento social durante o tratamento surgiram alusões

às relações com os outros doentes e as relações com os enfermeiros/equipa de saúde. As perceções em relação ao tratamento foram expressadas salientando a dependência que sentem do mesmo. A atribuição de um sentido favorável ao tratamento foi verificada através do entendimento do mesmo como a ida para o emprego.

A ajuda da família na gestão do regime terapêutico, foi clarificada em sete pontos-chave: no papel da família no tratamento; na ajuda da gestão da dieta; na ajuda da gestão do acesso vascular; na ajuda da gestão da medicação; na ajuda da restrição hídrica; nas atividades da vida diária e na expressividade de emoções e sentimentos.

O papel da família no tratamento foi enfatizado pelo apoio fornecido pelo cônjuge e outros familiares e pelo interesse do familiar na gestão do mesmo. Na *ajuda na gestão da dieta* identificaram-se áreas relacionadas com os conhecimentos dos familiares sobre medidas para gerir as restrições de dieta, alertas no consumo de alimentos ricos em potássio e ainda sobre os cuidados na confeção dos alimentos. Quanto à ajuda na gestão do acesso vascular encontraram-se referências aos conhecimentos dos familiares acerca do acesso vascular.

Na ajuda na gestão da medicação foram mencionadas algumas atuações como agir perante uma emergência, organizar a toma dos medicamentos em envelopes, organizar uma lista de medicamentos para evitar esquecimentos, administração dos medicamentos e a compra/aquisição dos mesmos.

Na ajuda da restrição hídrica apareceram inferências sobre alertas para o consumo hídrico, controle da quantidade de líquidos ingerida e redução do sal na confeção de alimentos. As actividades da vida diária foram identificadas através das expressões sobre o apoio da família na realização das actividades instrumentais do dia-a-dia. A Expressividade de emoções e sentimentos teve a sua notoriedade nas expressões de valorização e gratidão em relação aos familiares.

Nas medidas de apoio à gestão do regime terapêutico emergiram três áreas; as fontes de informação dos familiares; a ajuda dos técnicos de saúde e sugestões para educar a família. As fontes de informações enumeradas foram várias como por exemplo as pesquisas, os livros, as consultas, a informação fornecida pelo cônjuge,

o tomar notas sobre o tratamento e a observação de sessões de hemodiálise. Na ajuda dos técnicos de saúde são referidos os médicos e nutricionista referindo-se sobretudo a presença em consultas. Quanto ao enfermeiro é feita uma referência muito clara à necessidade de diálogo durante as sessões de hemodiálise.

Nas sugestões para educar a família são sugeridas conversas conjuntas entre os familiares/doente e técnico de saúde, fornecimento de informação sobre os cuidados, inerentes à gestão do regime terapêutico aos familiares e permitir que os familiares participem em reuniões com a equipa de saúde.

O estudo permitiu enfatizar que a família constitui um grande apoio à pessoa com DRC, assumindo um papel preponderante na ajuda e apoio, acompanhando continuamente ao longo do tempo o percurso da doença e ajudando o seu familiar a implementar o regime terapêutico. Tal como defendem Curtin e Mapes deve-se ter em linha de conta todos os esforços positivos, da pessoa com DRC para se envolver nos seus cuidados de saúde, de modo a melhorar a sua saúde, seja na prevenção de complicações, controle de sintomas, quer na utilização dos recursos para minimizar o impacto da doença no seu quotidiano (Curtin & Mapes, 2001).

Torna-se assim fundamental a posição da enfermeira especialista em nefrologia, pela excelência na sinalização dos alvos. Identificando quais os comportamentos que estão por detrás de uma gestão deficiente do regime terapêutico, de modo a promover intervenções que visem maximizar a qualidade de vida destas pessoas com DRC. Não basta as enfermeiras observarem, avaliarem e tratarem os sintomas e sinais físicos. Deve ser dado um grande enfoque às necessidades das pessoas nas áreas social e emocional, aceder ao suporte do seu sistema familiar, nível de educação e de entendimento (Cristóvão, 2013; Morgan, 2000). Fica o meu compromisso de delinear futuramente na minha prática de cuidados, ações de formação junto dos pares, sobre temáticas que me suscitaram interesse (genograma/ecomapa), bem como a divulgação dos resultados do estudo de investigação elaborado. O impulso do desempenho do papel do enfermeiro responsável, na prática dos cuidados em Nefrologia, fica também como um propósito. Sendo preponderante a inclusão da família, como parceiro de cuidados na gestão do regime terapêutico da pessoa com DRC em PRHD, como uma mais-valia.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.Thelan, L., Davie, J. K., & D.Urden, L. (1993). *Enfermagem em Cuidados Intensivos -Diagnóstico e Intervenção.* Lusodidacta.

Almeida, A., Pacheco, E., & Mota, L. (Maio de 2007). A Família:o primeiro suporte ao Insuficiente Renal Crónico. *vol.IX*, pp. 19-30.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo.* Coimbra: Edições 70 Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito.* Coimbra: Quarteto.

Brett Cullis, M. A. (2014). PERITONEAL DIALYSIS FOR ACUTE KIDNEY INJURY. (J. o. Dialysis, Ed.) *ispd guidelines/RECOMMENDATION, 34*, pp. 494-517. Obtido em 23 de Outubro de 2014, de PERITONEAL DIALYSIS FOR ACUTE KIDNEY INJURY: http://www.pdiconnect.com/content/34/5/494.full.pdf+html

Caregiver Action Network, C. (2015). Obtido de http://www.caregiveraction.org/

Caregiving, N. A. (2004). *Caregiving in the United States.* Washington: DC:Author.

Chamney, M. J. (2007). *Competency Framework.* Education Board of EDTNA-ERCA European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care. Obtido de www.edtna-erca.org.

Crabtree,J;Burchette,R. (julho de 2005). *Publmed-US National library of Medicine Nationa Institute of Health*. Obtido em 23 de 0utubro de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15972162

Cristóvão, A. F. (Out- Dez de 2013). Dificuldades y estrategias en el manejo del regimen terapéutico en el paciente renal crónico en hemodialisis. *Enfermagem Nefrologica*.

Cristovão, F. (1998). Stress Coping e Qualidade de vida em doentes renais crónicos em Hemodiálise. *Nephro's*, pp. 21-27.

Curtin, R. B., & Mapes, D. (Agosto de 2001). Health Care Management Strategies of long-Term Dialysis Survivors. *Nephrology Nursing Journal*, pp. 385-394.

Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & Geest, S. D. (Maio de 2007). Prevalence and consequences of nonaderence to Hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*, pp. 222-235.

DGS. (2011). Norma Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. In M. d.-D. Saúde, *Norma 017/2011.* Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (28 de Fevereiro de 2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Obtido em 6 de Junho de 2014, de http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/

Dialysis, I. S. (s.d.). *http://ispd.org/media/pdf/Consensus__Change_20_.pdf*. Obtido em 28 de Outubro de 2014, de http://ispd.org/media/pdf/Consensus__Change_20_.pdf

EDTNA-ERCA. (2013). Obtido em 08 de Julho de 2014, de http://www.edtnaerca.org/pdf/education/2013_EKHA_Key_Messages.pdf

Eleftheroundi, M. (2014). *http://www.edtnaerca.org.* Obtido em 29 de Dezembro de 2014, de http://www.edtnaerca.org/pdf/education/newsletter/2014/newsletter3-pt.pdf

Ferreira Moura, E. R., & Pagliuca, L. M. (38(3) de 2004). A teoria de KIng e a sua interface com o Programa "Saude da Família". *Revista de Enfermagem USP*, pp. 270-279.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação da concepção à realização.* Lusociência.

Foundation-NKF, N. K. (1 de Janeiro de 2015). *National Kidney Foundation*. Obtido de https://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd.

George, J. B. (2000). Imogene King. In J. B.George, *Teorias de Enfermagem.Os fundamentos á prática profissional.* (pp. 169-182). Porto Alegre: Artmed Editora 4ª edição.

Gulbenkian, F. C. (Setembro de 2014). Um futuro para a Saúde-todos temos um papel a desempenhar. Lisboa.

Harwood, L., Wilson, B., Sontrop, J., Spittal, J., & Locking-Cusolito, H. (Maio de 2009). Stressors and Coping in individuals With Chronic Kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, pp. 265-301.

Henriques, V. (2008). A familia na hemodiálise. *VI Congresso Português de Sociologia-Mundos Sociais:Saberes e práticas* (p. série 9). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa Faculdade de ciências sociais e humanas.

ICN, C. I. (2011). *Classificação para a prática da Enfermagem,CIPE versão2* (Ordem dos Enfermeiros ed.). (O. d. Portugueses, Trad.) Santa Maria da Feira: Rainho e Neves Lda.

INE. (2015). *Instituto Nacional de Estatistica*. Obtido em 30 de janeiro de 2015, de www.ine.pt: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

ISPD. (2011). *www.ispd.org*. Obtido em 23 de Outubro de 2014, de International Society of Peritoneal Dialysis: http://www.ispd.org/lang-en/treatmentguidelines/guidelines

Khanna, R., & Krediet, R. (2009). *Nolph and Gokal´s text books of Peritoneal dialysis* (3ª ed.). NewYork: Springer.

Khanna, R., & Krediet, R. (2009). *Nolph and Gokal's text of Peritoneal Dialysis.* New York: Spinger.

King, I. (1981). *A Theory for nursing: systems,concepts, process.* New York: Wiley Medical Publications.

Kris Denhaerynck, D. M. (Maio de 2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*, pp. 222-235.

Kutner, N. G., Zhang, R., M. McClellan, W., & Cole, S. A. (2002). Psychosocial predictors of non-compliance in heamodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephro Dial Transplant, 17*, pp. 93-99.

Lazarus, R., & FolKman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Sringer Publishing Company, Inc , 445.

Lekeux, A. (2007). In M. J. Chamney, *Competency Framework.Education Board of EDTNA-ERCA European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care.* EDTNA-ERCA. Obtido de http://www.edtna-erca.org

Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjoden, P. (Junho de 2000). Perceived consequences of Being a Renal Faillure Patient. *Nephrology Nursing Journal*.

Moreira, P., Ferreira, S., & Almas, P. (nº18(4) de 1996). Infecção do Orificio do Cateter de saída,uma complicação importante na Diálise Peritoneal . *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, pp. 348-355.

Morgan, L. (Junho de 2000). A Decade Review: Methods to improve Adherence to the Treatment Regimen Among Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 27*, pp. 299-304.

NKF, N. K. (Janeiro de 2014). *http://www.kidney.org*. Obtido em 28 de 06 de 2014, de http://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/CKD-A-Growing-Problem.cfm

Nolasco, F. (1982). Patologia do hemodialisado,alterações psicológicas. In J. Santos, & P. Ponce, *Manual de hemodiálise para enfermeiros.* lisboa: Clinica de Doenças Renais.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro.* Loures: Lusociência Edições técnicas e Científicas Lda.

OE. (29 de Maio de 2010). *Ordem dos Enfermeiros.* Obtido em 28 de Dezembro de 2014, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Osório, L. C. (1996). *Família hoje.* Porto Alegre-Brasil: Artes Médicas Sul Lda.

Piraino, B., Bernardini, A., & Sorkin. (vol nº3 de July-September de 1987). Failure of peritoneal catheter cuff shaving to eradicate infection. *Journal of the international society for Peritoneal dialisys*, pp. 179-182.

Polaschek, N. (June de 2003). The experience of living on dialysis:A literature Revue. *Nephrology Nursing Journal, nº 3,30*, pp. 303-313.

Powers, M. J., Baldree, K. S., & Murphy, S. P. (março abril de 1982). Stress identification and coping Patterns in Patient on Hemodialysis. *Nursing Research*.

REPE. (2012). *Regulamento do exercicio profissional dos enfermeiros e estatuto daOrdem dos Enfermeiros.* Tadinense-Artes Gráficas.

Roche. (s.d.). *WWW.roche.pt*. (R. Lda, Editor) Obtido em 6 de Janeiro de 2015, de http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/informacao-diagnostico/renais/

Shell, J. O., & A.Cohen, R. (2014). A communication Framework for dialysis Decision-Making for frail Ederly Patients. *American Society of Nephrology*, pp. 2014-2021.

Sieloff, C. L. (2004). Imogene King -Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. In A. M. Tomey, & M. RaileAlligood, *Teóricas de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 377-403). Loures: Lusociência 5ª edição.

Sousa, C. N., Telles, P., Dias, V. F., Apostolo, J. L., Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2014). Physical examination of arteriovenous fistula:The influence of profesional experience in the detection of complications. *International Society for Hemodialysis*, pp. 1-5.

Sousa, C., Apostolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. (2013). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1-7.

Spinola, T. D., & Gonçalves, V. M. (Dezembro de 2012). Percepção de pacientes com insuficiência renal crónica quanto à interfer~encia da fístula arteriovenosa em seu cotidiano. *Revista Enfermagem Integrada*, pp. 977-986.

SPMI, S. P. (2012). *www.spmi.pt.* Obtido em 19 de Fevereiro de 2015, de Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

SPN. (2014). Obtido em 20 de Dezembro de 2014, de http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2013/registo_2013.pdf

SPN. (2014). Encontro Renal 2015. *Breves apontamentos do Registo Nacional do Tratamento da DRC - Fernando Macário.*

Weber, J., & Kelley, J. (2010). *Health assessement in Nursing.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health,Lippincott,Williams and Wilkins.

WHO- World Health Organization. (Março de 2008). Obtido em 28 de Dezembro de 2014, de Bulletin of the World Health Organization: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/07-041715/en/

Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families.A guide to family assessement and intervention.* Philadelphia: F.A.Davis Company.

APÊNDICES

APÊNDICE I

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO DOENTE EM TRATAMENTO DE HD E HEMODIAFILTRAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA CURSO PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, ÁREA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Norma de Procedimento

HD

Regente: Professor Filipe Cristóvão

Aluno: Joana Ferreira

Aluno: Élia Santos

19 Outubro de 2014

Hemodiálise:

A HD é um procedimento no qual o sangue é retirado do paciente através de uma fístula arteriovenosa, de uma prótese arteriovenosa ou de um cateter de HD e por intermédio de uma bomba o sangue é conduzido até ao dialisador. No dialisador ocorre a depuração das toxinas e remoção do excesso de água, sendo posteriormente devolvido ao paciente pelo mesmo acesso vascular. Neste processo ocorrem difusão, ultrafiltração e convecção (Thomas e Jeffrey, 2005, pp. 185-186).
Segundo os mesmos autores para o sucesso da HD são necessárias 4 horas por tratamento e a frequência de sessão de HD é de 3 vezes por semana, dependendo da avaliação e condição clínica do doente. Interferem na eficácia da diálise o fluxo de sangue, taxa de fluxo do dialisante, a composição do dialisante, permeabilidade da membrana e área de superfície da mesma.

