

RESUMO

O autocuidado é um elemento chave na gestão da doença crónica e com a implementação deste projecto pretendeu-se promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico, essencialmente no que diz respeito ao aparecimento de infecções como peritonite, ou relacionadas com OSC de DP e túnel. Para sintetizar a evidência científica disponível sobre a temática em estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre as estratégias para promover o *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico. Foi efectuada pesquisa no motor de busca EBSCO, nas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. Foram procurados artigos em texto integral, publicados entre 1996-2011. Na formulação da questão de investigação foi utilizado o método PI[C]O. Foram encontrados 47 artigos e seleccionados 7 para análise.

Os resultados dos artigos seleccionados demonstraram que a promoção do *empowerment* facilita a gestão da DRC, melhora a QV e diminui as taxas de infecção. Globalmente, as estratégias de *empowerment* utilizadas nos estudos analisados procuram responder às necessidades do doente, e seus significantes, promovendo e adaptando o autocuidado através da compreensão da forma como a DRCT e a necessidade de realizar DP são vivenciadas pelos mesmos.

No campo de intervenção, em primeiro lugar foram realizadas reuniões para sensibilizar as enfermeiras para a importância de promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP. Posteriormente, foi definido um programa de *empowerment*, com base nas estratégias encontradas na literatura e de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis na unidade de DP. Assim, após terem sido revistas as normas e protocolos e analisado o material de apoio disponível para fornecer ao doente/família, foi construído um manual de acolhimento da unidade de DP e elaborada uma norma sobre cuidados ao OSC de DP. De seguida foi estruturado o programa de ensino/treino baseado nos conhecimentos e nas habilidades que o doente “*expert*” em DP deve apresentar. Por último foi implementada a reavaliação do ensino/treino de forma rotineira. Como forma de avaliação do presente projecto, pretende-se determinar anualmente as taxas de peritonite, infecção do OSC e infecção do túnel.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal; *Empowerment*; Autocuidado; Gestão do regime terapêutico.

ABSTRACT

Self-care is a key element in the management of chronic disease and the purpose of this project was to promote the empowerment of the patient, and significant others, with chronic kidney disease, on peritoneal dialysis program, in the management of the regimen, particularly in what concerns the development of infections such as peritonitis or the ones related with the dialysis exit-site or the tunnel. To summarize the scientific evidence available about the subject under study, a systematic review of the literature was carried out about strategies to promote the empowerment of people with end stage renal disease on peritoneal dialysis program in the management of therapeutic regimen. Research was conducted in EBSCO search engine on two databases: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. The search was limited to full-text articles published between 1996 and 2011 and PI[C]O method was used to formulate the research question. Seven articles were selected for analysis from a total of 47 found.

The results of these selected articles show that the promotion of empowerment facilitates the management of chronic kidney disease, improves quality of life and decreases infection rates. Overall, the empowerment strategies applied in the analyzed studies intend to respond to the needs of patients and significant others through promoting and adapting self-care by understanding the way Chronic Kidney Disease and the need to undertake Peritoneal Dialysis is experienced by them.

Regarding the intervention, first of all, meetings were held to sensitize nurses to the importance of promoting the empowerment of people, and significant others, with end stage renal disease on peritoneal dialysis program. Then, an empowerment program was set up based on strategies found in literature and according to the human and material resources available in the peritoneal dialysis unit. Consequently, after revising the norms and protocols and analyzing the supporting material available to offer the patient/family, a manual on patient/family hosting in the peritoneal dialysis unit was elaborated and a protocol about the care of peritoneal dialysis exit-site was developed. Afterwards, the educational/training program, based on the knowledge and skills that the “*expert*” patient in peritoneal dialysis must acquire, was structured. Finally, the routinary reevaluation of teaching/training was implemented. The intended assessment method for this project will be the annual rates of peritonitis, peritoneal dialysis exit-site infection and infection of the tunnel.

Key-Words: Peritoneal Dialysis; Empowerment; Self-care; Therapeutic regimen management.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direcção Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Crónica Automatizada

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

FAV – Fistula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

HODF – Hospital Onde Desempenho Funções

HRN – Hospital de Referência em Nefrologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSC – Orifício de Saída do Cateter

QV – Qualidade de Vida

RCCEE – Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal

TSFR – Terapia Substitutiva Função renal

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

Pág.

Gráfico I	Distribuição por género dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções a 30/01/2012	40
Gráfico II	Distribuição por faixa etária dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções a 30/01/2012	44
Gráfico III	Distribuição dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções segundo a autonomia para realizar a TSFR	41
Gráfico IV	Distribuição por ano do número total de doentes inscritos a 31 de Dezembro na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.	42
Gráfico V	Distribuição dos doentes pelo motivo que os levou a sair do programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções no ano de 2011	42
Gráfico VI	Número de peritonites confirmadas nos anos de 2009, 2010 e 2011 na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.	43
Gráfico VII	Evolução da taxa de peritonites da Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções ao longo do tempo.	43
Gráfico VIII	Distribuição do número de infecções do OSC de DP do Hospital Onde Desempenho Funções ao longo dos meses no ano de 2010 e 2011	44

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

QUADRO I	Critérios para a formulação da questão de investigação	47
QUADRO II	Critérios de inclusão e exclusão dos estudos da revisão sistemática da literatura	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

FIGURA I	Processo de pesquisa e selecção dos artigos da revisão sistemática da literatura	49
-----------------	--	----

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
INDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS	7
LISTA DE APÊNDICES	11
LISTA DE ANEXOS	12
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 Contextualização da Problemática	16
1.2. Referencial Teórico	22
1.3. Competências de Enfermeiro Especialista a Desenvolver face ao Projecto	24
2. TRABALHO DE CAMPO	28
2.1. Unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia	28
2.1.1. Caracterização da unidade de DP de um HRN	29
2.1.2. Estratégias de <i>empowerment</i> utilizadas pela equipa para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa com DRCT em programa de DP	29
2.1.3. Sugestões de <i>empowerment</i> para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa com DRCT em programa de DP	32
2.1.4. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas	32
2.2. Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções	33
2.2.1. Caracterização da unidade de HD do HODF	34
2.2.2. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas	34
2.3. Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções	38
2.3.1. Caracterização da unidade de DP do HODF	38
2.3.2. Caracterização dos doentes da unidade de DP do HODF	40
2.3.3. Diagnóstico da situação	44
2.3.4. Objectivos do projecto de intervenção na unidade de DP do HODF	46

2.3.5. Metodologia	46
2.3.5.1. <u>Revisão Sistemática</u>	47
2.3.5.1.1. Análise e discussão dos artigos seleccionados	49
2.3.6. Programa de <i>empowerment</i> para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP	54
2.3.7. Avaliação do projecto	59
2.3.8. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas	60
3. CONCLUSÃO	66
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
5. BIBLIOGRAFIA DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	77

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I	Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia.
APÊNDICE II	Caracterização da unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia.
APÊNDICE III	Guia de acolhimento da unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia.
APÊNDICE IV	Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções.
APÊNDICE V	Caracterização da Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho funções.
APÊNDICE VI	Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.
APÊNDICE VII	Listagem e classificação por níveis de evidência dos 7 artigos seleccionados para o corpus de análise.
APÊNDICE VIII	Manual de acolhimento da unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.
APÊNDICE IX	Norma de procedimento: Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter de Diálise Peritoneal.
APÊNDICE X	Artigo de Revisão Sistemática da Literatura: <i>“Dorothea Orem e o Auto-cuidado em Diálise Peritoneal: Orientações a Dar à Pessoa no Auto-cuidado ao Orifício de Saída do Cateter”</i> .
APÊNDICE XI	Plano de ensino/treino para a pessoa e/ou familiar significativo com DRCT em programa de DP (manual e automático).
APÊNDICE XII	Folha de avaliação inicial direccionada para a pessoa com DRCT em programa de DP.
APÊNDICE XIII	Guia para avaliar o ensino/treino aquando da indução de técnica (DPCA ou DPA) e para reavaliar a necessidade de reforço de ensino/treino.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora do estágio realizado na unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia.
ANEXO II	Avaliação da enfermeira orientadora do estágio realizado na unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções.

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no terceiro semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Específica de Intervenção de Enfermagem Nefrológica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Considerando que todo o ser humano se encontra em constante desenvolvimento pessoal e profissional, torna-se necessária a existência de momentos de reflexão que facilitem a tomada de consciência sobre o contributo das experiências vivenciadas para o seu crescimento. Pretende-se assim elaborar um relatório reflexivo com o intuito de demonstrar a aquisição/desenvolvimento de competências especializadas nesta área específica de intervenção, tendo por base as competências comuns apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e as específicas para a área da Nefrologia definidas pela European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).

Para facilitar a aquisição de competências e o desenvolvimento pessoal e profissional, foi projectada a realização do ensino clínico em três campos de estágio distintos e concomitantemente a elaboração de um projecto de intervenção.

O projecto de intervenção teve como ponto de partida um problema, uma inquietação, uma reflexão sobre a prática profissional. A sua implementação visava, a par do desenvolvimento pessoal e profissional, transformar a prática clínica através da integração e aplicação do conhecimento científico.

Assim, e uma vez que desempenho funções num Serviço de Nefrologia que compreende uma Unidade de Diálise Peritoneal (DP), optei por trabalhar uma problemática relacionada com esta última, por ser, naturalmente, uma área de especial interesse para mim.

Para a identificação da problemática, utilizei a experiência pessoal e profissional que adquiri durante os últimos nove anos em que tenho prestado cuidados directamente à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), associada aos conhecimentos que adquiri durante os dois primeiros semestres do presente Mestrado. A frequência deste último despertou-me, entre outras coisas, para as implicações que advêm do aumento constante de pessoas com DRCT a realizar Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR), e da necessidade emergente de intervir nos vários níveis de prevenção. Os dados dos Relatórios Anuais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) comprovam o aumento crescente de pessoas com DRC a necessitar de TSFR. Em 2010 revelaram um total de 16764 pessoas sob TSFR, comparativamente com o total de 16011 referentes ao ano de

2009. A taxa de prevalência por milhão de habitantes (pmp) aumentou de 1506,6 pmp em 2009 para 1575,9 pmp em 2010.

A DP é uma modalidade de substituição da função renal que inclui todas as técnicas que utilizam o peritонеu como membrana de diálise e a capacidade desta para permitir a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise (HERAS, 2006, p.27). Tem como principal objectivo ser realizada autonomamente pelo doente no domicílio, sendo a motivação do mesmo fulcral para o sucesso desta TSFR (RODRIGUES, 2009).

Das várias TSFR actualmente disponíveis, a DP é a que carece de maior envolvimento do doente e família, que não só têm que adaptar a sua vida à doença crónica, como também realizar a técnica no domicílio com autonomia (SU et al., 2004). Sendo uma modalidade onde predomina o autocuidado, faz parte da gestão da doença: a execução de procedimentos de diálise; os cuidados com o orifício de saída do cateter; a toma de medicamentos; o seguimento de uma dieta; o controlo da ingestão de líquidos; a gestão de comorbilidades e uma autoavaliação diária, que inclui sinais vitais, peso e o despiste de complicações (CURTIN, JOHNSON & SCHATELL, 2004).

O enfermeiro de nefrologia é o elemento da equipa de saúde que actua de modo mais constante e próximo da pessoa com DRC em programa de DP. Cabe-lhe coordenar métodos de ajuda válidos que vão ao encontro das necessidades de educação, treino, avaliação e seguimento da pessoa em DP, prevenindo, detectando, corrigindo problemas que possam surgir e consciencializando-a e capacitando-a para o seu autocuidado (REDMONT & DOHERTY, 2005; BERMÚDEZ, JIMÉNEZ & SANZ, 2006; SILVA & SILVA, 2003).

O *empowerment* corresponde ao processo através do qual as pessoas ganham maior controlo sobre as decisões e acções que afectem a sua saúde (CAMPOS & CARNEIRO, 2011; CARVALHO, 2004; McCARLEY, 2009; OMS, 1998; TRENTINI & CUBAS, 2005; WANG et al., 2007). No que respeita à autogestão da doença, DINWIDDIE (2004) considera que a DP pode ser vista como um modelo de parceria entre os profissionais de saúde e os doentes, uma vez que as pessoas que optam por esta técnica têm que assumir maior responsabilidade para gerir a doença e a sua vida quotidiana do que pessoas que padeçam de outras doenças crónicas, tais como a Diabetes e a Hipertensão. CAMPOS & CARNEIRO (2011, pág. 96) referem que o *empowerment* dos doentes não tem sido uma prioridade em Portugal. Os autores acrescentam que no Euro Patient Empowerment Index 2009 (Health Consumer Powerhouse, 2009), Portugal aparece em 29º lugar entre 31 países. Assim, a procura face ao projecto levou-me a um questionamento e reflexão sobre a minha prática profissional: Estarão a ser utilizados eficazmente todos os recursos disponíveis para promover o

empowerment da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP? Neste sentido, haverá outras estratégias que possam ser utilizadas pela equipa de enfermagem?

É neste contexto que surge o tema do projecto de intervenção – **O Empowerment da Pessoa e/ou Pessoa Significativa com DRCT em Programa de DP na Gestão do Regime Terapêutico**. Foi traçado como **objectivo geral**: Promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico. Como **objectivos específicos** pretende-se: Conhecer as estratégias apresentadas na literatura para promover o *empowerment* das pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP; Sensibilizar as enfermeiras para a importância da implementação de estratégias de *empowerment* na promoção da gestão do regime terapêutico da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP; e Implementar estratégias que promovam o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico.

O modelo conceptual seleccionado para guiar o desenvolvimento do presente projecto foi a teoria de autocuidado de Dorothea Orem. Segundo esta teórica, a enfermagem (...) “é necessária sempre que a manutenção do autocuidado contínuo exija o uso de técnicas especializadas e a aplicação de conhecimento científico de modo a planear e providenciar o cuidado” (OREM, 1980, p. 7). A reflexão sobre o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista foi efectuada tendo por base o quadro de referência da Benner (1984).

Assim, de acordo com os objectivos traçados e as competências a adquirir/desenvolver, optei por organizar o presente documento da seguinte forma: em primeiro lugar, o enquadramento teórico, com a contextualização da problemática, quadro de referência - Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e as competências de enfermeiro especialista a desenvolver; de seguida, o percurso realizado durante os três campos de estágio vivenciados, com as actividades realizadas e a reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas, tendo em conta as competências Comuns do Enfermeiro especialista da OE e as competências específicas definidas pela EDTNA/ERCA. O projecto de intervenção, com a respectiva fundamentação científica, surge inserido no estágio efectuado no meu local de trabalho. Em anexo, serão apresentados todos os trabalhos realizados nos vários campos de estágio, nomeadamente a listagem dos 7 artigos seleccionados na revisão sistemática da literatura que fundamentou o projecto de intervenção.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Contextualização da Problemática

De acordo com o EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES SERIES (2008), as doenças crónicas representam um grande desafio para a saúde da população na Europa e em todo o mundo. O envelhecimento da população, associado à evolução tecnológica e ao aparecimento de novos tratamentos, contribui para o constante aumento da prevalência das doenças crónicas. Em Portugal, tal como no resto da Europa, a taxa de natalidade tem vindo a diminuir e a esperança de vida a aumentar e, como consequência, há agora uma maior proporção da população a viver com uma ou mais doenças crónicas.

Segundo TRENTINI & CUBAS (2005) as doenças crónicas requerem estratégias de cuidado especiais que ajudem a despertar a consciência dos doentes para a autogestão da doença. Nestes casos, o tratamento médico é necessário mas não se mostra suficiente para obter bons resultados, ou seja, os doentes precisam de participar no cuidado de forma activa, bem como aprender a interagir entre si e com as organizações de saúde. Tendo em conta o panorama actual das doenças crónicas em Portugal, é natural que esta também seja uma preocupação sentida no nosso país, nomeadamente ao nível das políticas de saúde. É neste sentido que CAMPOS & CARNEIRO (2011), no documento publicado sobre a qualidade do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, estabelecem como um dos objectivos a promoção do *empowerment* dos doentes e cuidadores enquanto prioridade para melhorar os resultados de saúde nas doenças crónicas.

A doença renal crónica (DRC) refere-se à perda progressiva da função renal, culminando na necessidade de realizar TSFR para toda a vida ou até à realização de transplante renal, se este for possível (MACHADO, 2009).

Os dados dos Relatórios Anuais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia comprovam o aumento crescente de pessoas com DRC a necessitar de TSFR. Em 2010 revelaram um total de 16764 pessoas a realizarem TSFR, destas, 10140 em tratamento de Hemodiálise (HD), 648 em DP e 5976 transplantadas.

A DP é uma modalidade de substituição da função renal que inclui todas as técnicas que utilizam o peritонеu como membrana de diálise e a capacidade desta para permitir, após um período de equilíbrio, a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise. A estrutura anatomo-funcional da membrana peritoneal, as características físico-químicas da solução de diálise e o cateter peritoneal constituem elementos básicos desta técnica de diálise (HERAS, 2006, p.27).

Por difusão, osmose e ultra filtração, os produtos tóxicos passam dos capilares sanguíneos, através da membrana peritoneal, para a solução de diálise que é introduzida na cavidade peritoneal (CARMO, 2011, pág. 43). Segundo ROGRIGUES (2009) esta técnica confere uma vida tão longa como a HD. Realça que não é dolorosa, nem exige picadas ou manipulação de sangue, sendo raros os episódios de hipotensão, palpitações e fraqueza, complicações frequentes no final das sessões da HD. Sendo uma técnica contínua, torna-se mais fisiológica, dialisando durante as 24h, tal como os rins nativos. Preserva a função renal residual e poupa os vasos do doente, que podem vir a ser necessários noutras fases de tratamento. A autora acrescenta que os resultados da DP são melhores quando os doentes ainda têm alguma função renal residual, sendo o doente ideal o que inicia esta técnica como primeira forma de tratamento substitutivo renal, no entanto, alguns doentes sem acesso vascular para HD podem fazer DP como alternativa (RODRIGUES, 2009). Como principal desvantagem, RODRIGUES (2009) aponta o peritонеu, que sendo uma membrana única e insubstituível, pode, em caso de infecção refractária, complicação cirúrgica ou perda de função, exigir a transferência para HD.

A peritonite, em particular, tem sido apontada como a principal complicação da DP, sendo também a principal causa de falência da técnica, hospitalização, podendo inclusivamente levar à morte (KAM-TAO et al., 2010; BENDER, BERNARDINI & PIRAINO, 2006; PIRAINO et al., 2011). PIRAINO et al. (2011) apontam como factores de risco para o desenvolvimento de peritonites a depressão, a metodologia de conexão, as falhas na técnica, o uso de antibióticos prolongados, os procedimentos médicos, a obstipação, a infecção do orifício de saída do cateter (OSC) peritoneal e a exposição a animais de estimação, entre outros. Acrescentam que a redução dos riscos de infecção deve ser uma das principais metas de cada programa de DP.

Globalmente, a DP pode agrupar-se em Diálise Peritoneal Crónica Ambulatória (DPCA) e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Na DPCA a solução de diálise é mudada manualmente através de um dispositivo constituído por duas bolsas, uma com a solução de diálise, a outra vazia para receber o efluente. Na DPA a solução de diálise é mudada automaticamente através de uma cicladora (CARMO, 2011, pág. 48,49), durante a noite, permitindo que o doente faça diálise enquanto dorme, deixando-o livre durante o dia (RODRIGUES, 2009).

A DP é uma técnica simples que tem como principal objectivo ser realizada autonomamente pelo doente no domicílio, sendo, naturalmente, a sua principal indicação a motivação do doente em ser autónomo no seu tratamento e não depender de deslocações obrigatórias ao centro de diálise. O lema é que a DP se ajuste à vida do doente (ao horário laboral ou social) (RODRIGUES, 2009).

Sendo uma modalidade onde predomina o autocuidado, faz parte da gestão da doença: a execução de procedimentos de diálise; os cuidados ao OSC de DP; a toma de medicamentos; o seguimento de uma dieta; o controlo da ingestão de líquidos; a gestão de comorbilidades e uma autoavaliação diária, que inclui sinais vitais, peso e o despiste de complicações (CURTIN, JOHNSON & SCHATELL, 2004).

A partir do diagnóstico de DRCT, com necessidade de realizar TSFR, o doente e família têm que aprender a viver com a doença e todas as comorbilidades decorrentes da progressão da mesma, bem como com o tratamento. MARQUES, T. (2011) refere que as implicações sociais mais frequentes decorrentes da necessidade de realizar DP são o desemprego, a inversão do papel na família, alterações na vida social, alterações alimentares, alterações de imagem corporal e problemas sexuais.

Tendo em conta os requisitos (físicos, psíquicos, sociais e emocionais) necessários para o sucesso do autocuidado em DP, antes de entrar para o programa, é fundamental uma avaliação aprofundada do doente. Deste modo, concomitantemente com a consulta de opções, onde são apresentadas as várias opções terapêuticas para a DRCT, segundo KENNEDY (2004) deverá ser feita uma avaliação do doente relativamente a: motivação para assumir a responsabilidade pelo autocuidado; condição física e psíquica; condição sócio-familiar (condições habitacionais e apoio de familiar ou pessoa significativa); história documentada de não adesão a terapêutica e/ou plano de cuidados; transporte para unidade de DP; preocupações com alteração da imagem corporal. Caso o doente demonstre não ter os requisitos necessários para o autocuidado, terá que existir um familiar e/ou pessoa significativa disponível para assumir a responsabilidade pelo autocuidado ou caso contrário esta terapia torna-se inviável.

Num estudo desenvolvido por CURTIN, JOHNSON & SCHATELL, (2004), os autores apontam como razões para escolher a DP como primeira opção: a aversão às limitações/restrições de HD; medo de agulhas; necessidade/desejo de flexibilidade; capacidade de fazer o tratamento em casa; necessidade específica de estar envolvido no autocuidado; planos de regressar ao trabalho.

LEDEBO (2008), desenvolveu um estudo onde identificou a motivação do doente como um dos mais fortes impulsionadores desta técnica, contudo, a necessidade de recursos específicos para que o pessoal de saúde dedique tempo a cultivar essa motivação é dada como uma das principais razões para a adopção lenta do autocuidado em diálise (DP e HD).

Mesmo que a DP surja como opção, implica sempre a reorganização da vida quer do doente, quer da dos que o rodeiam, de forma a adaptarem-se não só à condição crónica, mas também à necessidade de realizar DP. Cabe à equipa de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, ajudar o doente

e/ou pessoa significativa a adquirir os conhecimentos e as habilidades necessárias para gerir eficazmente o seu regime terapêutico de forma não só a prevenir complicações, mas também a adaptar todas as implicações desta condição crónica à sua vida. Segundo as recomendações da INTERNATIONAL SOCIETY FOR PERITONEAL DIALYSIS (2006) é fundamental a existência de um programa de ensino formalizado para preparar o doente para a autogestão da sua doença. Defendem que o programa de ensino deve abordar os seguintes temas: conceitos gerais sobre DP; técnica asséptica, lavagem de mãos e utilização de máscara; passos para realização de uma troca de DP; procedimentos em caso de contaminação; cuidados com o OSC de DP; complicações (peritonite, calculo de ultra filtração, dificuldade na drenagem, obstipação, infecção do OSC, presença de fibrina no efluente, saída de efluente extra cateter – *leak*, dor, administração de terapêutica intraperitoneal); resolução de problemas; entrega de tratamento; consultas; visitas domiciliárias; férias; emprego; lazer; desporto.

COLEMAN & NEWTON (2005) definem autogestão da doença como a habilidade do doente lidar com todos os aspectos da doença crónica, nomeadamente sintomas, tratamento, consequências físicas e sociais e alterações de estilos de vida. Acrescentam que as evidências provam que a autogestão da doença diminui hospitalizações, recorrências a serviços de urgência e diminuição dos custos de saúde no geral.

Neste sentido, o enfermeiro de nefrologia é o elemento da equipa de saúde que actua de modo mais constante e próximo da pessoa com DRC em programa de DP. Cabe-lhe coordenar métodos de ajuda válidos que vão ao encontro das necessidades de educação, treino, avaliação e seguimento da pessoa em DP, prevenindo, detectando, corrigindo problemas que possam surgir e consciencializando-a e capacitando-a para o seu autocuidado (REDMONT & DOHERTY, 2005; BERMÚDEZ, JIMÉNEZ & SANZ, 2006; SILVA & SILVA, 2003). O desenvolvimento de uma relação de parceria é fundamental para que o doente receba as “ferramentas” necessárias para participar activamente na gestão da sua doença crónica, de forma a viver dentro das limitações impostas pela mesma, mas que simultaneamente não sejam contrárias ao seu estilo de vida. Este conceito encaixa dentro da definição de promoção da saúde apresentada na CARTA DE OTTAWA (1986), como “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

Segundo CARVALHO (2004) o *empowerment* corporifica a razão de ser da Promoção da Saúde enquanto processo que procura possibilitar que os indivíduos aumentem o controlo sobre os determinantes da sua saúde.

O termo *empowerment* não é de fácil tradução, suscitando muitas vezes discussão e apresentando múltiplos significados, de acordo com o contexto sociocultural e político em que é aplicado (WORLD BANK, 2002; PEREIRA 2010; TRENTINI & CUBAS, 2005). Segundo TRENTINI E CUBAS (2005) a palavra *empowerment*, significa: conceder poder a.../ autodeterminação/despertar da consciência, empoderamento. Segundo o WORLD BANK (2002), o termo significa, entre outras coisas, força pessoal, controle, poder, auto-suficiência, capacidade de escolha, viver de acordo com os próprios valores, capacidade de lutar pelos próprios direitos, independência, capacidade de tomada de decisão, ser livre.

Na promoção da saúde, o *empowerment* corresponde ao processo através do qual as pessoas ganham maior controlo sobre as decisões e acções que afectem a sua saúde (CAMPOS & CARNEIRO, 2011; CARVALHO, 2004; McCARLEY, 2009; OMS, 1998; TRENTINI & CUBAS, 2005; WANG et al., 2007).

Para CARVALHO (2004), a implementação de práticas e processos que tenham como meta o *empowerment* pretendem promover a participação dos indivíduos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando a elaboração de estratégias de acção. Procuram romper com métodos educativos centrados no exercício do “poder sobre” o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de ideias, opiniões e conceitos com vista à solução de problemas. Segundo PEREIRA (2010) o processo de *empowerment* conduz naturalmente à promoção da autonomia do doente e família necessária para o processo de capacitação destes para a gestão do regime terapêutico, farmacológico, alimentar e de hábitos de vida saudáveis.

CAMPOS & CARNEIRO (2011), no documento publicado sobre a qualidade do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, referem que as intervenções de *empowerment*, das quais são exemplo as dos grupos de apoio/suporte, as educativas ou a formação dos cuidadores, têm sido extensamente seguidas com sucesso nos cuidados com a diabetes, DPOC, DRCT, cancro e doenças psiquiátricas, entre outras. Acrescentam ainda que a promoção da participação e do *empowerment* dos doentes nas instituições de saúde, passa por uma maior democratização da informação; pelo reconhecimento dos utentes, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objecto de práticas e prescrições; e pela consciencialização dos utentes quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses.

Para GIBSON (1991), no contexto da enfermagem, o *empowerment* pode ser conceptualizado como um composto de a) atributos que se relacionam com o cliente, b) atributos que se relacionam com a enfermeira, e c) atributos que pertencem ao cliente e à enfermeira:

a) Domínio do doente: Auto-determinação; auto-eficácia; sentimento de controlo; motivação; auto-desenvolvimento; aprendizagem; crescimento; sentimento de mestria; sentimento de pertença; melhoria da qualidade de vida (QV); melhoria da saúde; sentimento de justiça social.

b) Interacção doente/enfermeiro: Confiança; empatia; tomada de decisão participativa; estabelecimento de objectivos mútuos; cooperação; colaboração; negociação; ultrapassar as barreiras organizacionais; organização; legitimidade.

c) Domínio do enfermeiro: Ajudante; apoiante; conselheiro; educador; recurso para consulta; mobilizador de consulta; facilitador; advogado.

DINWIDDIE (2004) considera que a DP pode ser vista como um modelo de parceria entre os profissionais de saúde e os doentes, no que respeita à autogestão da doença. Refere que a DP é complexa e que as pessoas que optam por esta técnica têm que assumir maior responsabilidade para gerir a doença e a sua vida quotidiana do que pessoas que padeçam de outras doenças crónicas, tais como a Diabetes e a Hipertensão.

Segundo CAMPOS & CARNEIRO (2011, pág. 96), a questão do *empowerment* dos doentes não tem sido uma prioridade em Portugal. Os autores acrescentam que no Euro Patient Empowerment Index 2009 (Health Consumer Powerhouse, 2009), Portugal aparece em 29º lugar entre 31 países. É notório que no panorama actual dos nossos cuidados de saúde os doentes são, por vezes, considerados como um objecto passivo e os profissionais tendem a adoptar total responsabilidade por todo o processo de cuidar, não permitindo ao doente a partilha e o envolvimento nas tomadas de decisão.

O *empowerment* permite encontrar estratégias de parceria, de forma a minimizar este diferencial de poder, entre o doente/família e os técnicos de saúde. Conforme refere MCCARLEY (2009), o *empowerment* e a auto-gestão da doença são cruciais para que os doentes sintam que mantêm o controlo da sua vida e para que se mantenham motivados a trabalhar com a equipa de saúde.

Segundo MAGALHÃES et al. (2011), o êxito de um programa de DP depende da capacidade de aprendizagem e empenho dos doentes, mas igualmente, do empenho e capacidade do pessoal de enfermagem em transmitir e treinar os conhecimentos e as habilidades necessários para a realização desta terapia no domicílio. WANG et al. (2007) dão-nos a conhecer a experiência de um centro de DP que tem por base o *empowerment* e a negociação dos cuidados na educação contínua da pessoa com DRCT em programa de DP. As estratégias utilizadas pela equipa de saúde incluem: reuniões

com profissionais de saúde; estabelecimento de metas; procura de recursos; escolha e negociação do tratamento; tomada de decisão; explicações sobre as consequências da não adesão; relato de sintomas; e comportamentos de bem-estar. As conclusões do artigo indicam que a implementação de um plano de cuidados baseado no *empowerment* melhorou a qualidade dos cuidados e concomitantemente a saúde, bem-estar e a QV dos doentes com DRCT em programa de DP. Também SU et al. (2009) desenvolveram um estudo com o objectivo de investigar os efeitos da promoção da auto-gestão da doença no bem-estar da pessoa com DRC em programa de DP e concluíram, nomeadamente, que a autogestão da doença permite aos doentes desenvolverem conhecimentos e capacidades no sentido de promoverem o seu estado de saúde.

Se associarmos estes factos às evidências de que a autogestão da doença diminui os custos da saúde no geral, então parece-me emergente investir em modelos, onde o doente/família assumam o papel principal na gestão da sua saúde/doença, sobretudo no contexto actual em que a doença renal crónica assume cada vez maiores proporções.

1.2. Referencial Teórico

FLORENCE NIGHTINGALE, pioneira no registo da conceptualização dos cuidados de enfermagem, documentou a sua teoria em 1859 em *Notas sobre Enfermagem* (ed. 2005), sendo que várias teorias emergiram desde então. Segundo FAWCETT (2005) a utilização de um modelo conceptual ajuda a alcançar a consistência na prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre as enfermeiras, reduzindo os conflitos e fornecendo uma abordagem sistemática para a investigação, educação e administração em enfermagem. SILVA (2007), refere que a teoria e a investigação, centradas nas respostas humanas às transições, permitem melhorar as respostas dos enfermeiros às necessidades das populações em matéria de cuidados de saúde.

A pessoa DRCT em programa de DP, pela multiplicidade de patologias associadas e pelos constrangimentos inerentes à própria doença e tratamento, requer cuidados complexos que muitas vezes são difíceis de obter sem ajuda. Esta doença afecta inúmeros aspectos do quotidiano do indivíduo, implicando a adopção de um regime terapêutico com a consequente alteração do estilo de vida. Segundo CURTIN, JOHNSON & SCHATELL (2004), a DP é uma modalidade onde predomina o autocuidado, implicando por isso que o paciente tenha que gerir o seu tratamento. Neste sentido, a enfermagem será necessária para educar e facilitar a adaptação ao tratamento, sendo responsável pelo treino e consciencialização do doente e/ou pessoa significativa sobre o autocuidado, de o prover com informações, tornando-o membro activo do processo saúde/doença e

responsável pelo sucesso do tratamento (SILVA E SILVA, 2003). Ou seja, faz parte do papel do enfermeiro fornecer as ferramentas necessárias para fomentar o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT, de forma a promover o autocuidado, para que este possa continuar o seu projecto de vida.