Thomas, N.; Jeffrey, C.. (2005). *Enfermagem em nefrologia*. (J. M. Cunha, Trad.).(2.ª ed). Loures: Lusociência. (Renal Nursing, 2002, London, Elsevier Science) ISBN 972-8383-85-1

Intervenções	Cuidados	Observações
- Higienizar as mãos	- Prevenir infeções	- Ter em conta a lavagem das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela Comissão de Controlo de Infeção
- Preparar o material necessário para a sessão de diálise	- Atender ao plano de sessão de diálise: dialisador, bicarbonato e concentrado ácido.	

- Preparar o monitor de diálise	- Efetuar teste com fita de papel de “potassium iodide” - Iniciar a montagem das linhas do monitor; - Aguardar calibração do monitor e respetivos autotestes - Proceder ao preenchimento do circuito extracorporal e respetiva lavagem do mesmo.	- Se for negativa a presença Pluristeril então pode-se iniciar a montagem do monitor - Preencher o circuito de líquido e evitar a entrada de ar no mesmo;
- Programar monitor de acordo com prescrição de sódio e bicarbonato	- Atender a prescrição da condutividade do plano de diálise	
- Programar monitor de acordo com volume de ureia e hematócrito	- Avaliar KT/V;	- Indicador de eficácia da diálise
- Programar monitor de acordo com dose de manutenção e carga de heparina, assim como hora da suspensão da mesma	- Atender a prescrição, suspender a heparina precocemente (normalmente 1h) permite otimizar o tempo de hemóstase.	- Diluição efetuada 250 u/cc heparina; - Caso seja um doente com cateter não há suspensão da heparina; - Se não for recomendada a administração de heparina pode-se recorrer à realização de lavagens do circuito de 20 em 20 minutos
- Verificar se houve intercorrências nas diálises anteriores	- Providenciar ambiente tranquilo; - Prevenir complicações	- Garantir eficácia da HD prevenindo a ocorrência de intercorrências.

- Realizar acolhimento do doente e garantir que este lava as mãos e higieniza adequadamente o membro a ser puncionado.	- Prevenir infeção do acesso; - Questionar quanto às intercorrências que possam ter ocorrido no período interdialítico (estado de humor, hematúria, náuseas, vómitos, hipotensão, hemorragias…).	- Garantir uma boa higiene do membro a ser puncionado.
- Realizar pesagem da pessoa	- Mensurar o ganho de peso interdialítico	- Determinar se existe défice/excesso ponderal;
- Higienizar as mãos e usar equipamento de proteção individual segundo indicações do CCI	- Prevenir infeção do acesso e garantir técnica assética. - Prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde.	
- Monitorizar sinais vitais da pessoa pré-diálise - Observar a pessoa	- Permite avaliar o estado clinico do doente; - Avaliar o ganho de peso inter-dialítico, sinais vitais, presença de edemas, padrão respiratório, e a tolerância do doente à ultrafiltração	- Em conjunto com o ganho de peso interdialítico, a taxa de UF/h máxima prescrita, o peso seco permitem decidir qual a UF total do tratamento. - Analisar criticamente a UF prescrita, ponderar alteração do peso seco com o médico.
- Realizar exame físico do acesso e desinfetar o local de punção/cateter de HD (CHD)	- Avaliar frémito, pulso, sopro assim como presença de estenoses, aneurimas, circulação colateral, síndrome de roubo, edema, parestesias, dor e o teste de elevação o membro. Detetar estenoses	.

- Programar o peso a ser removido, programar o tempo de diálise e as perdas previstas	- Respeitar o plano de diálise.	
- Puncionar acesso, preparar cateter de HD (CHD) para dar início à HD (HD) respeitando técnica assética.	- Boa fixação das agulhas; - Observar local de inserção do CHD; - Executar penso ao local de inserção do CHD;	- Ter em conta a técnica que está a ser utilizada (botoeira ou escada). - Caso seja necessário efetuar colheitas de sangue bem como avaliação da glicémia
- Conectar doente ao monitor de diálise	- Dar início ao tratamento	- Verificar a boa adaptação das conexões, a fixação das linhas, posição dos clampes e garantir se o tempo de tratamento está ativo.
- Rejeitar luvas esterilizadas e desinfetar as mãos	- Prevenir contaminação do monitor	
- Aumentar gradualmente a velocidade da bomba de sangue monitorizando as pressões venosa e arterial.	- Garantir segurança do doente, estabilidade hemodinâmica, a eficácia da punção (prevenção de hematomas e faltas de débito).	
- Programar intervalos de alarmes (pressão arterial, venosa)	- Garantir segurança da técnica dialítica.	
- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	

- Vigiar parâmetros do monitor e alterações dos sinais vitais.	- Garantir a eficácia da técnica de substituição da função renal. - Prevenir e corrigir intercorrências intradialíticas.	
- Avaliar e registar sinais vitais do doente e dos parâmetros monitorizados.	- Assegurar correta monitorização e vigilância da técnica - Administrar medicação se prescrita (pós-filtro)	- Prevenindo complicações intradialíticas. - Administração de antibioterapia ou outros fármacos segundo indicação clinica
- Quinzenalmente avaliar e registar o débito intra-acesso (Qa) das próteses e trimestralmente às fístulas		- É um método de vigilância dos acessos vasculares (através de termodiluição) que em conjunto com exame físico semanal determinará a necessidade de angioplastia.
- Terminar o tratamento dialítico	- Monitorizar e vigiar a técnica assim como eficácia da mesma. - Assegurar hemóstase eficaz. - Vigiar e registar ocorrências de tempo de hemóstase elevados (10'), hematomas e hemorragias; - Proceder à proteção dos ramos de CHD com penso oclusivo após heparinização do mesmo.	- No final da HD efetuar registos sobre: volume de sangue dialisado, sinais vitais, aspeto do nível de coagulação do circuito extracorporal (filtro e copo venoso), eficácia de diálise (KT/V) e identificar os incidentes intradialíticos
- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	

- Assegurar que o monitor fica em condições para uma nova sessão de HD.	- Rejeitar o circuito extracorporal para o contentor dos contaminados - - Iniciar novo ciclo desinfeção do monitor após desinfeção externa do mesmo	- Assegurar correta distribuição dos resíduos e prepara o monitor para nova sessão.
- Higienizar as mãos	- Prevenir infeções - Ter em conta a lavagem das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela Comissão de Controlo de Infeção	
- Pesar o doente	-Permite perceber o reflexo da UF no peso da pessoa. - Garantir que o doente se encontra bem-disposto e sem queixas.	
- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	
Cuidados transversais	- Prestar apoio emocional ao doente; - Identificar a ajuda e apoio da família e rede de apoio; - Promover comportamentos de adesão ao tratamento, terapêutica e dieta; - Realizar ensinos de acordo com as necessidades do doente.	- Promover longevidade dos acessos. - Promover o autocuidado.
Complicações Cãibras, hipotensão, náuseas, vómitos, cefaleias, hematomas, faltas de débito no acesso, labilidade emocional/alterações de humor, suportar as 4h de tratamento		

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA CURSO PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, ÁREA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Norma de Procedimento

Hemodiafiltração

Regente: Professor Filipe Cristóvão

Aluno: Joana Ferreira

Aluno: Élia Santos

19 Outubro de 2014

Hemodiafiltração (HDF):

A Hemodiafiltração assenta nos mesmos princípios básicos da HD (difusão, ultrafiltração e convecção) sendo capaz de capacitar a convecção. Utiliza uma bomba para infusão de soluto de modo a compensar as perdas excessivas de fluidos (a esse processo chama-se reposição), sendo mais fácil de tolerar para doentes com instabilidade hemodinâmica (Canaud & Krieter, 2007, pp.250) .A reposição pode ser realizada pré e pós filtro. A infusão de fluidos pré filtro pode levar à perda de eficácia dialítica para tal compensa-se cm melhoria da taxa de ultrafiltração mas com ambas o que se pretende é a estabilização hídrica, eletrolítica e acidobásica dos doentes (Canaud & Krieter, 2007, pp.246).

Canaud, B., Krieter, D. (2013). Hemodiafiltração e Hemofiltração. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake & T. S. Ing. *Manual de Diálise* (pp.246-250). Quarta Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Intervenções	Cuidados	Observações
- Higienizar as mãos	- Prevenir infeções	- Ter em conta a lavagem das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela Comissão de Controlo de Infeção
- Preparar o material necessário para a sessão de diálise	- Atender ao plano de sessão de diálise: dialisador, bicarbonato e concentrado ácido.	

- Preparar o monitor de diálise	- Efetuar teste com fita de papel de “potassium iodide” - Iniciar a montagem das linhas do monitor; - Aguardar calibração do monitor e respetivos autotestes - Proceder ao preenchimento do circuito extracorporal e respetiva lavagem do mesmo;	- Se for negativa a presença Pluristeril então pode-se iniciar a montagem do monitor - Preencher o circuito de líquido e evitar a entrada de ar no mesmo;
- Programar monitor de acordo com prescrição de sódio e bicarbonato	- Atender a prescrição da condutividade do plano de diálise	
- Programar monitor de acordo com volume de ureia e hematócrito	- Avaliar KT/V;	- Indicador de eficácia da diálise
- Programar monitor de acordo com dose de manutenção e carga de heparina, assim como hora da suspensão da mesma	- Atender a prescrição, suspender a heparina precocemente (normalmente 1h) permite otimizar o tempo de hemóstase.	- Diluição efetuada 250 u/cc heparina; - Caso seja um doente com cateter não há suspensão da heparina; - Se não for recomendada a administração de heparina pode-se recorrer à realização de lavagens do circuito de 20 em 20 minutos

- Verificar se houve intercorrências nas diálises anteriores	- Providenciar ambiente tranquilo; - Prevenir complicações	- Garantir eficácia da HDF prevenindo a ocorrência de intercorrências.
- Realizar acolhimento do doente e garantir que este lava as mãos e higieniza adequadamente o membro a ser puncionado.	- Prevenir infeção do acesso; - Questionar quanto às intercorrências que possam ter ocorrido no período interdialítico (estado de humor, hematúria, náuseas, vómitos, hipotensão, hemorragias…).	- Garantir uma boa higiene do membro a ser puncionado.
- Realizar pesagem da pessoa	- Mensurar o ganho de peso interdialítico	- Determinar se existe défice/excesso ponderal;
- Higienizar as mãos e usar equipamento de proteção individual segundo indicações do CCI	- Prevenir infeção do acesso e garantir técnica assética. - Prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde.	
- Monitorizar sinais vitais da pessoa pré-diálise Observar a pessoa	- Permite avaliar o estado clinico do doente; - Avaliar o ganho de peso inter-dialítico, sinais vitais, presença de edemas, padrão respiratório, e a tolerância do doente à ultrafiltração	- Em conjunto com o ganho de peso interdialítico, a taxa de UF/h máxima prescrita, o peso seco permitem decidir qual a UF total do tratamento. - Analisar criticamente a UF prescrita, ponderar alteração do peso seco com o médico.

- Realizar exame físico do acesso e desinfetar o local de punção/cateter de HD (CHD)	- Avaliar frémito, pulso, sopro assim como presença de estenoses, aneurimas, circulação colateral, síndrome de roubo, edema, parestesias, dor e o teste de elevação o membro. Detetar estenoses.	
- Programar o peso a ser removido, programar o tempo de diálise e as perdas previstas	- Respeitar o plano de diálise.	
- Puncionar acesso, preparar cateter de HD (CHD) para dar início à Hemodiafiltração (HDF) respeitando técnica assética.	- Boa fixação das agulhas; - Observar local de inserção do CHD; - Executar penso ao local de inserção do CHD;	- Ter em conta a técnica que está a ser utilizada (botoeira ou escada). - Caso seja necessário efetuar colheitas de sangue bem como avaliação da glicémia
- Conectar doente ao monitor de diálise	- Dar início ao tratamento - Garantir que a linha da bomba de reposição se encontra adaptada pré/pós-filtro consoante a prescrição de Hemodiafiltração.	- Verificar a boa adaptação das conexões, a fixação das linhas, posição dos clampes e garantir se o tempo de tratamento está ativo.
- Rejeitar luvas esterilizadas e desinfetar as mãos	- Prevenir contaminação do monitor	

- Aumentar gradualmente a velocidade da bomba de sangue monitorizando as pressões venosa e arterial.	- Garantir segurança do doente, estabilidade hemodinâmica, a eficácia da punção (prevenção de hematomas e faltas de débito).	
- Programar intervalos de alarmes (pressão arterial, venosa)	- Garantir segurança da técnica dialítica.	
- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	
- Vigiar parâmetros do monitor e alterações dos sinais vitais.	- Garantir a eficácia da técnica de substituição da função renal. - Prevenir e corrigir intercorrências intradialíticas.	
- Avaliar e registar sinais vitais do doente e dos parâmetros monitorizados.	- Assegurar correta monitorização e vigilância da técnica - Administrar medicação se prescrita (pós-filtro).	- Prevenindo complicações intradialíticas. - Administração de antibioterapia ou outros fármacos por indicação clínica;
- Quinzenalmente avaliar e registar o débito intra-acesso (Qa) das próteses e trimestralmente às fístulas		- É um método de vigilância dos acessos vasculares (através de termodiluição) que em conjunto com exame físico semanal determinará a necessidade de angioplastia.

- Terminar o tratamento dialítico	- Monitorizar e vigiar a técnica assim como eficácia da mesma. - Assegurar hemóstase eficaz. - Vigiar e registar ocorrências de tempo de hemostase elevados (10'), hematomas e hemorragias; - Proceder à proteção dos ramos de CHD com penso oclusivo após heparinização do mesmo.	- No final da HD efetuar registos sobre: volume de sangue dialisado, sinais vitais, aspeto do nível de coagulação do circuito extracorporal (filtro e copo venoso), eficácia de diálise (KT/V) e identificar os incidentes intradialíticos
- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	
- Assegurar que o monitor fica em condições para uma nova sessão de HDF.	- Rejeitar o circuito extracorporal para o contentor dos contaminados - - Iniciar novo ciclo desinfeção do monitor após desinfeção externa do mesmo	- Assegurar correta distribuição dos resíduos e prepara o monitor para nova sessão.
- Higienizar as mãos	- Prevenir infeções - Ter em conta a lavagem das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela Comissão de Controlo de Infeção	
- Pesar o doente	- Permite perceber o reflexo da UF no peso da pessoa. Garantir que o doente se encontra bem-disposto e sem queixas.	

- Desinfetar as mãos	- Evitar infeção cruzada	
Cuidados transversais	- Prestar apoio emocional ao doente; - Identificar a ajuda e apoio da família e rede de apoio; - Promover comportamentos de adesão ao tratamento, terapêutica e dieta; - Realizar ensinos de acordo com as necessidades do doente.	- Promover longevidade dos acessos - Promover o autocuidado.
Complicações Cãibras, hipotensão, náuseas, vómitos, cefaleias, hematomas, faltas de débito no acesso, labilidade emocional/alterações de humor, suportar as 4h de tratamento		

APÊNDICE II

AVALIAÇÃO DO ENSINO/TREINO PARA EFETUAR PENSO AO ORIFÍCIO DE SAÍDA DO CATETER DE DIALISE PERITONEAL

A realização desta check list para avaliação do doente, resulta de uma referência tanto por parte da equipa de enfermagem como da minha parte ao verificar-se que o momento de avaliação da realização do penso ao OSC, apenas compreendia a seguinte habilidade: executa cuidados ao OSC de DP: sim ou não.

Este item parecia-me desprovido de uma análise detalhada dos aspetos positivos e negativos que o doente apresentava no momento de realização do mesmo.

Pretende-se assim com estes tópicos orientar o enfº, identificando as habilidades do doente de uma forma fácil e prática. Este momento de avaliação, após o ensino e treino do doente, a execução do penso ao orifício de cateter de dialise peritoneal, permite assim aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e a este a si próprio.

Assinalam-se a negrito os itens que motivarão mais treino para se poder dar ao doente a autonomia para a realização do penso no seu domicílio.

Por outro lado visa também uniformizar procedimentos entre os ensinos entre os elementos da equipa de enfermagem da dialise peritoneal junto do doente nas várias etapas de realização do penso.

A correta realização do penso sem quebra de princípios é fundamental. Os conhecimentos teóricos partilhados com o doente sobre a realização do penso associados sobretudo á assepsia, tem como máximo objetivo possibilitar ao doente um excelente nível de auto cuidado, instruindo-o para a deteção precoce de problemas e incutir-lhe a responsabilidade da técnica ser executada corretamente.

Vinheta identificadora do doente

AVALIAÇÃO DO ENSINO/TREINO PARA EFECTUAR PENSO AO ORIFICIO

Avaliação / Habilidades	Observações	Cuidados	SIM	Não
Preparar o ambiente	Privacidade	Fechar portas e janelas.		
	Diminuir circulação de pessoas, ar e de microorganismos	Desligar ar condicionado.		
		Colocar máscara, pessoas presentes também devem colocar.		
		Limpar superfície de trabalho.		
Preparar o Material	Optimizar tempo durante o procedimento	Mesa para realização do penso se for no Hospital.		
		No domicilio ter um lençol limpo para a técnica.		
		Refere local correcto para realização do penso(ex:quarto)		
		Desinfectante		
		Compressas 1 a 2 pacotes		
		Ampola de SF 0,9%		
		Betadine		
		Tesoura só para a técnica		
		Dois pensos		
		Adesivo para "travão"		
		saco para desperdicios		
Lavar as mãos e abrir o material	Prevenir infecções	**Executa correctamente a técnica de lavagem das mãos**		
Desinfectar as mãos com solução antisseptica de	Prevenir infecções	**Executa correctamente a técnica de desinfecção das mãos**		
Abrir todo o material	Evitar tocar no interior das embalagens	Evita conspurcar o material esterilizado		
Manter principios de manipulação de material esterilizado	Evitar complicações e prevenir infecções	**Desinfecta as mãos e separa o grupo de 5 compressas em dois grupos de dois e uma à parte, pegando nas mesmas pelas extremidades.Molha duas compressas com SF e outras duas com betadine.Utiliza a seca para finalizar o penso.**		

AVALIAÇÃO DO ENSINO/TREINO PARA EFECTUAR PENSO AO ORIFICIO DE SAIDA DO CATETER DE DIALISE PERITONEAL (Continuação)

Avaliação / Habilidades	Observações	Cuidados	SIM	Não
		Retira o adesivo de" travão " e o penso com cuidado		
Desinfectar	Prevenir infecções	**Executa correctamente a técnica de lavagem das mãos**		
Observar caracteristicas do orifício de cateter		Enumera sinais de infecção: calor,rubor, dor ,aumento de temperatura e presença de exsudado.Identifica complicações possiveis: "leak",granuloma,peritonite,sinais de sobrecarga hidrica:cansaço,dispneia,edemas e aumento de peso.		
Execução do penso		**Desinfectar o orificio num movimento único do centro para a periferia…repetir o movimento se necessario.Usar segundo pacote de compresssas se necessário.Não remover costas.**		
		Coloca penso		
		Coloca adesivo para " travão" junto da saída do cateter do penso		
Efectua acomodação do cateter	Não propiciar tracções desnecessárias do cateter.Ambiente limpo e arrumado	Utiliza"cinto", rede,penso,bolsa para arrumação do cateter.Rectifica a corrrecta colocação do adesivo de "travão".Arrumação do material e colocação de desperdicios no lixo.		
		Lavar as maos		

Data: __/__/__ Enfermeira:_____

APÊNDICE III

ESTUDO DE CASO DE DOENTE EM DIALISE PERITONEAL - APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

5º Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica- Vertente Nefrológica
Unidade Curricular Estágio com relatório

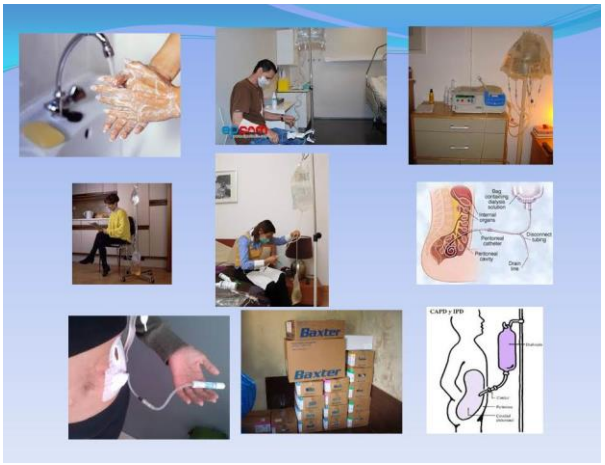
ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estudo de Caso

O DOENTE RENAL CRÓNICO EM DIÁLISE PERITONEAL (DPCA)

Lisboa 30-10-2014

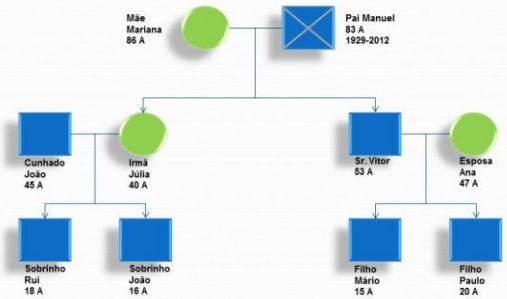
Docente: Prof Filipe Cristóvão
Estudante: Elia Santos nº 5424



Dimensões da apreciação global da Pessoa: O que sabemos ?

Nome:	Vitor Martins
Sexo:	Masculino
Idade:	52 anos, casado, e gosta de ser chamado por Vitor.
Raça:	Caucasiana
Nacionalidade:	Portuguesa, natural de Lisboa
Licenciatura:	Em Educação Física
Profissão:	Professor, numa escola secundária na sua área de residência
Residente:	Em Almada, num apartamento espaçoso (sic), com saneamento básico (electricidade, água e esgotos)

Modelo de Calgary/Genograma



Modelo de Calgary / Ecomapa

Experiências de vida significativas

Transições favoráveis

- Competições de provas físicas atletismo aos 24 -27 anos
- Licenciatura em Educação Física.
- Casamento aos 27 anos, a esposa é dona de casa, vive com a esposa e filhos que estudam 10º ano e 12º ano respectivamente.
- Nascimento dos filhos: Mário 15 anos e Paulo 20 anos.

Transições Desfavoráveis :

- A morte do pai há 2 anos.
- Filho mais velho com comportamento de risco (consumo de drogas).
- O diagnóstico da Doença renal e "o lidar o estar perto do sofrimento de outros estar internado".(sic)

Transições situacionais:

- Período de adaptação a tratamento de Hemodiálise Janeiro a Março de 2014 e de Abril ao tratamento de Dialise peritoneal.
- Apreensão da ida a junta médica

Individualidade da pessoa - Crenças e valores

…"A doença renal, apesar do primeiro impacto ter sido duro, tenho conseguido me adaptar ao longo do tempo. A situação de doença possibilitou-lhe um maior entendimento para a vida, maior serenidade tendo aproveitado para desenvolver os meus hobbies.
Pintura em acrílico, leitura, música (aulas de violino), reaprendizagem da língua Inglesa, caminhadas/ passeios…." (sic)

As suas preocupações existenciais são essencialmente, com o desenrolar do tratamento diário em diálise peritoneal e alguma expectativa no transplante renal.
A situação do filho mais velho causa-lhe muita apreensão.
Deseja a reforma antecipada por doença.

O que sabemos da doença…

História Clínica Pessoal:

- Amigdalite em criança.
- Fumador durante 20 anos, 1 maço por dia, neste momento a tentar deixar de fumar. Bebe socialmente.
- Alergia a um medicamento mas não consegue especificar. Desconhece alergias alimentares.
- Safenectomia bilateral por varizes há 8 anos (2006).
- Sindrome depressivo (2013).
- HTA maligna difícil controlo desde Abril de 2013, associada a cardiopatia hipertensiva, tendo sido seguido em consulta de cardiologia.Retinopatia hipertensiva (Papiledema)
- Doença renal crónica terminal desde Dezembro de 2013, por nefroangiosclerose hipertensiva, seguido em consulta de Nefrologia.
- Pneumonia da base esquerda de etiologia viral em Janeiro de 2014.

Antecedentes Familiares:

- Pais hipertensos - Mãe viva, num lar.
- Tio Paterno aos 82 anos diagnosticado Doença Renal Crónica fez Hemodiálise, já falecido. Irmã saudável.

O que sabemos da doença…

História da doença actual/processo de recuperação

- Abril de 2013 episódio de crise hipertensiva,
- Médico de clinica geral / medicado com antihipertensores, sem melhoria do estado,
- Recorre por iniciativa própria a cardiologista sendo novamente medicado ecocardiograma e electrocardiograma que não revelam alterações,
- Agravamento do estado com repercussão em queixas gástricas/ quadro depressivo/ agravamento de crises de prurido,
- Encaminhado pelo cardiologista para consulta de dermatologia e Psiquiatria,
- Agosto: rash cutâneo medicado com anti-histaminicos, quadro atribuído a intoxicação alimentar, sem melhoria!?

O que sabemos da doença…

- Agosto de 2013 agravamento progressivo do estado geral:
  - Astenia, adinamia, dificuldade na deambulação cansaço fácil, dispneia ao final do dia, alteração do sono, níveis elevados de stress, exaustão, vómitos, prurido, eritema membros inferiores, edemas maleolares. Diurese mantida, mas com dificuldade na micção.
- Verbaliza estes episódios com alguma revolta /negligência a que teve sujeito de Abril a Dezembro de 2013. (8 meses anteriores: consultas de clinica geral, de cardiologia, Dermatologia e Psiquiatria).
- Urgência/HGO- 31-12-2013 retenção azotada importante com agravamento do quadro de queixas . Observado pela nefrologia :hemodiálise(HD) de urgência. Analiticamente com: Creatinina de 17,1, ureia de 411, sódio de 128, potássio de 6, cálcio de 6,5 e fosforo de 9,5.
- 1ª Sessão de HD em 01 de Janeiro de 2014, no HGO. …" fiquei consternado quando fui confrontado com a necessidade de hemodiálise para o resto da vida"…

O que sabemos da doença…

- Colocado cateter de Hemodiálise, duplo lúmen na Jugular direita para indução dialítica 2h 30min para balanço nulo .Cateter provisório para cateter permanente. Sessões de HD de 4h, em dias ímpares no turno das 18h- 22h.Melhoria do quadro e da sintomatologia.
- Internado um mês, hipóteses de diagnóstico: Retinopatia hipertensiva, insuficiência renal progressiva, quadro de pneumonia (etiologia viral) nesse internamento com evolução positiva.
- Ecoabdominal mostra "…fígado, vesícula, pâncreas e baço sem alterações. Rins sugestivos de nefropatia parênquimatosa, com formações quísticas no córtex supra-renal esquerdo".
- Interesse no tratamento da falência renal motivou, pesquisa da sua parte pelo assunto, tendo abordado várias questões à equipa de enfermagem e médica do serviço de HD..
- Assiste a um consulta de esclarecimento onde se implica activamente e decide enveredar pela Diálise peritoneal(DP):
  - "…pelas vantagens de independência que essa técnica me oferecia. Bem como pela evidência de menores restrições alimentares e hídricas, tónica positiva para a liberdade…".(sic)

O que sabemos da doença…

- Armazenamento e acondicionamento: a sua casa permite receber a logística inerente à quantidade de caixas com as bolsas de dializante (cerca de 40 por mês), e outro material necessário ao tratamento (caixas com pensos, adesivos, desinfectantes tampas cateter).

- Verbaliza a relação com a equipa de saúde de Nefrologia, como sendo muito positiva. Enfatiza a Unidade de Dialise Peritoneal a equipa de enfermagem, enaltecendo o trabalho desenvolvido nas sessões de educação para o procedimento de DP, no desenvolvimento de habilidades, ensinos e a interiorização do autocuidado versus a responsabilidade pessoal na execução correcta do tratamento.

O que sabemos da doença…

- Coloca cateter de DP (cateter de tenckhoff) no bloco operatório, por via laparoscópica em 26 de Fevereiro de 2014.
- 10 dias após retirou pontos, tendo iniciado a técnica de execução do penso ao OSC, técnica de DPCA/cuidados inerentes.
- Começa o ensino e treino em Dialise peritoneal automatizada a 3 de Março, no domicílio a 25 de Março de 2014.
- Saída do programa de hemodiálise.
- Em DP há cerca de 7 meses.

O que sabemos da doença…

- Teve consulta de pré transplante a 13 de Outubro de 2014,
- Efectuou muitas questões inerentes ao transplante e pareceu um pouco "desconfiado".
  - Foi alertado para importância de ter bons cuidados de estomatologia.
  - Deixar de fumar como fundamental. Verificados marcadores virais
  - Foi pedido exame de cintigrafia do miocárdio e prova de esforço.
  - Análises sanguíneas (provas de histocompatibilidade).
  - Fica em lista de transplante.
- Medicação que faz actualmente:
  - Vacina da gripe: Pneumo 23 (sazonal), aranesp 80mg mês, Amlodipina 10mg (1),losartan100(1),minoxidil (1/4), captopril 50 (3)clonidina150 (2),acido fólico (1),esomeprazol20(1),furosemida40 (2)rocaltrol0,25(3 vezes por semana),champix comp.