É nesta linha de pensamento que considero que a teoria de Orem se adapta a esta problemática, uma vez que a autora nos remete para o conceito do autocuidado, que define como “(...) a prática de actividades que os indivíduos iniciam e efectuam em seu benefício tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1980, pág. 35). A enfermagem (...) “é necessária sempre que a manutenção do autocuidado contínuo exija o uso de técnicas especializadas e a aplicação de conhecimento científico de modo a planear e providenciar o cuidado” (OREM, 1980, p. 7). A DRCT com necessidade de realização de DP, implica medidas de assistência médica prescritas que irão produzir requisitos específicos de autocuidado, relacionados com o desvio de saúde (OREM, 1980, p.50). Segundo Orem, uma das categorias dos requisitos de autocuidado por desvio de saúde relaciona-se com levar a cabo terapêuticas médicas prescritas e medidas de reabilitação para a patologia em si, de modo a regular o funcionamento humano integrado, e estas medidas podem requerer modificação de comportamentos (OREM, 1980, p.50). Posto isto, a compreensão dos tipos de requisitos que advêm da DRCT e da realização de DP, requerem uma base de conhecimento em ciência e tecnologia da qual o enfermeiro é detentor (OREM, 1980, p.50). O aumento da agência de autocuidado nestas pessoas implica conhecimentos específicos na área da nefrologia e DP e cabe ao enfermeiro ser o veículo que transmite esses conhecimentos, orientando com base na máxima evidência.

A autora acrescenta que normalmente os adultos cuidam voluntariamente de si próprios mas que os idosos, as crianças, os doentes e os incapacitados requerem assistência nas suas actividades de autocuidado (OREM, 1980, p.35). A DP, sendo uma TSFR efectuada no domicílio implica que, caso o doente não tenha capacidade para ser agente de autocuidado, tenha um familiar/pessoa significativa que se responsabilize por aprender a realizar os cuidados terapêuticos decorrentes da DRCT e da necessidade de realizar DP. OREM (1980, pág.35) refere-se à pessoa que tem capacidade para se autocuidar como “agente de autocuidado” e às pessoas que cuidam de indivíduos dependentes como “agente de cuidados a dependente”. “Quando uma alteração no estado de saúde provoca dependência total ou quase total de outros para as necessidades da vida ou bem-estar, a pessoa passa da posição de agente de autocuidado para paciente ou receptor de cuidados” (OREM, 1980, pág.49). Segundo OREM (1980, pág.27) as habilidades que permitem que um indivíduo se envolva no autocuidado ou em cuidados a dependentes estão condicionadas pela idade, estado de

desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis. Cabe por isso ao enfermeiro fazer uma correcta avaliação inicial para poder adaptar o sistema de suporte e educação às reais necessidades do doente e/ou pessoa significativa.

A autora desenvolve a sua teoria com base em três linhas de pensamento: a teoria do auto-cuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Os elementos conceptuais básicos que emanaram desta teoria e que permitem a sua compreensão são: Autocuidado, Agência para o Autocuidado, Requisitos de Autocuidado, Agência de Enfermagem, Deficit de Autocuidado, Factores Condicionantes (OREM, 1978, p.111).

Em DP, o sistema de suporte utilizado para a capacitação do doente e/ou pessoa significativa para o autocuidado será o de suporte e educação (OREM, 1980, p. 101), através do qual adquire os conhecimentos e as competências que lhe permitirão tomar decisões relativamente aos cuidados. A enfermagem assume um papel de suporte, orientação, providenciando um ambiente propício ao desenvolvimento.

Segundo ALLIGOOD & TOMEY (2004) a teoria de Orem tem sido aplicada a vários serviços e populações alvo, sendo significativamente aceite pela comunidade científica de enfermagem, comprovando-o a variedade de material publicado. FIGEIREDO, KROTH & LOPES (2005), são da opinião de que este é o modelo de enfermagem que melhor se adapta à educação destes da pessoa com DRCT em programa de DP.

1.3. Competências de Enfermeiro Especialista a Desenvolver face ao Projecto

Pretende-se com a realização do presente relatório demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área específica de intervenção de enfermagem Nefrológica.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2010, pág.2) “Especialista é o enfermeiro com 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.” As competências clínicas especializadas decorrem do aprofundar dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011) e concretizam-se em competências comuns e específicas.

Segundo OE (2009, pág. 10), “as competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da

sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” Envolve também “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010, pág.2). Segundo o RCCEE (2011), são quatro os domínios das competências comuns: **1. Responsabilidade profissional, ética e legal** – Neste domínio o enfermeiro deverá desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; e promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; **2. Gestão da Qualidade** – O enfermeiro deverá desenvolver um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; e Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; **3. Gestão dos Cuidados** – Este domínio diz respeito à aquisição de competências em Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar; e Adaptar e liderar a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; **4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** – Corresponde à aquisição de competências a desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade; e a Basear a *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Relativamente às competências específicas, estas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2009, pág. 10). A EDTNA/ERCA desenvolveu um quadro de competências para os enfermeiros de nefrologia, tendo por base o quadro de referência de BENNER (1984). Segundo BENNER (2001) a perícia é desenvolvida quando se testam e refinam propostas, hipóteses e expectativas sobre os princípios em situações da prática real, sendo necessária a experiência para a perícia. “Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (BENNER, 2001, pág.43). Especificamente para a DP, as competências que os enfermeiros de Nefrologia devem desenvolver definidas pela EDTNA/ERCA (2007) estão relacionadas com a prestação de cuidados específicos às pessoas com DRCT em programa de DP; com a educação da pessoa/família com DRCT para o autocuidado; e com o suporte na transferência da pessoa com DRCT em programa de DP para a HD.

Segundo CHAMNEY (2007) dependendo da sua formação, alguns enfermeiros de nefrologia podem já ter atingido um nível superior ao Iniciado em algumas áreas, contudo, podem existir outras onde não consigam atingir determinadas competências.

O problema identificado – promoção do *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP – foi o ponto de partida para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, capacidade e habilidades, que procurarei transferir para a minha prática profissional. O grande objectivo dos cuidados de enfermagem é marcar a diferença para o doente/família, através da compreensão do significado que a doença traz para as suas vidas, possibilitando a adaptação à mesma, de forma a torná-la numa experiência tolerável. A prestação de cuidados de qualidade parte do desenvolvimento de competências que permitam melhorar a relação interpessoal com o doente e família, de forma a desenvolver uma relação de ajuda e parceria, tendo em conta as necessidades dos mesmos.

Os diferentes contextos de estágio foram seleccionados com o intuito de favorecer a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da nefrologia, nomeadamente de gestão, formação e investigação, tendo em conta a melhoria continua dos cuidados e o desenvolvimento da profissão. Tendo como guia orientador as competências comuns delineadas pela OE e ainda, as competências apresentadas pela EDTNA/ERCA, defini como competências a atingir:

- Agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com DRCT em programa de DP e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do seu ciclo de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, nos diferentes contextos de vida;
- Agir como dinamizadora da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica e inserida no seio da família e comunidade;
- Promover a parceria entre a equipa de saúde e a pessoa com DRC/família;
- Desenvolver e promover uma prática profissional e ética, respeitando os direitos da pessoa com DRCT e as responsabilidades profissionais;
- Participar na gestão dos cuidados, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados;
- Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família com DRCT em programa de DP;

- Actuar como dinamizadora da incorporação de novas evidências no contexto da prática clínica, com base nos contributos das pesquisas efectuadas, visando os ganhos em saúde e o desenvolvimento da enfermagem.

2. TRABALHO DE CAMPO

De forma a atingir os objectivos traçados e desenvolver as competências definidas, planeei realizar o ensino clínico nos seguintes locais:

- Unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia (HRN);
- Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções (HODF);
- Unidade de DP do HODF.

O estágio decorreu durante um período de dezoito semanas, cumprindo em média 25 horas/semanais, tendo começado na Unidade de DP de um HRN no dia 3 de Outubro 2011 até ao dia 6 de Novembro de 2011 (5 semanas); o segundo estágio, Unidade de HD do HODF, começou no dia 7 de Novembro de 2011 e terminou no dia 18 de Dezembro de 2011 (6 semanas); por último estagiei na Unidade de DP do HODF, desde o dia 2 de Janeiro de 2012 até ao dia 19 de Fevereiro de 2012 (7 semanas).

2.1. Unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com a vontade de, dentro da minha área específica de interesse – A DP, conhecer uma unidade diferente da minha. Realço que conhecer uma instituição diferente, com uma realidade distinta e outras formas de trabalhar, suscita e facilita a reflexão sobre a prática, essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Esta unidade pertence a uma instituição pública de elevado grau de diferenciação, especialmente vocacionada para o tratamento de doentes com patologias graves dos foros cardíacos e renal. A minha opção por este campo de estágio prendeu-se com o facto de conhecer a tradição da instituição no tratamento do doente renal e também porque me foi referenciada por outros colegas, nomeadamente por possuir uma equipa de enfermagem coesa e experiente. Considerei por isso que a mesma reunia as condições ideais para o meu crescimento pessoal e profissional e, naturalmente, para o desenvolvimento de competências específicas da área de nefrologia.

Os objectivos para este local de estágio foram traçados de acordo com os objectivos do projecto e com as competências a desenvolver:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRCT em programa de DP e família;
- Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados;
- Conhecer as estratégias utilizadas pela equipa de saúde para promover o *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico.

Em ANEXO apresento a grelha com os objectivos e respectivas actividades que foram projectadas para este campo de estágio – **APÊNDICE I**

2.1.1. Caracterização da unidade de DP de um HRN – APÊNDICE II

2.1.2. Estratégias de *empowerment* utilizadas pela equipa para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa com DRCT em programa de DP

Fazia parte dos objectivos traçados para este campo de estágio conhecer as estratégias de *empowerment* utilizadas pela equipa de saúde na promoção do regime da pessoa com DRCT em programa de DP. Estas estratégias foram determinadas através da observação das práticas e protocolos instituídos, tendo por base a revisão bibliográfica anteriormente efectuada.

Equipa multidisciplinar: Em primeiro lugar, começo por apontar o facto de esta unidade ser constituída por uma equipa multidisciplinar. Realço que, e de acordo com os autores, para se alcançar o sucesso na promoção da autogestão da doença em DP deve ser feita uma abordagem multidisciplinar (CHOW & WONG, 2010; SU, LU, CHEN & WANG, 2009).

Consulta de Opções: Das actividades desenvolvidas por esta unidade, destaco a intervenção dos vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar na Consulta de Opções que, contrariamente à minha realidade profissional, se encontra devidamente estruturada e formalizada. Na minha opinião, esta é uma das principais estratégias de *empowerment* utilizadas na unidade.

Segundo os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar desta unidade, a consulta de opções surgiu da necessidade que sentiram em formalizar os esclarecimentos que já efectuavam ao doente/família com DRCT em fase pré dialítica. Devidamente estruturada, esta consulta teve início em Março de 2009, com o grande objectivo de ajudar o doente a optar por uma TSFR de forma informada, indo ao encontro da norma nº017/2011 de 28/09/2011 da Direcção Geral da Saúde (DGS). Segundo esta norma, é obrigatória a informação sistemática e o devido esclarecimento do doente renal crónico acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento da doença renal

crónica avançada: transplantação renal, HD, DP e tratamento conservador médico, devendo cada serviço hospitalar de nefrologia dispor de uma consulta de nefrologia específica destinada ao pleno esclarecimento do doente renal crónico, em diálogo com o nefrologista assistente e a equipa multidisciplinar de educação pré-diálise, com o apoio de material informativo adequado.

Segundo a carta dos direitos e deveres do doente “o doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados”. Também o artigo 8.º de Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), diz que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Neste contexto, a pessoa com DRC tem direito a ser correctamente informada sobre todas as opções que tem ao seu dispor para que possa optar de forma esclarecida pela TSFR que mais se adequa à sua vida.

Para além de proporcionar ao doente e família informação para que possam optar pelo método que mais se adequa à sua situação, esta consulta pretende também promover a aceitação da doença e a adaptação ao novo estilo de vida, assim como preparar o doente e família para TSFR que venha a optar. Considero que esta consulta vai ao encontro do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal das competências do enfermeiro especialista, onde o enfermeiro deve assumir a defesa dos direitos humanos.

Na consulta de opções é sempre feita uma avaliação do doente em relação a: situação de vida actual; estado de saúde actual; nível de dependência; percepção da doença; ideias pré-concebidas em relação à diálise; condições habitacionais. É também caracterizado o perfil do doente do ponto de vista psicológico e de motivação, e são colhidas informações relevantes (antecedentes pessoais; apoio familiar; estilo de vida; condições habitacionais). Os temas abordados pela equipa para capacitar o doente a optar de forma esclarecida e informada são: anatomia/fisiologia do aparelho urinário (exames utilizados para controlar o seu funcionamento; funções do rim; causas de IR; sinais e sintomas mais frequentes e evolução da doença); TSFR (DP, HD, Transplante Renal); acessos para HD e DP. É exemplificada a técnica de DP e é promovida uma visita à sala de HD, para que o doente possa contactar com material de apoio (cateter de DP/HD). Sempre que possível, é promovido o contacto com outros doentes.

Em termos organizacionais, a consulta de Opções é realizada à quarta-feira. É sempre efectuada uma primeira consulta, personalizada e com duração variável. Esta consulta é dividida em duas partes, uma primeira com o médico nefrologista e a outra com a assistente social. A consulta que se segue também se divide em duas partes, com a enfermeira e a dietista, respectivamente. A segunda consulta pretende esclarecer dúvidas que tenham ficado da primeira e é, habitualmente, nesta altura

que o doente opta pela TSFR que mais se adapta à sua vida. O sucesso desta consulta também está directamente relacionado com as características dos vários elementos que a constituem, que destacam, relativamente ao perfil das enfermeiras, as competências humanas, pedagógicas, técnicas e científicas; a capacidade de inovação e de trabalho em equipa; a motivação; a disponibilidade; a organização.

Dos 53 doentes que constituem esta unidade, 43 encontram-se a realizar DP como TSFR por opção, 8 por falência de acessos para realizar HD e 2 por outros motivos (imigrantes, já faziam DP no país de origem), dados que demonstram o sucesso da consulta de opções. Segundo informação da equipa de saúde, o programa de DP cresceu com a implementação desta consulta.

3. Protocolos e material de apoio: Segundo WHITE & VINET (2010) é importante que num programa de *empowerment* os procedimentos, assim como o material de apoio para os doentes, se encontrem devidamente padronizados, inclusivamente para responder à rotatividade da equipa de saúde. Apesar de não haver rotatividade dos elementos que constituem a equipa multidisciplinar, todos os procedimentos realizados na unidade se encontram devidamente protocolados (protocolo empírico da peritonite bacteriana na diálise peritoneal crónica; protocolo terapêutico da infecção no túnel subcutâneo do cateter de tenckhoff; protocolo de tratamento da infecção do orifício de saída do cateter de tenckhoff; protocolo de substituição do prolongador do cateter de tenckhoff; protocolo de desobstrução do cateter de tenckhoff; protocolo da realização do penso do cateter de tenckhoff). Quanto ao material de apoio para fornecer ao doente e/ou pessoa significativa, existe uma grande variedade de folhetos informativos, nomeadamente os que são facultados pelas empresas que fornecem as soluções de diálise. Neste ponto, decidi elaborar um manual de acolhimento para o doente. Esta opção partiu da intervenção que tive com um doente seguido na unidade. Tratava-se de um doente cuja DRCT tinha como etiologia a Diabetes. Na sequência de um aumento considerável do peso corporal, foi abordada a questão da dieta. O doente referiu que não seguia nenhum plano dietético específico. Quando se falou na possibilidade de ter uma consulta com a Dietista, o doente referiu que desconhecia que podia ter acesso a uma consulta com a referida profissional. Saber navegar pelo sistema de saúde é uma das habilidades para resolver problemas que o pessoa e/ou pessoa significativa em programa de DP deve apresentar (SU, LU, CHEN & WANG, 2009). Segundo a alínea d) do artigo 84º do código deontológico o enfermeiro tem o dever de informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter. Assim, após analisar o material disponível na unidade, juntamente com a equipa de enfermagem, considereei que seria importante elaborar um guia de acolhimento para o doente, que reunisse a informação

necessária para que o doente conheça e compreenda o funcionamento da mesma, no sentido de saber como usufruir de todos os serviços disponíveis – **APÊNDICE III**

4. Ensino para indução de DPCA e DPA: Como referi anteriormente, fazem parte das actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem a capacitação do doente e/ou familiar significativo para a realização da DP de forma autónoma no domicílio. Tanto para a indução de DPCA como para a DPA, a equipa de enfermagem estruturou um guia de ensino sob a forma de *check list*, para que todos os temas essenciais no processo de capacitação para o autocuidado sejam abordados. Normalmente o ensino é efectuado sempre pela mesma enfermeira e no final é feita a avaliação do mesmo pela outra enfermeira. Trata-se de um processo individualizado, que procura respeitar o tempo de aprendizagem de cada pessoa. A padronização do ensino/treino – *check list* – é fundamental para o sucesso de um programa de DP (WHITE & VINET, 2010; SU, LU, CHEN & WANG, 2009; CHOW & WONG, 2010; FIGUEIREDO, KROTH & LOPES, 2005).

2.1.3. Sugestões de *empowerment* para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa com DRCT em programa de DP

Através da análise das práticas e protocolos instituídos, considero tratar-se de uma unidade de referência no que respeita ao acompanhamento da pessoa com DRCT em programa de DP. Apesar de considerar que todos os elementos da equipa multidisciplinar trabalham no sentido de promover o *empowerment* do doente e/ou pessoa significativa para o autocuidado, apresento as seguintes sugestões:

1. Formalização da consulta telefónica;
2. Implementação da reavaliação do ensino/treino de forma rotineira.

2.1.4. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas

A realização deste estágio proporcionou-me uma experiência muito enriquecedora, nomeadamente no que respeita à partilha de experiências com os vários elementos da equipa de saúde. Trata-se de uma unidade de DP bastante organizada, com uma equipa multidisciplinar que ouve, valoriza e respeita a opinião não só dos vários elementos, mas também do doente e/ou pessoa significativa. Durante as 5 semanas de estágio prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRCT em programa de DP e família, agindo de acordo com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Procurei sempre manter uma postura crítica relativamente às práticas

instituídas e apresentar sugestões, baseadas na evidência científica e com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Tanto a realização do manual de acolhimento, como as sugestões de *empowerment* que apresento, surgiram da capacidade em analisar as práticas instituídas. Considero por isso que demonstro ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade. Todo o conhecimento que adquiri através da partilha de experiências, da análise dos protocolos e bibliografia disponíveis na unidade, assim como através da revisão bibliográfica, permitiram-me continuar a trabalhar para o meu desenvolvimento profissional, e desta forma, continuar a caminhar no sentido de adquirir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Globalmente considero que atingi os objectivos a que me propus. Também a avaliação qualitativa da enfermeira Orientadora do estágio evidencia todo o trabalho que desenvolvi neste campo de estágio – **ANEXO I**

2.2. Unidade de HD do Hospital onde Desempenho Funções

A opção da dedicação de um terço do estágio a uma unidade de HD prendeu-se com a necessidade sentida de preencher uma lacuna na minha experiência profissional nos cuidados à pessoa adulta e idosa com DRC. Na minha prática diária presto cuidados ao doente renal e seus significantes em regime de internamento (internamento de Nefrologia) e em regime de ambulatório (consulta pós transplante renal e unidade de DP), contudo, até à data, não possuía qualquer tipo de experiência prática em HD.

Sendo a nefrologia a área específica de intervenção da presente especialização, revelou-se imprescindível passar por este campo de estágio, para facilitar a aquisição de competências nos diferentes contextos da nefrologia. A necessidade de desenvolver competências neste campo de estágio justifica-se também com o facto de a grande fatia de doentes sob TSFR em Portugal se encontrarem em programa de HD, conforme já indicado através dos dados da SPN (2010). Este facto também se verifica na enfermaria onde desempenho funções, onde a maioria dos doentes internados (por necessidade de induzir diálise, agudização da DRC ou por outra razão) se encontram em HD. Outro motivo que me levou a optar por este campo de estágio foi o facto de muitas vezes a pessoa com DRCT necessitar de realizar mais do que uma modalidade terapêutica ao longo da evolução da doença renal. Ou seja, mesmo que a pessoa opte pela DP, factores como a falência peritoneal, podem implicar a transferência para a HD. Segundo a EDTNA/ERCA (2007), faz parte das competências dos enfermeiros de nefrologia no contexto de DP o suporte da pessoa na

transferência de DP para a HD. É certo que um estágio de 6 semanas não me tornou perita em HD, contudo, forneceu-me as ferramentas essenciais para me tornar mais competente na minha prática diária, junto da pessoa com DRCT em programa de HD em regime de internamento e DP na unidade onde desempenho funções.

Optei pela unidade de HD da instituição onde desempenho funções porque apesar dos doentes dialisados nesta unidade ficarem internados no serviço onde desempenho funções, desconhecia a dinâmica da mesma, assim como a maior parte da equipa de saúde (com excepção da equipa médica). A minha passagem por esta unidade pretendia por isso facilitar a comunicação entre os dois serviços, com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa com DRCT em regime de HD.

Assim, defini como objectivo para este campo de estágio:

- Desenvolver competências clínicas na prestação de cuidados de enfermagem específicos à pessoa com DRCT com necessidade de realizar HD.

Para alcançar o objectivo e ao mesmo tempo desenvolver competências nesta área específica de intervenção, programei o desenvolvimento de várias actividades para este campo de estágio –

APÊNDICE IV

2.2.1. Caracterização da Unidade de HD do HODF – APÊNDICE V

2.2.2. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas

Este campo de estágio foi sem dúvida um desafio para mim, não só por desconhecer as rotinas, os procedimentos, ou seja, toda a dinâmica do serviço, mas sobretudo devido à especificidade das técnicas e dos procedimentos executados pela equipa de enfermagem. Apesar de todo o empenho e de toda a preparação prévia, no início do estágio senti alguma insegurança face aos procedimentos técnicos, o que, inclusivamente, influenciou o meu contacto com os doentes. Uma vez que não dominava o funcionamento da máquina e não estava preparada para actuar face às ocorrências interdialíticas, naturalmente não me sentia segura para me aproximar dos doentes, com receio de não saber dar resposta a alguma necessidade que os mesmos pudessem ter durante a sessão de HD. Não dominar a máquina era uma barreira para o desenvolvimento de uma relação de confiança e parceria com os doentes. Para contornar esta dificuldade, inicialmente foquei-me sobretudo na vertente mais tecnicista da HD. Com o passar do tempo, e à medida que fui desenvolvendo competências técnicas, fui-me sentindo segura e direccionando a minha atenção para interacção com os doentes. Realço que um estágio de 6 semanas para quem não tem experiência em HD é curto.

A minha inexperiência também provocou alguma inquietação em alguns doentes no que toca à punção dos acessos vasculares. Numa primeira abordagem houve quem se mostrasse desconfiado e apreensivo, verbalizando inclusivamente vontade de que não fosse eu a realizar o procedimento. Apesar de estar preparada para estas reacções, a rejeição dos doentes mexe sempre com as emoções o que implica, naturalmente, a gestão das mesmas. Por outro lado, quando se tratava de doentes que já me conheciam por estarem internados no serviço onde exerço funções, a reacção de aceitação provocada pelo facto de me conhecerem e confiarem em mim era bastante gratificante. Estrategicamente, combinei com a enfermeira orientadora do estágio que apenas puncionaria acessos que ela considerasse “fáceis”, para não correr o risco de provocar alguma complicação nos mesmos, e que não iria entrar em conflito com nenhum doente por causa desse procedimento. Realço que a gestão de sentimentos e emoções, assim como o reconhecimento de situações de eventual conflitualidade faz parte das competências gerais do enfermeiro especialista, referentes ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Também o facto de ter identificado e reconhecido os meus limites pessoais e profissionais, procurando desenvolver o auto-conhecimento, de forma a remover as barreiras que pudessem interferir no meu relacionamento com os doentes, demonstra que desenvolvi competências no referido domínio.

Ainda sobre as actividades desenvolvidas, destaco as intervenções na promoção da gestão do regime terapêutico, relativamente aos cuidados com os acessos para HD, restrição hídrica e dieta. Durante as 6 semanas de estágio procurei compreender as principais dificuldades que o doente em programa de HD atravessa na gestão do seu regime terapêutico. Trazendo a HD uma série de implicações na vida do doente, nomeadamente uma série de restrições, é natural que alguns doentes tenham dificuldade em cumprir o seu regime terapêutico na íntegra e apresentem comportamentos de não adesão, manifestados pelo incumprimento da terapêutica, da dieta ou, inclusivamente, com o não comparecimento à sessão de HD. Segundo WHITE (2004) os enfermeiros têm um papel de extrema importância na detecção de comportamentos de não adesão. Neste sentido, para auxiliar a equipa de enfermagem a detectar e intervir em situações de risco, a unidade em questão possui uma ferramenta de avaliação da adesão ao regime terapêutico. Os indicadores de não adesão avaliados nessa ferramenta são: % de ganho de peso interdialítico; e os níveis séricos de ureia, cálcio, fósforo, potássio e albumina. Relativamente ao material de apoio para fornecer ao doente, existe um guia para a pessoa com insuficiência renal crónica e brochuras sobre cuidados com o cateter central e com a fístula.

Outra actividade desenvolvida que destaco prende-se com o despiste e intervenção face a ocorrências interdialíticas. As complicações que ocorrem durante a sessão de HD podem ser

eventuais, mas algumas podem ser graves e inclusivamente fatais. As complicações mais comuns são: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios (MARQUES & NUNES, 2005). A equipa de enfermagem tem um papel essencial no diagnóstico precoce das ocorrências interdialíticas, podendo evitar muitas complicações e inclusivamente, ajudar a salvar muitas vidas. Durante a realização deste estágio tive a oportunidade de detectar e intervir em hipotensões, náuseas e vômitos, câibras e cefaleias. Também intercedi na prevenção da coagulação do circuito extra corporal e em situações de falta de débito do acesso para HD.

Globalmente a minha prática de cuidados procurou sempre respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Através das actividades desenvolvidas quer na prevenção e intervenção face às ocorrências interdialíticas, quer na promoção da gestão do regime terapêutico, considero que desenvolvi competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da análise, interpretação e gestão de situações potencialmente comprometedoras para o doente renal, adoptando sempre uma conduta preventiva e antecipatória.

Para além de toda a pesquisa bibliográfica que realizei antes e durante as seis semanas de estágio, tive ainda a oportunidade de assistir a 2 formações, uma sobre os cuidados a fístulas arteriovenosas e enxertos arteriovenosos sintéticos e outra sobre os cuidados com o CVC para HD. Uma vez que os doentes que realizam HD ficam internados no serviço onde desempenho funções, considero que estas sessões de formação, associadas à pesquisa bibliográfica e à experiência deste estágio, me proporcionaram os conhecimentos necessários para poder ser um elemento de referência na minha prática diária relativamente aos cuidados com as FAV e à manipulação do CVC para HD. Neste sentido, penso que desenvolvi competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Através da pesquisa bibliográfica procurei desenvolver a capacidade de auto-conhecimento e naturalmente, aplicar o conhecimento adquirido na minha prática profissional.

Durante este estágio também reflecti sobre o facto de não existir muito espaço entre cada posto de diálise. Inicialmente até tive alguma dificuldade em perceber qual o monitor que pertencia a cada doente. Em termos funcionais, considero que a falta de espaço limita o desempenho da equipa de saúde, especialmente nas fases do turno mais movimentadas, nomeadamente na transferência de doentes dependentes para os postos de diálise, assim como na fase de conectar e desconectar. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, faz parte das competências do enfermeiro especialista identificar e prevenir práticas de risco. Neste sentido, questiono se esta limitação de espaço se encontra em conformidade com as recomendações da Comissão de Controlo de Infecção (CCI), dado que, na minha opinião, aumenta a probabilidade de infecção, nomeadamente através

dos próprios profissionais, que facilmente se tornam veículos transmissores. É certo que relativamente à falta de espaço físico, nada se pode fazer, uma vez que todos os postos de diálise são imprescindíveis, contudo, podem ser tomadas medidas para que os profissionais adotem comportamentos preventivos da infecção nas suas práticas, nomeadamente através da realização de campanhas de sensibilização sobre lavagem e desinfecção das mãos.

O facto de a sala comum de HD ser aberta (*open space*) também despertou a minha atenção e reflexão. Se por um lado permite maior visibilidade e controlo de todos os doentes que se encontram a realizar diálise, por outro questiono o respeito pela privacidade e intimidade dos doentes. Sempre que há necessidade de mudar uma fralda ou realizar outro tipo de procedimento que exponha o doente, a equipa recorre a biombos. Contudo, dada a composição física do serviço, nem sempre os biombos são completamente eficazes, podendo a pessoa ficar exposta aos olhares dos outros doentes. Outro procedimento que observei, que foi efectuado com alguma urgência e, como tal, sem tempo para se recorrer aos biombos, foi a aspiração de secreções. Foi um procedimento que comprometeu a privacidade de uma doente e ao mesmo tempo submeteu os restantes a presenciar um procedimento invasivo. Questiono se não seria vantajoso existir uma calha com cortinas entre cada unidade, uma vez que é mais rápido correr a cortina do que recorrer aos biombos. Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, “O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico” e a este respeito promovi o debate com alguns elementos da equipa de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) fomentando uma prática profissional e ética, de acordo com o Código Deontológico.

Globalmente, considero que atingi os objectivos a que me propus para este campo de estágio e ao mesmo tempo desenvolvi competências específicas na área da nefrologia. No decorrer do estágio tive a oportunidade de realizar todas as actividades inicialmente planeadas, procurando ao longo do percurso manter uma visão crítica das práticas. Conhecer a equipa de saúde, assim como a dinâmica desta unidade, revelou-se uma mais-valia para a minha prática diária. Dado que os doentes que fazem HD ficam internados no serviço onde desempenham funções, este estágio veio proporcionar a partilha de experiências e facilitar a comunicação entre os dois serviços, permitindo com mais facilidade dar continuidade aos cuidados ao doente em programa de HD.

Compreender as principais dificuldades que a pessoa com DRCT em programa de HD enfrenta tornou-me mais competente para, na minha prática diária, ajudar na transferência de DP para HD, uma das competências definidas pela EDTNA/ERCA.

Também neste campo de estágio a avaliação qualitativa da enfermeira Orientadora reflectiu o trabalho por mim desenvolvido – **ANEXO II**.

2.3. Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções

Todo o trabalho desenvolvido até aqui, incluindo toda a investigação efectuada, só faz sentido caso leve contributos para a minha prática profissional. Dado que foi com base na reflexão sobre a minha realidade profissional que defini a problemática e os objectivos do projecto de estágio, pareceu-me imprescindível realizar parte do ensino clínico no meu local de trabalho – unidade de DP do HODF, de forma a responder à limitação temporal e consequentemente ter mais disponibilidade para trabalhar na sua implementação.

2.3.1. Caracterização da unidade de DP do HODF

A unidade de DP, juntamente com a consulta de transplante renal, constitui o segundo pólo do Hospital de Dia de Nefrologia. Em funcionamento desde 1993, acolhe preferencialmente a população dos concelhos da área de residência abrangidos pelo hospital.

Fisicamente, encontra-se situada no piso 3, dentro do Serviço de Nefrologia. É constituída por um gabinete médico, uma sala de enfermagem e um secretariado. A sala de enfermagem divide-se em dois espaços físicos, um destinado a procedimentos vários e o outro, mais recatado, destinado aos ensinos/treinos. Este último espaço reúne as condições necessárias para a formação do doente/familiar significativo definidas por BERNARDINI, PRICE & FIGUEIREDO (2006): confere a privacidade e sossego necessários; é iluminada; com uma superfície de trabalho adequada; e um lavatório para lavar as mãos.