Programa de Ensino para a Indução DPCA, Cuidados de Enfermagem

- **Na 1ª sessão constou:**
  - Apresentação: equipa de saúde e estrutura física da unidade, funcionamento da unidade e comunicação com a equipa de saúde, fornecido guia de acolhimento, apoio domiciliário, direitos sociais (transporte para consultas).
  - Avaliação inicial do doente: física, emocional e socioprofissional, organização do dia-a-dia do doente, organização do domicílio do doente.
  - Conhecimentos sobre o tratamento e medidas de prevenção de complicações:
    - O que é a DPCA (princípios físicos e químicos),
    - Preparação do ambiente para realizar DPCA,
    - Material necessário para efectuar DPCA,
    - Exemplificação da **técnica de lavagem das mãos, demonstração da realização de uma troca manual**.

Programa de Ensino para a Indução DPCA, Cuidados de Enfermagem…

- **Na 2ª sessão:**
  - Conhecimentos sobre:
    - hábitos alimentares (dieta, ingestão hídrica e como obter consulta com dietista),
    - Hábitos de higiene, hábitos de exercício, indicações terapêuticas, concentrações das bolsas, tempos de permanência e Ultrafiltração. Cuidados ao OSC (Orifício de saída do cateter),
    - **Aprendizagem de habilidades: Treino da técnica de lavagem das mãos e treino da realização da troca manual.**
- **Na 3ª sessão**:
  - Conhecimentos sobre medidas de prevenção de complicações:
    - Infecciosas: infecção do orifício de saída, infecção do túnel e peritonite.
    - Mecânicas: disfunção do cateter de Tenckhoff
    - Sinais e sintomas de sobrecarga hídrica
    - O que fazer em situação de urgência.
    - ***Aprendizagem de Habilidades: Treino da técnica de lavagem das mãos, treino dos cuidados ao OSC, Treino da realização da troca manual.***

Programa de Ensino para a Indução DPCA, Cuidados de Enfermagem…

- **Na 4ª sessão :**
  - Conhecimentos sobre o tratamento:
    - Consultas e exames de rotina, Monitorizações diárias em DPCA (avaliação das características do líquido drenado, balanço hídrico, peso diário, avaliação de Pressão arterial, medição de diurese), Fornecimento de material pela firma (1ª entrega e seguintes), acondicionamento de material no domicílio, eliminação de resíduos, férias.
    - ***Treino de habilidades: Treino da técnica de lavagem das mãos, treino dos cuidados ao OSC, Treino da realização da troca manual.***
- **Na 5ª sessão :**
  - Conhecimentos:
    - sobre auto administração de terapêutica,
    - Administração de terapêutica Intraperitoneal,
    - **Aprendizagem de Habilidades: Treino da técnica de lavagem das mãos, treino dos cuidados ao OSC, Treino da realização da troca manual e Treino de preparação e administração de terapêutica (heparina).**

Programa de Ensino para a Indução DPCA, Cuidados de Enfermagem…

- A avaliação de ensino de DPCA incidiu:
  - Preparação do ambiente
  - Preparação do material, colocação da mascara, executar a técnica de lavagem das mãos, desinfecção das mãos,
  - Misturar as soluções, auto-administrar terapêutica intra peritoneu, conectar bolsa ao cateter, realizar uma troca (infusão, preenchimento das linhas drenagem),
  - Desconectar o cateter, observar características do efluente, realizar Balanço hídrico da Dialise peritoneal,
  - Executar cuidados ao OSC de DP. Demonstrar conhecimentos sobre hábitos alimentares dieta e restrição hídrica, hábitos de exercício, sinais e sintomas de infecção, de sobrecarga hídrica, como proceder em caso de complicações.

Programa de Ensino para a Indução DPA, Cuidados de Enfermagem…

No treino para DPA (Dialise Peritoneal automatizada) constaram outras 6 sessões e avaliação das habilidades demonstradas:

- Conhecimentos sobre o tratamento :O que é a DPA, funcionamento da cicladora, Preparação do ambiente para realizar DPA, Material necessário, demonstração da preparação da cicladora para realizar DPA.
- Conhecimentos sobre o equipamento: Alarmes mais frequentes (ver linha do paciente, baixo volume drenado), resolução de problemas e apoio nocturno. Interpretação dos resultados. Aprendizagem de habilidades: Treino da preparação da cicladora para realizar DPA.
- Aprendizagem de habilidades: Treino da preparação da cicladora para realizar DPA. Treino da resolução dos principais alarmes.

Programa de Ensino para a Indução DPA, Cuidados de Enfermagem…

- Conjunto de habilidades em que foi avaliado, e considerado apto:
  - Prepara o ambiente, prepara o material, coloca a mascara, executa a técnica de lavagem das mãos, desinfecta as mãos, prepara a cicladora, insere a cassete/sistema, conecta bolsas, conecta saco de drenagem, preencher linhas, conecta o sistema ao cateter. Inicia o tratamento, desmonta a cicladora, observa as caracteristicas do efluente.
  - Demonstra saber como solucionar principais alarmes, interpretar resultados, sinais e sintomas de infecção, de sobrecarga hídrica e como proceder no caso de complicações.

Cuidados de Enfermagem ao doente em DP

Consulta de Enfermagem avaliação da situação física e psicológica do doente:

Pressão arterial, peso, presença de edemas, diurese, Ultrafiltração média, classificação do orifício, cuidados ao orifício, esquema de Dialise Peritoneal, intercorrências no tratamento, necessidades de ensino, existência de outros problemas, episódio de peritonite, infecção do orifício ou do túnel.

- OSC: primeiros dias com rubor e crosta, ensino da execução do penso com betadine e SF 0,9%, com boa evolução e boa execução por parte do doente. Avaliação segundo a escala de Twardowski, OSC neste momento "perfeito". Sem intercorrências nestes 7 meses.
- Ocorreu suspeita de "leak"na primeira semana que foi resolvida com a indicação de cumprir repouso.
- Nas primeiras sessões de DPCA e posteriormente de DPA foi administrado heparina numa dosagem de 400Unidades(0,4ml) por 2l de dializante para anulação dos farrapos de fibrina visualizados.
- Foi instruído para a importância desta administração no domicílio. Verbaliza estar muito á vontade com esta avaliação e actuação em tempo útil.

Cuidados de Enfermagem ao doente em DP...

- Começou com DPCA, com 4 bolsas para execução manual Physioneal 40- 2,27%, onde esteve cerca de 1 mês efectuando paralelamente o ensino para DPA.
- Actualmente faz DPA com um volume total de 8l,faz 5 ciclos com infusão de 1,8l em cada ciclo com Physioneal 1,36% e Icodextrina no último, prescrito Tidal de 85%.Tempo de permanência de 1h25min, total de 9h.
- Em média tem uma UF de cerca de 1000ml, diurese de 1600.Beneficia de uma prescrição que conduz a uma diálise diurna (15h) e nocturna (9h) totalizando as 24h. Importância da compensação de liquidos.
- Verbaliza neste momento capacidade para identificar e corrigir alarmes com a cicladora referindo que o mais habitual é a dobra do prolongamento durante o sono.
- Consegue identificar e resolver material (cassete) danificada e não passagem dos testes na cicladora.
- Conhece a linha de apoio da empresa que fornece o material à técnica).

Cuidados de Enfermagem ao doente em DP…

Colaboração da equipa de enfermagem:

- TEP (teste de equilíbrio do peritoneu 7/10/2014 peritoneu com perfil de alto transportador.

Estudos referem que o valor adequado será de um KT/V de 1,7, o ultimo TEP revelou 2,03.O que influi na prescrição do tratamento de DP (liquido a infundir e respectivo tempo de permanência).

- Estudo da pressão intra abdominal de 27,15.

Valor que evidencia uma pressão do peritoneu elevada (valor normal 12-14), o que pode influir na prescrição da quantidade de liquidos a infundir no peritoneu por parte do Nefrologista.

Cuidados de Enfermagem ao doente em DP…

- Consciente, orientado e colaborante
- Boa capacidade de comunicação e expressão
- Sem limitações de audição, usa óculos
- Bom estado de nutrição, sem edemas. Peso de 61,5kg quando começou o tratamento(Janeiro de 2014), Peso actual 63kg, em 2012 - 68kg
- Bons cuidados de higiene
- Independente nas actividades de vida diária
- Boa percepção e aceitação da sua doença renal
- Em situação de baixa clínica aguarda a reforma

Cuidados de Enfermagem ao doente em DP…

Padrão de vida: Como vive cada uma das suas Actividades de Vida do quotidiano:

- Respiração
- Comer e beber
- Manter temperatura corporal
- Manter se limpo e proteger os tegumentos
- Movimentar se e manter a postura correcta
- Vestir-se e despir-se sem dificuldade, cuidar de si Dormir
- Religião e agir de acordo com a suas crenças
- Ocupação de tempos livres

Análise sob ponto de vista da adesão ao tratamento

- O Sr. Vítor é um doente que parece evidenciar boa adesão ao Regime terapêutico.
- É participativo com voz activa no seu tratamento, efectua técnica DPA sem dificuldades, sem ocorrência de complicações, cuidadoso nos tratamentos que executa, nomeadamente nos registos solicitados no seu dia-a-dia. (Peso, Pressão arterial, Drenagem inicial, Ultrafiltração).
- Presença assídua nas consultas médicas, de enfermagem e exames para os quais é convocado.

Análise sob ponto de vista da adesão ao tratamento…

-Analiticamente apresenta melhoria de vários valores dos quais destaco em particular estes da função renal: creatinina, ureia e fosforo.

1ª Consulta DP versus última:

	21-04- 2014	19-10-2014
Ureia	174mg/dl	135mg/dl
Creatinina	13mg/dl	9,2mg/dl
Fosforo	5,4mg/dl	3,7mg/dl
Potássio	4.2	4.5

Análise sob ponto de vista da adesão ao tratamento…

- Cumpre medicação prescrita.
- Registos:
  - Média de Pressão arterial é de 130/80mmhg,
  - Dependente de vários antihipertensores Amlodipina 10mg (1),losartan100(1),minoxidil (1/4), captopril 50 (3)clonidina150 .
  - Tentativa de desmame de minoxidil sem êxito.
- Reforçada a relevância para a sua saúde, de deixar de fumar e o porquê encontra-se em lista de transplante.
- Sensibilizado e preocupado com o facto, solicitou ajuda para deixar de fumar, tendo sido prescrito pelo médico de DP de comprimidos de Champix.

Análise sob ponto de vista da adesão ao tratamento…

- Denota preocupação pela ida a consulta de Junta Médica em breve.
- Verbaliza …"não quero, tenho medo de ir trabalhar, devido aos riscos de traumatismo abdominal que pode correr na minha actividade profissional: Professor de Educação Física. Por outro lado, posso acompanhar da vida do meu filho mais velho…".
- Evidencia alguma fragilização pessoal:
  - sensibilização do doente de que a sua recuperação física é positiva e ser fundamental existir uma reabilitação social,ser expectável regressar ao trabalho,
  - Dados exemplos práticos de casos de outras pessoas com profissões muito físicas e a sua satisfação em regressar em sentirem-se uteis e válidos.

Análise sob ponto de vista da adesão ao tratamento…

- O enfermeiro especialista poderá ter aqui um papel determinante ao nível da Educação para a saúde, ao promover junto do doente e sua família a adaptação às mudanças de estilo de vida e auto-cuidado causado pela DRC.
- A actuação do enfermeiro na promoção do autocuidado tem como objectivo ajudar, orientar e ensinar a pessoa nos cuidados necessários para manter a sua qualidade de vida e prevenir o aparecimento de complicações.
- O contacto assíduo ao longo do tratamento e evolução da doença colocam o enfermeiro numa posição privilegiada podendo influenciar e trabalhar a decisão do doente na adesão ao regime terapêutico.
- A actuação do enfermeiro em particular na área de DP, conduz a uma centralização do foco da enfermagem na pessoa, numa atenção dirigida para cuidados individualizados de qualidade
- Deficit no acompanhamento do doente no seu tratamento no domicílio. Feito inicialmente pela empresa ocorrendo uma quebra no elo de interacção com o doente.

Intervenções de Enfermagem

- Propiciar um clima de confiança e respeito mútuos.
- Identificar os motivos e comportamentos que parecem estar alterados, exemplo: o porquê do medo em regressar ao trabalho, quando toda a evolução do tratamento é francamente positiva.
- Enfatizar a sua responsabilidade no plano de tratamento de DP e envolvê-lo e motivá-lo nos ganhos que já foram conseguidos.
- Envolver a família no processo, saber qual a pessoa significativa no processo,
- Manter plano de ensino e respectivas estratégias de intervenção ao nível da DPA:

(Cuidados ao OSC, terapêutica, fisiopatologia da doença renal, risco de complicações, modificações de comportamentos e hábitos, nomeadamente os tabágicos, dado estar em lista de transplante).

Intervenções de Enfermagem…

- Conhecer bem a pessoa, sendo importante a colheita inicial de dados e efectivar esses registos de enfermagem com actualizações ao longo do tempo.
- Privilegiar a educação para a saúde, acompanhando-a de estratégias comportamentais: o encorajamento, o suporte e aconselhamento psicológico.
- O enfase educativo nos doentes renais, deve ser efectuado de uma forma sistematizada com avaliações periódicas.
- A informação, o acompanhamento e a motivação constituem verdadeiros aliados para a adesão ao tratamento.
- O fortalecimento do trabalho em equipa é um aspecto a ser valorizado envolvendo o doente a sua família e a equipa de saúde.

A organização Mundial de Saúde (OMS) refere que:

"As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas. A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de factores que possam influenciar negativamente".

Bibliografia:

Benner, P. (2001). Do Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
Chamney, M. J. (2007). Competency Framework. Education Board of EDTNA-ERCA European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care. Obtido de www.edtna-erca.org. 18 de Outubro de 2014.
Enfermeiros, O. d. (2010). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de Legislação ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
Lucília Nunes, M. A. (2005). Código Deontológico do enfermeiro:Dos Comentários à análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
Benner, P. (2001). Do Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
Chamney, M. J. (2007). Competency Framework. Education Board of EDTNA-ERCA European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care. Obtido de www.edtna-erca.org
Cristovão, F. (1998). Stress Coping e Qualidade de vida em doentes renais crónicos em Hemodiálise. Nephro's, pp. 21-27.
DGS, D. G. (28 de Fevereiro de 2012). Obtido em 6 de Junho de 2014, de Plano Nacional de Saúde 2012-2016: http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/
EDTNA-ERCA. (2013). Obtido em 20 de Outubro de 2014, de http://www.edtnaerca.org/pdf/education/2013_EKHA_Key_Messages.pdf
Janet Weber, J. K. (2010). Health assessement in Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health,Lippincott,Williams and Wilkins.
Khanna, R., & Krediet, R. (2009). Nolph and Gokal's text books of Peritoneal dialysis (3ª ed.). NewYork: Springer.
Moreira, P., Ferreira, S., Almas, A., & Peralva, L. (1996 nº18(4)). Infecção do orifício de cateter de saída, uma complicação importante na diálise peritoneal ambulatória continua,. Jornal Brasileiro de Nefrologia, pp. 348-355.
NKF, N. K. (Janeiro de 2014). http://www.kidney.org . Obtido em 18 de Outubro de 2014, de http://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/CKD-A-Growing-Problem.cfm
Piraino, B., Bernardini, A., & Sorkin. (vol nº3 de July-September de 1987). Failure of peritoneal catheter cuff shaving to eradicate infection. Journal of the international society for Peritoneal dialisys, pp. 179-182.
Polaschek, N. (June de 2003). The experience of living on dialysis:A literature Rewue. Nephrology Nursing Journal, nº 3,30, pp. 303-313.