Quanto aos recursos humanos, fazem parte da equipa de saúde que constitui a unidade, duas administrativas, dois médicos nefrologistas, uma dietista, uma assistente social, apoio de uma assistente operacional e seis enfermeiras. Destas últimas, duas têm horário fixo, sendo os elementos com mais horas de cuidado na unidade e por isso, responsáveis pela mesma. As quatro restantes, com horário rotativo, passam pela unidade de DP sobretudo nas folgas e férias das duas enfermeiras fixas.

As actividades desenvolvidas no Hospital de Dia de Nefrologia estão relacionadas com o acompanhamento da pessoa com DRCT submetida a transplante renal e da pessoa com DRCT em programa de DP em regime de ambulatório.

Relativamente às actividades específicas da unidade de DP, são aqui seguidos os doentes em programa de DP tanto em regime de ambulatório nas consultas periódicas como em regime de urgência. A unidade assiste ainda todos doentes internados em qualquer serviço do hospital no que

respeita aos procedimentos relacionados com a DP. Fora das horas de funcionamento da unidade, são os enfermeiros do serviço de Nefrologia que garantem este acompanhamento, o que se deve à especificidade da técnica e ao facto de só estes possuírem as competências necessárias para garantir a qualidade dos cuidados.

Na unidade de DP, a enfermeira acompanha o doente e convivente significativo, desde o momento que este opta pela DP até à data em que abandona a técnica. Fazem parte das actividades desenvolvidas pela enfermeira: colaboração durante a colocação do cateter de DP; protocolo de desobstrução de cateter de DP; despiste de complicações (protocolo de peritonite, infecções do orifício, infecções do túnel, sobrecarga hídrica), encaminhamento para outros profissionais de saúde (médico, dietista e assistentes social), esclarecimento de dúvidas. Destacam-se ainda outras actividades realizadas na unidade de DP tais como: consulta telefónica, que não se encontra devidamente formalizada mas onde é efectuado aconselhamento, esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de várias situações expostas pelo doente e/ou família integrados no programa de DP; consulta de pré-diálise, que também não está devidamente formalizada mas onde são apresentadas as várias opções terapêuticas (DP e HD, raramente se aborda o transplante renal, nunca é abordado o tratamento conservador) à pessoa com DRCT em fase pré-diálise que é seguida em consulta de nefrologia e é encaminhada à unidade, para que possa optar pela técnica de substituição da função renal que melhor se adapta à sua vida. Um dos projectos da unidade de DP, juntamente com o serviço de HD, é a devida estruturação da consulta de opções – consulta pré-diálise, na tentativa de fornecer à pessoa o poder de exercer uma escolha o mais informada possível e ir ao encontro da norma nº017/2011 de 28/09/2011 da DGS. Relativamente às actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, destaca-se a capacitação do doente e/ou familiar significativo para o autocuidado em DP, ou seja, para a realização da DP de forma autónoma no domicílio (DPA e DPCA). É um processo normalmente realizado em regime ambulatorio onde, sempre que possível, a equipa tenta capacitar além do doente, um familiar convivente.

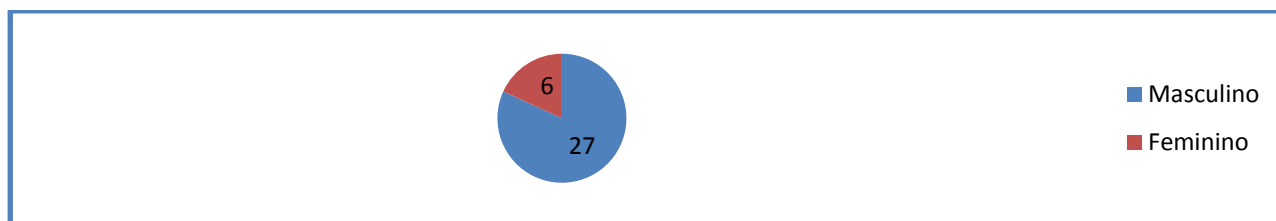
Os cuidados de enfermagem assumem um papel de destaque em DP, tornando-se essencial a formação específica nesta área de intervenção. Contudo, só o trabalho em equipa – equipa multidisciplinar – e o desenvolvimento de uma relação de parceria entre equipa de saúde e doente e/ou pessoa significativa é que podem garantir o êxito de um programa de DP.

2.3.2. Caracterização dos doentes da unidade de DP do HODF

Para tornar possível a caracterização dos indivíduos que são seguidos na Unidade de DP, optei por efectuar uma colheita de informação analisando os registos de Enfermagem dos doentes. Antes de efectuar este procedimento, solicitei autorização à enfermeira chefe, de forma a não violar nenhum dos princípios éticos a ter em conta, nomeadamente, o princípio ético do Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizei o método de colheita de dados “registos e dados disponíveis” (POLIT e HUNGLER, 1995). Para tornar a colheita sistemática defini à partida um guião de colheita de dados. Os dados foram recolhidos e tratados garantindo todas as precauções necessárias para proteger os intervenientes, neste caso os enfermeiros que realizaram os registos de enfermagem e os doentes implicados nos mesmos. Em suma, foi garantido o direito ao Anonimato, e não foram recolhidas informações que possibilitem a identificação dos intervenientes. Tive também em conta o direito à Confidencialidade, utilizando os dados recolhidos exclusivamente para a caracterização dos doentes seguidos na unidade de DP. A colheita teve lugar no dia 30/01/2012.

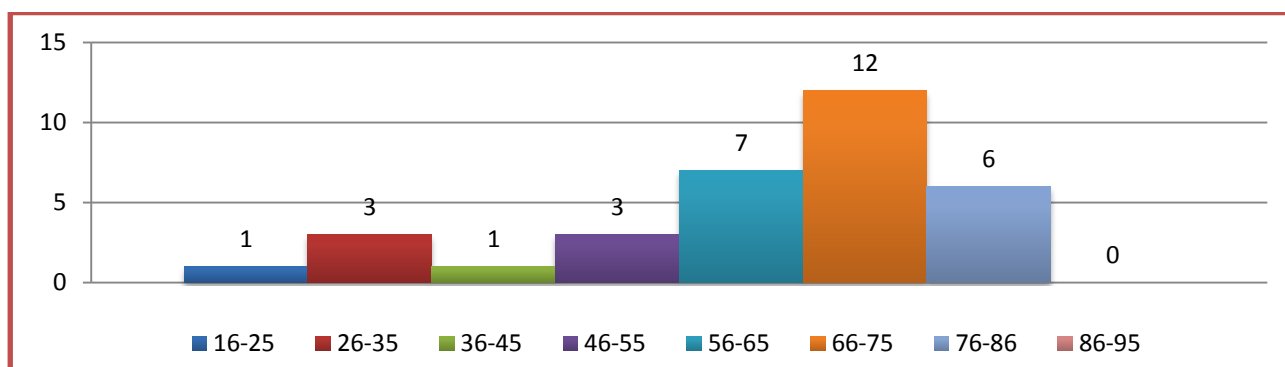
Através da análise efectuada tive a oportunidade de constatar que, na data em que foi realizada a colheita, se encontram 33 doentes integrados no programa de DP, 27 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

Gráfico I. Distribuição por género dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções a 30/01/2012



Em relação à distribuição etária, as classes predominantes são dos 56 aos 65 anos e dos 66 aos 75 anos, com 7 e 12 indivíduos respectivamente. O doente mais novo tem 20 anos de idade e o mais velho 85 anos de idade, sendo a média de idades de 62,3 anos.

Gráfico II. Distribuição por faixa etária dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções a 30/01/2012

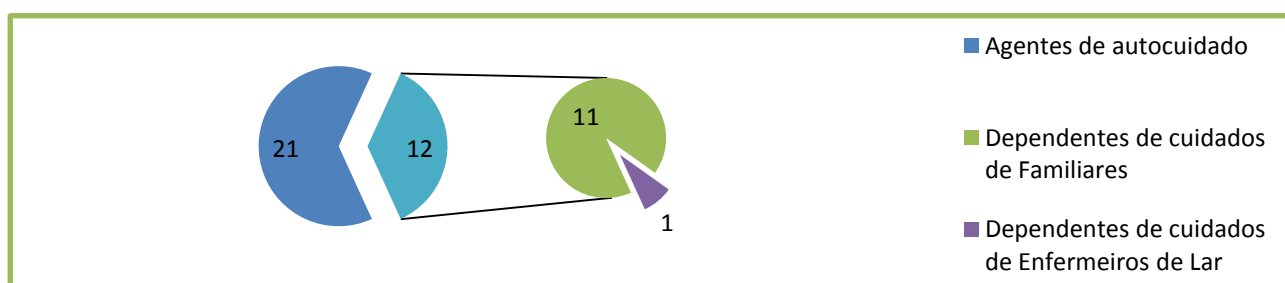


Dos 33 doentes em programa de DP inscritos na unidade, 5 realizam DP manual (DPCA) enquanto 28 realizam DP automatizada (DPA).

Relativamente ao tempo em os doentes estão em programa de DP, verificou-se que o tempo médio é de 28,03 meses. O doente mais antigo inscrito no programa encontra-se em DP há 70 meses, enquanto o mais recente encontra-se há 1 mês.

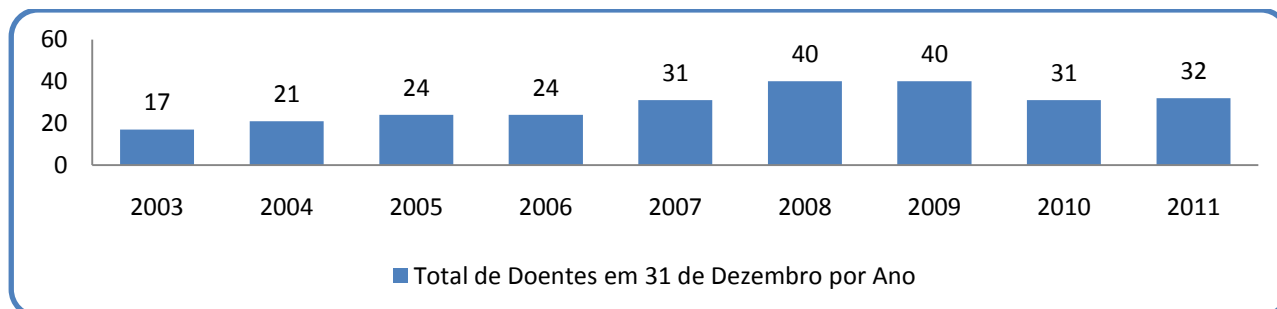
Achei igualmente importante saber quem era o responsável por realizar a TSFR, se o próprio indivíduo, se o convivente significativo ou outro profissional. Pude constatar que 21 doentes são responsáveis pelo seu autocuidado (63,64% agentes de autocuidado) e que os restantes 12 necessitam da colaboração de outra pessoa (36,36% dependem de um agente de cuidado). Destes 12, um encontra-se instituído em Lar, sendo os enfermeiros da instituição responsáveis pelos cuidados em DP, os restantes 11 têm familiares conviventes como agentes de cuidado (cônjuges, filhos, netos e noras).

Gráfico III. Distribuição dos doentes integrados no programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções segundo a autonomia para realizar a TSFR



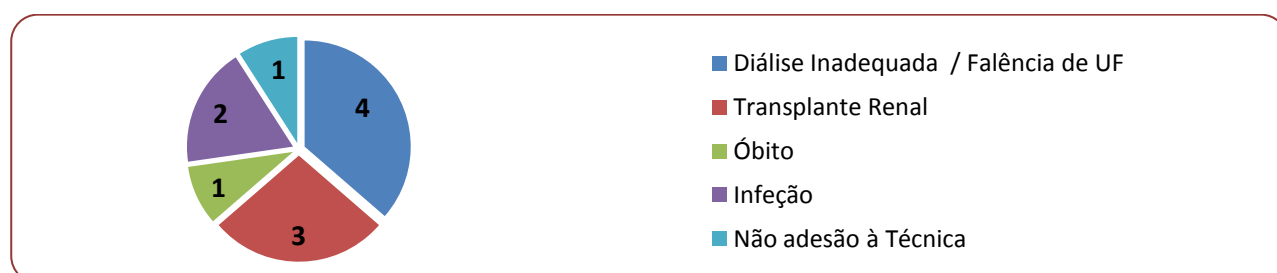
Relativamente à evolução do número total de doentes inscritos no programa ao longo do tempo, verificou-se uma evolução crescente até ao ano de 2008. Em 2010 ocorreu um decréscimo acentuado que praticamente se manteve durante o ano de 2011.

Gráfico IV. Distribuição por ano do número total de doentes inscritos a 31 de Dezembro na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.



Em 2011 deram entrada no Programa de DP 12 doentes. Saíram um total de 11 doentes: 7 foram transferidos para HD (4 por diálise inadequada/falência de UF, 2 por infecção – peritonite e 1 por não aderir à técnica), 3 foram submetidos a transplante renal e 1 faleceu.

Gráfico V. Distribuição dos doentes pelo motivo que os levou a sair do programa de DP do Hospital Onde Desempenho Funções no ano de 2011

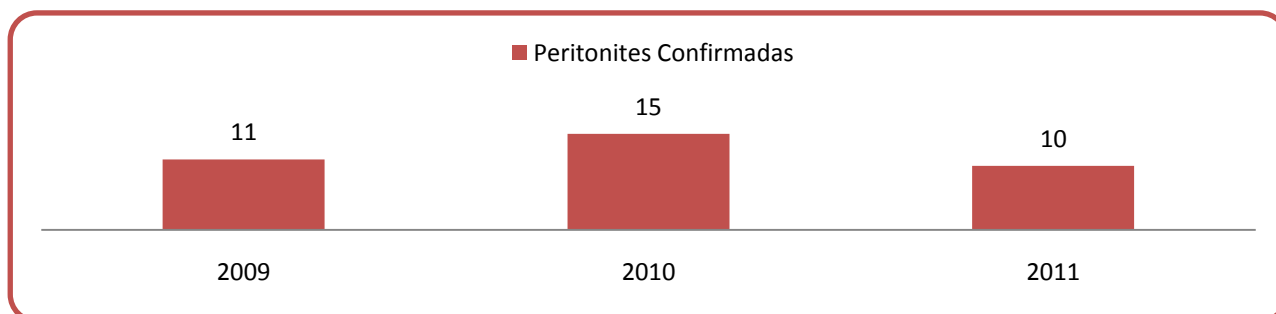


Segundo a EDTNA/ERCA (2007) uma das competências que os enfermeiros em DP devem apresentar está relacionada com o suporte na transferência da pessoa com DRCT em programa de DP para a HD. A análise do gráfico acima, que apresenta o motivo da saída do programa de DP, justifica a necessidade do desenvolvimento dessa competência específica, dado que, a maior parte dos doentes que saíram do programa foram transferidos para a HD.

A peritonite, em particular, tem sido apontada como a principal complicação da DP, sendo também a principal causa de falência da técnica, hospitalização, podendo inclusivamente levar à morte (KAM-TAO et al., 2010; BENDER, BERNARDINI & PIRAINO, 2006). A análise do gráfico acima também mostra que as complicações infecciosas são das principais responsáveis pela descontinuidade desta técnica na unidade onde desempenho funções.

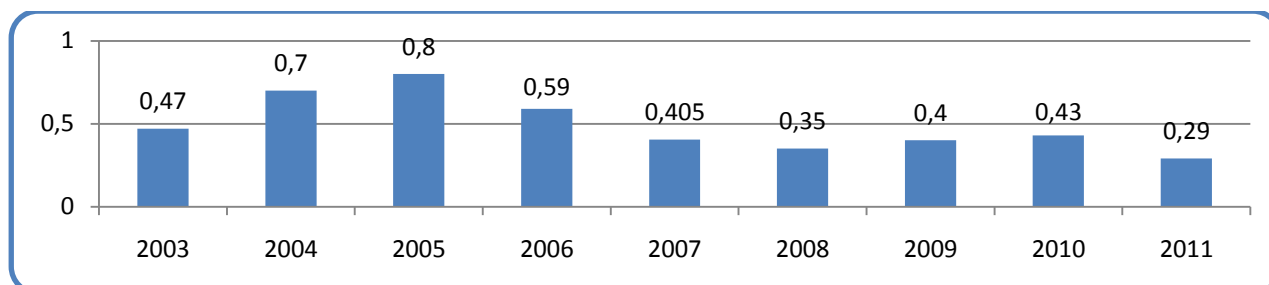
Posto isto, considero de igual forma pertinente perceber qual o histórico da infecção no grupo em questão.

Gráfico VI. Número de peritonites confirmadas nos anos de 2009, 2010 e 2011 na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.



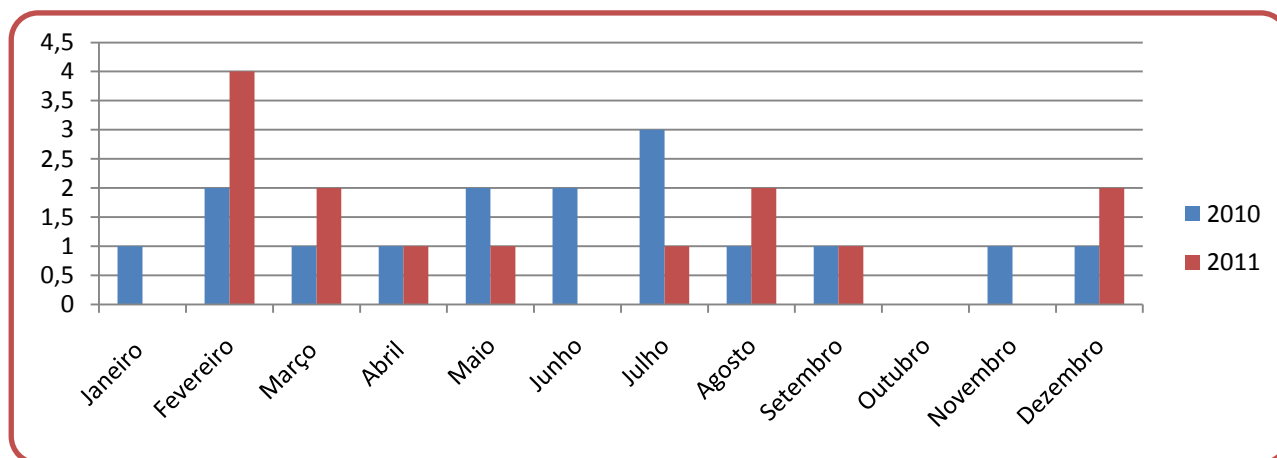
No ano de 2010 houve um aumento do número de peritonites, em comparação com o ano de 2009. Segundo as Guidelines da International Society for Peritoneal Dialysis (2010), a incidência de peritonite não deve ser superior a 1 episódio cada 18 meses, que equivale a 0,67 episódio por cada doente por ano. No ano 2011 ocorreram um total de 10 peritonites, equivalente a 0,29 episódios por doente.ano (Dados apresentados no relatório anual de actividades da unidade de DP do hospital onde exerço funções, 2011)

Gráfico VII. Evolução da taxa de peritonites da Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções ao longo do tempo.



A análise do gráfico apresentado acima permite verificar que só nos anos de 2004 e 2005 é que a incidência de peritonites esteve acima das recomendações das Guidelines (2010). Em 2011 verificou-se a incidência mais baixa que a unidade já registou desde o início do seu funcionamento. Relativamente à infecção do orifício de saída do cateter, outra das infecções mais frequentes em DP, confirmaram-se um total de 14 durante o ano de 2011. Segundo os dados apresentados no relatório anual de actividades da unidade de DP do HODF (2011), a incidência foi de 0,42 episódios.doente.ano, ligeiramente inferior ao ano de 2010, que foi de 0,46.

Gráfico VIII. Distribuição do número de infecções do OSC de DP do Hospital Onde Desempenho Funções ao longo dos meses no ano de 2010 e 2011



Apesar de se ter verificado uma diminuição da incidência tanto das peritonites como das infecções do OSC, as complicações infecciosas são sempre uma preocupação para a equipa de saúde da unidade onde exerce funções.

2.3.3. Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação foi realizado com base na análise dos dados que colhi na caracterização da unidade; na reflexão sobre a minha prática diária – enquanto enfermeira que integra o grupo de trabalho de DP desde a sua formação em 2005; nos conhecimentos adquiridos e nas reflexões efectuadas ao longo do presente Curso de Mestrado sobre a pessoa com DRCT; e das conversas informais realizadas com as restantes enfermeiras do grupo de trabalho de DP e enfermeira chefe.

Fazem parte das actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem a capacitação do doente e/ou familiar significativo para a realização da DP de forma autónoma no domicílio. O processo é sempre individualizado, de acordo com o desenvolvimento de cada um, ou seja, procura-se respeitar o tempo de aprendizagem, quer de conhecimentos, quer de habilidades de cada pessoa. O principal objectivo é adaptar os cuidados ao perfil de cada doente, fornecendo as ferramentas necessárias para que o mesmo possa gerir eficazmente o seu regime terapêutico, procurando diminuir as implicações que a doença renal e a DP possam trazer não só para a sua vida, mas também para a dos que o rodeiam. A DP, sendo uma TSFR efectuada no domicílio implica que, caso o doente não tenha capacidade para se autocuidar, tenha uma pessoa significativa que se responsabilize pelos cuidados necessários – agente de cuidado a dependente. Aquando da caracterização da unidade onde desempenho funções, pude constatar que 36,36% dos doentes, por factores relacionados com a

idade ou doença, têm um agente de cuidado a dependente, ou seja, um adulto que aceitou e se responsabiliza pela necessidade terapêutica de autocuidado decorrente da DP.

Relativamente à gestão do regime terapêutico, a equipa é responsável por capacitar tanto o doente como a pessoa significativa (o agente de cuidar a dependente). Relativamente ao plano de ensino/treino, o que existe actualmente devidamente estruturado é um guia sob a forma de *check list*, sobre a técnica de DP (manual e automatizada), onde estão descritos os vários passos que deverão ser ensinados e treinados à pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT. Dado que a adaptação da pessoa com DRC em programa de DP ao regime terapêutico compreende mais do que a aprendizagem da técnica dialítica, durante o acompanhamento do doente e/ou pessoa significativa, são também abordados, ainda que de um modo não estruturado, outros assuntos tais como o regime alimentar ou o despiste de complicações, entre outros, para que o mesmo adquira os conhecimentos e as atitudes necessárias para o autocuidado.

Contudo, a rotatividade das enfermeiras do grupo de trabalho da DP faz com que a pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP não seja acompanhada sempre pela mesma profissional, o que leva a que, inclusivamente, os ensinamentos e treinos não sejam realizados pela mesma pessoa. Quando não existe a possibilidade de o processo de capacitação ser realizado pela mesma enfermeira, é fundamental que todos os elementos estejam coordenados e sigam a mesma linha de pensamento.

Empiricamente, considero que a não existência de um programa de ensino/treino devidamente estruturado, que vise a promoção da gestão do regime terapêutico, pode tornar-se numa barreira para a capacitação do doente e/ou pessoa significativa. Questiono se este facto não poderá trazer repercussões para o doente, nomeadamente na qualidade de vida e na incidência de infecções. Relativamente à incidência de infecções, esta tem sido uma preocupação constante da equipa multidisciplinar. Conforme exposto anteriormente, os dados de 2011 mostram que tanto a taxa de peritonites como a incidência de infecções do OSC de DP se encontram abaixo das recomendações das Guidelines da International Society for Peritoneal Dialysis (2010). Contudo, a equipa multidisciplinar, empiricamente, associa as infecções do OSC ao deficit no autocuidado ao OSC, considerando que, ainda assim, melhores resultados se podem obter neste âmbito.

Assim, a procura face ao projecto levou-me a um questionamento e reflexão sobre a minha prática profissional:

- Estarão a ser utilizados eficazmente todos os recursos disponíveis para promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP?

- Haverá outras estratégias que possam ser utilizadas pelas enfermeiras do grupo de trabalho de DP para promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP?

2.3.4. Objectivos do projecto de intervenção na unidade de DP do HODF

Perante o diagnóstico da situação, defini como **objectivo geral** para o presente projecto:

- Promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico.

Foram traçados como **objectivos específicos**:

- Conhecer as estratégias apresentadas na literatura para promover o *empowerment* das pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP;
- Sensibilizar enfermeiras do grupo de trabalho de DP do HODF para a importância da implementação de estratégias de *empowerment* na promoção da gestão do regime terapêutico da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP;
- Implementar estratégias que promovam o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico.

Para alcançar os objectivos definidos e ao mesmo tempo desenvolver competências nesta área específica de intervenção, programei o desenvolvimento de várias actividades para este campo de estágio – **APÊNDICE VI**

2.3.5. Metodologia

Para dar resposta aos objectivos definidos e às competências a desenvolver, decidi realizar:

- Revisão sistemática da literatura (sobre estratégias para promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico) que permita sintetizar a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e sustentar o meu desempenho no decorrer do ensino clínico;
- Reuniões com a chefia e os vários elementos do grupo de trabalho de DP com o objectivo de: sensibilizar para a importância da implementação de estratégias de *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa na gestão do regime terapêutico; envolver o grupo de

trabalho de DP no projecto; e definir estratégias de *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico, para implementar na unidade, tendo em conta a evidência científica assim como os recursos humanos e materiais disponíveis.

2.3.5.1. Revisão Sistemática

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão em formato PICJO (POE & WHITE, 2010, citando SACKETT et al., 2000): “Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde (I) para promover o *empowerment* na gestão do regime terapêutico (O) da pessoa com DRCT em programa de DP (P)?”, de acordo com o explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para a formulação da Questão de Investigação

P	PARTICIPANTES	QUEM FOI ESTUDADO?	PESSOAS com DRCT, com idade > 19 anos e em Programa de DP	PALAVRAS-CHAVE: Diálise Peritoneal; <i>Empowerment</i> ; Autocuidado; Gestão do regime terapêutico.
I	INTERVENÇÕES	O QUE FOI FEITO?	Definir estratégias que promovam o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico.	
C	COMPARAÇÕES	PODE EXISTIR OU NÃO?		
O	OUTCOMES	RESULTADOS/ EFEITOS OU CONSEQUÊNCIAS	Promover o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico.	

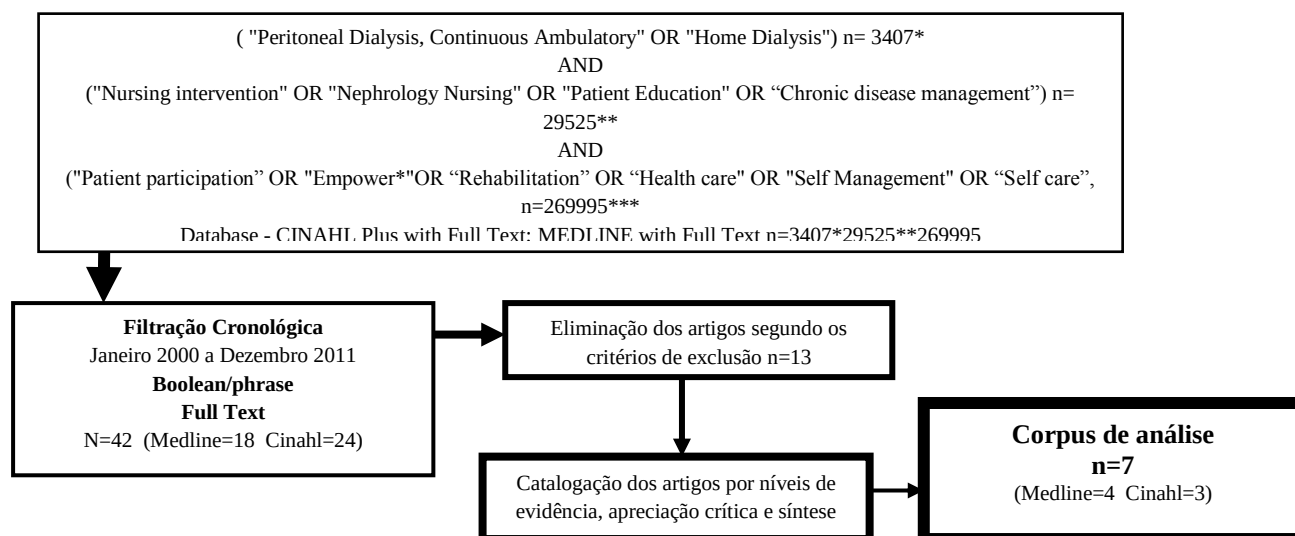
Para a revisão sistemática de literatura consultei o motor de busca electrónico EBSCO: EBSCOhost com acesso às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*. Foram seleccionados artigos em texto integral (Dezembro 2011). Na *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* o período temporal estabelecido foi de 2000-2011. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: “Peritoneal Dialysis”, “Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory”, “Home Dialysis”, “Nursing intervention*”, “Nephrology Nursing”, “Patient Education”, “chronic disease management”, “patient participation”, “empower*”, “rehabilitation”, “health care”, “self management” e “self care”, resultando em 47 artigos no total. Como critérios de

selecção privilegiaram-se os estudos com foco na problemática delineada que apresentassem estratégias de *empowerment* para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa com DRCT em programa de DP, como forma de fomentar o autocuidado em DP, que se encontram explicitados no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Pessoas com DRCT, com idade superior a 19 anos, em programa de DP.	Pacientes pediátricos.
INTERVENÇÕES	Estudos que enfoquem as estratégias que promovam o <i>empowerment</i> da pessoas com DRCT em programa de DP para a gestão do regime terapêutico.	Estudos sem correlação com o objecto de estudo.
DESENHO DO ESTUDO	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa.	Revisões sistemáticas da literatura; estudos com metodologia científica que não abordem estudos qualitativos ou quantitativos; repetidos nas bases de dados; não disponíveis em texto integral; com data anterior a 2000 (EBSCOhost).

Para avaliar a qualidade dos artigos, procedeu-se à sua catalogação segundo os níveis de evidência de Poe & White (2010, p.13): Nível I- Estudos experimentais ou meta-análises de Estudos randomizados controlados; Nível II – Estudos quasi-experimentais; Nível III - Estudos não experimentais ou estudos qualitativos; Nível IV- Opinião de peritos baseados em evidência científica ou painel de consenso (revisões sistemáticas, guidelines de práticas clínicas); Nível V- Opinião de peritos baseados em evidências experimentais (estudos de caso, perícias clínicas, programas de melhoria da qualidade). O processo de selecção dos artigos encontra-se explicitado na figura 1.

Figura 1 - Processo de Pesquisa e Selecção dos artigos

Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada procedeu-se à listagem dos 7 artigos seleccionados para o *corpus* de análise, que constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, tendo sido submetidas à classificação por níveis de evidência – **APÊNDICE VII**

2.3.5.1.1. Análise e discussão dos artigos seleccionados

Os artigos seleccionados apresentam várias estratégias para promover o *empowerment* da pessoa com DRC em programa de DP na gestão do regime terapêutico. Através da análise dos mesmos, facilmente se constata que todas as estratégias apresentadas vão no sentido de compreender a individualidade de cada doente, inserido num determinado contexto emocional e sócio profissional. Compreender a forma particular como cada um vivencia a DRC e a necessidade de realizar diálise é essencial para que se possam definir métodos de ajuda no sentido de facilitar a adaptação à condição de cada um. Individualmente, os artigos seleccionados demonstram que a promoção do *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP traz resultados positivos em termos de gestão da DRC, melhoria da QV e diminuição das taxas de infecção.

Para SALADA, MIRANDA, LOURENÇO e PEREIRA (2010) uma comunicação eficaz, assim como o desenvolvimento de uma relação de parceria entre os profissionais de saúde e os doentes são essenciais para se alcançarem melhores resultados em saúde. No seu estudo qualitativo e fenomenológico, os autores concluíram que os enfermeiros podem melhorar a capacidade para comunicar se tiverem em consideração as limitações e necessidades específicas de cada pessoa, uma

vez que estas nem sempre correspondem às que seriam de esperar pelos profissionais de saúde (MIRANDA, LOURENÇO e PEREIRA, 2010). O enfermeiro deve por isso compreender a visão pessoal de cada doente para poder fazer sentido no mundo do mesmo. Ainda sobre a comunicação, HALL et al. (2004) consideram que a capacidade de transmitir informação é fundamental para mudar comportamentos e, desta forma, cultivar e manter a DP bem sucedida no domicílio. O treino deve ser individualizado e as eventuais barreiras de aprendizagem, tais como a personalidade e o baixo nível de escolaridade, devem ser tidas em consideração. Apresentam resultados positivos, clinicamente significativos, com um programa de ensino que se centra no que o doente precisa de aprender, ao invés do que o professor precisa de ensinar (HALL et al., 2004).

MCCARTHY, SHABAN, BOYS & WINCH (2010) exploraram os factores que influenciam as escolhas e a capacidade dos doentes em programa de DP em aderir ao regime terapêutico. Tal como HALL et al. (2004), MCCARTHY, SHABAN, BOYS & WINCH (2010) referem que para o desenvolvimento de intervenções relacionadas com adesão, os profissionais de saúde devem agir em consonância com os desejos e as necessidades individuais dos doentes, demonstrando consciência não só das limitações a que estes estão sujeitos, mas também do empenho que trazem para o mesmo. Também os aspectos da adesão que promovam uma relativa normalidade à vida dos doentes levam a uma maior concordância com os conselhos dos profissionais de saúde.

Tendo em conta que a peritonite continua a ser a complicação líder em DP (KAM-TAO et al., 2010; BENDER, BERNARDINI & PIRAINO, 2006), para se obterem melhores resultados, é natural que faça parte do processo de *empowerment* da pessoa com DRCT o despiste de complicações, nomeadamente desta infecção. WHITE & VINET (2010) decidiram desenvolver um plano de acção centrado no *empowerment* para combater a elevada taxa de peritonites do seu centro. As autoras do estudo defendem que o doente deve ser um membro informado e activo do seu plano de cuidados. Para melhor auto-gerir a sua doença, o doente, em vez do tradicional seguidor de ordens, tem que ser o gestor da sua condição e desta forma, verdadeiramente responsabilizado pelo seu tratamento. A par com SALADA, MIRANDA, LOURENÇO e PEREIRA (2010), WHITE & VINET (2010) acreditam que a probabilidade de se obterem bons resultados aumenta através do desenvolvimento de relações de parceria e colaboração entre a equipa de saúde e os doentes. Assim, WHITE & VINET (2010) desenvolveram um programa de *empowerment* onde o primeiro passo foi padronizar todos os materiais de ensino e desenvolver novos posters e folhetos para os doentes, de forma a responder à considerável rotatividade de pessoal. De seguida, para combater as lacunas no conhecimento dos doentes, desenvolveram um questionário com 48 perguntas para identificar as necessidades de aprendizagem. O questionário era aplicado 6 semanas após o final do treino e após

a ocorrência de uma peritonite. Os défices de conhecimentos eram partilhados com os doentes e o reforço de ensino era efectuado apenas consoante as necessidades dos mesmos. Os doentes que desenvolviam peritonites eram ainda convidados a rever um formulário que pretendia fornecer informações sobre a causa da peritonite. A implementação destas estratégias conferiu uma melhoria significativa da taxa de peritonite, contudo, as autoras não conseguem apontar a mais eficaz, dado que foram implementadas várias estratégias simultaneamente (WHITE & VINET, 2010).

A DRCT com necessidade de realizar DP traz uma série de implicações para a vida tanto do doente como para a dos que o rodeiam. CHOW & WONG (2010) desenvolveram um estudo que pretendia avaliar a eficácia de um programa gerido pela enfermagem na melhoria da QV das pessoas em programa de DP e que visava o *empowerment* do doente. Tal como WHITE & VINET (2010), CHOW & WONG (2010) desenvolveram um protocolo de actuação global, onde os doentes e familiares participavam activamente, e que incluía uma avaliação das necessidades físicas, sociais, cognitivas e emocionais do doente. A par com SALADA, MIRANDA, LOURENÇO e PEREIRA (2010), WHITE & VINET (2010), também CHOW & WONG (2010) estabeleciam objectivos partilhados, com um plano de acção realista, incorporando as preferências do doente. O plano de acção incluía medicação, exercício físico, restrição hídrica, dieta, procedimentos técnicos e controlo de infecção. A família do doente era envolvida no processo, destacando a necessidade dos membros estarem preparados para apoiar o doente e exercer o papel de cuidadores no processo de recuperação (CHOW & WONG, 2010).

Das estratégias utilizadas por CHOW & WONG (2010) para promover o *empowerment* do doente, destaco a entrevista motivacional e o seguimento telefónico. Através da entrevista motivacional, as enfermeiras pretendiam compreender a perspectiva do doente, de forma a integrar as necessidades terapêuticas no seu próprio estilo de vida e, ao mesmo tempo, enfatizar o seu espírito de colaboração e autonomia. O seguimento telefónico, planeado e padronizado, pretendia fortalecer e consolidar as experiências de aprendizagem, esclarecer equívocos e otimizar os resultados de saúde. A primeira chamada era realizada dentro de 72 horas após a alta (período crítico de transição) para avaliar o estado do paciente. Nas chamadas de acompanhamento, a enfermeira verificava com o doente os comportamentos para atingir os objectivos e identificava novas necessidades e potenciais complicações. Quando comparado com o grupo controle, os doentes do grupo de estudo demonstraram maior QV, particularmente em relação às questões psicossociais, e relataram sentirem-se mais enérgicos. CHOW & WONG (2010) acreditam que este modelo incentiva a autonomia dos doentes e potencia a relação enfermeiro/doente, com vista à modificação

de comportamentos. Concluem que se os profissionais trabalharem em equipa é possível reduzir a fragmentação da prestação de cuidados e melhorar a QV de doentes com necessidades complexas.

SU, LU, CHEN & WANG (2009) desenvolveram um estudo para provar que um programa baseado no *empowerment* ajuda os doentes a desenvolverem os conhecimentos e as habilidades necessários para melhorar o seu estado de saúde. Segundo os resultados do estudo, a promoção da auto-gestão aumenta a adesão dos doentes tanto às modificações dietéticas como à prescrição de diálise.

Tal como CHOW & WONG (2010), SU, LU, CHEN & WANG (2009) consideram que para se alcançar o sucesso na promoção da autogestão da doença em DP deve ser feita uma abordagem multidisciplinar. Assim, começaram por criar uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, dietista, doentes “*experts*”, os doentes e a família.

Ainda a par com CHOW & WONG (2010), outra das estratégias utilizadas por SU, LU, CHEN & WANG (2009) foi o desenvolvimento de um plano de ensino/treino (curriculum) baseado nos conhecimentos e nas habilidades que o doente “*expert*” em DP deve apresentar. O plano focava-se na aquisição de conhecimentos e habilidades relacionadas com o tratamento e na aquisição de habilidades para resolver problemas.

Quanto aos conhecimentos e habilidades relacionadas com o tratamento, faziam parte: os conhecimentos relacionados com DP; como efectuar trocas; os cuidados ao OSC de DP; como monitorizar o peso corporal, tensão arterial, níveis de açúcar no sangue e UF; restrição de líquidos e de sódio; como prevenir e lidar com complicações (peritonite, infecção do orifício de saída, insuficiência cardíaca congestiva); compreender a relação entre os resultados laboratoriais e a saúde física; nutrição e exercício físico (SU, LU, CHEN & WANG, 2009). Relativamente às habilidades para resolver problemas, faziam parte: o estabelecimento de metas e estratégias de resolução de problemas; como navegar pelo sistema de saúde; gestão de emoções negativas; encontrar e construir redes sociais de apoio; estratégias para aumentar a adesão à terapêutica e combater os efeitos colaterais dos medicamentos; técnicas cognitivas para a gestão de sintoma; comunicação eficaz com os prestadores de cuidados de saúde. A informação necessária para que o doente adquirisse os conhecimentos e as atitudes definidas no curriculum, foi transmitida através visitas mensais, reuniões de grupo, aconselhamento individual, observação de vídeos sobre educação do doente e fornecimento de folhetos e brochuras (SU, LU, CHEN & WANG, 2009).

SU, LU, CHEN & WANG (2009) utilizaram ainda outras estratégias para promover o *empowerment* dos doentes, tais como: esforços para assegurar uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares; promoção da auto-aprendizagem; realização de reuniões mensais entre a equipa multidisciplinar; doentes considerados “*experts*” pela equipa de

saúde eram convidados a apresentar as suas estratégias de mudança, como fonte de inspiração aos outros.

RUSSO et al. (2006) consideram que o envolvimento dos doentes com a equipa multidisciplinar na análise e gestão do problema através de uma abordagem gradual, de apoio, de cuidados negociados, pode não ser suficiente. Consideram que a natureza crónica da DP pode levar a modificações progressivas na forma como os doentes cumprem o regime terapêutico. Ou seja, com o decorrer do tratamento ao longo do tempo, é natural que o doente se sinta cada vez mais seguro e perito, o que pode levá-lo a descorar itens necessários relacionados com o regime terapêutico, com uma queda geral da atenção para os detalhes do procedimento. Este facto está relacionado com a atitude humana de se adaptar à rotina dos procedimentos, que leva os doentes a cometer erros sem terem consciência dos mesmos. Acreditam por isso que a pessoa com DRCT em programa de DP poderia beneficiar de um processo de re-treino. RUSSO et al. (2008) no seu estudo, embora sem resultados significativos de infecção por peritonite, observaram que 23% dos pacientes não cumpriam as recomendações protocoladas para a prevenção de infecções: 9% não utilizavam máscara, 6% não lavavam as mãos, 8% não tinha em conta conceitos gerais de higiene e 11% dos pacientes não cumpriam o protocolo nos cuidados ao OSC. Este estudo documenta a necessidade de uma avaliação combinada teórico-prática dos doentes em DP. Os autores recomendam por isso que, de forma rotineira, se proceda à avaliação das necessidades de re-treino dos doentes (conhecimento e capacidades) sendo também importante avaliar o doente em casa, no seu meio.

HALL et al. (2004) reforçam a boa preparação formal das enfermeiras para a educação do paciente e a sua capacidade de transmitir informação no sentido de facilitar a aprendizagem através da mudança de comportamentos, como fundamental para cultivar e manter a DP bem sucedida no domicílio.

Através da análise da evidência apresentada na literatura, considero que os resultados obtidos nos vários estudos analisados demonstram que, a natureza dos programas de ensino/treino têm impacto positivo sobre os resultados dos pacientes, o que evidencia a necessidade de se utilizarem directrizes e realizarem normas para a formação desta população. Contudo, destaco o facto de existirem poucos estudos na área e da dificuldade em se constituírem amostras com dimensão estatisticamente significativa, o que justifica a necessidade de no futuro se realizarem mais estudos na área.

2.3.6. Programa de *empowerment* para promover a gestão do regime terapêutico da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP

Após a análise das estratégias de *empowerment* apresentadas pelos autores dos artigos seleccionadas nesta revisão sistemática, decidi definir um programa de *empowerment* direccionado para a pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP seguida na unidade onde desempenho funções. Segundo CHOW & WONG (2010) e SU, LU, CHEN & WANG (2009), para se alcançar o sucesso na promoção da autogestão da doença em DP deve ser feita uma abordagem multidisciplinar. Neste sentido, na unidade de DP onde desempenho funções já existe uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, dietista, assistente social e administrativas. Contudo, dado a limitação temporal para a realização deste projecto de intervenção e uma vez que as reuniões multidisciplinares, assim como o estabelecimento de objectivos na respectiva equipa, carecem sempre de mais tempo, optei, tal como CHOW & WONG (2010), por definir um programa de *empowerment* que pudesse ser gerido sobretudo pela equipa de enfermagem.

Assim, comecei por reunir com o grupo de enfermeiras da unidade de DP e apresentar as estratégias para promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa em programa de DP na gestão do regime terapêutico encontradas na revisão sistemática da literatura. O grupo considerou que já trabalhava respeitando sempre a individualidade e as necessidades específicas de cada doente/família, contudo, concordou que os mesmos só poderiam beneficiar da implementação de novas estratégias de *empowerment*. Neste ponto, considero que a sensibilização do grupo de trabalho para a necessidade de se intervir no sentido de promover o *empowerment* do doente foi fulcral para o sucesso da implementação do projecto. Sozinha jamais conseguiria dar continuidade ao mesmo.

De seguida, foram discutidas e definidas as estratégias a implementar na unidade. Tendo em conta as estratégias encontradas na revisão sistemática da literatura, procurámos definir um programa de *empowerment* que fosse ao encontro tanto das necessidades dos doentes/família como das da unidade. O objectivo era definir um plano de acção que fosse realista e exequível, de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis na unidade. Procurou-se implementar estratégias que promovessem o autocuidado do doente e/ou pessoa significativa e, ao mesmo tempo, diminuíssem o impacto da rotatividade do grupo de enfermeiras. Como meta, pretende-se diminuir a taxa de infecções.

Assim, começou-se pela revisão das normas e protocolos (efectuado em conjunto entre a equipa médica e a de enfermagem) e pela análise do material de apoio disponível para fornecer ao

doente/família. Neste ponto considerei importante realizar um manual de acolhimento para doente e/ou pessoa significativa e elaborar uma norma de procedimento sobre “cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal”. De seguida foi estruturado o programa de ensino/treino ao doente e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP. Por último pretende-se sistematizada a reavaliação do ensino/treino.

Estratégia nº 1: Em primeiro lugar, comecei por analisar o material de apoio disponível para os doentes e avaliar a necessidade de realizar novos folhetos, assim como rever normas e protocolos (WHITE & VINET, 2010).

Quanto ao material de apoio, existe uma grande variedade de folhetos para os doentes, que são facultados pelas empresas que fornecem as soluções de diálise. Estes folhetos contêm informação pertinente sobre a DP, com linguagem acessível e ilustrados por imagens exemplificativas das várias modalidades de DP (DPA e DPCA). De uma forma geral, o grupo considera-os bastante completos. Neste campo, considero, a par com o restante grupo de enfermeiras, que devemos aproveitar e manter esse material. Contudo, não existe nenhum manual de acolhimento da unidade, que reúna a informação necessária para que o doente conheça e compreenda o funcionamento da mesma, no sentido de saber como usufruir de todos os serviços disponíveis. Saber navegar pelo sistema de saúde é uma das habilidades para resolver problemas que o pessoa e/ou pessoa significativa em programa de DP deve apresentar (SU, LU, CHEN & WANG, 2009). Neste sentido, elaborei um manual de acolhimento da unidade para colmatar essa lacuna – **APÊNDICE VIII**. A informação disponível no manual está relacionada com o funcionamento da unidade; contactos; apresentação da equipa multidisciplinar e como proceder para obter consultas com os diferentes profissionais; cuidados a ter antes de cada consulta; situações em que se deve dirigir à unidade; e como deve proceder em caso de complicações. No final o manual apresenta a carta dos direitos e deveres do doente. Segundo a alínea d) do artigo 84º do código deontológico o enfermeiro tem o dever de informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Quanto às normas e protocolos, juntamente com os médicos, a enfermeira chefe e o restante grupo de enfermeiras, decidiu-se realizar uma norma de procedimento sobre cuidados ao OSC de DP – **APÊNDICE IX**. A par com a peritonite, a infecção do OSC do cateter e do túnel subcutâneo englobam as infecções mais frequentes em DP (CAMPOS, 2006, p.345). Os cuidados ao OSC são parte integrante do autocuidado em DP e são vitais para prevenir infecções (TOMLINS, 2008). O grupo considerou importante intervir, através da realização da norma de procedimento, uma vez que

associa as infecções do OSC do cateter ocorridas na unidade durante o ano de 2011 ao défice no autocuidado ao mesmo. A norma foi realizada segundo uma revisão sistemática da literatura realizada durante o primeiro ano do presente curso – **APÊNDICE X**.

Estratégia nº 2: A segunda estratégia passou pela padronização dos materiais de ensino (WHITE & VINET, 2010; SU, LU, CHEN & WANG, 2009; CHOW & WONG, 2010) para responder à considerável rotatividade da equipa de enfermagem. Relativamente ao ensino/treino do doente e/ou pessoa significativa, e uma vez que o que existe actualmente devidamente estruturado é uma *check list*, sobre técnica de DP (manual e automatizado), optei por desenvolver um plano de ensino/treino – **APÊNDICE XI** – baseado nos conhecimentos e nas habilidades que o doente “*expert*” em DP deve apresentar: conhecimentos relacionados com DP; lavagem das mãos e utilização de máscara; cuidados ao OSC de DP; como efectuar as trocas de DP; preparação de cicladora (DPA) e principais alarmes; monitorizações diárias (peso corporal, tensão arterial, UF); dieta e restrição hídrica; complicação (complicações infecciosas, dificuldade na drenagem, sobrecarga hídrica, saída de efluente extra cateter – *leak*, dor, administração de terapêutica intraperitoneal, presença de fibrina no efluente, obstipação); resolução de problemas; entrega, acondicionamento e organização do material no domicílio; consultas; visitas domiciliárias; nutrição; exercício físico; e férias (SU, LU, CHEN & WANG, 2009; INTERNATIONAL SOCIETY FOR PERITONEAL DIALYSIS, 2006). Este plano de ensino/treino está organizado em conhecimentos e habilidades porque, antes da parte prática, o doente/pessoa significativa tem que demonstrar que apresenta os conhecimentos necessários. Foi realizado sob a forma de *check list* para que possa ser aplicado por várias enfermeiras, ou seja, para que na impossibilidade do ensino/treino ser efectuado pela mesma pessoa, outra enfermeira possa dar continuidade ao mesmo sem descorar nenhum item essencial. Pretende-se que seja um fio condutor, para orientar a equipa de enfermagem durante o processo de capacitação da pessoa para o autocuidado em DP. Segundo FIGUEIREDO, KROTH & LOPES (2005) a existência de protocolos de ensino/treino – *check list* – é um dos factores fundamentais para que um programa de DP atinja o sucesso.

O objectivo é que tanto o doente como a família participem activamente no plano de ensino (MIRANDA, LOURENÇO E PEREIRA, 2010; WHITE & VINET, 2010; CHOW & WONG, 2010) e que o mesmo seja realista e vá ao encontro das necessidades e preferências de cada doente – plano individualizado. Torna-se então imprescindível conhecer a pessoa e, não só os requisitos para o autocuidado, mas também os seus interesses e motivações. Segundo OREM (1980, pág.10), esse conhecimento advém da observação directa e através da comunicação com o doente e/ou pessoa

significativa. As habilidades que permitem que um indivíduo se envolva no autocuidado ou em cuidados a dependentes estão condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis (OREM, 1980, pág.27). Cabe por isso ao enfermeiro fazer uma correcta avaliação inicial para poder adaptar o sistema de suporte e educação às necessidades físicas, sociais, cognitivas e emocionais do doente e/ou pessoa significativa. Neste sentido efectuei um guia de avaliação inicial direccionada para a pessoa com DRCT em programa de DP para facilitar a colheita de dados inicial – **APÊNDICE XII**.

O sucesso da aprendizagem depende de uma avaliação crítica tanto a nível de conhecimentos e habilidades, como de motivação e experiência de cada indivíduo (FIGUEIREDO, KROTH & LOPES, 2005). Segundo BERNARDINI, PRICE & FIGUEIREDO (2006) a duração ideal do ensino não se encontra definida, pelo que a formação deve continuar pelo menos até que o instrutor DP (neste caso a enfermeira) determine que o doente/pessoa significativa seja capaz de executar com segurança todos os procedimentos exigidos, reconheça os sinais de infecção e saiba como proceder em caso de complicações. Para facilitar e metodizar esta avaliação, elaborei um guia para avaliar o ensino/treino aquando da indução de técnica (DPCA ou DPA) e para reavaliar a necessidade de reforço de ensino/treino – **APÊNDICE XIII**. O objectivo da avaliação é identificar as necessidades de aprendizagem - conhecimentos e habilidades não demonstradas e, desta forma, direccionar o ensino/treino ou reforço de ensino/treino consoante as necessidades individuais de cada pessoa (HALL et al., 2004).

Uma vez que na instituição onde desempenho funções está projectada a implementação do processo clínico electrónico na área do Ambulatório (através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE), procurei elaborar os guias de ensino e avaliação em linguagem CIPE (Classificação Internacional Prática de Enfermagem), de forma a promover a adaptação gradual dos vários elementos que constituem o grupo de trabalho a esta classificação.

Estratégia nº 3: A terceira estratégia diz respeito à sistematização da reavaliação do ensino/treino. Na minha prática profissional, a reavaliação dos conhecimentos e habilidades não está devidamente estruturada. Habitualmente é efectuada de 6 em 6 meses, aquando do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP), ou quando sucede um episódio de peritonite. Segundo OREM (1980, pág. 40) os indivíduos e as famílias podem adaptar-se a problemas de saúde crónicos e o autocuidado ser bem-intencionado mas não terapêutico. De acordo com RUSSO et al. (2006), a reavaliação do ensino/treino é de extrema importância para prevenir complicações associadas ao não cumprimento das indicações da unidade. Também PIRAINO et al. (2011) defendem a necessidade desta

reavaliação após a hospitalização, após episódio de peritonite ou infecção de cateter; após mudança na destreza, visão ou acuidade mental; três meses após a formação inicial e posteriormente de forma rotineira (uma vez por ano no mínimo). Neste sentido, e seguindo a evidência, pretende-se instituir a reavaliação do ensino/treino dos doentes de 6 em 6 meses (durante a realização do TEP), aquando a ocorrência de infecções (peritonites, infecção do orifício de saída do cateter e infecção do túnel), e sempre que se detectem falhas no autocuidado.

Avaliar o doente em casa, no seu meio, é essencial (RUSSO et al., 2008). Neste ponto, tendo em conta que as empresas que fornecem os materiais de diálise disponibilizam apoio domiciliário, é fundamental fazer a ponte com a enfermeira de apoio domiciliário, para que, para além das visitas de rotina, esta possa reavaliar o doente no domicílio após um episódio de infecção ou sempre que se detectem falhas no autocuidado.

Estratégia nº 4: Outra das estratégias sugeridas pelo grupo para 2012 foi também no sentido de combater as taxas de infecção. Pretende-se programar com o elemento dinamizador da CCI do Serviço de Nefrologia uma Sessão de Formação e de Sensibilização sobre “Higienização e Desinfecção das Mãos” dirigida aos doentes que apresentaram em 2011 Infecção do OSC ou Peritonite (e posteriormente aos restantes utentes da unidade de DP).

Outras estratégias: Outras estratégias a ter em consideração no programa de *empowerment* prendem-se com: agir em consonância com os desejos e as necessidades individuais dos doentes (HALL et al., 2004; MCCARTHY, SHABAN, BOYS & WINCH, 2010); assegurar uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares; promover a auto-aprendizagem; recorrer aos doentes considerados “*experts*” pela equipa de saúde para apresentar as suas estratégias de mudança, como fonte de inspiração aos outros (SU, LU, CHEN & WANG, 2009); realizar aconselhamento individual; fornecer ao doente/família os folhetos e brochuras fornecidos pelas empresas e desenvolvidos pela unidade (SU, LU, CHEN & WANG, 2009).

Propostas para o futuro:

1. *Formalização da consulta telefónica:* O seguimento telefónico, planeado e padronizado, pretende fortalecer e consolidar as experiências de aprendizagem, esclarecer equívocos e otimizar os resultados de saúde (CHOW & WONG, 2010). Actualmente efectuem-se diariamente várias “consultas telefónicas” na unidade onde exerço funções, onde é realizado aconselhamento,

esclarecimento de dúvidas e encaminhamento para outros profissionais de saúde. A não formalização leva a que estes telefonemas não fiquem registados e que não sejam contabilizados. A formalização desta consulta será um projecto interessante a ser desenvolvido no futuro sobretudo para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem que são desenvolvidos na unidade. Legalmente, os cuidados que não se encontram devidamente documentados, são como se não tivessem sido realizados.

2. *Entrevista motivacional*: Aprofundar conhecimentos sobre a Técnica de Entrevista Motivacional e sensibilizar o grupo de trabalho para a sua utilização com o objectivo de fomentar o *empowerment* do doente no autocuidado. Trata-se de uma abordagem de aconselhamento, através do desenvolvimento de uma relação de parceria e centrada no estabelecimento de objectivos por parte do doente (McCARLEY, 2009). Visa compreender a perspectiva do doente, de forma a integrar as necessidades terapêuticas no seu próprio estilo de vida e, ao mesmo tempo, enfatizar o seu espírito de colaboração e autonomia (CHOW & WONG, 2010). Através deste modelo, o profissional de saúde ajuda o doente a compreender os factores que influenciam favorável ou desfavoravelmente as mudanças de comportamento necessárias, para atingir dos seus objectivos pessoais. (McCARLEY, 2009).

3. *Consulta de opções*: Apesar de ser um projecto em desenvolvimento, não posso deixar de referir a necessidade emergente de se constituir e formalizar a consulta de opções, não só para ir ao encontro da norma nº017/2011 de 28/09/2011 da DGS sobre ao pleno esclarecimento da pessoa com DRC sobre as várias modalidades terapêuticas, mas também para responder ao direito do doente a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados e à alínea d) do artigo 84º do Código Deontológico, sobre o dever de informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

2.3.7. Avaliação do projecto

Segundo BERNARDINI, PRICE & FIGUEIREDO (2006) a educação do paciente, quando não é bem feita, cria confusão, perda de confiança do aluno e viola a ética da educação do paciente. Pelo que os formadores devem ser responsabilizados pelos erros dos pacientes que poderiam ser evitados através da educação. Assim, a avaliação do processo de educação deve incluir não só a reavaliação periódica do paciente, mas também a monitorização sistemática de resultados, tais como taxa de peritonite e infecções do cateter, causas de internamento, mortes, motivo de transferências da técnica (BERNARDINI, PRICE & FIGUEIREDO, 2006). Segundo PIRAINO et al. (2011), programas de melhoria da qualidade com monitorização contínua de infecções e análise de causa

raiz de cada episódio de infecção são fundamentais para a redução das mesmas em DP. Acrescentam que taxas muito baixas de infecção podem ser alcançadas caso se foque continuamente a atenção na formação, reciclagem, equipamentos e protocolos de prevenção.

De acordo com os estudos apresentados na revisão sistemática da literatura, que sustentou a definição das estratégias que constituem o programa de *empowerment* a ser implementado na unidade onde desempenho funções, a promoção do *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP traz resultados positivos em termos de gestão da DRC, melhoria da QV e diminuição das taxas de infecção.

Assim, e uma vez que na unidade onde desempenho funções está preconizada a realização de um relatório anual onde, entre outras coisas, são calculadas as taxas de infecção, optei por apontar a determinação da taxa de peritonite, infecção do orifício e infecção do túnel como a forma de avaliação do presente projecto. Poderia optar por realizar um estudo qualitativo, determinar um grupo de estudo e outro de controlo, onde o grupo de controlo continuasse a receber os cuidados preconizados até à implementação das estratégias de *empowerment*, e onde o grupo de estudo seria alvo do programa de *empowerment*, e aplicar um questionário para avaliar a QV dos doentes em ambos os grupos. Contudo, para além da sensibilização da equipa para a realização do estudo, a unidade apenas compreende um total de 33 doentes e ficaria com uma amostra muito pequena, com significado estatístico pouco relevante. Assim, optei por valorizar os resultados dos artigos da revisão sistemática, e intervir de forma global, aplicando as estratégias de *empowerment* a todos os doentes seguidos na unidade. A avaliação do projecto de intervenção será realizada através de uma auditoria interna aos registos de enfermagem para:

1. Determinar se todos os doentes foram submetidos a reavaliação/re-treino semestral (aquando do TEP) e após todos os episódios de infecção (peritonite, OS, e túnel).
2. Determinar a taxa de infecções (peritonite, infecções do orifício e túnel).

2.3.8. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas

Globalmente, considero que a implementação do programa de *empowerment* me possibilitou alcançar os objectivos inicialmente definidos. A revisão sistemática da literatura associada a toda a revisão bibliográfica que efectuei durante este percurso permitiu-me conhecer e sintetizar a evidência científica sobre estratégias de *empowerment* utilizadas nas pessoas com DRCT em programa de DP. Destaco a importância de sensibilizar e envolver os vários elementos que constituem o grupo de trabalho de DP do HODF para o sucesso da implementação do projecto. Neste sentido, realço as reuniões realizadas com todos os elementos que constituem o referido

grupo, onde foi apresentada a evidência científica encontrada na literatura e onde foram discutidas e definidas as estratégias de *empowerment* a implementar, tendo em conta não só as necessidades dos doentes, como também os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis na unidade. Para contornar a dificuldade em reunir o grupo todo simultaneamente, optei por realizar reuniões parcelares e inclusivamente individuais, no sentido de conseguir chegar a todos os elementos. Inicialmente projectei também identificar as necessidades de formação do respectivo grupo, contudo, a limitação temporal não me permitiu prosseguir com essa actividade. De qualquer forma, durante todo o percurso, disponibilizei sempre a minha assessoria ao respectivo grupo, procurando sempre colmatar todas as dúvidas que fossem surgindo.

Apesar de não ter ainda resultados para apresentar, dado que o projecto está na sua fase inicial, de implementação, considero que trabalhei, concomitantemente com o restante grupo, no sentido de promover o *empowerment* da pessoa com DRCT em programa de DP na autogestão do regime terapêutico, com vista não só à promoção da melhoria contínua dos cuidados, mas também à promoção da relação de parceria entre o grupo de trabalho de DP e a pessoa com DRCT em programa de DP.

Uma das estratégias de *empowerment* inicialmente definidas consistia na realização de um portefólio com informações a dar à pessoa com DRCT em programa de DP. Esta actividade também não foi concretizada por limitação temporal, mas fica o compromisso de a desenvolver num futuro próximo.

Da mesma forma que considero que atingi os objectivos definidos para o presente projecto de intervenção, julgo que desenvolvi competências de enfermeiro especialista.

Quanto ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, este visa o exercício da profissão de forma segura, profissional e ética, assentando a tomada de decisão num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente, respeitando os direitos humanos e assumindo a responsabilidade profissional de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes (OE, 2009).

Para o desenvolvimento destas competências destaco o trabalho desenvolvido na UC de Enfermagem Nefrológica Fundamental, durante o primeiro ano do presente curso. Consistia no estudo de um dilema ético com base no Modelo DECIDE. Este trabalho promoveu excelentes momentos de discussão, interiorização e reflexão sobre situações vivenciadas na prática, com vista ao acompanhamento dos processos de tomada de decisão perante situações de cuidados complexos em enfermagem. Possibilitou desenvolver uma prática reflexiva através da identificação,

investigação e análise dos aspectos técnico-científicos, éticos, legais e deontológicos inerentes às respectivas situações.

Com a realização do presente curso sinto-me mais competente na tomada de decisão ética face a situações que requerem uma prática especializada, adoptando estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente e/ou pessoa significativa. Apresento autonomia de julgamento fundamentado ética e deontologicamente, com respostas apropriadas após ponderar um amplo leque de opções. Procuro ser um elemento com participação efectiva na construção da tomada de decisão em equipa, situação desenvolvida durante os momentos partilhados, nomeadamente nas passagens de turno e reuniões multidisciplinares. Posto isto, considero que na minha prática diária desenvolvo e promovo uma prática profissional e ética, respeitando os direitos da pessoa com DRCT e as responsabilidades profissionais.

Relativamente ao domínio da qualidade, este tem sido uma preocupação constante no decorrer do meu percurso profissional. A busca pela qualidade em saúde é de responsabilidade multiprofissional. Considerando que o grupo profissional dos enfermeiros é o maior na área da saúde, é natural que a sua prestação assuma um valor de destaque, tornando-se imperativo definir padrões de qualidade, com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Dia após dia, a minha prestação procura a qualidade dos cuidados, das relações, dos conhecimentos, da conduta, da postura, enfim, do CUIDAR.

A minha actuação visa também iniciar e participar em projectos institucionais na área da qualidade, incorporando directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No PLANO ESTARÉGICO 2011-2012 da instituição onde desempenho funções, um dos objectivos apresentados no domínio da qualidade prende-se com o desenvolvimento e implementação do processo clínico electrónico na área do Ambulatório (CIPE/SAPE). Segundo a OE (2010) os sistemas de informação em enfermagem constituem a base essencial do registo da actividade dos enfermeiros, através da utilização de uma linguagem classificada (CIPE). Dificilmente se poderá conseguir demonstrar a importância e o impacto dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde se os enfermeiros não tiverem ao seu dispor um sistema informático que processe os *inputs* e os *outputs* do seu trabalho, permitindo, desta forma, dar visibilidade e medir os seus cuidados (OE, 2010). Assim, e de acordo com os objectivos da instituição, procurei elaborar o Guia de Ensino (para a unidade de DP – ambulatório) em linguagem CIPE. O facto de pertencer ao Grupo de Trabalho CIPE, que através da análise e reflexão das práticas instituídas construiu e parametrizou o padrão documental do serviço de Nefrologia e que efectua auditorias ao mesmo, assim como o facto de ter a experiência prática diária de funcionamento com o aplicativo informático, forneceu-me as

ferramentas essenciais para poder ser um dos elementos dinamizadores da incorporação deste sistema na unidade de DP.