APÊNDICE IV

SHAVING DO CATETER DE DIALISE PERITONEAL E APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

Assunto: “Shaving” do Cateter Peritoneal

Finalidade: Prestar cuidados de enfermagem ao doente submetido a “Shaving” do cateter peritoneal.

Destinatários: Equipa médica e de Enfermagem.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal, Cateter de Tenckhoff, cuff, “Shaving”, Educação do doente, Prevenção de complicações.

Enquadramento:

A observação cuidadosa do Orifício de saída do cateter de diálise peritoneal é fundamental para o despiste de sinais de infeção. O aparecimento de rubor concomitantemente com a presença externa junto ao OSC do cuff do cateter indicia por vezes a presença de uma reação inflamatória.

A excisão deste cuff é defendida por estudos de vários autores (Piraino,1987;Moreira,1996;Crabtree,2004) como sendo uma medida efetiva de resolução da infeção do Orifício de Saída do Cateter, preservando o cateter de Tenckhoff e a própria diálise peritoneal. Num estudo de Moreira foi efetuado “desbridamento do cuff do orifício de saída de cateter com remoção do mesmo em algumas formas de Infeção do orifício do cateter e nos seus resultados conseguiram demonstrar que conseguiram retardar a extração do cateter (Moreira,1996).

No entanto as medidas preventivas devem ser a grande aposta, reforçando nos programas de educação para a saúde ao ensinar os doentes, a importância dos cuidados de higiene (limpeza, desinfeção e vigilância do Orifício de saída do cateter) quando os doentes manuseiam e executam o penso ao local de saída do cateter.

Cuidados na realização do Procedimento “Shaving” do Cateter de Dialise Peritoneal:

- Informar o doente do procedimento que se vai realizar, no que consiste e na duração do mesmo, por vezes morosa pela minuciosidade da técnica em não danificar o cateter.
- Informar da importância de colaborar não se mobilizando, nem tocar no campo esterilizado.

- Verbalizar qualquer desconforto que venha a sentir intra procedimento.

Material necessário para a realização de "Shaving" do Cateter de Dialise Peritoneal na Unidade de Diálise Peritoneal:

- Batas por cada elemento presente
- Mascara por cada elemento presente da equipa médica, enfermagem e doente
- Luvas esterilizadas
- Toucas
- Resguardo
- Campo esterilizado grande com orifício para colocar sobre o local de saída do cateter de Dialise peritoneal.
- Campo esterilizado para a mesa de material esterilizado
- Kit de desinfeção
- 2 Mosquitos
- 1 Pinça dissecção sem dentes
- Compressas
- Betadine
- Penso oclusivo
- Adesivo

Procedimento:

- Colocação do doente em decúbito dorsal.
- Expor o abdómen do doente de peças de vestuário.
- Retirar penso do OSC.
- Colocar mascara, vestir bata e calçar luvas. Preparar mesa com material esterilizado
- Colocar betadine no recipiente esterilizado.
- Fazer uma base de trabalho com um campo esterilizado grande com orifício junto cateter de dialise peritoneal.

- Com compressas embebidas em betadine desinfetar o Orifício de saída do cateter.
- Efetuar ”ligeira tração” do cateter por forma a desbridar o cuff do cateter que esta exteriorizado.
- Utilizar a pinça dissecção e mosquito nesse procedimento minucioso e por vezes moroso.
- Após ter sido retirado todo o cuff, tornar a desinfetar com betadine e efetuar penso seco do local. Colocar “travão” e acomodar o cateter com a rede elástica, bolsa ou penso, consoante o doente utilizar.
- Limpar área em redor do abdómen se tiver sido manchada a pele com betadine, retirar o resguardo protetor e ajudar o doente se necessário.

Cuidados de Enfermagem no período pós “Shaving” do Cateter:

- Efetuar penso do OSC, limpeza com SF 0,9% e desinfeção com betadine. Realizar penso seco. Colocar adesivo “travão” junto do penso.
- Acomodar o cateter com a colaboração do doente (Rede elástica, cinto ou bolsa).
- Informar o doente da importância de realizar o penso do OSC, limpeza com SF 0,9% e desinfeção com betadine no domicílio diariamente.
- Instruir o doente para vigiar sinais de infeção ou extravasamento de líquido do OSC ou mesmo do cateter, se isso acontecer recorrer com urgência à Unidade de diálise peritoneal.
- Reforçar junto do doente a importância de não molhar o penso do cateter.
- Combinar com o doente voltar à Unidade de Dialise Peritoneal ao fim de uma semana, para vigilância do OSC.

Autores: Élia Santos- Aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa do 5º Mestrado em Enfermagem na área Médico-Cirúrgica vertente Nefrológica, no âmbito da Unidade de Estágio com relatório. Data: 28 de Outubro de 2014

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal

Esel-5ºMestrado EMC-Nefrologia
30-10-2014

Docente:Prof.Filipe Cristovão
Aluna:Elia Santos nº5424

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Assunto: "Shaving" do Cateter Peritoneal

- Finalidade: Prestar cuidados ao doente submetido a "Shaving" do cateter peritoneal.
- Destinatários: Equipa médica e de Enfermagem.
- Palavras-chave: Diálise Peritoneal, Cateter de Tenckhoff, cuff , "Shaving", Educação do doente, Prevenção de complicações.

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Enquadramento:

- A excisão deste cuff é defendida por estudos de vários autores (Piraino,1987;Moreira,1996;Crabtree,2004) como sendo uma medida efectiva de resolução da infecção do OSC preservando o cateter de Tenckhoff e a própria diálise peritoneal. Num estudo de Moreira foi efectuado "desbridamento do cuff do orifício de saída de cateter com remoção do mesmo em algumas formas de Infecção do orifício do cateter e nos seus resultados conseguiram demonstrar que conseguiram retardar a extração do cateter (Moreira,1996).
- No entanto as medidas preventivas devem ser a grande aposta, reforçando nos programas de educação para a saúde ao ensinar os doentes, a importância dos cuidados de higiene (limpeza, desinfecção e vigilância do OSC) quando os doentes manuseiam e executam o penso ao local de saída do cateter.

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Cuidados na realização do Procedimento Shaving do Cateter de Dialise Peritoneal:

- Informar o doente do procedimento que se vai realizar, no que consiste e na duração do mesmo, por vezes morosa pela minuciosidade da técnica em não danificar o cateter.
- Informar da importância de colaborar não se mobilizando, nem tocar no campo esterilizado.
- Verbalizar qualquer desconforto que venha a sentir intra procedimento.

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Material necessário para a realização de Shaving do Cateter de Dialise Peritoneal na Unidade de Diálise Peritoneal:

- Batas por cada elemento presente
- Mascara por cada elemento presente da equipa médica, enfermagem e doente
- Luvas esterilizadas
- Toucas
- Resguardo
- Campo esterilizado grande com orificio para colocar sobre o local de saída do cateter de Dialise peritoneal.
- Campo esterilizado para a mesa de material esterilizado
- Kit de desinfecção
- 2 mosquitos
- 1 pinça dissecção sem dentes
- Compressas
- Betadine
- Penso oclusivo
- Adesivo

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Procedimento:

- Colocação do doente em decúbito dorsal.
- Expor o abdómen do doente de peças de vestuário.
- Retirar penso do OSC.
- Colocar mascara, vestir bata e calçar luvas.
- Preparar mesa com material esterilizado
- Colocar betadine no recipiente esterilizado.
- Fazer uma base de trabalho com um campo esterilizado grande com orifício junto cateter de dialise peritoneal.
- Com compressas embebidas em betadine desinfectar o OSC.
- Efectuar "ligeira tracção" do cateter por forma a desbridar o cuff do cateter que esta exteriorizado.
- Utilizar a pinça dissecção e mosquito nesse procedimento minucioso e por vezes moroso.
- Após ter sido retirado todo o cuff, tornar a desinfectar com betadine e efectuar penso seco do local. Colocar "travão" e acomodar o cateter com a rede elástica, bolsa ou penso, consoante o doente utilizar.
- Limpar área em redor do abdómen se tiver sido manchada a pele com betadine, retirar o resguardo protector e ajudar o doente se necessário.

Norma de Procedimento "Shaving", do cateter Peritoneal…

Cuidados de Enfermagem no período pós Shaving do Cateter:

- Efectuar penso do OSC, limpeza com SF 0,9% e desinfecção com betadine. Realizar penso seco. Colocar adesivo "travão" junto do penso.
- Acomodar o cateter com a colaboração do doente (Rede elástica, cinto ou bolsa).
- Informar o doente da importância de realizar o penso do OSC, limpeza com SF 0,9% e desinfecção com betadine no domicílio diariamente.
- Instruir o doente para vigiar sinais de infecção ou extravasamento de líquido do OSC ou mesmo do cateter, se isso acontecer recorrer com urgência à Unidade de diálise peritoneal.
- Reforçar junto do doente a importância de não molhar o penso do cateter, retomar o banho molhando o local após uma semana .
- Combinar com o doente voltar à Unidade de Dialise Peritoneal ao fim de uma semana, para vigilância do OSC.

Bibliografia:

- Crabtree,J;Burchette,R. (Julho de 2005). Publmed-US National library of Medicine Nationa Institute of Health. Obtido em 23 de Outubro de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15972162
- Dialysis, I. S. (s.d.). http://ispd.org/media/pdf Obtido em 28 de Outubro de 2014, de http://ispd.org/media/pdf/Consensus__Change_20_.pdf
- Khanna, R., & Krediet, R. (2009). Nolph and Gokal's text books of Peritoneal dialysis (3ª ed.). NewYork: Springer.
- Moreira, P., Ferreira, S., Almas, A., & Peralva, L. (1996 nº18(4)). Infecção do orifício de cateter de saída; uma complicação importante na diálise peritoneal ambulatória contínua,. Jornal Brasileiro de Nefrologia, pp. 348-355.
- Piraino, B., Bernardini, A., & Sorkin. (vol nº3 de July-September de 1987). Failure of peritoneal catheter cuff shaving to eradicate infection. Journal of the international society for Peritoneal dialisys, pp. 179-182.

APÊNDICE V

PROCEDIMENTOS PARA OTIMIZAR UMA TROCA MANUAL DE DIALISE PERITONEAL

DPCA - Diálise Peritoneal Continua Ambulatória (Manual)

“A solução de Diálise Peritoneal é colocada na cavidade peritoneal através de um cateter. Esta solução permanece na cavidade peritoneal, durante algumas horas (de 4 a 6), chamando-se a este período tempo de permanência. Após o tempo de permanência a solução utilizada é drenada e substituída por uma solução nova. Este procedimento é conhecido por troca e repete-se 3 a 5 vezes por dia, realizada durante o dia.”

DPA - Diálise Peritoneal Automática

A substituição da solução de diálise é efetuada automaticamente por uma máquina portátil (cicladora) durante a noite, por um período de 8 a 12 horas.

É através de um acesso - Cateter Peritoneal que se realiza a dialise peritoneal. A técnica é simples, necessitando de uma anestesia para a inserção do cateter. Qualquer uma das opções realizam-se nos domicílios, e a sua escolha resulta dos hábitos de vida e da situação clínica. Exige momentos sistemáticos de ensino, sendo relativamente fácil de aprender.

http://www.portaldadialise.com/portal/o-que-e-dialise-peritoneal

Princípios para efetuar uma otimização do cateter de Dialise Peritoneal

Procedimentos	Cuidados	Observações
Preparar o ambiente	Fechar portas e janelas. Colocar máscara. Limpar a superfície de trabalho.	Privacidade. Diminuir circulação de pessoas, ar e consequentemente de microorganismos.
Preparar o Material	Saco com solução dializante. Pinças azuis. Tampa nova para a extremidade do cateter para depois da troca.	Otimizar tempo e eficácia no procedimento
Lavar as mãos e abrir o material	Prevenir infeções.	Não mexer dentro das embalagens!
Desinfetar as mãos com SABA (solução antisséptica de base alcoólica)	Prevenir infeções.	Evitar Infeções cruzadas
Pendurar o saco no suporte e partir o espigão verde para misturar o líquido	Evitar tocar com saco no suporte e no corpo.	É pela gravidade que o líquido drena para o abdómen
Desinfetar as mãos e conectar	Prevenir infeções.	Evitar complicações
Abrir o cateter para drenar o líquido que estiver na barriga	Registar o líquido que for drenado da barriga.	Efetuar corretamente o procedimento
Retirar o ar do sistema	Fechar o cateter. Partir o espigão verde. Contar até três e colocar pinça na linha de drenagem.	Evitar complicações
Abrir o cateter	Infundir o líquido. Proceder a pesagem da bolsa e liquido drenado se necessário.	Efetuar corretamente o procedimento
Desconectar	Fechar o cateter. Fechar as duas linhas com pinças azuis (clampes), para evitar extravasamento de líquido para o ambiente. Abrir embalagem com tampa nova. Desinfetar as mãos. Desconectar e colocar tampa	Terminar procedimento em segurança. Evitar infeções cruzadas.
Efetuar acomodação do cateter	Utilizar “cinto”, rede, penso bolsa para arrumação do cateter Retificar a correta colocação do adesivo “travão”.	Não propiciar trações desnecessárias do cateter

Princípios para a Realização de uma Troca Manual

Procedimentos	Cuidados	Observações
Preparar o ambiente	Fechar portas e janelas. Colocar máscara. Limpar a superfície de trabalho.	Privacidade Diminuir circulação de pessoas, ar e consequentemente de micro-organismos
Preparar o Material	Máscara. Saco com solução dializante. Balança. Solução dializante. Álcool / Saba (solução antisséptica base alcoólica). Pinças azuis. Tampa nova para a extremidade do cateter para depois da troca. Adesivo.	Otimizar tempo e eficácia no procedimento
Colocar a máscara	Prevenir contaminação de material e proteger orifício do cateter.	Evitar a propagação de micro-organismos
Lavar as mãos e abrir o material	Prevenir infeções.	Não mexer dentro das embalagens!
Desinfetar as mãos com SABA (solução antisséptica de base alcoólica)	Prevenir infeções.	Evitar infeções cruzadas
Pendurar o saco no suporte e partir o espigão verde para misturar o líquido	Evitar tocar com saco no suporte e no corpo.	É importante permitir a mistura das duas soluções na totalidade
Desinfetar as mãos e conectar	Prevenir infeções	Evitar complicações
Comunicar frequentemente e interagir.	Propiciar momentos de interação para treino de habilidades. Fomentar o autocuidado, responsabilidade e disciplina do procedimento. Expor dúvidas Interiorizar quais as possíveis complicações e cuidados a ter.	Boa relação multidisciplinar
Abrir o cateter para drenar o líquido que estiver na barriga	Registar o líquido que for drenado da barriga.	Efetuar corretamente o procedimento
Retirar o ar do sistema	Fechar o cateter. Ligar a balança e registar, para pesar liquido drenado. Partir o espigão verde. Contar até três e colocar pinça na linha de drenagem	Efetuar corretamente o procedimento. Evitar complicações

Procedimentos	**Cuidados**	**Observações**
Abrir o cateter	Infundir o líquido. Proceder a pesagem da bolsa para controlar o líquido infundido.	Efetuar corretamente o procedimento
Drenar o líquido	Fechar o cateter e colocar o clampe no saco de cima (infusão)	Efetuar corretamente o procedimento
Desconectar	Fechar o cateter Fechar as duas linhas com pinças azuis (clampes), para evitar extravasamento de líquido para o ambiente Abrir embalagem com tampa nova Desinfetar as mãos com SABA Desconectar cateter do sistema saco drenagem Colocar a tampa no cateter	Terminar procedimento em segurança. Evitar infeções cruzadas.
Efetuar acomodação do cateter	Utilizar “cinto”, rede, penso bolsa para arrumação do cateter. Retificar a correta colocação do adesivo “travão”. Arrumação do material e colocação dos sacos vazios e com líquido no lixo, previamente efetuar nós nos prolongamentos dos sacos.	Não propiciar trações desnecessárias do cateter. Ambiente limpo e arrumado.

APÊNDICE VI

PLANO DE FORMAÇÃO E SLIDES DA FORMAÇÃO SOBRE O SERVIÇO DE HD, NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA

Plano de Formação

Tema	Conhecer o serviço de HD.	
Data e hora	09/12/2014 15.30	
Duração	20/30 min.	
Local	Sala de Reuniões do serviço de Nefrologia.	
Formador	Élia Santos.	
Destinatários	Equipa de Enfermagem do serviço de Nefrologia.	
Objetivo	Dar a conhecer o serviço de HD. Prestar cuidados de qualidade ao doente com Doença Renal Crónica. Contribuir para um bom trabalho de equipa e articulação entre o serviço de HD e serviços de internamento.	5 min
Sumário	Espaço físico, equipamento; Constituição e organização da equipa de enfermagem; Equipa de assistentes operacionais; Técnicas realizadas; Apoio interno da equipa de HD (HD) no Hospital Garcia de Orta (HGO); Dinâmica de atendimento dos doentes submetidos a Programa Regular de HD (PRHD); Articulação com os serviços de Internamento / Cuidados a atender nos doentes internados que se deslocam à HD.	10 min
Avaliação	Feedback da equipa, sugestões, questões colocadas.	5 min

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia

O Serviço de Hemodiálise

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Objectivos:

- Dar a conhecer o serviço de hemodiálise.
- Prestar cuidados de Enfermagem de qualidade ao doente com Doença Renal Crónica .
- Contribuir para um bom trabalho de equipa e articulação entre o serviço de hemodiálise e serviços de internamento.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Pontos a apresentar

- Espaço físico, equipamento;
- Constituição e organização da equipa de enfermagem;
- Equipa Médica;
- Equipa de assistentes operacionais;
- Técnicas realizadas;
- Apoio interno da equipa de HD no HGO;
- Dinâmica de atendimento dos doentes submetidos a PRHD;
- Articulação com os serviços de Internamento / Cuidados a atender nos doentes internados que se deslocam à hemodiálise.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Espaço físico e equipamento

Capacidade da sala de Hemodiálise:

- 13 postos na sala Grande e 2 postos no isolamento onde fazem apenas doentes com hepatite B;
- 15 monitores;
- 8 cadeirões, 3 camas e 2 macas (Hospital de dia/angiografia);
- Espaço físico reduzido sem capacidade para ficarem cadeiras ou camas dos serviços;
- Totalidade de doentes na unidade neste momento, 56;
- Doentes Externos-56 e Internados-15;
- Restantes vagas para apoio a doentes nos internamentos, urgência geral, Unidades Bloco.
- Nº de Hemodiálises realizadas no ano de 2013: 11361
- Segundo Sociedade Portuguesa de Nefrologia/2013, existem cerca de 10977 doentes em HD.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

A unidade de Hemodiálise dá apoio a clinicas de hemodiálise da área:

- Hospital Particular de Almada –Diaverum; Clínica Privada
- Nephrocare Miratejo-Clínica privada;
- Nephrocare –Suldiálise-Clínica privada;
- Hospital Nossa Sra do Rosário Barreiro-Clínica Privada no barreiro;
- Hospital de Santiago Setubal-Clínica Privada em setúbal;
- Hospital do Montijo-Clínica privada no Montijo;
- Sul do país;SOS.
- Arredores Lisboa,SOS
- E outros…

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Constituição e organização da equipa de enfermagem:

Equipa de Enfermagem

- 16 elementos um elemento em ½ horário/Turnos das 7h.30 -15.30 e 15h-23h (2ªf a sábado);
- 5 elementos de Manha e 4 de Tarde;
- Prevenção das 23h ás 8h de 2ª a sábado e de Domingo até ás 8h de 2ª.

Equipa Médica: 2 Nefrologistas a apoiarem a sala, após as 14h 1 nefrologista.

Equipa de assistentes operacionais:

- 5 elementos: 8h-16h e 16h 23h;intermédio 11h ás 19h, turnos com 1 ou 2 elementos
- Dão apoio na sala de HD, hospital de dia, Angiografias, circuitos de apoio(serviço de sangue, farmácia, Radiologia, aprovisionamento,serviços de internamento...)

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Técnicas efectuadas:

Sala de hemodiálise:

- Hemodiálise (Monitor Fresenius 5008);
- Ultrafiltração;
- Hemodiafiltraçao prédiluição filtro e pósdiluição filtro;
- Plasmaferese (Monitor Prisma) (Lúpus).

Hospital de dia:

- Apoio na colocação de cateteres de Hemodiálise Provisórios e Permanentes(tunelizados), Administração de medicação ev, sc
- Ensinos sobre administração de aranesp;
- Apoio na retirada de cateteres de HD;
- Apoio nos doentes para realização de angiografia 4ªf;
- Colheita de sangue para análises.
- Administração de alteplase a doentes vindos das clínicas.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Apoio disponibilizado pela equipa de enfermagem da HD ?

Sempre que um doente está instável sob ponto de vista hemodinâmico,desloca-se às seguintes Unidades:

- UCC,UMD,UNC,UCI(plasmaferese) bloco operatório (UCPA),UCDI;
- Fica um enfermeiro em permanência completa;
- Monitor Fresenius 5008 e RO.

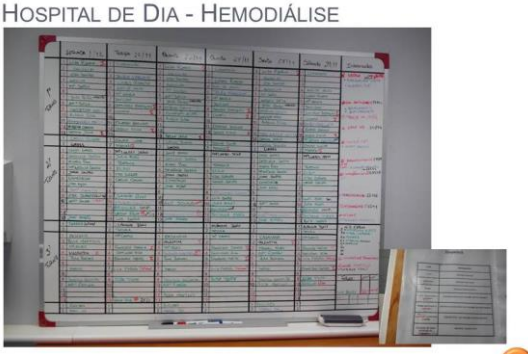
Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Dinâmica de atendimento dos doentes submetidos a PRHD

Organização da dinâmica de sala de hemodiálise:

- Chefe de equipa;
- Distribuição dos doentes pelo método do enfermeiro responsável, em média 3 a 4 doentes por cada enfermeiro;
- Modifica-se sempre que um elemento é destacado para o exterior-outro serviço ou apoio no hospital de dia;
- Sala Grande :doentes nomenclatura (hiv,hvc) e sem sorologias positiva;
- Sala de isolamento (hepatite B), 2 postos de HD.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise



Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Dinâmica de atendimento dos doentes submetidos a PRHD:

- 7h30m - 8h;
- Montagem das linhas e priming a todos os monitores de diálise. Passagem de turno e chamada de doentes dos internamentos;
- 8 - 12h/12h30m. 13h - 17h/17h30m, 18h - 22h/22h30m;
- Acolhimento dos doentes, pesagem, avaliação clinica dos doentes, exame físico do acesso, preparação de material para efectuar a punção ou manipulação do acesso de diálise vigilância do tratamento pré, intra e pós HD. Administração de terapêutica pós diálise-antibióticos por ex;
- Técnicas de punção: escada, área, botoeira;
- Tipos de acessos: Protese, FAV, Cateteres Provisório e tunelizados.

ENTRE as utilizações de cada monitor, são gastos cerca de 35 min na desinfecção do monitor e cerca de 15min em calibração para nova utilização.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Dinâmica de atendimento dos doentes submetidos a PRHD

Doentes de internamento e externos com DRC em PRHD efectuam sessões de Hemodiálise:

- 4h-3 vezes / semana;
- 3h-3 vezes / semana (cardio patias);
- 3h-2 vezes / semana (doentes terminais);
- Ultrafiltração isolada em situações de sobrecarga hídrica;
- Existe sempre uma vaga extra na sala grande para emergências, o que pode motivar rotação de doentes internados para outros turnos devido a vários motivos. (Urgência, exames, altas que envolvem todos os serviços de internamento do hospital) ;
- Sala com 8 cadeirões e 3 camas, o que motiva por vezes um doente do internamento vir de cama ou cadeira de rodas;
- Maior longevidade e envelhecimento da população.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Cuidados a atender nos doentes internados que se deslocam à hemodiálise:

- Concentrado eritrocitário, importante a administração efectuar-se intra sessão;
- Informações para a equipa de Enfermagem da HD:
- Dieta zero, importante reforçar…,
- Sinais vitais significativos, exemplo glicémia , TA ;
- Perdas de sangue/hemorragias para atempadamente não ser administrada heparina(carga e manutenção) ;
- Exame físico, alterações no acesso vascular, membro do acesso;
- Colheitas de sangue pré HD envio de requisição e tubos rotulados, ou existência de etiquetas no processo do doente; secretariado não pode emitir.
- Envio de medicação , nomeadamente antibióticos que o doente tenha que fazer pós HD, stock na Hemodiálise muito reduzido e para emergências.(centros de custo-inerentes ao serviço de internamento).

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Articulação com os serviços de internamento/Cuidados a atender nos doentes internados que se deslocam à hemodiálise

- Reforçar junto destes doentes as refeições serem mais ligeiras quando estão no serviço de hemodiálise,(400cc de sangue nas linhas do circuito extracorporal, processo de digestão por vezes é afectado /náuseas e vómitos pós prandiais), unidades dos doentes vigilância da ingesta de líquidos, fruta, chocolate;
- A questão das visitas ,as quais podem sempre visitar os doentes caso não haja nenhum motivo que o impeça na sala de HD;
- Informar os doentes da realização de eventual higiene sumária quando existe uma chamada para sessão de HD fora do previsto, lavagem do braço do acesso;
- Informar que os turnos no hospital não são fixos e estão sujeitos ao movimento de doentes de todo o hospital (urgência/hipercaliémia/edema agudo do pulmão, altas , necessidades de exames como TAC,transferências..).

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

Pormenores:

- A sala de isolamento(doentes com Hepatite B) não permite entrada de cama apenas maca e cadeirão;
- Quando os doentes vêm para colocar cateter de Hemodiálise, a entrada destes no serviço dá-se pela porta do fundo para a sala de cateteres.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

- A retirada dos pensos de hemostase no final do dia ou após a higiene do dia seguinte. Muitas vezes aquando da punção a retirada destes pensos, origina pequenas hemorragias que interferem com a técnica de punção;
- Se ocorrer hematoma no acesso intra sessão, efectuar a continuidade de cuidados nomeadamente com o aplicar heparina e gelo no internamento;
- Registos pós HD com descrição sucinta do estado do doente durante a sessão de hemodiálise/intercorrências e próxima vinda;
- Foco no espirito de equipa e qualidade dos cuidados a prestar ao doente.

Serviço de Nefrologia
Hospital de Dia - Hemodiálise

- João A ,85 anos, recorre ao serviço de urgência a 07 de Dezembro de 2014 por quadro de anorexia, vómitos alimentares com 2 meses de evolução e com agravamento na ultima semana. Internado na UIMC com diagnóstico de IRC agudizada de etiologia obstrutiva.

- Vive com um filho, horário de trabalho das 7h-15h. É segurança.
- Transferido para o serviço de nefrologia ,Creatinina 6,9,potássio de 7, hemoglobina de 7,5, PCR de 10.
- Indicação para induzir Hemodiálise, por Fav pouco desenvolvida, é colocado cateter de HD provisório. Grande fragilidade vascular. Apresenta deficit, nos cuidados de higiene, educação para a saúde a nível dos cuidados de higiene do braço onde esta a FAV e nos cuidados ao penso do cateter por risco de infecção.
- Seguido em consulta de Nefrologia, tem Fav distal membro superior dto construida em Agosto. Exame físico do acesso vascular :auscultação sopro sistólico,bom frémito, pulso contínuo e normal nem hipo nem hiperpulsátil. Pronta para ser puncionada dentro de cerca de 2 semanas, insistir com exercícios para exercitar o territorio vascular.

- Hemodinamicamente :Ta 95/40mmhg,glicémia de 88mg/dl. Apresenta gengivorragias
- Algaliado 1500cc urina dia. Com prescrição de vancomicina 1gr ev pós Hd, indicação para colheita de sangue para tipagem pedidas 2 U de CE. Intradiálise (etiquetas, tubos,requisição, tipos de análises INR,bioquímica,hemograma, doseamento de medicamentos)
- Hoje indicação para ir ao serviço de hemodiálise ás 13h:
- análises, antibioterapia, heparina,dieta/almoço,glicémia/glicose hipertónica, ta baixa, balanço nulo , bolus online,para correcção de perfil de TA.
- Horário da sessão não é rigido. Pode ter visitas na HD.
- Educação ao doente para os cuidados na retirada dos pensos de hemostase e no caso de hematoma importância da continuidade dos cuidados(gêlo e aplicação de heparina creme),quando for puncionado.