Ainda neste domínio, a instituição define a realização de normas de procedimento no âmbito da prática como indicador da implementação de um sistema de gestão de qualidade dos cuidados. Outro objectivo apresentado pela instituição no PLANO ESTRATÉGICO para melhorar a Acessibilidade e a satisfação dos utentes prende-se com a elaboração/revisão das normas e materiais de comunicação e informação ao utente e família. Como indicadores definem a existência de guia de acolhimento e suportes de informação ao utente/família. Neste sentido, destaco o trabalho desenvolvido não só na análise e revisão das normas e material de apoio disponível para fornecer à pessoa/pessoa significativa com DRCT em programa de DP, como também na construção do Manual de Acolhimento e da Norma de Procedimento sobre os Cuidados ao OSC de DP.

Como forma de avaliação do projecto de intervenção, tive presente as categorias de enunciados definidas nos padrões e qualidade dos cuidados de enfermagem (Satisfação do utente; Promoção da saúde; Prevenção de complicações; Bem-estar e o auto cuidado; Readaptação funcional; Organização dos Cuidados de Enfermagem) e optei pela determinação anual da taxa de peritonites, infecções do túnel do cateter peritoneal e OSC peritoneal. Na procura constante da qualidade dos cuidados, a unidade de DP onde desempenho funções realiza anualmente um relatório onde determina estas taxas.

Globalmente, considero que promovi a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a parceria entre a equipa de saúde e a pessoa com DRC/família.

As competências do domínio da gestão dos cuidados implicam a optimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, de forma a garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos às necessidades de cuidados e adaptando o estilo de liderança situacional à promoção da qualidade dos cuidados (OE, 2009). Com a implementação do presente projecto penso que desenvolvi competências neste domínio. Procurei agir como dinamizadora da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica, inserida no seio da família e comunidade, participando na gestão dos cuidados, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados. Destaco a elaboração do guia de ensino e a norma de procedimento sobre os cuidados ao OSC na facilitação da gestão dos cuidados à pessoa com DRCT. Procurei também trabalhar no sentido de motivar o grupo de trabalho, disponibilizando sempre a minha assessoria para clarificar todas as dúvidas e questões. Procurei escutar e valorizar a opinião dos vários elementos do grupo, que se mostraram receptivos ao projecto, intervindo não só na revisão das normas já existentes, mas também na sugestão de estratégias de *empowerment* a implementar na unidade.

Realço também a frequência do presente curso de mestrado, que me proporcionou momentos essenciais para o desenvolvimento de competências neste domínio de actuação, nomeadamente através da UC de Supervisão Clínica. Esta UC despertou-me para a reflexão relativamente às minhas práticas – prática reflexiva – e para a necessidade de fomentar o espírito crítico e o pensamento reflexivo nos meus colegas de profissão. Desde 2005 que me foi proporcionado o desafio de desempenhar funções de chefe de equipa e, desta forma, a oportunidade de desenvolver as seguintes actividades: assessoria aos enfermeiros de equipa; colaboração nas decisões da equipa multiprofissional; integração de novos elementos; realização do plano de trabalho; delegação nos outros de actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito da prática; supervisão e avaliação dos cuidados prestados. Considerei uma prova de confiança e de reconhecimento do meu desempenho profissional, mas também de responsabilidade acrescida. Foi uma função que desempenhei com grande motivação, mas também de forma algo intuitiva. As bases adquiridas durante este período de formação tornaram-me mais capaz e segura para continuar a desempenhar este papel.

O domínio das aprendizagens profissionais visa demonstrar capacidade de auto-conhecimento. Implica ao enfermeiro assumir-se como facilitador nos processos de aprendizagem, responsabilizando-o pela formação direccionada aos pares e equipa multidisciplinar, e agente activo no campo da investigação (OE, 2009). Na minha prática diária procuro que a minha tomada de decisão tenha sempre por base padrões de conhecimento válidos e actuais. A actualização do conhecimento é sem dúvida uma das características que mais valorizo enquanto profissional, pois só desta forma é possível dispor das bases científicas necessárias para uma prestação de cuidados ao utente e família, de forma humanizada, personalizada, individualizada e com a qualidade desejada. Tento manter-me actualizada em todas as áreas, com especial atenção para a área da Nefrologia. A prestação de cuidados que visem a excelência só é possível através da busca do conhecimento permanente. No seio da equipa considero que sou um elemento de referência actuando como dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando os ganhos em saúde e o desenvolvimento da enfermagem.

Todo o trabalho desenvolvido na definição das estratégias de *empowerment* a implementar na unidade de DP onde desempenho funções demonstra as competências que desenvolvi neste domínio, não só através da procura da evidência científica, mas sobretudo na sensibilização da equipa para a inclusão da mesma na prática diária. Durante a realização deste curso, para o desenvolvimento desta competência, destaco o trabalho efectuado na UC de Investigação, nomeadamente a pesquisa em bases de dados credíveis e a elaboração da revisão sistemática da

literatura como trabalho final. Numa época de grande desenvolvimento tecnológico, com publicações científicas constantes, as revisões sistemáticas assumem um papel importante pois proporcionam resumos fiáveis da evidência científica revelada pela investigação. Para sustentar o meu projecto de intervenção, optei também pela revisão sistemática da literatura, dado que já me sentia familiarizada com esta metodologia. Assim, a partir da reflexão sobre a minha prática diária, elaborei a questão PICO que iniciou todo o processo de pesquisa da evidência científica disponível sobre a temática em questão. Após analisar os resultados obtidos, passei para a acção, aplicando os achados científicos à minha prática diária.

Não posso deixar de referir que considero esta competência importantíssima, não só neste, mas também nos restantes domínios anteriormente apresentados, acabando por estar interligada com todos. É uma competência que necessita de estar em constante desenvolvimento para não correr o risco de ficar rapidamente ultrapassada.

Globalmente, em termos de aquisição/desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, de acordo com os critérios de avaliação preconizados no RCCEE (2010), e à luz do desenvolvimento de competências do Enfermeiro especialista teorizado por BENNER (2001), confesso que tenho alguma dificuldade em situar-me num dos níveis apresentados pela autora. Pretendia no final da presente especialização agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com DRCT em programa de DP e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do seu ciclo de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, nos diferentes contextos de vida. Contudo, nos quatro domínios apresentados, penso que o melhor nível para me localizar é o de Proficiente, isto porque considero que ainda tenho espaço para evoluir de forma a atingir o nível seguinte, o de Perito.

3. CONCLUSÃO

Cada vez mais as políticas de saúde procuram promover o *empowerment*, isto é, a capacitação dos utentes, em todos os níveis de prevenção. Preconiza-se que o doente seja um elemento activo no seu plano de saúde/doença e não um sujeito passivo de cuidados dos profissionais de saúde. CAMPOS & CARNEIRO (2011), estabelecem como um dos objectivos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 a promoção do *empowerment* dos doentes e cuidadores enquanto prioridade para melhorar os resultados de saúde nas doenças crónicas.

A DP é uma TSFR onde a participação do doente e família é fundamental para o seu sucesso (FIGUEIREDO, KROTH & LOPES, 2005). É uma modalidade onde predomina o autocuidado, implicando por isso que o doente tenha que gerir o seu tratamento (CURTIN, JOHNSON & SCHATELL, 2004). Das várias TSFR actualmente disponíveis, a DP é a que carece de maior envolvimento do doente e família, que não só têm que adaptar a sua vida à doença crónica, mas também realizar a técnica no domicílio com autonomia (SU et al., 2004). Segundo WANG et al. (2007), um programa baseado no *empowerment* é fundamental para ajudar a pessoa com DRC a desenvolver conhecimentos, capacidades e atitudes necessários para assumir responsabilidade na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde.

Nos cuidados à pessoa com DRCT em programa de DP, o enfermeiro tem um papel preponderante na consciencialização e capacitação para o autocuidado, fornecendo as “ferramentas” necessárias para que participe activamente na gestão da sua doença. É por isso essencial que os profissionais se encontrem formados, sensibilizados e motivados nesse sentido. A construção do projecto de intervenção surgiu nesta linha de pensamento e a sua implementação visava promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico. Para sintetizar a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e sustentar o meu desempenho, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre estratégias para promover o *empowerment* da pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico, tendo sido consultado o motor de busca electrónico EBSCO: EBSCOhost com acesso às bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Globalmente, as estratégias encontradas procuram compreender a individualidade de cada doente, inserido num determinado contexto emocional e sócio profissional. Procuram perceber a forma particular como a DRCT e a necessidade de realizar DP é vivenciada, para que se possam definir métodos de ajuda que vão ao encontro das necessidades do doente e seus significantes. Tendo em conta que os resultados demonstram que a promoção do *empowerment* traz resultados positivos em

termos de gestão da DRC, melhoria da QV e diminuição das taxas de infecção, foi definido um programa de *empowerment* para a unidade onde desempenho funções, com base nas estratégias de *empowerment* encontradas e de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis. Assim, começou-se por rever normas e protocolos e analisar o material de apoio disponível para fornecer ao doente/família, tendo sido elaborado um manual de acolhimento da unidade e uma norma sobre cuidados ao OSC de DP. De seguida foi estruturado o programa de ensino/treino baseado nos conhecimentos e nas habilidades que o doente “*expert*” em DP deve apresentar e por último foi implementada a reavaliação do ensino/treino de forma rotineira. Como forma de avaliação pretende-se determinar anualmente as taxas de infecção (peritonite, infecção do OSC e infecção do túnel).

Com a elaboração do presente relatório reflexivo considero que demonstrei ter atingido todos os objectivos inicialmente definidos e, simultaneamente, adquirido e desenvolvido competências especializadas em Nefrologia, tendo por base as competências comuns apresentadas pela OE e as específicas para a área da Nefrologia definidas pela EDTNA/ERCA. Considero que os estágios realizados foram imprescindíveis para a integração e consolidação das aprendizagens adquiridas durante o percurso teórico, representando momentos ideais para reflectir sobre a prática. Entendo que hoje em dia apresento maior capacidade para fundamentar a tomada de decisão e mais segurança para agir perante situações complexas.

Foi um caminho duro mas estimulante. Apesar das dificuldades sentidas, as mais-valias acabam por prevalecer. Este relatório traduz o final de uma etapa, mas será, com certeza, o ponto de partida para novos projectos. No futuro, proponho-me a dar continuidade a todo o trabalho desenvolvido até aqui, procurando não só o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também a melhoria contínua e qualidade dos cuidados prestados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p.750

BENDER, F., BERNARDINI, J., & PIRAINO, B. (2006). Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: best demonstrated practices. **Kidney International, supplement**. [em linha] N°70 (2006), S44-S54. Acedido em 15/02/2012. Disponível em:
<http://www.nature.com/ki/journal/v70/n103s/pdf/5001915a.pdf>

BENNER, Patricia – **De iniciado a Perito**. Colecção Enfermagem nº3. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

BERMÚDEZ, E., JIMÉNEZ, F., & SANZ, A. (2006). Papel do profissional de enfermagem no seguimento de doentes em diálise peritoneal. **Manual Prático de Diálise Peritoneal**, Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. p.351-356. Disponível em Fresenius Medical Care.

BERNARDINI, Judith; PRICE, Valerie; FIGUEIREDO, Ana (2006) - International Society for Peritoneal Dialysis: Guidelines/Recommendations Peritoneal Dialysis Patient Training. **Peritoneal Dialysis International** [em linha], Vol. 26, N° 6 (November 2006) 625–632. Acedido em 15/01/2012. Disponível em:
<http://www.ispd.org/media/pdf/03Bernardini-6082-ISPDwatermark.pdf>

CAMPOS, C. (2006). Complicações infecciosas em diálise peritoneal. **Manual Prático de Diálise Peritoneal**. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Pág.345-350. Disponível em: Fresenius Medical Care.

CAMPOS, L.; CARNEIRO, A. – **Plano Nacional de saúde 2011-2016: A Qualidade do PNS 2011-2016**. [em linha]: Observatório português dos Sistemas de Saúde. Acedido em: 30/06/2011. Disponível em:
<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf>

CARMO, P. (2011) – Fundamentos da Diálise Peritoneal. **Diálise Peritoneal: Manual para Enfermeiros**. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. Leça do Balio: Cromotera. P.43-48

CARVALHO, Sérgio Resende (2004). Os Múltiplos Sentidos da Categoria “Empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública** [em linha] Rio de Janeiro (Jul-Ago, 2004), 20(4), p1088-1095. [Acedido em: 10/05/2011]. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/24.pdf>

CHAMNEY, Melissa (2007). **Competency Framework**: EDTNA/ERCA. [em linha] [Acedido em: 02/07/2011]. Disponível em:

<http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>

COLEMAN, M.T.; NEWTON K.S. - Supporting self-management in patients with chronic illness. **American Family Physician** [em linha]. Vol. 72, nº8 (Out, 2005) p.1503-1510. ISSN: 0002-838X Acedido em: 02/11/2010. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=9&sid=d98c495e-eab3-4f5d-99e9-85414ec07692%40sessionmgr4>

CURTIN, R., JOHNSON, H., & Schatell, D. (2004) - The peritoneal dialysis experience: insights from long-term patients. **Nephrology Nursing Journal** [em linha] Vol. 31, nº6 (Nov-Dez, 2004) p.615-625. ISSN: 1526-744X. Acedido em: 10/04/2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=12&sid=46106cc8-933c-4528-bc8c-8b47dc4100d7%40sessionmgr13>

DECRETO-LEI n.º 161/96 - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Diário da República I Série A Nº 205 (04/09/1996). p. 2960-2962. Acedido em: 17/01/2011. Disponível em:

http://www.esslei.ipleiria.pt/files/_161_96_43590f65e0c9b.pdf?swp_esslei_portal=5d998d5644a7823bf70c0212c102ea4b

DINWIDDIE, Lesley (2004). Peritoneal Dialysis - A Model for Partnering with Patients in Self-Management. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol.31, nº5 (Sep/Oct, 2004) p475. Acedido em:15/06/2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=13&sid=1cf7c014-016b-4d11-8da0-7daf75656df2%40sessionmgr12>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES SERIES (2008) - **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. [em linha]. England: McGraw-Hill. ISBN: 978-0-33523370-0. Acedido a: 14/10/2010. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96468/e91878.pdf

FAWCETT, Jacqueline (2005) - **CONTEMPORARY NURSING KNOWLEDGE: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 2ª edição, Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN: 0-8036-1194-3.

FIGUEIREDO, A; KROTH, L; LOPES, M. – Diálise Peritoneal: Educação do Paciente Baseada na Teoria do Autocuidado: Artigo de Revisão. **Scientia Medica**. [em linha] Vol 15, nº3 (Jul/Set 2005) Porto Alegre. Acedido a 10/10/2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1567/1170>

GIBSON CH (1991). A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 16, nº3, (Mar. 1991) p354-61. [Acedido em:15/06/2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=7af2623a-f125-4864-b8b0-d561805a626e%40sessionmgr110> ISSN: 0309-2402

HERAS, M. (2006). **Conceito de diálise peritoneal, fisiologia e anatomia. Manual Prático de Diálise Peritoneal**. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. p.27-32 Disponível em Medical Care.

KAM-TAO et al. (2010) – International Society for Peritoneal Dialysis Guidelines/Recommendations: Peritoneal Dialysis-Related Infections Recommendations: 2010 Update. **Journal of The International Society for Peritoneal Dialysis**. [em linha] Vol. 30 (2010) 393-416. ISSN: 0896-8608. Acedido em 15/10/2011. Disponível em: <http://pdiconnect.com/content/30/4/393.full.pdf+html>

KENNEDY, M. (2004) - Interviewing prospective patients for peritoneal dialysis: a five-step approach. **Nephrology Nursing Journal**. [em linha] Vol. 31 N°5 (Set-Out, 2004) 531-520. Acedido em 15/10/2011. Disponível em:

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0ICF/is_5_31/ai_n17207521/pg_5/?tag=content;col1

LEDEBO, I. - What limits the expansion of self-care dialysis at home? **Hemodialysis International** [em linha]. Supplement 1, Vol. 12, (Julho 2008), p.55-60. ISSN: 1492-7535 Acedido em 10/11/2010. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=2c47fc27-a26c-4c5c-b355-9a8b29e647d3%40sessionmgr10>

MACHADO, M. (2009) – **Adesão ao Regime Terapêutico – Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. [em linha]. Universidade do Minho. Tese de Mestrado. Acedido a: 14/10/2010. Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

MAGALHÃES et al. (2011) – Programa de ensino/treino em Diálise Peritoneal. **Diálise Peritoneal: Manual para Enfermeiros**. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. Leça do Balio: Cromotera. P.58-59

MARQUES, Isaac; NASCIMENTO, Cristiano (2005) - Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha] Vol 58, nº 6 (Nov-Dez, 2005) 719-22. Acedido em 10/11/2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6>

MARQUES, F. (2011) – Anatomia- Fisiopatologia do Peritoneu. **Diálise Peritoneal: Manual para Enfermeiros**. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. Leça do Balio: Cromotera. P.36

MARQUES, T. (2011) – Aspectos Sociais na Insuficiência Renal Crónica. **Diálise Peritoneal: Manual para Enfermeiros**. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. Leça do Balio: Cromotera. P.27-29

McCARLEY, P. – Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol. 36, nº 4 (Jul-Ago, 2009), p. 409-213. ISSN 1526-744X. Acedido em:10/11/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=13&sid=f32575b6-750f-4dc8-9667-a5bb7449b6e5%40sessionmgr13>

NIGHTINGALE, Florence (2005) – **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-92-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). **Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem** [em linha]. Acedido em 10/06/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Inquérito Programa padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE)**. [em linha] Acedido a 15/02/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/InqueritoPPQCE_DadosProgresso2010_VFinal_proteg.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) **Modelos de desenvolvimento profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro especialista**. [em linha] Acedido a 10/10/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). **Projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [em linha] Acedido a 10/01/2012. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatório%20de%20Avaliação%20Global_PQqualidade_2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem** [em linha]. Acedido em 05/07/2011. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** [em linha]. Acedido em 10/06/2011. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. [em linha] Acedido a 05/05/2011. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**. [em linha] Acedido a 10/02/2012. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

OREM, Dorothea (1978) – Nursing Theories and Their Function as Conceptual Models for Nursing Practice and Curriculum Development. Renpenning, Katherine M., Taylor, Susan G.– **Self Care theory in nursing – Selected Papers of Dorothea Orem**. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2003. ISBN 0-8261-1725-2 P. 108-116.

OREM, Dorothea (1980) – **Nursing: Concepts of Practice**. 2ª edição. Chevy Chase Maryland: McGraw-Hill Book Company. ISBN: 0-07-047718-3.

PEREIRA, M. (2010) – **A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**. [em linha]. Universidade Aberta. Tese de Mestrado. [Acedido a 10/06/2011]. Disponível em:

<http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

PIRAINO, Beth; [et al.] (2011) - International Society for Peritoneal Dialysis Position Statement on Reducing the Risks of Peritoneal Dialysis – Related Infections. **Peritoneal Dialysis International** [em linha], Vol. 31, No. 6 (November, 2011) 614–630. Acedido em 10/01/2012. Disponível em:

http://www.ispd.org/media/pdf/Perit_Dial_Int-2011-Piraino-614-30.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** [em linha]. Lisboa: DGS. Consultado a 13/01/11. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2012) - Tratamento **Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5**. [em linha]. Norma nº017/2011 de 28/09/2011. Acedido em: 10/01/2011. Disponível em:

<http://www.mgfamiliar.net/DGSIRC5.pdf>

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette (1995) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X. Pág. 391

REDMOND, A.; DOHERTY, E. - Peritoneal dialysis. **Nursing Standard**. [On line]. Volume 19, n.º40 (Junho, 2005), p. 55-68. ISSN: 0029-6570 [2010/12/12]. Acedido a 20/11/2010 na base de dados: CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=22&sid=42738075-0f68-408c-a716-137e67a0b7ec%40sessionmgr11&vid=5>.

RODRIGUES, A. (2009) - A DP confere uma vida tão longa como a HD, mas frequentemente com mais qualidade. **Vida Saudável**. Publicações Especiais da Global Notícias Publicações. Destacável Comercial [em linha]. Vol.12, nº8, p. III e IV (Março 2009). Consultado a 10/06/2011. Disponível em:

http://www.baxter.pt/sobre_baxter/SuplementoDNVidaSaudavel_12Marco.pdf

SILVA, H., SILVA, M. - Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. Volume 5, n.º 1(2003) p10-14. ISSN 1518 – 1944. Acedido em: 2010/11/12. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/motiva.html

SILVA, A. (2007) - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Revista Servir** [em linha], Vol. 55 N.º 1-2 (Jan/Abril 2007) p.11-20. Acedido em 10/12/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&hid=119&sid=47dc85b5-6518-4c14-abff-32d7a794347a%40sessionmgr112>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA – Gabinete de Registo. **Relatório Anual 2010**. Acedido a: 20/11/2011. Disponível em: http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2009/default.asp.

SU, C.; [et al.] – Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol.65 nº7 (2009) 1381-1389. ISSN: 0309-2402. Acedido em: 28/11/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&hid=119&sid=47dc85b5-6518-4c14-abff-32d7a794347a%40sessionmgr112>

TOMLINS, M. (2008). Practice change in peritoneal dialysis exit site care. **Renal Society of Australasia Journal**. [em linha]. Vol. 4, nº1, (Mar, 2008) 26-29. Consultado em 20/07/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=c04ab77a-9274-4c99-8d55-779120e43adc%40sessionmgr112>

TRENTINI M, CUBAS MR. (2005) - Ações de Enfermagem em Nefrologia: um referencial expandido além da concepção biologicista de saúde. **Rev Bras Enferm**. [em linha] Vol. 58, nº4 (Jul-Ago, 2005) p.481-5. Acedido em:10/05/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a20v58n4.pdf>

VASCONCELOS, Clara – **Relatório de Actividades Unidade de DP Ano de 2011**. Acessível no Hospital Garcia de Orta, E.P.E, Almada, Portugal.

WANG, L.; [et al.] (2007) – Empowerment of Patients in the Process of Rehabilitation. Peritoneal Dialysis International. **Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis** [em linha]. Vol. 27, Supplement 2 (Jun 2007), p. 532-534. ISSN: 0896-8608. Acedido em 15/10/2010. Disponível em:

http://www.pdiconnect.com/cgi/reprint/27/Supplement_2/S32

WHITE, R. (2004) – Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol. 31, nº 4 (2004) p. 432-435. Acedido a 10/02/2012. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=112&sid=f861ff30-b67b-40d8-994b-75adc90426c6%40sessionmgr14>

WORLD BANK (2002) **Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook**. [em linha]: Prem, Maio 2002. Acedido em 15/06/2011. Disponível em:

<http://siteresources.worldbank.org/INTEMPOWERMENT/Resources/486312-1095094954594/draft.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) - **Glossary of health Promotion**. [em linha] World Health Organization. Geneva,1998. Acedido em: 15/06/2011. Disponível em:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) **Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion**. [em linha] World Health Organization. Ottawa,21 Novembro 1998. Acedido em: 15/06/2011. Disponível em:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

5. BIBLIOGRAFIA DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

CHOW, S.; WONG, F. (2010) - Health-related Quality of Life in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis: effects of a nurse-led case management programme. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 66, nº8 (2010 Aug) 1780-92. ISSN: 0309-2402. Retrieved from EBSCOhost.

Hall, G., BOGAN, A., DREIS, S., DUFFY, A., GREENE, S., KELLEY, K., & ... SCHWARTZ, N. (2004). New Directions in Peritoneal Dialysis Patient Training. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**. 31(2), 149. Retrieved from EBSCOhost

MCCARTHY, A., SHABAN, R., BOYS, J., & WINCH, S. (2010) - Compliance, normality, and the patient on peritoneal dialysis. **Nephrology Nursing Journal**. Vol 31, Nº3 (May-June 2010) 243-25. Retrieved from EBSCOhost

RUSSO, R., MANILI, L., TIRABOSCHI, G., AMAR, K., DE LUCA, M., ALBERGHINI, E., & ... BALLERINI, L. (2006). Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed. **Kidney International Supplement**. (103), S127-S132. Retrieved from EBSCOhost.

SU, C.; LU, X.; CHEN, W. & WANG, T.(2009) - Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. **Journal of Advanced Nursing**. 1381-1389. Retrieved from EBSCOhost

WHITE, S. & VINET, A. (2010) - Partnering with patients to improve peritonitis rates. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal**. Vol.20 (January-March, 2010) p.38-41. Retrieved from EBSCOhost

SADALA, M.; MIRANDA M.; LORENÇON M., PEREIRA E. (2010) - Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. **EDTNA/ERCA - Journal of renal Care**. p. 34-40. Retrieved from EBSCOhost

APÊNDICES

APÊNDICE I

Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia.

Unidade de Diálise Peritoneal de um Hospital de Referência em Nefrologia			
Objetivos	Atividades	Recursos	Resultados
Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRCT em programa de DP e família.	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da unidade de DP do HSC.	Humanos: Equipe multidisciplinar da Unidade de DP do HSC Físicos: Unidade de DP do HSC. Materiais: Protocolos, normas e outro material de formação disponível na unidade de DP do HSC; material bibliográfico; computador.	Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRCT em programa de DP, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
	Conhecer a dinâmica da equipe multidisciplinar.		
	Conhecer as normas, protocolos e outro material de apoio sobre Diálise P, nomeadamente sobre prevenção de complicações.		
	Conhecer o programa instituído de ensino/treino da pessoa com DRCT em programa de DP		
	Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com DRCT em programa de DP e família.		
	Agir de forma ética e deontológica, respeitando as preferências do pessoa com DRCT em programa de HD		
Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados	Promover uma relação de parceria entre a equipa, doentes e familiares	Humanos: Equipe multidisciplinar da Unidade de DP do HSC. Físicos: Unidade de DP do HSC. Materiais: Protocolos, normas e outro material de formação disponível na unidade de DP do HSC; material bibliográfico; computador.	Promoção da proximidade entre a equipa, cliente e família. Desenvolvimento de competências na área de formação em serviço, no âmbito da promoção da gestão do regime terapêutico em DP.
	Observar criticamente as práticas instituídas na unidade e apresentar sugestões, sempre que se justifique, baseadas na evidência científica disponível.		
	Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica disponível.		
	Tomar iniciativa para realizar formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas no mesmo e segundo a evidência científica disponível.		
Conhecer as estratégias utilizadas pela equipa de saúde para promover o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico	Determinar empiricamente e de acordo com a percepção dos enfermeiros, as estratégias utilizadas pela equipa de saúde para promover o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP.	Humanos: Equipe multidisciplinar da Unidade de DP do HSC. Físicos: Unidade de DP do HSC. Materiais: Protocolos, normas e outro material de formação disponível na unidade de DP do HSC; material bibliográfico; computador.	Conhecimento das estratégias de <i>empowerment</i> utilizadas pela equipa de saúde para promover a gestão do regime terapêutico.

[illegible]

APÊNDICE II

Caracterização da unidade de DP de um Hospital de Referência em Nefrologia

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE DP DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA

A Unidade de DP faz parte do serviço de Nefrologia, juntamente com o serviço de HD, serviço de internamento, unidade de cuidados intermédios e brevemente uma unidade de cuidados intensivo.

Fisicamente encontra-se localizada no Piso 01, na ala velha da Consulta Externa. É constituída por 1 gabinete médico; 1 gabinete de enfermagem; e 1 sala de trocas, destinada à realização de procedimentos específicos de DP. Funciona nos dias úteis (2ª a 6ª Feira, excepto feriados) das 8h às 16h.

Quanto aos recursos humanos é composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por: 2 Médicas Nefrologistas; 2 Enfermeiras; 1 Assistente social; 1 Dietista; e 3 Secretárias (2 partilhadas com a Unidade de Hemodiálise e 1 com a Consulta Externa).

São seguidos nesta unidade os doentes com DRCT em programa de DP em regime de ambulatório, mas também em regime de urgência. Os doentes são encaminhados à mesma através da consulta da nefrologia do hospital, da hemodiálise ou da unidade de transplante renal e ainda de outros hospitais. Até à data de 30/10/2011, a unidade acolhia um total de 53 doentes. Destes, 36 do sexo masculino e 17 do sexo feminino. A faixa etária da população encontra-se entre os 25 e os 80 anos, sendo a média de idades = 56 anos.

Nesta unidade, a enfermeira acompanha o doente e convivente significativo, desde o momento que este opta pela DP, durante as consultas periódicas ou em regime de urgência, até à data em que abandona esta TSFR. À semelhança da unidade onde desempenha funções, fazem parte das actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem: ensino para indução de DPCA e DPA; consulta de enfermagem de rotina; despiste de complicações (protocolo de peritonite, infecções do orifício, infecções do túnel, sobrecarga hídrica, protocolo de desobstrução de cateter de DP), encaminhamento para outros profissionais de saúde (médico, dietista e assistentes social), esclarecimento de dúvidas. Também aqui é efectuada consulta telefónica não formalizada, com aconselhamento, esclarecimento de dúvidas e encaminhamento para outros profissionais de saúde.

APÊNDICE III

Guia de acolhimento da unidade de DP de um hospital de referência em Nefrologia

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE
Hospital de Referência em Nefrologia



Serviço de Nefrologia
Unidade de Diálise Peritoneal

MANUAL DE ACOLHIMENTO

Outubro 2011

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

– Apresentação –

A Unidade de Diálise Peritoneal encontra-se localizada no Piso 01, na ala velha da Consulta Externa.

É constituída por 1 gabinete médico; 1 gabinete de enfermagem e 1 sala de trocas, destinada à realização de procedimentos específicos de diálise peritoneal.

Funciona nos dias úteis (2ª a 6ª Feira, excepto feriados) das 8h às 16h.

– Contactos –

Gabinete de Enfermagem — 210433098

Gabinete Médico — 210433094

Secretariado — 210433100

– Equipa multidisciplinar –

A doença renal crónica com necessidade de realizar diálise peritoneal pode implicar algumas modificações, não só na sua vida mas também na dos que o rodeiam.

Esta unidade tem uma equipa de saúde pronta para o/a ajudar a adaptar a diálise peritoneal à sua vida.

- 2 Nefrologistas;
- 2 Enfermeiras;
- 1 Assistente social;
- 1 Dietista;
- 3 Secretárias (2 partilhadas com a Unidade de Hemodiálise e 1 com a Consulta Externa).

O papel da equipa é procurar o seu maior bem-estar, dentro das suas possibilidades, respeitando a sua individualidade e opções, tendo em mente que **em diálise peritoneal, você é o/a principal responsável pelo sucesso do tratamento.**

– Médico Nefrologista –

O objectivo do médico nefrologista é adaptar a diálise peritoneal às necessidades do seu corpo, recorrendo para isso a vários meios complementares de diagnóstico (análises, exames).

As nefrologistas da unidade são a **Dra. Augusta Gaspar** e a **Dra. Patrícia Branco**.

– Enfermeira de Nefrologia –

A enfermeira é responsável pela sua capacitação para que possa realizar a diálise peritoneal de forma autónoma no seu domicílio. Assim, antes de iniciar a diálise peritoneal, terá que se deslocar várias vezes à unidade para que a enfermeira possa ensiná-lo(a) a fazer o seu tratamento.

O ensino poderá ser feito também a um familiar ou amigo seu, se assim o entender.

As Enfermeiras da unidade são a **Enf.^a Elisabete Costa** e a **Enf.^a Sara Pereira**.

– Dietista –

A dieta é uma parte importante no tratamento da doença renal. Os rins são responsáveis pela eliminação dos resíduos provenientes da digestão dos alimentos e, quando não trabalham eficazmente, é necessário fazer ajustes na dieta para que o organismo não se sobrecarregue com esses resíduos.

A dietista poderá indicar-lhe qual a dieta mais aconselhável para a sua situação.

Solicite junto da secretária de unidade uma consulta com a Dietista.

A Dietista da unidade é a **Dra. Rita Calha**.