Obrigado!

APÊNDICE VII

AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ESTUDO PELA COMISSÃO DE ÉTICA

CA autorizo 2015.02.05

Ao Conselho de Administração

Do Hospital Garcia de Orta

Dr. Daniel Ferro
Presidente do Conselho
de Administração

Odília Neves
Enfermeira Diretora

Lourdes Barros
Vogal do Conselho de Administração

Almada, 3 de Novembro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Élia Isabel Aparício dos Santos, estudante do 5º curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Nefrologia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob orientação do Prof. Antonio Filipe Cristóvão, vem solicitar a V. Exa. autorização para a realização do estudo sobre "Contributos da família na Gestão do Regime Terapêutico na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise".

Com este estudo pretende-se saber qual a percepção da pessoa com Doença renal Crónica em Programa Regular de hemodiálise, sobre a forma como a família a ajuda, a gerir o regime terapêutico. Acreditamos que os resultados contribuam para melhores cuidados de enfermagem no aconselhamento sobre a gestão do regime terapêutico.

Pretende-se realizar uma entrevista a 20 pessoas com doença renal crónica terminal há mais de um ano em programa regular de hemodiálise. Solicita-se que a selecção dos sujeitos e a colheita de dados clínicos seja realizada sob supervisão do enfermeiro-chefe ou de outro responsável que V.Exa. queira designar. Prevê-se que a entrevista seja realizada pelo autor do estudo. Assegurado o anonimato dos sujeitos e a unidade de tratamento não será identificada. Os resultados do estudo serão previamente comunicados à unidade de tratamento que V. Exa dirige.

INF. UNIDADE HEMODIÁLISE:
1. Não foi inicialmente, visto Cumprirem o requisito para este tipo de ajuda;
2. À consideração superior.

MÁRIO [illegible]
[illegible] / 2014

Autorizo
DIRECTORA DO SERV. NEFROLOGIA
DR.ª LAURA RAMOS

Centro Garcia de Orta
08.2.2015

Grato pela atenção que V. Exa. dispensará a este pedido.

Com os meus melhores cumprimentos,

(Élia Isabel Aparício dos Santos)

TM 918465963; lunnaelya@gmail.com

15376/2014
17/10/2014
Soniaroj

Comissão de Ética

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Assunto: Parecer sobre o pedido de autorização para a realização do Trabalho de Investigação nº 1/2015 denominado **"Contributos da família na gestão do regime terapêutico na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise"**

Investigador Principal – Enf.ª Élia Santos

- Trata-se de um Projecto de Investigação no âmbito da Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Nefrologia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- No presente trabalho pretende-se saber qual a percepção da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, sobre a forma como a família a ajuda a gerir o regime terapêutico.
- **Local de realização do projecto:** Serviço de Nefrologia do HGO
- **Consentimento informado** – está escrito de forma completa e compreensível.
- **Pareceres da Directora do Serviço de Nefrologia e do Enf.º Chefe:** Favoráveis
- Não implica custos nem receitas para o Hospital Garcia de Orta.

Consta ainda do processo:

- Guião da Entrevista
- Identificação do Investigador Principal e o respectivo Curriculum Vitae

Do ponto de vista ético, não se identifica qualquer obstáculo ao início e realização deste Trabalho de Investigação.

A Comissão de Ética

Dr. Luís Antunes

Data – 16/1/2015

APÊNDICE VIII

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. (a) Senhor(a):

No âmbito do mestrado em enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa estou a desenvolver um estudo sobre os Contributos da família na gestão do regime terapêutico da pessoa com doença renal crónica em programa regular de HD.

Pretendo estudar a perceção das pessoas com doença renal crónica sobre a ajuda dos seus familiares na gestão do regime terapêutico e como otimizar o trabalho em equipa envolvendo o Enfº o doente e seus familiares. Os resultados poderão contribuir para melhores cuidados de enfermagem.

Porque a sua opinião é essencial para compreender este problema, venho pedir a sua colaboração voluntária que consiste na recolha de dados do seu processo clínico (co morbilidades, medicação, peso, valores de análises como sejam os de fosforo, sódio, albumina e potássio) e numa entrevista com algumas perguntas, sobre a forma como gere o seu tratamento. As suas respostas, o serviço, bem como o Hospital não serão identificados no estudo, pelo que se garante a confidencialidade dos dados. Estou disponível para esclarecer todas as suas dúvidas.

Este estudo realiza-se com autorização da Direção Clínica do Serviço e os resultados serão comunicados ao serviço.

_____

Declaro ter recebido e compreendido os esclarecimentos necessários para colaborar Voluntariamente neste estudo através de uma entrevista e permitir o acesso ao meu Processo clínico.

_____

(pessoa que presta o consentimento)

_____

(Responsável pelo estudo: Estudante Élia Isabel Aparício dos Santos)

_____, _____ de _____ de 2014

APÊNDICE IX

GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Número: _____Idade: _____Género: M _____ F _____

Nacionalidade:_____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Situação profissional: Empregado: ____Tempo inteiro ____ Tempo Parcial ____

Desempregado: _____ Reformado: _____

Situação familiar: Vive com familiares____ Vive com outras pessoas____

Tempo em HD: _____

Tipo de acesso vascular: FAV ____ Cateter permanente ____ Enxerto _____

Transplante Renal: Sim ____ Não ___Se sim, há quantos anos? _____

Patologias associadas: Doença hematológica _____ Diabetes _____

HTA _____ Doença Cardíaca _____ Depressão _____

Etiologia da doença renal: _____

Medicação:_____

Média do peso que ganha habitualmente de uma sessão para outra_____

Urina._____ Volume de urina 24h_____

Perguntas orientadoras:

- Quais as principais dificuldades que sente em relação à doença e tratamento de HD?

(dores, sede, dificuldade em vir para a HD, cumprir / rigor do tratamento, o que lhe é mais difícil, quem o apoia no seu dia a dia, de que forma)

- Em que medida a sua família o ajuda, ou como o poderia ajudar? Em que aspetos?

(é na quantidade de líquidos sabe qual a quantidade que devia beber/ingerir por dia, na alimentação, quem cozinha quem o ajuda, o que sabem sobre a alimentação nos medicamentos toma muitos medicamentos para a sua doença renal ou para outras, quer partilhar, quem vive consigo sabe que cuidados deverão ser tidos em conta o que não fazer para maior longevidade do acesso de HD?)

APÊNDICE X

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

(QUADRO 5 E 6)

Quadro 5 - Caracterização sócio demográfica da amostra

Variáveis	Frequência Absoluta	Percentagem	Média	Valor mínimo	Valor máximo
Género					
Masculino	4	66,70%			
Feminino	2	33,30%			
Estado Civil					
Casado	4	66,70%			
Solteiro	1	16,65%			
União de facto	1	16,65%			
Escolaridade					
1º Ciclo	2	33,30%			
2º Ciclo	1	16,70%			
3º Ciclo	1	16,70%			
Secundário	2	33,30%			
Situação Profissional					
Empregado	1	16,70%			
Reformado	5	83,30%			
Tipo de família					
Nuclear-esposo/a	5	83,30%			
Alargada-mãe/irmã	1	16,70%			
Idade			61,8 Anos	32 Anos	82 Anos
Acesso para hemodiálise					
Prótese	2	33,30%			
FAV	4	66,70%			
Anos em diálise			9,33 Anos	1 Ano	34 Anos
Com diurese	2	33,30%			
Sem diurese	4	66,70%			
Média de aumento de peso entre sessões			2 Kg	0,5 Kg	4 Kg

Quadro 6 - Caracterização da amostra (continuação)

Participantes / Variáveis	AP-E1	AS-E2	EM-E3	MA-E4	RG-E5	LC-E6
Medicação	Sabe e enumera alguns	Sabe e enumera muitos	Sabe e enumera vários	Sabe e enumera alguns	Sabe e enumera vários	Sabe e enumera
Etiologia da doença renal	Mieloma múltiplo	Vasculite	HTA	Mieloma múltiplo	HTA	Glomerulonefrite
Co-morbilidades	HTA	DPOC Doença cardíaca	HTA	Neo dos intestinos/ Colostomia	Colesterol elevado AVC HTA	Osteoporose Alterações da tiróide
Em lista de transplante	Não	Não	Não	Não	Não	Sim 15 anos

APÊNDICE XI

CODIFICAÇÃO DOS DADOS NO TEMA:

A RELAÇÂO DA DOENÇA COM O TRATAMENTO

Codificação dos dados no tema: A Relação da Doença com o Tratamento

Aspetos	Unidades de registo
Cansaço relacionado com o tratamento	*"Tenho muito cansaço, custa-me muito tolerar isso" (E2)* *"Depois da diálise é uma canseira" (E2)* *"A doença…o tratamento causa-me cansaço…muito cansaço" (E1)* *"O cansaço" (E3)* *"Estou cansado, mal posso andar" (E4)* *"Eu canso-me…dou uns passitos…parece que estou a morrer" (E4)* *"No dia a seguir á diálise fico muito mal, mal posso andar…é um dia para recuperar" (E4)*
Dor na punção dos acessos vasculares	*"Custa-me muito as dores no picar da fístula" (E4)* *"Desde que me fizeram isto no braço (FAV) sofro mais agora com vocês a espetarem-me as agulhas, do que antigamente" (E4)* *"O que me custa mais são as agulhas…são umas dores terríveis" (E4)*
Lipotimia	*"A tensão baixa…os desmaios estou sempre, volta na volta, no chão" (E4)* *"Os desmaios, as tonturas" (E3)*
Caibras	*"Quando acabo o tratamento tenho alguns efeitos …cãibras" (E3)*
Dispneia	*"Custa-me a falta de ar antes de vir para a diálise" (E4)*
Gestão da restrição Hídrica	*"Quando comecei a Hd foi difícil a sede" (E6)* *"Quando é verão ver os outros a beber e não poder é que custa" (E5)* *"Mas a água é o pior eu bebia litros e litros de água" (E5)* *"A sede é que é o pior" (E5)* *"A água é que me custa mais" (E5)* *"O que mais me custa é a água, a água é que é o pior, é complicado" (E5)*
Realizar as sessões de Hemodiálise	*"Custa-me vir para a Hd...para o hospital, fico mal, quem gosta de vir para o hospital!?" (E4)* *"São muitas horas…mas parece que tem que ser assim…" (E4)* *"O que me custa mais é chegar cá é o vir para cá" (E1)*

Limitações nas actividades de vida diária	*"Tomo banho sozinha, mas não consigo limpar-me da cintura para baixo é difícil. Agravou-se com os anos…" (E6)* *"O que é mais difícil é que deixei de fazer as minhas coisas" (E6)* *"O não conseguir fazer, custa-me….Ainda hoje chorei. Tenho momentos"Ur4 desmaios as tonturas" (E3)*
Gestão da restrição alimentar	*"Eu era de muito alimento, quando vejo elas, a minha irmã e sobrinha, a comer muito...fico…custa-me" (E5)*
Não poder ir trabalhar	*"A minha atividade profissional como cantor e músico e ter que viajar dificulta muito as coisas" (E3)*
Relações com outros doentes	*"Venho muitas vezes para o tratamento com amigos que em trazem" (E3)* *"Gosto de vir para a hemodiálise…tenho cá amigos, doentes, todos são uma família" (E5)*
Relação com os enfermeiros	*"Tenho uma relação de proximidade aqui na diálise com alguns profissionais. Somos quase uma família" (E6)* *"Não tenho nada a dizer da equipa dos enfermeiros, têm sido impecáveis comigo" (E2)*
Dependência do tratamento	*"Estou muito dependente" (E6)* *"A dependência deste tratamento é difícil, na minha vida" (E3)*
Entender o tratamento como um emprego	*"A minha filha diz…em jeito de brincadeira…estas a arranjar as tuas coisinhas, para o teu emprego" (E6)* *"Em tempos eu aceitava a hemodiálise como um emprego" (E6)*

APÊNDICE XII

CODIFICAÇÃO DOS DADOS NO TEMA:

AJUDA DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Codificação dos dados no tema: Ajuda da família na gestão do regime terapêutico

Ajudas	Unidades de registo
Alertas para o consumo Hídrico	*"Ela está sempre atenta ao que bebo, faz muitos alertas" (E3)* *"Nos convívios ela costuma chamar-me atenção para os abusos nos líquidos" (E2)* *"As vezes quero beber mais um golinho de água e ele diz toma cautela com a água" (E1)*
Controle da quantidade de líquidos ingeridos	*"Quero repetir, beber mais um pouco e ela diz já chega!" (E2)* *"Na quantidade de líquidos a minha mulher sabe, ela nem me água me quer dar…controla…mas controla a valer" (E4)*
Reduzindo o sal na confeção de alimentos	*"Em relação aos alimentos e líquidos ela sabe dos cuidados, ela esta sempre a alertar-me por causa do sal" (E3)* *"No cozinhar dos alimentos praticamente não põe sal nenhum" (E4)* *"Ela sabe que não pode ter muito sal" (E2)*
Conhecimento dos familiares sobre as medidas para gerir as restrições de dieta	*"A alimentação é com ela" (E3)* *"Ela quando vê que a comida me está a saber bem e quero repetir...ela diz logo cuidado!..." (E2)* *"Ela sabe que não é só a qualidade dos alimentos é também a quantidade" (E2)* *"Se eu quiser repetir a comida …ela está sempre lá, chama-me a atenção" (E3)*
Alertas no consumo de alimentos ricos em potássio	*"Se quero comer fruta…eu gosto muito de fruta….Ele diz logo olha o potássio!" (E1)* *"Na fruta como pouca, 2 peças de fruta por dia…ele sabe as que têm potássio. A banana, melão, laranjas...ajuda-me nisso" (E6)*

Confeção dos alimentos	*"Na confeção dos alimentos, ele é que faz agora, foi aprendendo, se comemos batatas, tem que estar de um dia para o outro" (E6)* *"A hortaliça ele também sabe que tem que mudar a água, faz duas fervuras" (E6)* *"Elas sabem, aminha irmã e mãe que a sopa tem que ficar grossa…a colher fica em pé" (E5)* *"Na cozedura dos alimentos sabe que os alimentos devem estar de um dia para o outro dentro de água" (E2)* *"A minha irmã e mãe sabem que os brócolos tem que ser escalfados e as batatas passadas em várias águas" (E5)* *"No cozinhar dos legumes, ela no caso das batatas lava e ferve em duas ou mais águas…ela é que faz" (E3)* *"As hortaliças ele muda várias águas" (E1)* *"Com as batatas põe água e muda-lhes a água" (E1)* *"Na cozedura das batatas, até do alho corta aos bocadinhos e põe dentro de água…demolha-os primeiro" (E4)*
Agir perante uma emergência	*"Ela é uma retaguarda, se houver uma emergência ela sabe o que se passa sabe o que devo tomar" (E2)*
Organizar a toma dos medicamentos em envelopes	*"Ele tem uns envelopes com os medicamentos todos, ele é que fez os envelopes, fica tudo numa bolsinha" (E1)*
Organizar uma lista de medicamentos para evitar esquecimentos	*"Em relação aos medicamentos como são tantos, temos uma listagem, que trago sempre comigo" (E2)* *"Ele tem tudo escrito…os que são vitaminas, os que são para proteger o estômago…ele é que mos dá" (E1)*