– Assistente Social –

A assistente social tem como objectivo auxiliar-lo a readaptar-se à vida familiar e sócio-profissional, de acordo com seus direitos sociais e os recursos disponíveis na comunidade.

Solicite junto das enfermeiras ou médicas da unidade uma consulta com a assistente social.

A Assistente social da unidade é a **Dra. Marta Olim**.

– Consultas –

- Consulta de DP — 2ª, 5ª e 6ª feira
- Procedimentos de Enfermagem — preferencialmente à 3ª feira
- Consulta de Opções de tratamento — 4ª feira

– Cuidados a ter quando vier à consulta –

1. Realize as análises e exames pedidos previamente.
2. Na véspera da consulta verifique toda a medicação e o material necessário para realizar a diálise peritoneal. Veja para quanto tempo lhe dura e tome nota do que precisa.
3. Traga sempre o cartão da cicladora (se fizer diálise automática) ou a folha de balanços (se fizer diálise manual).

Em cada consulta será informado(a) quando deve regressar à unidade. Nunca saia do Hospital sem ter a certeza dessa data.

– Exames Complementares de Diagnóstico –

Todos os exames necessários são efectuados, preferencialmente, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e, sempre que possível, no Hospital de Santa Cruz.

Será informado(a), na consulta anterior, sobre os exames que terá de realizar.

Todos os exames são muito importantes para a avaliação correcta do seu estado de saúde. Esforce-se por cumprir rigorosamente as marcações.

– TEP –

Teste de Equilíbrio Peritoneal

O TEP é um procedimento realizado na unidade que tem como objectivo caracterizar a sua membrana peritoneal. Demora aproximadamente 4h e é feito normalmente 1 vez por ano. Para a sua realização necessita:

- Vir em jejum para realizar colheita de sangue;
- Trazer urina das 24h (caso ainda urine);
- Se fizer diálise automática:
 - Trazer cartão da cicladora;
 - Trazer amostra do líquido de drenagem da máquina (se fizer permanência diurna deve trazer as 2 amostras separadas e identificadas);
- Se fizer diálise manual:
 - Trazer a folha de balanços (registo da ultra filtração) que contemple os registos do dia anterior;
 - Trazer uma amostra das várias trocas do líquido drenado na véspera (rejeitar a primeira mudança), e colocá-lo em frascos de recolha de urina identificados por ordem de realização das trocas;
 - Não efectuar nenhuma mudança no domicílio no dia do TEP.

– Cuidados Gerais –

- Siga todas as indicações da equipa de saúde;
- Cumpra o horário da diálise peritoneal;
- Não deixe acabar os medicamentos e o material necessário para realizar a diálise peritoneal. Se acabarem, contacte de imediato a unidade;
- Tome a medicação nas doses prescritas e às horas indicadas. Nunca se auto-medique;
- Cuide do orifício de saída do cateter segundo as indicações da unidade, vigiando diariamente as suas características;
- Vigie diariamente características do líquido de diálise;
- Verifique e registre diariamente o seu peso (na mesma altura do dia e na mesma balança), tensão arterial e ultra filtração;
- Faça uma alimentação equilibrada, seguindo as indicações da dietista;
- Mantenha uma boa higiene corporal;
- Mantenha o local onde realiza a diálise limpo e arejado;
- Evite exposição prolongada ao sol. Proteja a pele com creme protector solar;
- Não fume.

– Situações em que deve dirigir-se à unidade –

- Sintomas de peritonite:
 - Dor abdominal;
 - Náuseas e vómitos;
 - Líquido de diálise turvo;
- Sinais de infecção no orifício de saída do cateter;
- Retenção de líquidos:
 - Edemas;
 - Aumento de peso;
 - Aumento de tensão arterial;
 - Dificuldade respiratória;
- Dificuldade em infundir ou drenar solução de diálise;
- Desconexão acidental do conector do cateter;
- Rotura do sistema;
- Fuga de líquido pelo orifício de saída do cateter;
- Presença de fibrina no saco de drenagem.

Sempre que tiver duvidas, contacte a unidade.

– Direitos Sociais –

A doença renal crónica é geradora de incapacidades e limitações, criando situações de desvantagem nos seus portadores. Assim, ao iniciar diálise, adquire direitos sociais destinados a equilibrar ou a combater as desigualdades que poderão advir das suas incapacidades. Estes direitos sociais estão relacionados com:

- Emprego;
- Imposto automóvel e sobre veículos;
- Habitação;
- IRS;
- Comparticipação de medicamentos e transportes;
- Isenção de Taxas Moderadoras.

Para aceder a estes direitos e benefícios deverá obter, junto do Delegado de Saúde da sua área de residência, uma Declaração de Incapacidade – Multiusos (DECRETO-LEI n.º 174/97 de 19 de Julho) para comprovar que se trata de um indivíduo portador de deficiência em grau igual ou superior a 60%.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO DOENTE

– Direitos dos Doentes –

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados;
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;
12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

– Deveres dos Doentes –

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Realizado Por:

Enfermeira Marta Matos, Estudante do 2º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Vertente Nefrológica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

APÊNDICE IV

Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções.

Serviço de Hemodiálise do Hospital onde Desempenho Funções			
Objectivos	Actividades	Recursos	Resultados
Desenvolver competências clínicas na prestação de cuidados de enfermagem específicos à pessoa com DRCT com necessidade de realizar TSFR.	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de HD do hospital onde Desempenho funções.	Humanos: Equipa multidisciplinar do serviço de HD do hospital onde desempenho funções. Físicos: Serviço de HD do HODF Materiais: Protocolos, normas e outro material de formação disponível do serviço de HD do HODF; material bibliográfico; computador.	Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem específicos à pessoa com DRCT a realizar TSFR.
	Conhecer a dinâmica da equipa multidisciplinar.		
	Realizar pesquisa bibliográfica sobre técnicas de substituição da função renal, nomeadamente sobre HD.		
	Conhecer as normas, protocolos e outro material de apoio sobre técnicas de substituição da função renal, acessos vasculares e controlo de infecção disponíveis no serviço.		
	Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com DRCT em programa de HD e família.		
	Participar nos cuidados técnicos específicos da HD: preparação da máquina, ligar e desligar, intercorrências intradialíticas e hemostase do acesso vascular.		
	Agir de forma ética e deontológica, respeitando as preferências do pessoa com DRCT em programa de HD.		
	Observar criticamente as práticas instituídas no serviço.		

Semanas Actividades	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	4	11
Unidade de HD do hospital onde Desempenho funções																							
Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de HD do HODF.													F										
Conhecer a dinâmica da equipa multidisciplinar.													É										
Realizar pesquisa bibliográfica sobre técnicas de substituição da função renal, nomeadamente sobre HD.													R										
Conhecer as normas, protocolos e outro material de apoio sobre técnicas de substituição da função renal, acessos vasculares e controlo de infecção disponíveis no serviço.													I										
Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com DRCT em programa de HD e família.													A										
Participar nos cuidados técnicos específicos da HD: preparação da máquina, ligara e desligar, intercorrências intradialíticas e hemostase do acesso vascular.													S										
Agir de forma ética e deontológica, respeitando as preferências do pessoa com DRCT em programa de HD.													N										
Observar criticamente as práticas instituídas no serviço.													A										
													T										
													A										
													L										

Elaboração de
Relatório de
Estágio

APÊNDICE V

Caracterização da Unidade de HD do Hospital Onde Desempenho Funções

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE HD DO HOSPITAL ONDE DESEMPENHO FUNÇÕES

A unidade de Hemodiálise é um dos pólos que constitui o Hospital de dia de nefrologia. A unidade de DP, juntamente com a consulta de transplante renal, constitui o segundo pólo. De forma a assegurar uma assistência Nefrológica integral, a instituição dispõe também de: Internamento de Nefrologia; Consulta Externa de Nefrologia; Angiografia de Intervenção e Urgência de Nefrologia. Relativamente à unidade de HD, esta funciona seis dias por semana (2ª a sábado), das 7:30 às 23:00, em regime de 3 turnos diários. Fora deste período, os cuidados hemodialíticos ficam assegurados por uma equipa multidisciplinar de prevenção, escalada para casos urgentes.

Esta unidade acolhe cerca de 55 a 60 doentes em regime ambulatorio, tendo um dos maiores programas de doentes crónicos do país. Dialisa também mais de 30 doentes por mês em regime de internamento ou que se encontram provisoriamente na unidade a aguardar transferência ou decisão terapêutica. São também assistidos os doentes em regime ambulatorio enviados pelos centros de Hemodiálise da região ou da consulta da instituição para técnicas diversas: colocação/revisão de cateteres de HD; ensino de técnicas como auto administração medicamentosa; administração de transfusões ou fármacos; colheitas de análise; pensos; entre outros.

Fisicamente, a unidade de HD é constituída por: um secretariado, uma sala de espera, uma sala de HD (*open space*) composta por 13 postos, onde são incluídos os doentes com HIV; uma sala de isolamento com dois postos para doentes com AgHbs+; uma sala polivalente destinada às técnicas diversas atrás referidas, que funciona também como recobro para doentes submetidos a angiografia; uma sala de sujos, vestiários para o pessoal e para os doentes; uma copa, uma sala de tratamento de águas, uma sala para reparação de monitores, uma arrecadação, um gabinete do enfermeiro chefe, uma sala de reuniões, um gabinete do director de serviço e um gabinete médico.

O serviço dispõe de 2 monitores portáteis de HD, um de técnicas contínuas (Plasmaferese e Hemodiafiltração) e um aparelho portátil de tratamento de água – Reverse Osmosis (R.O.), que possibilita a realização de HD em qualquer serviço do hospital, para dar assistência a doentes internados em unidades especiais e em situação intransportável.

Quanto aos recursos humanos, fazem parte da equipa: 1 enfermeiro chefe; 21 enfermeiros; 9 médicos; 1 dietista; 1 assistente social; 2 secretárias de unidade; e 6 assistentes operacionais.

Relativamente ao método de trabalho, a equipa de enfermagem funciona por enfermeiro responsável. Cada doente tem um enfermeiro de referência que lhe é atribuído e sempre que esse profissional se encontra de serviço, é responsável pelos cuidados ao mesmo.

APÊNDICE VI

Objectivos, actividades, recursos e cronograma de actividades projectados para o estágio na Unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.

Unidade de Diálise Peritoneal do Hospital onde Desempenho Funções			
Objectivos	Actividades	Recursos	Resultados
Conhecer as estratégias utilizadas para promover o <i>empowerment</i> da pessoa com Doença Crónica na auto-gestão do regime terapêutico, nomeadamente das pessoas com DRCT em programa de DP	Realizar Revisão da literatura sobre estratégias de <i>empowerment</i> utilizadas em pessoas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente em pessoas com DRCT em programa de DP.	Humanos: Marta Matos. Físicos: Domicílio. Materiais: Material bibliográfico Computador.	Conhecer e sintetizar a evidência científica sobre estratégias de <i>empowerment</i> utilizadas em pessoas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente em pessoas com DRCT em programa de DP.
Sensibilizar as enfermeiras do grupo de trabalho de DP para a importância da implementação de estratégias que promovam o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico.	Reunir com os vários elementos do grupo de trabalho de DP para promover o seu envolvimento no projecto.	Humanos: Enfermeira Chefe, Enfermeira responsável pela formação em serviço e Enfermeiras do grupo de trabalho da unidade de DP do HODF. Físicos: Unidade de DP do HODF. Materiais: Material bibliográfico; Computador.	Sensibilização do grupo de trabalho de DP do hospital onde exerço funções para a evidência científica relativamente à implementação de estratégias que promovam o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico. Desenvolvimento de competências na área de formação em serviço, no âmbito da promoção da gestão do regime terapêutico em DP.
	Diagnosticar necessidades formativas dentro do grupo de trabalho da DP, em parceria com a Enfermeira Chefe e Enfermeira responsável pela formação em serviço, de acordo com os objectivos definidos.		
	Realizar formação em serviço sobre o tema em estudo, com base nos achados científicos da revisão da literatura.		
Implementar estratégias que promovam o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico.	Realizar portfólio sobre informações a dar à pessoa com DRCT em programa de DP, como estratégia para promover o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP.	Humanos: Marta Matos. Físicos: Domicílio. Materiais: Material bibliográfico Computador.	Promoção do <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP na gestão do regime terapêutico, com vista à promoção da melhoria contínua dos cuidados.
	Reunir com o grupo de DP do hospital onde exerço funções para determinar a implementação de outras estratégias de <i>empowerment</i> , com base nos achados científicos da revisão da literatura e de acordo com os recursos humanos, físicos e materiais da unidade.	Humanos: Grupo de trabalho da DP. Físicos: Unidade de DP do hospital onde exerço funções. Materiais: Material bibliográfico e Computador.	Promoção da relação de parceria entre o grupo de trabalho de DP e a pessoa com DRCT em programa de DP.

Semanas Actividades	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março
	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 30	31 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 1	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 5	6 a 12	13 a 19	20 a 26	27 a 4	5 a 11
Unidade de DP do hospital onde exerço funções																							
Realizar Revisão da literatura sobre estratégias de <i>empowerment</i> utilizadas em pessoas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente em pessoas com DRCT em programa de DP.														F									
Reunir com os vários elementos do grupo de trabalho de DP para promover o seu envolvimento no projecto.														É									
Diagnosticar necessidades formativas dentro do grupo de trabalho da DP, em parceria com a Enfermeira Chefe e Enfermeira responsável pela formação em serviço, de acordo com os objectivos definidos.														R									
Realizar formação em serviço sobre o tema em estudo, com base nos achados científicos da revisão da literatura.														I									
Disponibilizar assessoria às enfermeiras do grupo de trabalho de DP do hospital onde exerço funções.														A									
Realizar portfólio sobre informações a dar à pessoa com DRCT em programa de DP, como estratégia para promover o <i>empowerment</i> da pessoa com DRCT em programa de DP.														S									
Reunir com o grupo de DP do hospital onde exerço funções para apresentar portfólio e determinar a implementação de outras estratégias de <i>empowerment</i> , com base nos achados científicos da revisão da literatura e de acordo com os recursos humanos, físicos e materiais da unidade.														N									
														A									
														T									
														A									
														L									

Elaboração de
Relatório de
Estágio

APÊNDICE VII

Listagem e classificação por níveis de evidência dos 7 artigos seleccionados para o corpus de análise.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
1. Hall G et al., New directions in peritoneal dialysis patient training, <i>Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association</i> 2004, 31(2). Nível de Evidência – II	Avaliar os resultados da aplicação de um programa estandardizado, baseado em princípios científicos, sobre a educação do adulto PD Direcções (método de treino) centra-se no que o aluno precisa de aprender em x do que o professor precisa de ensinar. O papel do aluno é processar a informação de forma a atingir os resultados pretendidos. O papel do professor é fornecer informação necessária para ajudar todo o processo, até que o aluno atinja o resultado desejado - a aprendizagem.	Um total de 620 novos pacientes participou no estudo. PG (Grupo experimental): 246 foram submetidas à nova metodologia de treino CG (Grupo de controle) = 347 foram treinados de forma convencional	Os dois grupos receberam treino em diálise peritoneal de forma a ficarem preparados para realizar a técnica no domicílio. O Grupo PG foi submetido à nova metodologia de treino, o CG recebeu a metodologia convencional	Estudo prospectivo, multicêntrico, quase experimental. Os dados foram colhidos manualmente entre 2000 e 2001 e posteriormente foram estatisticamente analisados. Nos 2 grupos foi avaliado: - O tempo médio de ensino, - A taxa de peritonites, - Taxa de infecções do local de inserção do cateter, - O tempo médio de hospitalizações, - Os parâmetros laboratoriais.	Em comparação com o CG, a formação inicial levou mais tempo no PG (PG = 29 horas; GC = 22,6 horas, $p < 0,0001$). O tempo necessário para a reciclagem, foi menor no PG (PG = 8,7 horas; GC = 12,5 horas $P = 0,1324$). A taxa de peritonites foi menor no PG (28,2 por mil mês paciente) do que no GC (36,7 por mil meses paciente), mas não alcançou significância estatística ($p = 0,09783$). O número de Infecções do orifício de saída foi menor no PG que no GC (PG = 18,5; GC = 31,8, $p = 0,00349$). Abandono de DP para HD secundária à infecção foi menor no PG (1,6%) do que no GC (5,6%) ($p = 0,0069$). Os parâmetros laboratoriais entre os dois grupos foram significativamente diferentes apenas para Kt / V (PG = 2,4; CG = 2,3, $p = 0,0107$). Os resultados não são estatisticamente significativos, mas são clinicamente significativos. O facto de o ensino ser mais prolongado no grupo PG constitui uma barreira para a implementação deste programa de ensino. Mais estudos devem ser realizados para se obterem resultados estatisticamente significativos. A utilização de princípios científicos na educação de adultos requer mudanças nas crenças sobre o ensino e a aprendizagem

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
2. RUSSO, R., et al., Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed, <i>Kidney International Supplement</i>, 2006 (103). Nível de Evidência – II	Estudo realizado entre Novembro de 2004 a Janeiro de 2006 Analisar a compliance (adesão) dos pacientes em DP, sobretudo no que está relacionado à prevenção de infecções e avaliar as necessidades de re-treino.	Fase 1 - 353 pacientes em DP, de 11 centros de DP em Itália (58% homens e 41% mulheres) Fase 2 – 191 pacientes de 9 centros de DP (58% de homens e 42% de mulheres) Critérios: Centros tinham que ter o programa de DP em funcionamento há pelo menos 2 anos. Pacientes tinham de	Aplicação dos questionários aos pacientes para avaliação dos conhecimentos. Realização de visitas domiciliárias para avaliar as condições e comportamento do paciente na realização da técnica, mediante a verificação de uma checklist. Análise dos dados.	Estudo multicêntrico, quantitativo, e observacional Realizado em 2 fases Fase 1 teve em conta as características dos centros de DP e dos pacientes, mediante a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, para reunir informação sobre os centros (infra-estrutura, educação pré-diálise, taxa de peritonites, taxa de desistência de DP, e informações sobre os pacientes) e um questionário aos pacientes de modo a avaliar o seu conhecimento em 5 áreas (conhecimento	23% dos pacientes não cumpriam as recomendações protocoladas para a prevenção de infecções: 9% não utilizavam máscara, 6% não lavavam as mãos e 8 % não tinha em conta conceitos gerais de higiene na realização da técnica. 11% dos pacientes não cumpriam o protocolo no cuidado ao orifício de saída, no entanto, não se comprovou relação entre a compliance dos cuidados ao orifício de saída com a taxa de peritonite. Neste estudo considerou-se que os pacientes com resultado inferior a 80% nas duas fases do estudo seriam os que necessitariam de re-treino. Ficou provado a eficácia de uma abordagem educacional multifacetada na prevenção de infecções, que inclui o re-treino de todos os pacientes em diálise actualmente e a todos os pacientes recentes em programa de DP após 6 meses do início e depois anualmente. Foi sublinhada a importância de ter em conta factores psicológicos, sociais e culturais na realização da DP. Ênfase na necessidade de envolver o paciente na análise e gestão do problema de não compliance. Abordagem multidisciplinar, gradual, de suporte, de negociação com a pessoa assistida. Recomenda-se realização de uma avaliação frequente da necessidade de re-treino do paciente, avaliando o seu conhecimento e suas capacidades, sendo importante avaliar o paciente em casa no seu meio.

		estar em programa de DP há pelo menos 4 meses.		geral em DP, infecção, dieta, medicação e actividade física) Fase 2 – avaliação do comportamento dos pacientes através de visitas domiciliárias, nas quais as enfermeiras usaram uma <i>check list</i> para verificarem higiene do ambiente, procedimentos na realização da DP, armazenamento do material, <i>compliance</i> da medicação.	Salientam a importância de no futuro planear e reconceber o re-treino, tendo em conta que o paciente já está em tratamento e já tem conhecimentos.
--	--	---	--	--	---

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
3. WHITE, S. & VINET, A. - Partnering with patients to improve peritonitis rates, 2010 (38-41) Evidência III	O objectivo foi desenvolver um plano de acção para combater o aumento da taxa de peritonite dos doentes em programa de DP deste centro. O plano de intervenção foi desenvolvido segundo os princípios do modelo de doenças crónicas de E. Wagner e a teoria de parceria doente-profissional de saúde de McGowan.	Todos os doentes em programa de DP seguidos neste centro de diálise.	Desenvolvido um plano de acção com o objectivo de realçar a relação de parceria entre os profissionais de saúde e os doentes, enfatizando o papel do doente como membro activo do seu plano de cuidados. 1º Passo: Revisão da literatura para conhecer as necessidades educacionais dos doentes em DP. 2º Passo: Padronização de todos os materiais de ensino e desenvolver novos posters e folhetos para os doentes. 3º Passo:	Estudo quantitativo. Determinação das taxas de peritonite anualmente.	A significativa melhoria da taxa de peritonite foi demonstrado em 2008 e as taxas aceitáveis para 2009 foram mantidas. As alterações ocorreram num curto período de tempo e assim, identificar qualquer estratégia única, como a mais eficaz, é difícil. A equipa contudo considera que o questionário pode ser a ferramenta mais eficaz devido à frequência de administração e à capacidade resultante para personalizar o ensino às necessidades de aprendizagem especificidades dos pacientes.

			Desenvolvimento de questionário para identificar as necessidades de aprendizagem do doente (aplicado 6 semanas após o final do treino e após a ocorrência de uma peritonite). Reforço de ensino efectuado apenas consoante as necessidades de aprendizagem detectadas no questionário. 4º passo: Desenvolvimento de um Fluxograma para a ocorrência de Peritonite.		
--	--	--	---	--	--

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
4. SU, C.; LU, X.; CHEN, W. & WANG, T. - Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis, 2009 (1381-1389) Evidência III	O objectivo do estudo foi explorar os efeitos da promoção da autogestão da doença no bem-estar dos doentes em DP.	Foram recrutados os doentes em DPCA deste centro desde Fevereiro a Agosto de 2006 que: se encontravam em DPCA há pelo menos 6 meses; clinicamente estáveis; viviam em casa e conseguiam caminhar e comer sem ajuda; idade > 18 anos; dispostos a participar.	Antes de entrarem para o estudo, todos os participantes receberam a educação tradicional durante 2 semanas (conhecimentos em DP, treino e avaliação). <u>Promoção da autogestão da doença</u> <u>Grupo Experimental:</u> 1. Criação de equipa multidisciplinar para promover a autogestão da doença dos pacientes. 2. Desenvolvimento de programa de ensino/treino (curriculum) baseado nos conhecimentos e nas habilidades que o doente “expert” em	Estudo quantitativo com um grupo experimental, sem grupo de controlo. Foi avaliado o status de volume, a adequação da diálise, nutrição, QV, capacidade para auto-gestão e os níveis de auto-eficácia aos 0, 3 e 6 meses.	O KT/V ureia e a Ccr mantiveram-se estáveis; volume urinário diário e a remoção total de líquidos não aumentaram. Peso corporal e a prevalência de hipertensão diminuíram gradualmente. O sódio diminuiu gradualmente. Enquanto o peso corporal diminuiu, o estado nutricional não se deteriorou. QV melhorou de forma estatisticamente significativa durante o acompanhamento. A reabilitação também melhorou de forma estatisticamente significativa. Após a intervenção, a capacidade para a auto-gestão assim como a auto-eficácia também melhoraram significativamente. Com base nos resultados apresentados, os autores consideram que uma abordagem multidisciplinar é essencial no acompanhamento do doente crónico, nomeadamente da pessoa com DRCT em programa de DP. Consideram também que a equipa de enfermagem deve recorrer a múltiplas estratégias no sentido de promover a autogestão da DRC.

			DP deve apresentar. O plano focava-se na aquisição de conhecimentos e habilidades relacionadas com o tratamento e na aquisição de habilidades para resolver problemas. 3. Realização de visitas mensais; reuniões de grupo; aconselhamento individual; observação de vídeos sobre educação do doente e fornecimento de folhetos e brochuras. Todos os doentes foram acompanhados ao longo de seis meses.		
--	--	--	---	--	--

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
5. SADALA, M.; MIRANDA M.; LORENÇON M., PEREIRA E. - Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions, 2010 (34-40). Evidência III	Descrever a percepção que os doentes que realização diálise em casa têm relativamente à comunicação com os enfermeiros.	14 Doentes em DP há pelo menos 6 meses. O estudo foi realizado entre Março e Agosto de 2008	Os participantes do estudo foram submetidos a uma entrevista orientada pelas seguintes questões: "Como vê a sua comunicação com a enfermeira durante o tratamento de diálise peritoneal? " "Descreva duas conversas importantes que teve com a enfermeira durante uma visita domiciliar."	Estudo qualitativo Fenomenológico Os autores consideram que a Enfermagem é uma profissão que é baseada em relações humanas. Como tal, o uso da abordagem fenomenológica dá mais flexibilidade para compreender a realidade da experiência vivida e percebida pelos doentes Os dados foram colhidos através da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas.	Durante as visitas domiciliare, os enfermeiros podem compreender a perspectiva individual de cada paciente e desta forma direccionar os cuidados de forma a estimular o autocuidado e o desenvolvimento de conhecimentos sobre o tratamento. Os participantes compreenderam a importância das visitas domiciliare, e apreciam o interesse e cuidado mostrado pelos enfermeiros. Contudo, alguns sentiram que havia um carácter punitivo nas visitas, que teve um efeito negativo sobre a educação. Os autores reflectiram sobre os achados e consideram que os seres humanos têm respostas individuais, ou seja, têm diferentes percepções da saúde e da doença. Consideram que a comunicação eficaz e o desenvolvimento de uma relação de parceria (profissionais/doentes) são cruciais para se alcançar melhores resultados em saúde. Concluem que os enfermeiros podem melhorar a capacidade para comunicar se tiverem em consideração as limitações e as necessidades específicas de cada pessoa, uma vez que estas nem sempre correspondem às esperadas pelos profissionais de saúde. O enfermeiro deve compreender a visão de cada doente para poder fazer sentido no seu mundo.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
6. MCCARTHY, A., SHABAN, R., BOYS, J., & WINCH, S. - Compliance, normality, and the patient on peritoneal dialysis., 2010 (243-251) Evidência III	O objectivo deste estudo foi: Entender o conceito de adesão ao regime terapêutico a partir da perspectiva da pessoa com DRCT em programa de DP Explorar os factores que influenciam as escolhas e a capacidade dos doentes em aderir, não aderir ou refinar o regime terapêutico de forma a adapta-lo às suas expectativas e estilo de vida.	Dos 105 doentes em DP neste centro, foram seleccionados os que se encontravam em DP há mais de 6 meses e que as enfermeiras consideravam ser aderentes ao regime terapêutico. 5 Doentes reuniram todos os critérios e consentiram ser entrevistados em profundidade.	As questões de pesquisa para este estudo foram: Como é que os participantes compreendam o termo "adesão ao tratamento?" O que é que acreditam que possa influenciar a sua capacidade em aderir, não aderir, ou refinar os conselhos dos profissionais de saúde em relação à DP?	Estudo qualitativo Cada participante foi entrevistado durante 2 horas num local e momento conveniente para ele. Colheita de dados através da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas.	Os resultados indicam que as questões mais importantes a considerar no que diz respeito à adesão à DP e ao desenvolvimento de intervenções relacionadas com a adesão são: Profissionais de saúde agindo em consonância com os desejos e as necessidades individuais dos pacientes, demonstrando consciência não só pelas limitações às quais os doentes estão sujeitos, mas também pelo empenho que eles trazem para o mesmo. Aspectos da adesão que promovam uma relativa normalidade à vida dos doentes foram também importantes para os participantes neste estudo, que tenderam em resultar em maior concordância com os conselhos dos profissionais de saúde. (nomeadamente no que toca à socialização) Também parece que foram esses comportamentos que promoveram uma relativa normalidade, importante para os participantes neste estudo, que levou a maior concordância dos doentes com os conselhos dos profissionais de saúde. .

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
7. CHOW, S.; & WONG, F. - Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme, 2010 (1780-1792) Evidência I	O objectivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um programa gerido pela enfermagem na melhoria da QV dos pacientes em diálise peritoneal, em Hong Kong.	Pacientes internados nas unidades de DP em estudo foram recrutados sequencialmente. Fazia parte dos critérios de inclusão que os doentes fossem capazes de aceder a um telefone depois da alta hospitalar. Foram excluídos os doentes com cateter implantado há	Um protocolo de intervenção global foi desenvolvido. As enfermeiras passaram por um programa de treino de 24 horas. <u>Grupo de estudo</u> Os doentes e familiares participavam no planeamento de alta, que incluía a avaliação das necessidades físicas, sociais, cognitivas e emocionais do doente. Era definido um programa de educação individualizado. Realizada entrevista motivacional para compreender a	Estudo randomizado, controlado com um pré-teste e pós-teste. Os dados foram colhidos em 2005, em três intervalos de tempo (alta, 6 semanas após e 12 semanas após) e foi utilizado questionário KDQOLSF (Kidney Disease Quality of Life Short Form ao grupo de estudo e ao grupo de controle.	Quando comparado com o grupo controle, os doentes do grupo de estudo demonstraram maior QV, particularmente em relação às questões psicossociais e relataram sentirem-se mais enérgicos. O modelo de cuidados descritos neste estudo, que inclui técnicas de entrevista motivacional, antes e após a alta, tem o potencial de humanizar as tecnologias médicas, respondendo à experiência que cada doente tem da doença e de integrar as necessidades terapêuticas nos seus próprios estilos de vida. Este modelo incentiva a autonomia dos doentes e potencia a relação enfermeiro/doente, com vista à modificação de comportamentos de forma a melhorar a QV. Além disso, uma abordagem de colaboração com outros profissionais de saúde é capaz de reduzir a fragmentação da prestação de cuidados e melhorar a QV de pacientes com necessidades complexas.

		menos de 3 meses 42 Doentes foram incluídos no grupo de estudo e 43 no grupo de controlo.	perspectiva do paciente e enfatizar o espírito de colaboração e autonomia. Foram estabelecidos objectivos partilhados, e definido um plano de acção realista, incorporando as preferências do doente e que incluía a medicação, exercício físico, restrição hídrica, dieta, procedimentos técnicos e controlo de infecção. O envolvimento da família destacou a necessidade dos membros estarem preparados para apoiar o paciente e exercerem o papel de cuidadores no processo de recuperação.		
--	--	---	---	--	--

			Seguimento através de contacto telefónico, planeado e padronizado, ao longo de 6 semanas após a alta, para fortalecer e consolidar as experiências de aprendizagem, esclarecer equívocos e otimizar os resultados de saúde. A primeira chamada era realizada dentro de 72 horas após a alta (período crítico de transição) para avaliar o estado do paciente. Nas chamadas de acompanhamento, a enfermeira verificava com o doente os comportamentos para atingir os objectivos, e identifica novas necessidades e potenciais		
--	--	--	---	--	--

			complicações. <u>Grupo de controlo</u> Os doentes do grupo controle receberam os cuidados de rotina oferecidos pelas unidades antes da implementação do protocolo de intervenção global. Os cuidados incluíam informação padronizada e acesso a uma linha telefónica.		
--	--	--	---	--	--

APÊNDICE VIII

Manual de acolhimento da unidade de DP do Hospital Onde Desempenho Funções.

HOSPITAL ONDE DESEMPENHO FUNÇÕES



**Serviço de Nefrologia
Unidade de Diálise Peritoneal**

MANUAL DE ACOLHIMENTO

Janeiro 2012

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

– Apresentação –

A Unidade de Diálise Peritoneal encontra-se localizada no Piso 3, dentro do Serviço de Nefrologia.

É constituída por :

- Secretariado (à entrada do serviço);
- Gabinete médico (à entrada do serviço);
- Gabinete de enfermagem (localizado dentro do serviço).

Funciona nos dias úteis (2ª a 6ª Feira, excepto feriados) das 8h às 16h30.

– Contactos –

Gabinete de Enfermagem — 212726877

Secretariado — 212727125

Serviço de Nefrologia — 212726776

– Equipa multidisciplinar –

A doença renal crónica com necessidade de realizar diálise peritoneal pode implicar algumas modificações, não só na sua vida mas também na dos que o rodeiam.

Esta unidade tem uma equipa de saúde pronta para o/a ajudar a adaptar a diálise peritoneal à sua vida.

- 2 Nefrologistas;
- 6 Enfermeiras;
- 1 Assistente social;
- 1 Dietista;
- 2 Administrativas;
- Apoio de 1 Assistente Operacional.

O papel da equipa é procurar o seu maior bem-estar, dentro das suas possibilidades, respeitando a sua individualidade e opções, tendo em mente que **em diálise peritoneal, a responsabilidade pelo sucesso do tratamento é principalmente sua.**

– Médico Nefrologista –

O objectivo do médico nefrologista é adaptar a diálise peritoneal às necessidades do seu corpo, recorrendo para isso a vários meios complementares de diagnóstico (análises, exames).

Os nefrologistas da unidade são:

- **Directora de Serviço, Dra. Aura Laginha;**
- **Dr. Teixeira e Costa.**

– Enfermeira de Nefrologia –

A enfermeira é responsável pela sua capacitação para que possa realizar a diálise peritoneal de forma autónoma no seu domicílio. Assim, antes de iniciar a diálise peritoneal, terá que se deslocar várias vezes à unidade para que a enfermeira possa ensiná-lo(a) a fazer o seu tratamento. O ensino poderá ser feito também a um familiar ou amigo seu, se assim o entender.

As Enfermeiras da unidade são:

- | | |
|--|------------------------------|
| • Enf.ª Chefe Adelaide Martins; | • Enf.ª Ana Catarina Santos; |
| • Enf.ª Anabela Alcobia; | • Enf.ª Marta Matos; |
| • Enf.ª Clara Vasconcelos. | • Enf.ª Susana Duarte; |
| | • Enf.ª Vânia Guerreiro. |

– Dietista –

A dieta é uma parte importante no tratamento da doença renal. Os rins são responsáveis pela eliminação dos resíduos provenientes da digestão dos alimentos e, quando não trabalham eficazmente, é necessário fazer ajustes na dieta para que o organismo não se sobrecarregue com esses resíduos.

A dietista poderá indicar-lhe qual a dieta mais aconselhável para a sua situação.

Solicite junto das enfermeiras ou médicos uma consulta com a Dietista.

A Dietista da unidade é a **Dra. Manuela Coito.**

– Assistente Social –

A assistente social tem como objectivo auxiliá-lo a readaptar-se à vida familiar e sócio-profissional, de acordo com seus direitos sociais e os recursos disponíveis na comunidade.

Solicite junto das enfermeiras ou médicos da unidade uma consulta com a assistente social.

A Assistente social da unidade é a **Dra. Céu Ramos Fernandes.**

– Consultas –

Consulta de DP — Realizam-se de 2ª a 6ª feira no período da manhã.

Procedimentos de Enfermagem — Realizam-se de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h30, de acordo com o que for previamente estabelecido com a enfermeira.

– Cuidados a ter quando vier à consulta –

1. Realize as análises e exames pedidos previamente.
2. Na véspera da consulta verifique toda a medicação e o material necessário para realizar a diálise peritoneal. Veja para quanto tempo lhe dura e tome nota do que precisa.
3. Traga sempre o cartão da cicladora (se fizer diálise automática) ou a folha de balanços (se fizer diálise manual).
4. Anuncie sempre a sua presença no secretariado.

Em cada consulta será informado(a) quando deve regressar à unidade. Nunca saia do Hospital sem ter a certeza dessa data.

– TEP –

Teste de Equilíbrio Peritoneal

O TEP é um procedimento realizado na unidade que tem como objectivo caracterizar a sua membrana peritoneal. Demora aproximadamente 4h e é feito normalmente de 6 em 6 meses.

Para a sua realização:

- Venha em jejum para realizar colheita de sangue;
- Traga a recolha de urina das 24h (caso ainda urine);

- Se fizer diálise automática:

- Traga cartão da cicladora;
- Traga amostra do líquido de drenagem da máquina;

- Se fizer diálise manual:

- Traga a folha de balanços (registo da ultra filtração) que contemple os registos do dia anterior;
- Traga uma amostra das várias trocas do líquido drenado na véspera (rejeite a primeira mudança);
- Não efectue nenhuma mudança no domicílio no dia do TEP.

NOTA: Se fizer diálise automática e manual, traga uma amostra do líquido de drenagem da máquina e das trocas manuais.

– Cuidados Gerais –

- Siga todas as indicações da equipa de saúde;
- Cumpra o horário da diálise peritoneal;
- Não deixe acabar os medicamentos e o material necessário para realizar a diálise peritoneal. Se acabarem, contacte de imediato a unidade;
- Tome a medicação nas doses prescritas e às horas indicadas. Nunca se auto-medique;
- Cuide do orifício de saída do cateter segundo as indicações da unidade, vigiando diariamente as suas características;
- Vigie diariamente características do líquido de diálise;
- Verifique e registe diariamente o seu peso (na mesma altura do dia e na mesma balança), tensão arterial e ultra filtração;
- Faça uma alimentação equilibrada, seguindo as indicações da dietista;
- Mantenha uma boa higiene corporal;
- Mantenha o local onde realiza a diálise limpo e arejado;
- Evite exposição prolongada ao sol. Proteja-se a pele com protetor solar;
- Não tome banho em piscinas. Pode tomar banho no mar, mas siga as indicações da equipa de saúde;
- Não fume.

– Situações em que deve dirigir-se à unidade –

- Sintomas de peritonite (febre; dor abdominal; náuseas e vômitos; líquido de diálise turvo);
- Sinais de infecção no orifício de saída do cateter (dor; rubor; presença de exsudado);
- Retenção de líquidos (edemas; aumento de peso; aumento de tensão arterial; dificuldade respiratória);
- Dificuldade em infundir ou drenar solução de diálise;
- Desconexão acidental do conector do cateter;
- Rotura do sistema;
- Fuga de líquido pelo orifício de saída do cateter;
- Presença de fibrina no saco de drenagem.

Sempre que tiver duvidas, contacte a unidade.

Fora do horário de funcionamento da unidade, deve contactar o Serviço de Nefrologia e seguir as indicações do enfermeiro de serviço.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO DOENTE

– Direitos dos Doentes –

- O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
- O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
- O doente tem direito à prestação de cuidados continuados;
- O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
- O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
- O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
- O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
- O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;
- O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

– Deveres dos Doentes –

- O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
- O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
- O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
- O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
- O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
- O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Realizado Por:

Marta Matos, Enfermeira do Serviço de Nefrologia.

APÊNDICE IX

Norma de procedimento: Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter de Diálise Peritoneal

<i>Serviço de Nefrologia</i> <i>Unidade de Diálise Peritoneal</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX	ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
---	--	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter de Diálise Peritoneal
FINALIDADE:	Padronizar os cuidados ao orifício de saída do cateter de diálise peritoneal a serem ensinados/treinados ao doente e/ou pessoa significativa, para prevenir complicações.
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem
PALAVRAS-CHAVE:	Diálise Peritoneal, Orifício de saída do Cateter, Educação do doente, Prevenção de Complicações.

Autor (es)	Marta Matos, Ana Catarina Santos, Vânia Guerreiro	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

ENQUADRAMENTO

A DP é uma modalidade de substituição da função renal que inclui todas as técnicas que utilizam o peritôneo como membrana de diálise e a capacidade desta para permitir, após um período de equilíbrio, a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise. A estrutura anatomo-funcional da membrana peritoneal, as características físico-químicas da solução de diálise e o cateter constituem os três elementos básicos desta técnica de diálise. (HERAS, 2006, p.27).

O Orifício de saída do cateter (OSC) “ (...) é a área epitelizada por onde sai o cateter, incluindo a pele que circunda o orifício de saída. (CAMPOS, 2006, Pág.345).

As complicações infecciosas mais frequentes da DP englobam as infecções do orifício de saída do cateter, túnel subcutâneo e peritonites (CAMPOS, 2006, p.345), e a porta de entrada mais frequente é o cateter (MONTENEGRO, 2006, p.152). As peritonites relacionadas com o cateter ocorrem em 20% dos pacientes e as infecções do OSC são responsáveis por 1/5 das remoções de cateter (BEST PRACTICE, 2004).

Os cuidados ao OSC são parte integrante do auto-cuidado na DP. Estes cuidados são vitais para a prevenção de infecções do OSC e no prolongamento da vida do cateter (TOMLINS, 2008).

CUIDADOS AO ORIFÍCIO DE SAÍDA DO CATETER DE DP

Preparar o ambiente: Realizar os cuidados em local limpo e arejado. Fechar portas e janelas.

Material necessário: Máscara cirúrgica; Compressas, Penso; Adesivo/rede tubular/cinto abdominal; Soro Fisiológico/Betadine; Solução alcoólica.

Lavagem das mãos: Com sabão anti-bacteriano. Após completa secagem das mãos, aplicar um agente à base de álcool durante 15 segundos.

Desinfecção/Limpeza do orifício:

- Até perfazer 30 dias pós colocação de Tenckhoff: Com betadine dérmico. Considerar também a aplicação de betadine nos orifícios equívocos ou infectados.
- Após os 30 dias: Passa a ser feito com NaCl 0,9%.
- Com indicação Médica: Utilização de outros produtos (Pomadas Antibacterianas, Nitrato de Prata e Violeta de Genciana).

Observar orifício de saída e túnel subcutâneo: Vigiar sinais de infecção ou traumatismo.

Penso: Oclusivo, semi-permeável ou compressa.

Reduzir o risco de traumatismo:

- Imobilizar o cateter: com tira adesiva, 5cm após o local de inserção.
- Imobilizar o extensor do cateter: com adesivo, rede tubular ou cinto abdominal.

Periodicidade do penso: DIÁRIO ou sempre que se encontre sujo, repassado ou não integro. Poderá ser realizado com intervalo de 2 dias, nunca superior, de modo a vigiar alterações no OSC.

Outras recomendações:

- Não usar unhas artificiais;
- Tomar banho com penso e prestar cuidados ao OSC logo após;
- Não tomar banhos de imersão, nadar em lagos, rios ou piscinas;
- Banhos na praia são permitidos desde que o penso seja realizado logo após sair da água (seguir as indicações da unidade).

Consulta de Enfermagem

- Os cuidados ao OSC fazem parte do ensino/treino que o doente e/ou pessoa significativa recebe(em) antes de iniciar DP no domicílio.
- Na primeira sessão de ensino/treino deve ser feita colheita de exsudado nasal para despiste de colonização com *Estafilococos Áureos*: Com zaragatoa em cada narina.
- Nas consultas de acompanhamento de enfermagem deve ser feito o despiste de complicações relativamente aos cuidados ao orifício de saída do cateter de DP.

Observar e registar em cada consulta:

- Características do penso (íntegro, sujo, repassado);
 - Forma de imobilização do cateter;
 - Forma de imobilização do extensor;
 - Produto utilizado na limpeza/desinfecção;
 - Características do orifício e classificá-lo segundo Twardowski:
 - Perfeito: orifício seco, com pele de cor natural ou escurecida, ausência de crosta ou formação desta a cada 7 dias;
 - Bom: orifício seco ou levemente húmido, cor natural ou rosa pálido, formação de crosta de 2 em 2 dias. Presença de tecido de granulação;
 - Equívoco: orifício sempre húmido, com tecido de granulação pouco exuberante, crosta diária e exsudado no penso. Presença de dor e inflamação;
 - Inflamação aguda: presença de dor, endurecimento ou eritema em torno do cateter, exsudado líquido e/ou purulento, tecido de granulação exuberante, com duração inferior 4 semanas;
 - Inflamação crónica: orifício com sinais inflamatórios de duração superior a 4 semanas.
- **Avaliação/ retreino dos cuidados ao OSC:**
 - 6/6 Meses, aquando da realização do PET;
 - Após episódio de infecção do OSC e/ou túnel;
 - Sempre que se detecte algum défice no autocuidado ao OSC
 - Sempre que o doente e/ou pessoa significativa verbalizem essa necessidade.

ABREVIATURAS

- OSC – Orifício de Saída do Cateter;
- DRCT – Doença Renal Crónica Terminal;
- DP – Diálise Peritoneal;
- TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal.

BIBLIOGRAFIA

- Alcaraz, M., Brzostowicz, M., & Moran, J. (2008). Clinical consult. Decreasing peritonitis infection rates. *Nephrology Nursing Journal*, 35(4), 421-423. Retrieved from EBSCOhost.
- Bender, F., Bernardini, J., & Piraino, B. (2006). Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: best demonstrated practices. *Kidney International*, supplement, (103), S44-
- Campos, C. (2006). Complicações infecciosas em diálise peritoneal. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 345-350. Algés: Revisfarma-Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.
- Clinical effectiveness of different approaches to peritoneal dialysis catheter exit-site care. (2004). *Best Practice*, 8(1), 1-6. Retrieved from EBSCOhost.
- Hall, G., Bogan, A., Dreis, S., Duffy, A., Greene, S., Kelley, K., & ... Schwartz, N. (2004). New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 31(2), 149. Retrieved from EBSCOhost
- Heras, M. (2006). Conceito de diálise peritoneal, fisiologia e anatomia. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 27-32. Algés: Revisfarma-Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.
- Montenegro, J. (2006). Peritonite bacteriana. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 151-164. Algés: Revisfarma-Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.
- Naylor, M., & Roe, B. (1997). A study of the efficacy of dressings in preventing infections of continuous ambulatory peritoneal dialysis catheter exit sites. *Journal of Clinical Nursing*, 6(1), 17-24. Retrieved from EBSCOhost.
- Ozturk, S., Yucel, L., Guvenc, S., Ekiz, S., & Kazancioglu, R. (2009). Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice. *Journal Of Renal Care*, 35(3), 141-146. Retrieved from EBSCOhost
- Russo, R., Manili, L., Tiraboschi, G., Amar, K., De Luca, M., Alberghini, E., & ... Ballerini, L. (2006). Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed. *Kidney International*, Supplement, (103), S127-S132. Retrieved from EBSCOhost.
- Tomlins, M. (2008). Practice change in peritoneal dialysis exit site care. *Renal Society of Australasia Journal*, 4(1), 26-29. Retrieved from EBSCOhost

APÊNDICE X

Artigo de Revisão Sistemática da Literatura: *“Dorothea Orem e o Auto-cuidado em Diálise Peritoneal: Orientações a Dar à Pessoa no Auto-cuidado ao Orifício de Saída do Cateter”*



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
_ ENFERMAGEM NEFROLÓGICA _**

Unidade Curricular – Investigação em Enfermagem

Artigo de Revisão Sistemática da Literatura

***“DOROTHEA OREM E O AUTO-CUIDADO EM DIÁLISE PERITONEAL:
ORIENTAÇÕES A DAR À PESSOA NO AUTO-CUIDADO AO ORIFÍCIO DE
SAÍDA DO CATETER”***

Autoras: Ana Catarina Silva Santos, N°3592
Liliana Mendes Carvalho, N°3613
Mariana Almeida Torres, N°3591
Marta Sofia Alexandre Matos, N°3593
Vânia Cristina Gaita Grave Guerreiro, N°3859

Regente da Unidade Curricular:
Maria Antónia Rebelo Botelho

Docentes orientadores:
Prof. Maria Saraiva
Prof. César Fonseca

Lisboa, 3 de Março de 2011

DOROTHEA OREM E O AUTO-CUIDADO EM DIÁLISE PERITONEAL: ORIENTAÇÕES A DAR À PESSOA NO AUTO-CUIDADO AO ORIFÍCIO DE SAÍDA DO CATETER. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Autoras: Santos, Ana Catarina; Carvalho, Liliana; Torres, Mariana; Matos, Marta; Guerreiro, Vânia.

RESUMO

Objectivo: Conhecer as orientações de enfermagem para ajudar a pessoa em Diálise Peritoneal (DP) no auto-cuidado ao orifício de saída do cateter (OSC) para prevenir complicações.

Desenho: Revisão sistemática da literatura.

Métodos: Pesquisa no motor de busca EBSCO, nas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing Reference Center. Foram procurados artigos em texto integral, publicados entre 1996-2011. Na formulação da questão de investigação foi utilizado o método PI[C]O. Foram encontrados 138 artigos e seleccionados 8 para análise.

Resultados: As orientações relativas à contaminação do OSC são unânimes quanto à necessidade de lavagem das mãos. A frequência da realização do penso, materiais de limpeza / desinfecção / tipo de penso utilizados diferem consoante os autores. A imobilização do cateter para evitar traumatismo constitui uma medida importante no auto-cuidado ao OSC. Estão associadas a estas orientações medidas de intervenção em enfermagem como o treino individualizado, observação das práticas da pessoa em DP no cuidado ao OSC, visita domiciliária, re-treino periódico, elaboração de protocolos relativos aos cuidados ao mesmo. **Conclusão:** As orientações nos cuidados ao OSC não são consensuais e a temática da limpeza do mesmo necessita de maior investigação. As orientações incluem cuidados ao OSC relativo a: contaminação; realização do penso e limpeza; inspecção; aplicação de antibioterapia tópica profiláctica; imobilização do cateter; traumatismo do local; banhos e possibilidade de mergulhos. Estas orientações precisam de um sistema de suporte, intervenção e avaliação periódicos.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal, Orifício de saída do Cateter, Orientações de Enfermagem, Educação do Paciente.

DOROTHEA OREM AND SELFCARE IN PERITONEAL DIALYSIS: GUIDELINES TO HELP THE PERSON IN THE EXIT-SITE CATHETER SELF CARE

SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Aim: To understand the nursing guidelines to help people in Peritoneal Dialysis (PD) in self-care of the exit-site to prevent complications.

Design: Systematic Review of the Literature.

Methods: Conducted research in EBSCO on three databases: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing Reference Center. Was searched for full-text articles published between 1996 and 2011. PI[C]O method was used for the formulation of a research question and 8 articles were selected for analysis of a total 138 articles found.

Results: The guidelines for the contamination of the exit-site are unanimous on the need for hand washing. The frequency of the completion of the dressing materials and cleaning / disinfection / dressing type used differ among authors. The immobilization of the catheter to avoid trauma is an important measure in self-care to the exit-site. Associated with those guidelines are nursing intervention measures such as individualized training, observation of the person in the care of PD exit-site, home visits, periodic re-training and development of protocols for care to the exit-site.

Conclusion: The guidelines in caring for the exit-site are not consensual and the theme of cleaning the exit-site needs further investigation. The guidelines include care related to: exit-site contamination; performance of the dressing and cleaning the exit-site; application of topical antibiotic prophylaxis; immobilization of the catheter; local trauma; exit-site observation; swimming and diving possibility. These guidelines needs a support, periodic assessment and intervention system.

Keywords: Peritoneal Dialysis, Catheter Exit-Site, Nursing Interventions, Patient Education.

INTRODUÇÃO

Em 2009, o Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, regista que de 16011 pessoas com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), 571 encontram-se em Diálise Peritoneal (DP). Actualmente, é cada vez maior o número de pessoas a optar pela DP, devido à autonomia que proporciona à pessoa e família (RICO et al, 2006, p.307).

A DP é uma modalidade de substituição da função renal que inclui todas as técnicas que utilizam o peritoneu como membrana de diálise e a capacidade desta para permitir, após um período de equilíbrio, a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise. A estrutura anatomo-funcional da membrana peritoneal, as características físico-químicas da solução de diálise e o cateter constituem os três elementos básicos desta técnica de diálise. (HERAS, 2006, p.27).

A sociedade espera que os adultos assegurem e se responsabilizem pelo seu bem-estar (OREM, 1980, p.6). A DP tem muito a oferecer às pessoas com DRCT que desejam gerir os seus cuidados e é opção preferencial para pessoas que desejam realizar diálise em casa (REDMONT & DOHERTY, 2005). O auto-cuidado consiste na prática de actividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu benefício tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar (OREM, 1980,p.35). Assim, cabe ao enfermeiro o cálculo da demanda terapêutica de auto-cuidado e implementar métodos de ajuda adequados a um sistema de enfermagem educativo e de suporte que fomente o auto-cuidado na pessoa em DP.

As complicações infecciosas mais frequentes da DP englobam as infecções do orifício de saída do cateter, túnel subcutâneo e peritonites (CAMPOS, 2006, p.345), e a porta de entrada mais frequente é o cateter (MONTENEGRO, 2006, p.152).

Orifício de saída do cateter (OSC) “ (...) é a área epitelizada por onde sai o cateter, incluindo a pele que circunda o orifício de saída. Um orifício de saída normal deve apresentar uma boa aderência ao cateter, sem crostas nem eritema, com epitelação completa, sem alterações pigmentares, nem induração ou tecido de granulação visível, e sem hemorragia nem supurações” (CAMPOS, 2006, Pág.345). Os cuidados ao OSC são parte integrante do auto-cuidado na DP. Estes cuidados são vitais para a prevenção de infecções do OSC e no prolongamento da vida do cateter (TOMLINS, 2008). Quase 20% das transferências de DP para a Hemodiálise devem-se a problemas relacionados com o cateter, e a principal causa é a infecção (RODRÍGUEZ & MONSERRAT, 2006, p.185).

As peritonites relacionadas com o cateter ocorrem em 20% dos pacientes e as infecções do OSC são responsáveis por 1/5 das remoções de cateter (BEST PRACTICE, 2004). Para Orem, a prevenção de riscos e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos normais, implica dar

resposta: à identificação dos riscos existentes para a vida, funcionamento e desenvolvimentos humanos no ambiente do indivíduo; ao que poderá acontecer com um indivíduo se o risco não for eliminado ou controlado; a que padrões de acção os indivíduos podem desenvolver e por em prática de forma a estar alerta, ou prevenir ou controlar os riscos (OREM, 1980, p.46). Neste contexto, torna-se essencial intervir na prevenção da infecção do OSC o intuito de prevenir complicações, perda do acesso à cavidade peritoneal e consequente abandono da técnica.

Empiricamente, temos a percepção de que os cuidados a ter com o OSC, ensinados à pessoa com DRCT, diferem de unidade para unidade, ou seja, os profissionais de saúde orientam os pacientes segundo o que consideram ser os melhores cuidados. É, portanto, necessária a uniformização de estratégias de prevenção e redução do risco de infecção, que incluem os cuidados ao OSC.

A Enfermagem torna-se, então, necessária na medida em que manter o auto-cuidado contínuo ao OSC requer o uso de técnicas especializadas e a aplicação do conhecimento científico (OREM, 1980, p.7). Cabe ao enfermeiro coordenar métodos de ajuda válidos, que vão de encontro às necessidades de educação, treino, avaliação e seguimento da pessoa em DP, prevenindo, detectando, corrigindo problemas que possam surgir e consciencializando o paciente sobre o seu auto-cuidado (REDMONT & DOHERTY, 2005; BERMÚDEZ, JIMÉNEZ & SANZ, 2006; SILVA & SILVA, 2003).

Abordagens aos cuidados ao OSC foram propostas, mas poucas foram rigorosamente avaliadas e o continuo uso de protocolos desactualizadas e a avaliação incompleta da literatura corrente (BEST PRACTICE, 2004), dificultam a normalização dos cuidados ao OSC. Por exemplo, os protocolos existentes são direccionados para situações de infecção (REDMONT & DOHERTY, 2005).

O objectivo desta revisão sistemática da literatura é conhecer as orientações que o enfermeiro deve dar à pessoa com DRCT em programa de DP, na acção do auto-cuidado ao OSC de DP, para prevenir complicações.

METODOLOGIA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O (POE & WHITE, 2010, citando Sackett et al, 2000): “Quais as orientações que o enfermeiro deve dar (I) à pessoa com doença renal crónica terminal em programa de diálise peritoneal (P) na acção do auto-cuidado ao orifício de saída do cateter de diálise peritoneal, para prevenir complicações (O)?”, de acordo com o explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para a formulação da Questão de Investigação

P	PARTICIPANTES	QUEM FOI ESTUDADO?	PESSOAS com DRCT, com idade >19 anos e em Programa de DP	PALAVRAS - CHAVE: Diálise Peritoneal; Orifício de saída do cateter de DP; Orientações de Enfermagem; Educação do Paciente.
I	INTERVENÇÕES	O QUE FOI FEITO?	Dar Orientações de enfermagem à pessoa com DRCT em programa de DP, no auto-cuidado ao orifício de saída do cateter.	
C	COMPARAÇÕES	PODE EXISTIR OU NÃO?		
O	OUTCOMES	RESULTADOS/ EFEITOS OU CONSEQUÊNCIAS	Prevenir complicações no orifício de saída do cateter de DP, promovendo o auto-cuidado da pessoa.	

Para a revisão sistemática de literatura consultámos o motor de busca electrónico EBSCO: EBSCOhost com acesso às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*; e simultaneamente à base de dados Nursing Reference Center (NRC). Foram seleccionados artigos em texto integral (Janeiro/Fevereiro/2011). Na *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* o período temporal estabelecido foi de 1996-2011 e na NRC de 2000-2011. Devido à escassez de artigos encontrados directamente relacionados com a temática em questão, foi alargado o período temporal. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: “Peritoneal Dialysis”, “Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory”, “Home Dialysis”, “Nursing intervention*”, “Nursing Practice”, “Nephrology Nursing”, “Patient Education”, “Catheter Care”, “Exit site”, “Exit-site care”, “Exit-site infection*”, “Peritonitis”, resultando em 138 artigos no total.

Como critérios de selecção privilegiaram-se os estudos com foco na problemática delineada que clarificassem as orientações a dar às pessoas em programa de DP no auto-cuidado ao OS do cateter, como forma de fomentar a acção auto-cuidado, que se encontram explicitados no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	DE	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	DE
PARTICIPANTES		Pessoas com DRCT, com idade superior a 19 anos, em programa de DP e auto-suficientes no auto-cuidado ao orifício de saída do cateter.	Pacientes pediátricos e com agentes de cuidado dependente.	
INTERVENÇÕES		Estudos que enfoquem as orientações a dar às pessoas com DRCT em programa de DP no auto-cuidado ao orifício de saída do cateter.	Estudos sem correlação com o objecto de estudo e que abordem o tratamento da infecção do orifício de saída.	
DESENHO DO ESTUDO		Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa, revisões sistemáticas da literatura.	Estudos com metodologia científica que não abordem estudos qualitativos, quantitativos ou revisões sistemáticas da literatura, repetidos nas bases de dados, não disponíveis em texto integral com data anterior a 1996 (EBSCOhost) e 2000 (NRC).	

Para avaliar a qualidade dos artigos, procedemos à sua catalogação segundo os níveis de evidência de Poe & White (2010, p.13): Nível I- Estudos experimentais ou meta-análises de Estudos randomizados controlados; Nível II – Estudos quasi-experimentais; Nível III - Estudos não experimentais ou estudos qualitativos; Nível IV- Opinião de peritos baseados em evidência científica ou painel de consenso (revisões sistemáticas, guidelines de práticas clínicas); Nível V- Opinião de peritos baseados em evidências experimentais (estudos de caso, perícias clínicas, programas de melhoria da qualidade).

O processo de selecção dos artigos encontra-se explicitado na figura 1.

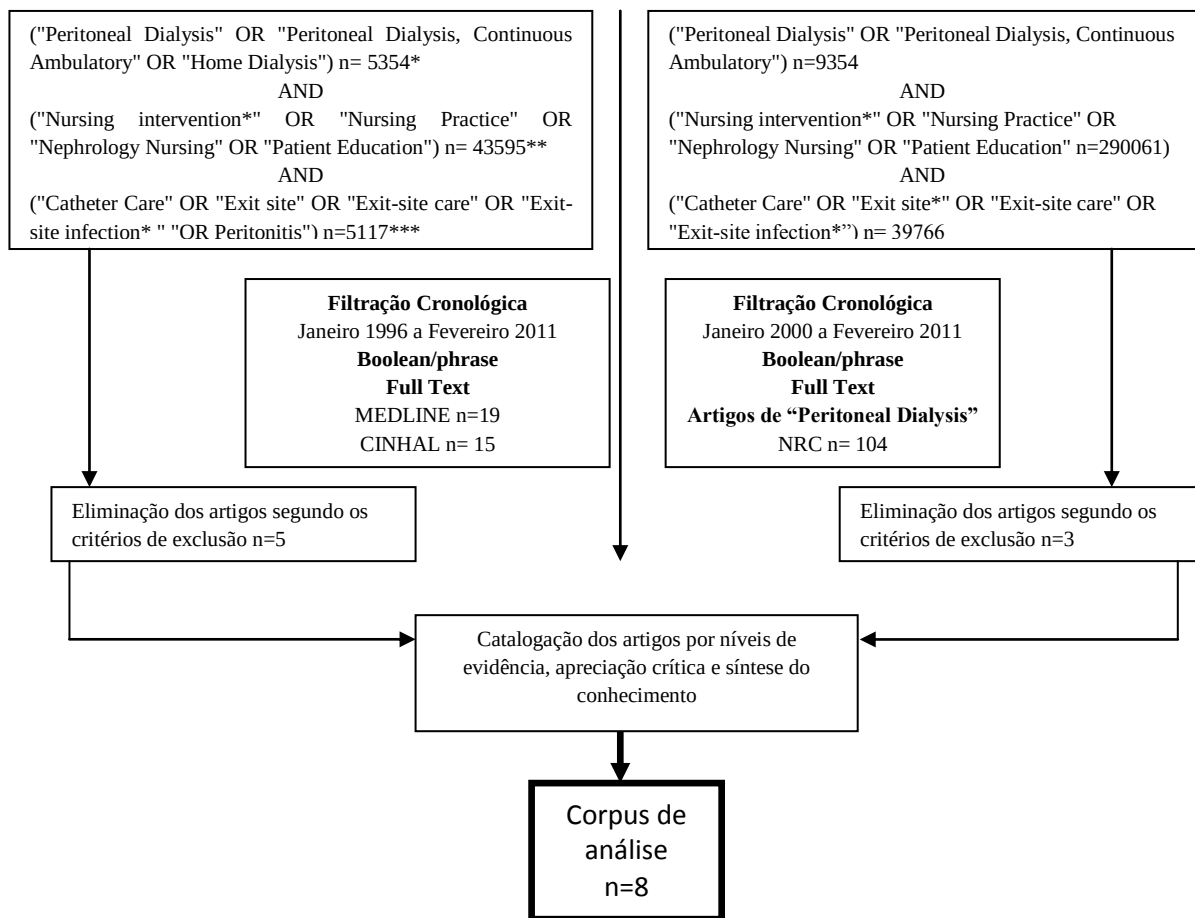


Figura 1 - Processo de Pesquisa e Selecção dos artigos

RESULTADOS

Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada apresentamos a listagem dos 8 artigos seleccionados para o corpus de análise (Quadro 3), que constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, tendo sido submetidas à classificação por níveis de evidência.