Administração os medicamentos	*"Ela tem sempre um stock dos meus medicamentos, portanto ela esta por dentro" (E2)* *"Ela em relação á medicação ela é que me dá os medicamentos, isso é com ela" (E3)* *"Até os comprimidos…ele é que me os dá, toma conta disso todos os dias, põe lá para eu tomar" (E3)* *"Ajuda-me dando-me os medicamentos que tenho que tomar" (E1)*
Comprar os medicamentos	*"Ela é que compra os medicamentos…vai á farmácia" (E2)* *"A maior parte das vezes é a minha mulher que os vai buscar" (E3)*
Conhecimentos dos familiares acerca do acesso vascular	*Ele sabe que não se pode medir tensão neste braço da fistula nem colher sangue" (E6)* *"A parte de medir a tensão ou tirar sangue deste braço, ela sabe" (E3)* *"Mas de não se poder medir a Ta neste braço ou de não colher sangue ele não sabe" (E1)* *"No braço do acesso sabe que não posso fazer força"* *"Nos cuidados com o braço esquerdo ela tem a noção de que não posso fazer esforços" (E2)* *"Agora ela faz-me uma massagem no local do acesso com uma pomada" (E2)* *"Nos cuidados com este braço esquerdo sabe que não posso fazer força" (E4)* *"Sobre o braço sabem que não posso fazer força…pois eu fazia tudo, pintava, raspava paredes, desviava tudo lá em casa" (E5)* *"Em relação ao acesso ela sabe que faço diálise por aqui…sabe que não posso fazer esforço pegar em coisas pesadas" (E3)* *"Ele sabe que não devo mexer muito este bração" (E1)* *"Ele sabe que não posso fazer força com este braço" (E1)*

Apoio psicológico fornecido pelo cônjuge/família	*”Ele é um excelente amigo e companheiro” (E1)* *“Quando vamos de férias, ele tem paciência, dá-me apoio, não se chateia nada com as minhas idas ao tratamento de hemodiálise” (E1)* *”O meu marido é quem me apoia” (E1) “Psicologicamente dá-me muita força” (E2)* *“Não tenho palavras para a descrever, é uma pessoa sensacional, um grande suporte nesta doença” (E3)* *“Em casa é a minha esposa que me apoia” (E3)* *“Em casa no meu dia-a-dia quem me ajuda mais a contornar a situação é a minha companheira” (E3)* *“Ela dá-me muito apoio, carinho preocupa-se comigo” (E3)* *“Ela (a mulher) apoia-me, apoia-me sim senhor e muito” (E4)* *“A minha mulher apoia-me muito…” (E4)* *“Ela não quer que eu esteja na cama, às vezes estou muitas horas na cama mais de 12h…ela não quer, quer que eu me levante” (E4)* *“A minha mãe e irmã apoiam-me e ajudam-me” (E5)* *“Ele tem sempre uma palavra de apoio …se me apercebo que já não faço uma coisa e fico com pena, ele levanta o meu estar para cima” (E6)* *“Foi sempre o meu apoio, muito preocupado e amigo em me poupar…e levantar a moral ao longo dos anos” (E6)* *“O meu marido ajuda-me em tudo, ajuda-me naquilo que já não posso fazer” (E6)* *“Tive sempre uma retaguarda familiar, que não precisei de em expor…sempre me ajudou a fazer certas coisas…tive o apoio da minha irmã e da minha filha” (E6)* *“Com o aparecimento desta doença, a minha filha deu-me apoio, às vezes vinha comigo às consultas” (E4)*

Interesse do familiar pela gestão do tratamento	*"Eles, o meu marido e a minha filha falam sobre os aspetos da minha doença" (E1)* *"Ele é muito atento, interessado e cuidadoso" (E1)* *"Ele esta sempre atento" (E1)* *"Ela é muito interessada" (E2)* *"Ela está sempre muito atenta" (E2) "Ela ficou muito curiosa com esta doença e muito interessada" (E2)* *"Esta sempre muito atenta" (E2)* *"Ela é muito cuidadosa comigo…costumo dizer que é uma enfermeira muito empenhada" (E2)* *"Ela tem vindo sempre comigo quando vim fazer isto no braço, ela sempre ouviu tudo, mostrou interesse pelo que a médica disse" (E2)* *"Esta sempre presente…o aparecimento desta doença mostra da parte dela interesse e carinho pelo que estou sujeito" (E3)* *"Ela faz muitas perguntas sobre o que se passa, quando chego da dialise um bocadinho em baixo" (E3)* *"O meu marido é 24h por dia" (E6)*
Valorização dos familiares na gestão do regime terapêutico	*"Ele gosta muito de mim" (E1)* *"Ele é incansável, se não fosse o meu marido já tinha morrido" (E1)* *"Ele é incansável, faz tudo por mim" (E1)* *"Ela é como se fosse uma segunda voz a da consciência" (E2)* *"Se não fosse a minha mulher o que seria de mim" (E4)*

O apoio da família na realização das actividades instrumentais do dia a dia	*"Ele apanha a roupa e faz...porque vê que eu não posso" (E1)* *"Não consigo fazer, fisicamente ele vê isso…ele faz essas coisa todas da casa" (E1)* *"Ele cozinha, faz o comer e sabe muito bem como fazer, faz muito bem" (E1)* *"Lava a loiça, tem a máquina, mas ele prefere lavá-la á mão" (E1)* *"Nas compras, normalmente vamos os dois….eu não posso mas temos o carro e eu ajudo-a" (E2)* *"A lida da casa passou a ser dele" (E6)* *"As vezes sinto vontade de estender roupa e ele diz logo que não...nem torcer uma peça de roupa…" (E6)*

APÊNDICE XIII

CODIFICAÇÃO DOS DADOS NO TEMA:
MEDIDAS DE APOIO À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Codificação dos dados no tema: Medidas de apoio à gestão do regime terapêutico

Apoios	Unidades de registo
O Médico/ Nefrologista	*"Temos tido reuniões com o médico nefrologista … " (E2)* *"Ela soube dos cuidados porque os médicos falaram com ela…" (E3) "*
O Enfermeiro	*"com o enfermeiro o diálogo é mais nas 4 h de tratamento de hemodiálise" (E2)*
A nutricionista	*"tivemos consultas com a nutricionista" (E2)* *"Ela teve uma consulta com a nutricionista…esteve a explicar-lhe como devia fazer as coisas" (E3)* *"A minha esposa participou numa consulta com a nutricionista também" (E3)*
Pesquisas	*"Eu aprendi e soube…soubemos, fomos a prendendo, pesquisando… no início ninguém ensinava nada a ninguém" (E6)* *"Pesquisa na internet tudo e mais alguma coisa sobre o tratamento" (E2)*
Livros	*"… Deram-lhe um livrinho sobre o que podia e não podia comer" (E3)* *A minha irmã tem um livrinho que lhe deram para saber como cozinhar os alimentos" (E5)*
Consultas	*"Ela vem comigo às consultas, sabe de tudo" (E2)*
Tomar notas/apontamentos sobre o tratamento	*"Com ela a informação não é do tipo ouve e sai, não! Ouve dá a volta ao cérebro, retém a informação" (E2)* *"Tomou apontamentos do que ouvia, durante a visita na sessão de hemodiálise" (E2)*
Observação das sessões de Hemodiálise	*"Ela já assistiu a 2 ou 3 sessões de HD" (E2)*

Informação do cônjuge	*"Ele sabe isso tudo, sabe porque fui-lhe dizendo…ouvia aqui na diálise" (E1)* *"Fui-lhe passando a informação e ele foi retendo e fazendo…tem cuidado, muito cuidado comigo" (E1)* *"Ela sabe tudo, pergunta como foi a sessão, como passei, se esta tudo bem" (E3)*
Partilha de informação entre a família, a pessoa com DRC e o enfermeiro	*"Mas se houvesse uma conversa entre a enfermeira e o meu marido, se calhar ajudava...não achava mal" (E1)* *"Elas (irmã e mãe) beneficiavam de ouvir e virem cá à HD, para mais informação sobre os cuidados a ter por exemplo com o acesso vascular" (E5)* *"Ela beneficiava do fornecimento de informações, ia apreciar isso" (E2)* *"Talvez devêssemos saber mais coisas sobre os cuidados, no caso de eu adoecer e ser preciso dizer a alguém" (E1)*
Permitir que os familiares participassem em reuniões da equipa de saúde	*"Nós beneficiaríamos se houvesse uma presença dela em reuniões com a equipa de enfermagem. Maior proximidade" (E2)* *"Era bom, a minha mulher ouvir falar dos cuidados a ter, vir a reuniões com a equipa de saúde, com a enfermagem" (E4)*

ANEXOS

ANEXO I

AVALIAÇÃO DO PRIMEIRO CAMPO DE ESTÁGIO

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Elia Santos **Instituição:** H.Garcia Orta EPE **Serviço:** Unid. Diálise Peritoneal-Nefrologia

Efectuado de ____ / ____ / _____ **a** ____ / ____ / _____ **Docente:** _____ **Orientador:** Clara Vasconcelos

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	19
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	19
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	20
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	20

O Docente: _____ **Orientador:** _____ **Data:** 28 / 11 / 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A presente avaliação surge no âmbito do Curso de Pós Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área específica de intervenção: Enfermagem Nefrológica, referente ao estágio de Élia Santos na Unidade de Diálise Peritoneal - serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta, EPE.

De uma forma geral, considero que o estágio foi muito positivo. A aluna integrou-se facilmente na equipa multidisciplinar, demonstrou uma grande facilidade de interação com o utente família, conseguindo desenvolver uma excelente relação com os mesmos.

Demonstrou conhecimentos atualizados, bem como qualidade e rigor na execução técnica.

Mostrou interesse, iniciativa e criatividade, dando sugestões adequadas e oportunas.

Elaborou documentos direccionados às necessidades identificadas na unidade, sustentados em bases científicas. Partilhou conhecimentos e experiências que contribuíram para o enriquecimento profissional dos enfermeiros da unidade e para a formação do utente e família.

Revelou ponderação e responsabilidade pelos seus actos, evidenciando uma postura assertiva e delicadeza no contacto com o outro.

Sugestão de avaliação quantitativa: 19 valores

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: Orientador Ana Clara Xavier de Vasconcelos Simões Assinatura

Data: Estudante Élia Isabel Aparício dos Santos Assinatura

ANEXO II

AVALIAÇÃO DO SEGUNDO CAMPO DE ESTÁGIO

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Elia Isabel Aparício dos Santos **Instituição:** HGO **Serviço:** Nefrologia

Efectuado de 24 / 11 / 2014 **a** 17 / 12 / 2014 **Docente:** Prof Filipe Cristovão **Orientador:** Ana Catarina Silva Santos

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualdade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	19
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	19
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	19
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	20

O Docente: _____ **Orientador:** _____ **Data:** 19/12/2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: Durante o período de estágio, a Enfª Élia mostrou-se uma enfermeira ponderada, responsável, integra, com iniciativa para colaborar na prestação de cuidados aos doentes internados no serviço de Nefrologia, em todos os níveis de competência do enfermeiro Especialista. Demonstrou-se pessoa simpática, disponibilidade e excelente relação com todos os intervenientes no processo de cuidados. Teve uma boa integração na equipa, contribuindo para um bom ambiente de trabalho permitindo os profissionais de saúde, doentes e famílias, tirar o seu apoio com eficiência e eficácia no aproveitamento das suas habilidades profissionais e pessoais. Demonstrou interesse constante em adquirir/aprofundar conhecimentos/competências pessoais e profissionais, mostrando metodologia de trabalho, organização e dinâmica no sentido de resolução de problemas. Mostrou sempre uma postura profissional, interagindo com sugestões pertinentes e adequadas ao momento, sendo uma essencial mais-valia na prestação de cuidados de qualidade. Mostrou conhecimentos científicos atualizados, partilhando com a equipa toda o seu saber, no dia-a-dia e através de um momento formativo, onde apresentou o tema de hemodiálise e o de enfermagem em hemodiálise. Fez um bom trabalho para melhorar o articulado entre o serviço de hemodiálise e nefrologia. Este momento foi muito apreciado pela equipa de enfermagem, e é com que conto quando fazer contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes insuficientes renais com a sua necessidade de hemodiálise.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.) de submissão.

Os objectivos apresentados em projeto pela Enfª Élia foram em excelente grau máximo, tendo em conta o reduzido tempo de estágio, sendo cumpridos em atividades programadas. Perante os objetivos apresentados, surgiu uma avaliação de excelente para a Enfª Élia.

Data: 10/12/14 Orientador: Ana Catarina Silva Santos — Assinatura: Santos

Data: Estudante: Élia Isabel Aparício dos Santos — Assinatura: Élia

ANEXO III

AVALIAÇÃO DO TERCEIRO CAMPO DE ESTÁGIO

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Edia Isabel Aparicio do Santos **Instituição:** HGO/Hospital Garcia Orta **Serviço:** Nefrologia – Hemodiálise.
Efectuado de 3 / 01 / 2015 **a** 13 / 02 / 2015 **Docente:** Proj. Filipe Cristóvão **Orientador:** Sónia Cruzinha Piedade Reine

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualdade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	19
Desenvolvimento profissional.	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	19
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	19
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	19

O Docente: _____ **Orientador:** Sónia Reine **Data:** 13 / 2 / 2015

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Estudante atenta e interessada a aperfeiçoar e partilhar os seus conhecimentos adquiridos.

Durante o período de estagio revelou ponderação nos atos praticados, assumindo responsabilidade e independência nos cuidados prestados. Demonstrou conhecimentos e pratica na resolução de problemas complexos.

Apresentou uma boa relação com os colegas, utentes e família sabendo envolvê-los nos cuidados.

Manteve um comportamento ético - deontológico, respeitando a individualidade de cada um.

Propõe-se uma avaliação qualitativa de excelente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 13/2/2015	Orientador	Sónia Cristina de Piedade Freire	Sónia Freire
Data: 13/2/2015	Estudante	Élia Isabel Apreicio dos Santos	Élia Santos