Quadro 3 – Descrição dos resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
1. Naylor M., & Roe B., A study of the efficacy of dressings in preventing infections of continuous ambulatory peritoneal dialysis catheter exit sites, <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 1997, 6(1). Nível de Evidência - I	Descreve a eficácia do uso de pensos na prevenção de infecções no OSC em pacientes em programa de DPCA.	10 Pessoas no grupo de controlo mantinham penso e 3 no experimental que retiravam penso do OSC.	Nas visitas de enfermagem é examinado o OSC e é feita colheita de amostra. Observar sinais de infecção clínicos, identificar microrganismos e o seu nível de crescimento.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado. Inquérito piloto com um pré-teste e um pós-teste aplicado em 2 grupos, um experimental e um de controlo, durante 12 semanas. Colheita de dados em 5 unidades de DP através de 3 visitas domiciliárias de enfermagem. Entre as visitas eram realizados contactos telefónicos.	Os dados colhidos foram tratados no SPSS. Os Resultados não foram estatisticamente relevantes. Os dois grupos tiveram resultados idênticos. Limitações: Amostra pequena, sem significado estatístico. Como o estudo implicava alterar procedimentos, muitos pacientes recusavam-se a participar. De futuro, têm que ser recrutados no início da diálise. Perdeu-se grande parte da amostra ao longo do estudo Baixa motivação das enfermeiras para recolher dados, associado ao facto de precisarem de mais tempo para o fazer e de talvez não perspectivarem benefícios para elas ou para os pacientes com a realização do estudo. Implicações para o futuro: Realização de estudos com uma amostra maior, durante mais tempo e com enfermeiros motivados para participarem no estudo através da recolha de dados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
2. Best Practice – Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, Clinical effectiveness of different approaches to peritoneal dialysis catheter exit-site care, 2004, 8 (1). Nível de Evidência - I	Identificar e sumariar pesquisas sobre medidas de prevenção de cuidados ao OSC de DP.	Revisão de 2 Guidelines.	Analisadas guidelines na busca de evidência dos protocolos mais eficazes na redução do risco de infecção do OSC de DP.	Revisão sistemática da literatura.	Antibióticos: o uso regular de mupirocina indica que reduz o risco de infecção do OSC em 49%, relativamente a todos os organismos e reduz as taxas de peritonite por Estafilococos. Aureus. O uso de Ciprofloxacina tópica reduz o risco de infecção em 19%. O uso de fosfato de sódio não mostrou diferenças significativas. Anti-sépticos: estudos sobre o uso de iodopovidona nas investigações transmitem resultados mistos, não se chegando a conclusões definitivas. No entanto, um estudo refere que o uso de iodopovidona só é eficaz até 140 dias após o início de DP. Antimicrobianos: o uso de prata não é eficaz na prevenção de infecções do OSC. Pensos: comparação do uso de pensos transparentes com o não uso de penso, mostra que não se comprova que o uso de pensos trás benefício, no entanto, algumas pessoas apresentaram prurido local. A conclusão da comparação de dois protocolos fez emergir o seguinte – lavar o OSC no banho com água e sabão, usar

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
					iodopovidona como anti-séptico, e cobrir o OSC com penso semi-permeável e resistente à água. Não foram encontradas diferenças na comparação entre tomar banho com penso e substituir por outro ou tomar banho sem penso e usar ou não penso de protecção. Na comparação de uso de penso oclusivo sem substituir durante 5 dias e o uso de compressas de protecção substituída diariamente, concluiu-se que a diferença também não é significativa. Recomendações da revisão: O uso profilático de mupirocina pode diminuir o risco de infecções por Estafilococos Aureus (EA); Uso de iodopovidona até 140 dias após o início de DP, porque após estes dias deixa de ser eficaz; Não é recomendado o uso de prata à volta do OSC. Conclusão: não se estabeleceu um protocolo único de penso do OSC de DP, apenas se deram orientações práticas de procedimentos para prevenir infecções.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
3. Hall G et al, New directions in peritoneal dialysis patient training, <i>Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association</i> 2004, 31(2). Nível de Evidência – II	Avaliar os resultados da aplicação de um programa estandardizado, baseado em princípios científicos, sobre a educação do adulto. PD Direcções (método de treino) centra-se no que o aluno precisa de aprender em x do que o professor precisa de ensinar. O papel do aluno é processar a informação, de forma a atingir os resultados pretendidos. O papel do professor é fornecer informação	Um total de 620 novos pacientes participou no estudo. PG (Grupo experimental): 246 foram submetidas à nova metodologia de treino CG (Grupo de controle) = 347 foram treinados de forma convencional.	Os dois grupos receberam treino em diálise peritoneal de forma a ficarem preparados para realizar a técnica no domicílio. O Grupo PG foi submetido à nova metodologia de treino, o CG recebeu a metodologia convencional.	Estudo prospectivo, multicêntrico, quasi-experimental. Os dados foram colhidos manualmente entre 2000 e 2001 e posteriormente foram estatisticamente analisados. Nos 2 grupos foi avaliado: - O tempo médio de ensino; - A taxa de peritonites; - Taxa de infecções do orifício de saída do cateter; - O tempo médio de hospitalizações.	Em comparação com o CG, a formação inicial levou mais tempo no PG (PG = 29 horas; GC = 22,6 horas, $p < 0,0001$). O tempo necessário para a reciclagem, foi menor no PG (PG = 8,7 horas; GC = 12,5 horas $P = 0,1324$). A taxa de peritonites foi menor no PG (28,2 por mil mês paciente) do que no GC (36,7 por mil meses paciente), mas não alcançou significância estatística ($p = 0,09783$). O número de Infecções do orifício de saída de saída foi menor no PG que no GC (PG = 18,5; GC = 31,8, $p = 0,00349$). Abandono de DP para HD secundária à infecção foi menor no PG (1,6%) do que no GC (5,6%) ($p = 0,0069$). Os parâmetros laboratoriais entre os dois grupos foram significativamente diferentes apenas para Kt / V (PG = 2,4; CG = 2,3, $p = 0,0107$). Os resultados não são estatisticamente significativos, mas são clinicamente significativos. O facto de o ensino ser mais prolongado no grupo PG constitui

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
	necessária para ajudar todo o processo, até que o aluno atinja o resultado desejado - a aprendizagem.			- Os parâmetros laboratoriais.	uma barreira para a implementação deste programa de ensino. Mais estudos devem ser realizados para se obterem resultados estatisticamente significativos. A utilização de princípios científicos na educação de adultos requer mudanças nas crenças sobre o ensino e a aprendizagem
4. Bender, FH; Bernardini, J. e Piraino, B., Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: best demonstrated practices, International Society of Nephrology, 2006 Nível de Evidência – IV	Descrever as abordagens para melhorar os resultados para os pacientes e programas de DP e definir áreas em que é necessária mais investigação.	Revisão da literatura de estudos RCT e estudos de caso e artigos de opinião.	Prevenir infecções do OSC de DP: Cuidados no pós-operatório imediato; Cuidados crónicos e gestão do OSC para prevenir peritonites; Treinar o paciente em DP para prevenir peritonites por contaminação; Re-treinar; Visitas domiciliárias.	Revisão sistemática da literatura.	Cuidados ao OSC de DP Não usar unhas artificiais. Lavagem das mãos cuidadosa com sabão anti-bacteriano com completa secagem das mãos e depois usar um agente à base de álcool durante 15s antes de tocar no OSC. Evitar banhos de imersão. Fazer o penso e inspecção diária do OSC. Uso profilático de rifampicina oral reduz as infecções por EA (levanta questões como a resistência). O uso Mupirocina via nasal com aplicação mensal reduz o risco de infecção por EA. O uso Mupirocina via nasal com aplicação nos pacientes colonizados com

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
			Reduzir o risco de recidivas; Prevenir peritonites fúngicas; Prevenir fontes de contaminação.		EA reduz o risco de infecção. O uso tópico diário de mupirocina elimina as quase na totalidade as infecções por EA. O Uso gentamicina pomada como profilaxia reduz as infecções por EA, Pseudomonas e por gram-. Medidas para reduzir o risco de infecção do cateter: Treino e reciclagem periódica; Visitas domiciliárias; Tratar a colonização nasal com EA antes de DP e colocação de cateter; Evitar Obstipação; Protecção na realização de exames complementares de diagnóstico para evitar reacções iatrogénicas. Medidas de melhoria contínua da qualidade: Detectar taxas de infecção por organismos; Reuniões mensais para avaliar as causas de cada infecção e plano de intervenções para prevenir a recorrência; Reavaliação dos protocolos do programa de DP; Envolver todos os membros da equipe de DP; Boa preparação das enfermeiras.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
5. RUSSO, R., et al, Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed, Kidney International Supplement, 2006 (103). Nível de Evidência – II	Estudo realizado entre Novembro de 2004 a Janeiro de 2006 Analisar a compliance dos pacientes em DP, sobretudo no que está relacionado à prevenção de infecções e avaliar as necessidades de re-treino.	Fase 1 - 353 pacientes em DP, de 11 centros de DP em Itália (58% homens e 41% mulheres) Fase 2 – 191 pacientes de 9 centros de DP (58% de homens e 42% de mulheres) Critérios: Centros tinham que ter o programa de DP em funcionamento há pelo menos 2 anos. Pacientes tinham de estar em programa de DP há pelo menos 4 meses.	Aplicação dos questionários aos pacientes para avaliação dos conhecimentos. Realização de visitas domiciliárias para avaliar as condições e comportamento do paciente na realização da técnica, mediante a verificação de uma checklist. Análise dos dados.	Estudo multicêntrico, quantitativo, e observacional Realizado em 2 fases Fase 1 –teve em conta as características dos centros de DP e dos pacientes, mediante a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, para reunir informação sobre os centros (infra-estrutura, educação pré-diálise, taxa de peritonites, taxa de desistência de DP, e informações sobre os pacientes) e um questionário aos pacientes de modo a avaliar o seu	23% dos pacientes não cumpriam as recomendações protocoladas para a prevenção de infecções: 9% não utilizavam máscara, 6% não lavavam as mãos e 8 % não tinha em conta conceitos gerais de higiene na realização da técnica. 11% dos pacientes não cumpriam o protocolo no cuidado ao orifício de saída, no entanto, não se comprovou relação entre a compliance dos cuidados ao orifício de saída com a taxa de peritonite. Neste estudo considerou-se que os pacientes com resultado inferior a 80% nas duas fases do estudo seriam os que necessitariam de re-treino. Ficou provado a eficácia de uma abordagem educacional multifacetada na prevenção de infecções, que inclui o re-treino de todos os pacientes em diálise actualmente e a todos os pacientes recentes em programa de DP após 6 meses do início e depois anualmente. Foi sublinhada a importância de ter em conta factores psicológicos, sociais e culturais na realização da DP. Ênfase na necessidade de

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
				conhecimento em 5 áreas (conhecimento geral em DP, infecção, dieta, medicação e actividade física) Fase 2 – avaliação do comportamento dos pacientes através de visitas domiciliárias, nas quais as enfermeiras usaram uma checklist para verificarem higiene do ambiente, procedimentos na realização da DP, armazenamento do material, compliance da medicação.	envolver o paciente na análise e gestão do problema de não compliance. Abordagem multidisciplinar, gradual, de suporte, de negociação com a pessoa assistida. Recomenda-se realização de uma avaliação frequente da necessidade de re-treino do paciente, avaliando o seu conhecimento e suas capacidades, sendo importante avaliar o paciente em casa no seu meio. Salientam a importância de no futuro planejar e re-conceber o re-treino, tendo em conta que o paciente já está em tratamento e já tem conhecimentos.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
6. Alcaraz, M., Brzostowicz, M., & Moran, J., Clinical consult. Decreasing peritonitis infection rates, Nephrology Nursing Journal, 2008, 35 (4). Nível de Evidência –V	Avaliar, testar estratégias e desenhar práticas para diminuir episódios de peritonite. Construir métodos de monitorização das taxas de infecção.	Programa de QI a aplicado a 43 pessoas em programa de DP.	Implementação de um Programa QI, para aumentar os outcomes dos pacientes em DP.	Aplicação de um programa de QI construído através de uma revisão sistemática das guidelines K/DOQI, para aplicar numa unidade de DP. Desenvolvido de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2006.	Utilizar Estratégias de ensino para aumentar o grau de sucesso do tratamento. Incorporar o conhecimento nos programas de DP o uso de técnicas de actualização de skills, re-treino, observação directa da técnica do paciente, testes escritos, para diminuir as taxas de peritonites O treino e a monitorização pelas Enfermeiras de Nefrologia contribuem para o aumento dos outcomes dos pacientes.
7. Tomlins, MJ., Practice Change in Peritoneal Dialysis Exit Site Care, Renal Society of Australasia Journal, 2008 4 (1) Nível Evidência – IV	Revisão e modificação dos cuidados ao OSC.	Revisão Sistemática da Literatura.	Revisão sistemática da literatura e implementação de novas guidelines	Revisão sistemática da literatura.	Após revisão de resultados de vários estudos, foram modificadas as guidelines dos cuidados do OSC da utilização de iodopovidona para a utilização de sabão antibacteriano na limpeza do OSC e aplicação de mupirocina como rotina, após o paciente ter tido um episódio de infecção do orifício de saída ou de peritonite causada por EA.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
8. Ozturk et al, Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice, Journal of renal care, 2009,35(3). Nível Evidência - II	Avaliar a mudança nos conhecimentos teórico práticos dos pacientes em DP acerca do tratamento, através de visitas domiciliárias repetidas.	15 pacientes, 6 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idade média de 45 ± 14.5 anos. 10 em CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis) e 5 em NAPD (nocturnal ambulatory peritoneal dialysis). Duração média em DP de 23.9 ± 5.9 meses na segunda visita.	Realização de um treino inicial. Follow-up durante 2 anos com realização de 2 visitas domiciliárias e aplicação do formulário e reforço do ensino.	Estudo experimental, não randomizado e não controlado Colheita de dados através de um formulário de avaliação do treino composto por 31 questões baseadas no programa de ensino de DP da unidade. Colheita de dados oral e registada pelo enfermeiro. Dividido em 8 partes: nutrição, obstipação, sala de trocas, peritonite, infecções, medicação, higiene pessoal e material de diálise.	Nº de respostas correctas às questões durante a 1ª visita foram de $25.5 \pm 3.2/31$ (81%). Nº de respostas correctas às questões durante a 2ª visita foram de $27.8 \pm 4.0/31$ (89,6%; $p=0,089$). Da 1ª para a 2ª visita houve aumento dos conhecimentos relativamente aos meios de infecção 4.8 ± 0.9 para 5.3 ± 0.9. O maior nº de respostas incorrectas foi relativo à higiene pessoal, principalmente ao nível da lavagem das mãos. Observou-se que os pacientes focavam a sua atenção principalmente em informação relativa a peritonite e tinham conhecimentos incompletos acerca dos seus sintomas e prevenção de infecções do OSC e infecções do túnel. A importância de um bom treino inicial não pode ser subestimada com o seu reforço em casa, com profissionais especializados em DP de modo a promover uma boa compliance e prática.

DISCUSSÃO

Bender, Bernardini & Piraino (2006) referem que para se efectuar o penso do OSC é necessária a lavagem cuidadosa das mãos com sabão anti-bacteriano, completa secagem das mesmas, seguida da aplicação de um agente à base de álcool durante 15 segundos antes de tocar no OSC. Reforçam que a lavagem das mãos deve ser ensinada pela enfermeira ao paciente como elemento chave para prevenir a contaminação.

Bender, Bernardini & Piraino (2006) referem que a limpeza adequada do OSC reduz a contagem bacteriana. Entre a Best Practice (2004), Bender, Bernardini & Piraino (2006) e Tomlins (2008) há concordância no uso de água e sabão para lavar o OSC. Nas nossas unidades a limpeza do OSC é realizada com Soro Fisiológico. Não foi avaliado nenhum estudo que aborde a temática de limpeza do OSC com soro. Este achado torna-se relevante para ser validado nas nossas unidades.

Quanto ao uso de anti-sépticos, Tomlins (2008) após revisão de resultados de vários estudos modificou a prática de cuidados, da utilização de iodopovidona para a utilização de sabão anti-bacteriano na limpeza do OSC. A Best Practice (2004) apresenta estudos sobre o uso de iodopovidona nas investigações que transmitiram resultados mistos, baseando-se numa randomização que refere que o uso de iodopovidona só é eficaz até 140 dias após o início de DP. Na nossa prática a iodopovidona é usada no pós-operatório até remoção dos pontos, e o paciente nunca é ensinado a usar este anti-séptico. Podemos ponderar o uso de iodopovidona nos primeiros meses para completa cicatrização do OSC.

Quanto ao uso profilático de antibióticos tópicos, ambos os autores, Best Practice (2004), Bender, Bernardini & Piraino (2006) e Tomlins (2008) concordam que o uso de mupirocina previne ou reduz as infecções por *Estafilococos Aureus* (EA). Bender, Bernardini & Piraino (2006) encontraram na sua pesquisa que o uso tópico diário de mupirocina elimina quase na totalidade as infecções por EA, que todos os pacientes colonizados devem fazer aplicação de mupirocina via nasal e até que a aplicação mensal via nasal reduz o risco de infecção por EA. Já Tomlins (2008) defende que a mupirocina tópica só deve ser usada por rotina após o paciente ter tido um episódio de infecção do OSC ou de uma peritonite causada por EA. Na nossa prática os pacientes colonizados fazem uma aplicação de mupirocina via nasal quando têm resultados positivos de EA no exsudado nasal e repetem o exsudado um ano após o resultado. Será de ponderar uma vigilância mais regular ou rever o protocolo de prevenção de infecções em pacientes colonizados com EA. O uso tópico no OSC só é utilizado quando há sinais de infecção do mesmo. Best Practice (2004) descreve que a ciprofloxacina tópica reduz o risco de infecção em 19% e Bender, Bernardini &

Piraino (2006) referem que a profilaxia com rifampicina oral reduz as infecções por EA, embora levante questões de resistência medicamentosa. Referem também que o uso profilático de gentamicina pomada reduz as infecções por EA, *Pseudomonas* e por gram-, e é um medicamento barato e abrange uma grande panóplia de microrganismos. O uso de gentamicina também só é utilizado nas nossas unidades para tratamento de microrganismos sensíveis, mas após esta evidência devemos ponderar o uso da gentamicina como uso profilático. Best Practice (2004) evidenciou que o uso de fosfato de sódio não trás qualquer benefício no cuidado ao cateter e não recomenda de todo o uso de prata no OSC. A mesma apresenta um estudo desenvolvido para a avaliação da resistência de antibióticos tópicos profiláticos para a infecção do OSC, comprovando que não existe resistência à mupirocina e à ciprofloxacina até 18 meses após o início da aplicação. Este estudo mostra-nos para termos alguma ponderação no uso de antibióticos.

Quanto ao uso de pensos, Naylor & Roe (1997), num estudo sobre uso ou não de penso no OSC não conseguiram resultados estatisticamente significativos. Mesmo com as limitações impostas ao estudo, observaram que as infecções do OSC não foram estatisticamente relevantes para o uso ou não de pensos no OSC. Também a guideline Best Practice (2004) não conseguiu resultados significativos quanto à utilização de penso no OSC, seja relativamente ao tipo, ao uso de penso ou compressas, ou tomar banho com ou sem penso. Quanto ao tipo de penso, afirma que qualquer uma das opções não aumentou ou diminuiu a presença de infecções. Neste sentido, deverá ser utilizado o penso que melhor se adaptar a cada paciente: o penso transparente talvez seja o menos adequado visto que alguns pacientes apresentaram prurido local; mas o uso de penso oclusivo, semi-permeável ou só compressa não parecem intervir nos resultados infecciosos (BEST PRACTICE, 2004).

Bender, Bernardini & Piraino (2006) defendem que a inspecção diária do OSC deve ser feita e acrescentam que os cuidados ao OSC cicatrizado incluem imobilizar o cateter para reduzir a possibilidade de traumatismo do local. Embora os autores recomendem a inspecção diária do OSC outros estudos comprovam que a não mudança diária do penso não se relaciona com a infecção do mesmo. A Guideline apresenta resultados de um estudo em que os pacientes estão 5 dias sem prestar cuidados ao OSC, revelando que fazer o penso diariamente não interfere com os resultados clínicos de infecção (BEST PRACTICE, 2004). Os vários autores comprovam que o uso de pensos não previne as infecções do OSC, mas neste momento não nos parece uma evidência forte para orientar os nossos pacientes a não usar penso no OSC, ou tomar banho sem penso. No entanto, nenhum dos autores focou nos seus estudos a importância do uso de máscara na realização do penso e os critérios para observação de alterações no OSC, como é ensinado na prática corrente.

Bender, Bernardini & Piraino (2006) aconselham aos pacientes a não tomar banhos de imersão, nadar em lagos e rios e a não usar unhas artificiais quando realizam o penso. Os pacientes podem nadar na praia e em piscinas com cloro, mas após nadar é muito importante secar o OSC.

O sucesso do tratamento de DP passa pelo treino e re-treino da técnica no sentido de prevenir complicações (HALL ET AL, 2004; ALCARAZ, BRZOSTOWICZ & MORAN, 2006; BENDER, BERNARDINI & PIRAINO, 2006; RUSSO ET AL, 2008; OZKURT ET AL, 2009). A importância de um bom treino inicial não pode ser subestimada, uma vez que a sua monitorização pelas enfermeiras de nefrologia contribui para o aumento dos outcomes dos pacientes (OZKURT ET AL, 2009).

Utilizar estratégias de ensino contribui para aumentar o grau de sucesso do tratamento (ALCARAZ, BRZOSTOWICZ & MORAN, 2006), e recomenda-se a realização de uma avaliação frequente da necessidade de re-treino do paciente, avaliando o seu conhecimento e suas capacidades, sendo importante avaliar o paciente em casa, no seu meio (RUSSO ET AL, 2008). Russo et al (2008) salientam a importância de no futuro planejar e re-conceber o re-treino, e Ozkurt et al (2009) defendem que as visitas domiciliárias para fazer o re-treino são essenciais para aumentar os conhecimentos dos pacientes em relação aos riscos que correm se não cumprirem os protocolos aprendidos. Hall et al (2004) reforçam que o treino deve ser individualizado para o paciente e seu ambiente e as barreiras para a aprendizagem (personalidade, baixo nível de escolaridade) devem ser incluídas.

Russo et al (2008) no seu estudo, embora sem resultados significativos de infecção por peritonite, observaram que 23% dos pacientes não cumpriam as recomendações protocoladas para a prevenção de infecções: 9% não utilizavam máscara, 6% não lavavam as mãos e 8% não tinha em conta conceitos gerais de higiene e 11% dos pacientes não cumpriam o protocolo nos cuidados ao OSC. Ozkurt et al (2009) observaram que os pacientes focavam a sua atenção principalmente em informação relativa a peritonite e tinham conhecimentos incompletos acerca dos seus sintomas e prevenção de infecções do OSC e do túnel. Na aplicação do questionário em dois momentos concluíram que as principais falhas foram nas perguntas relativas à higiene e lavagem das mãos. Neste contexto, devemos incorporar nos programas de DP o uso de técnicas de actualização de competências, re-treino, observação directa da técnica do paciente, testes escritos, para diminuir as taxas de peritonites, como defendem os autores Alcaraz, Brzostowicz & Moran (2006), e aplicação de questionários em diferentes fases do treino e re-treino de preferência no meio do paciente, para avaliar as falhas cometidas ou os aspectos a intervir no ensino (OZKURT ET AL, 2009). Neste sentido, consideramos que o re-treino é de extrema importância para proteger os pacientes de

infecções possíveis devido ao incumprimento dos protocolos das unidades. Pois, na nossa prática os pacientes não são reavaliados quando apresentam infecções do OSC, só quando apresentam peritonite. Neste sentido, consideramos pertinente seguir a evidência de re-treinar os pacientes sempre que ocorram falhas no auto-cuidado. Ou seja, uma abordagem educacional, multidisciplinar, multifacetada, gradual, de suporte, de negociação com a pessoa assistida, prova uma eficácia na prevenção de infecções, que inclui o re-treino de todos os pacientes em diálise actualmente e a todos os pacientes recentes em programa de DP após 6 meses do início e depois anualmente (RUSSO ET AL, 2008). Bernardini & Piraino (2006) recomendam algumas medidas para prevenir complicações futuras, tais como: Reavaliação dos protocolos dos programas de DP; Reuniões mensais para avaliar as causas de cada infecção e planos de intervenção para prevenir a recorrência; Detectar taxas de infecção por organismos; Envolver todos os membros da equipe de DP; Boa preparação das enfermeiras. Hall et al (2004) reforçam que a boa preparação formal das enfermeiras para a educação do paciente e a sua capacidade de transmitir informação no sentido de facilitar a aprendizagem através da mudança de comportamentos, como fundamental para cultivar e manter a DP bem sucedida no domicílio.

Bender, Bernardini & Piraino (2006) observaram que a implementação de protocolos de cuidados ao OSC, com o objectivo de reduzir o risco de infecção, vão permitir baixas taxas de peritonite. Estes protocolos devem incluir a profilaxia para EA, ensino e re-treino periódico, visitas domiciliárias e envolver todos os membros da equipa terapêutica nos cuidados ao OSC.

Para facilitar a compreensão dos achados da Revisão apresentamos as orientações e intervenções de enfermagem na promoção do auto-cuidado ao OSC do cateter de DP no Quadro 4.

Quadro 4 – Orientações e intervenções de Enfermagem na promoção do auto-cuidado ao OS do cateter.

Orientações de Enfermagem	
Mãos	Lavagem com sabão anti-bacteriano, completa secagem das mãos e depois a aplicação de um agente à base de álcool durante 15 segundos (elemento chave para prevenir a contaminação).
Limpeza do Orifício de saída	Lavagem com água e sabão. Anti-sépticos: Iodopovidona pode ser usada até 140 dias após o início de diálise. Antibióticos profilácticos: Nos pacientes colonizados com EA, aplicação de mupirocina. Após um episódio de infecção do orifício de saída ou de peritonite por EA, uso de mupirocina. Após um episódio de infecção por Pseudomonas ou um Gram -, usar gentamicina.
Penso	Oclusivo, semi-permeável ou compressa. Mudança diária e inspecção do orifício de saída. Poderá ser mudado de 2 em 2 dias, não superior, para vigiar alterações no orifício de saída. Tomar banho com penso.
Outros	Imobilizar o cateter para reduzir o traumatismo do cateter. Não usar unhas artificiais. Não tomar banhos de imersão, nadar em lagos e rios. Pode-se nadar na praia e piscinas com cloro, mas após nadar secar muito bem o orifício de saída.
Intervenções de Enfermagem	
Ensino	Treino individualizado.
Re-treino	6 meses após o início de DP e depois anualmente, ou sempre que se detecte falhas no auto-cuidado ao orifício de saída do cateter. Sempre que possível no meio da pessoa.
Visitação Domiciliária	Observar a execução do auto-cuidado ao cateter, realizar testes escritos/questionários para avaliar conhecimentos e os pontos a intervir.
Continuidade de cuidados e Interacção com a equipa terapêutica	Revalidação de Protocolos. Formação. Reuniões mensais. Detectar taxas de infecção por microrganismos.

CONCLUSÃO

A realização desta revisão não nos permitiu chegar a um consenso suficientemente forte que nos permita definir, com máxima evidência, as orientações mais adequadas a dar ao paciente renal crónico no auto-cuidado ao OSC de DP para prevenir complicações. No entanto, facultou-nos informação que nos permite transformar este artigo num instrumento de apoio para a enfermagem na implementação de um sistema de suporte educação no auto-cuidado nas pessoas em programa de DP quando cuidam do OSC.

Tendo por base os resultados da pesquisa realizada, a ajuda nas orientações para o auto-cuidado ao OSC estão direccionadas para: evitar a contaminação, incluindo lavagem das mãos, limpeza e inspecção do mesmo; os cuidados na administração/aplicação de antibioterapia tópica profilática; a utilização de penso, que dada a evidência, considerámos que será de manter a sua utilização; evitar traumatismo do OSC/imobilização do cateter; os cuidados relativos a actividades como banhos e possibilidade de mergulhos.

Os artigos seleccionados permitiram-nos concluir que a melhor forma de implementar as nossas orientações, é através: do ensino individualizado; re-treino periódico na visita domiciliária; avaliação das capacidades da pessoa para o auto-cuidado através da observação e aplicação de questionários de avaliação de conhecimentos; realização e implementação de protocolos de realização do penso (técnica, material, soluções, frequência). Segundo Orem (1980, p.120) a educação no auto-cuidado, não é apenas treinar práticas, é necessário desenvolver conhecimento, competências e atitudes positivas relacionadas com o auto-cuidado e saúde. Para isso, é necessário conhecer o paciente (OREM, 1980, p.10) e a sua motivação para o auto-cuidado para a pessoa desenvolver e aperfeiçoar as suas capacidades para executar as orientações (OREM, 1987, p. 233). Figueiredo, Kroth e Lopes (2005) também defendem que é essencial conhecer a motivação do paciente para aprender o auto-cuidado, habilidade manual para realizar a técnica, destreza cognitiva e capacidade de detecção de complicações, de modo a assegurar que o auto-cuidado se torna foco da implementação de sistemas de enfermagem na saúde do paciente. Tendo em conta o ambiente social, a inclusão da família como método de ajuda de auto-cuidado ao paciente DRCT em programa de DP no auto-cuidado ao OSC, torna-se uma forma de válida de fomentar a motivação do doente. Em futuras investigações devemos incluir a família como método de ajuda de autocuidado ao paciente DRCT em programa de DP no autocuidado ao OSC.

Constatamos que os autores recomendam a lavagem do OSC com água e sabão e nas unidades em que prestamos cuidados, a limpeza do OSC é realizada com soro fisiológico, e na revisão não foram encontrados artigos ou referências relativos a esta actuação, pelo que consideramos que a realização de um estudo nas nossas unidades seria pertinente. Naylor e Taylor (1997) identificaram resistência dos pacientes em participarem em estudos que implique mudança de recomendações iniciais dadas pelas enfermeiras, defendendo que os pacientes devem ser recrutados no início da diálise. Sugerimos que a realização do estudo que propomos se inicie com pacientes em fase inicial de DP. Os autores também identificaram uma baixa motivação das enfermeiras para recolher dados, associado ao facto de precisarem de mais tempo para o fazer e de não perspectivarem benefícios para elas ou para os pacientes com a realização do estudo. A realização do re-treino implica visitas domiciliárias que as organizações deveriam implementar para cuidássemos da pessoa no seu ambiente. Neste contexto, precisamos de enfermeiras motivadas e conscientes que os estudos podem e trazem evidência para a prestação de melhores cuidados de enfermagem e capazes de convencer as entidades para as quais prestam serviços dessa necessidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaraz, M., Brzostowicz, M., & Moran, J. (2008). Clinical consult. Decreasing peritonitis infection rates. *Nephrology Nursing Journal*, 35(4), 421-423. Retrieved from EBSCOhost.

Bender, F., Bernardini, J., & Piraino, B. (2006). Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: best demonstrated practices. *Kidney International*, supplement, (103), S44-S54. Retrieved from EBSCOhost.

Bermúdez, E., Jiménez, F., & Sanz, A. (2006). Papel do profissional de enfermagem no seguimento de doentes em diálise peritoneal. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 351-356. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Campos, C. (2006). Complicações infecciosas em diálise peritoneal. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 345-350. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Clinical effectiveness of different approaches to peritoneal dialysis catheter exit-site care. (2004). Best Practice, 8(1), 1-6. Retrieved from EBSCOhost.

Hall, G., Bogan, A., Dreis, S., Duffy, A., Greene, S., Kelley, K., & ... Schwartz, N. (2004). New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 31(2), 149. Retrieved from EBSCOhost

Heras, M. (2006). Conceito de diálise peritoneal, fisiologia e anatomia. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 27-32. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Montenegro, J. (2006). Peritonite bacteriana. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 151-164. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Naylor, M., & Roe, B. (1997). A study of the efficacy of dressings in preventing infections of continuous ambulatory peritoneal dialysis catheter exit sites. *Journal of Clinical Nursing*, 6(1), 17-24. Retrieved from EBSCOhost.

Orem, D. (1980). *Nursing: concepts of practice* (2^a ed.). USA: McGraw-Hill, Inc.

Ozturk, S., Yucel, L., Guvenc, S., Ekiz, S., & Kazancioglu, R. (2009). Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice. *Journal Of Renal Care*, 35(3), 141-146. Retrieved from EBSCOhost

Redmond, A., & Doherty, E. (2005). Peritoneal dialysis. *Nursing Standard*, 19(40), 55. Retrieved from EBSCOhost.

Rico, L., López, T., Liste, C., Remis, J., & Silva, D. (2006). Ensino da diálise peritoneal automática (DPA). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 307-312. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Russo, R., Manili, L., Tiraboschi, G., Amar, K., De Luca, M., Alberghini, E., & ... Ballerini, L. (2006). Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed. *Kidney International*, Supplement, (103), S127-S132. Retrieved from EBSCOhost.

Rodríguez, C., & Monserrat, D. (2006). Infecções do orifício de saída e do túnel subcutâneo. *Manual Prático de Diálise Peritoneal*, 185-192. Algés: Revisfarma- Edições médicas, Lda. Available from Fresenius Medical Care.

Silva, H., Silva, M. (2003). Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (1), 10-14. Retrieved from FEN.

Poe, S., & White, K. (2010). Johns Hopkins nursing evidence-based practice: implementation and translation. *Sigma Theta Tau International. Johns Hopkins University*. ISBN 978-1-930538-91-7.

Tomlins, M. (2008). Practice change in peritoneal dialysis exit site care. *Renal Society of Australasia Journal*, 4(1), 26-29. Retrieved from EBSCOhost.

Troidle, L., Gorban-Brennan, N., Kliger, A., & Finkelstein, F. (2003). Continuous peritoneal dialysis-associated peritonitis: a review and current concepts. *Seminars In Dialysis*, 16(6), 428-437. Retrieved from EBSCOhost.

APÊNDICE XI

Plano de ensino/treino para a pessoa e/ou pessoa significativa com DRCT em programa de DP
(manual e automático)

Unidade de Diálise Peritoneal do HODF

ENSINO/TREINO PARA INDUÇÃO DE DPCA

Início do ensino/treino ____/____/____

Fim do ensino/treino: ____/____/____

1º DIA Data ____/____/____

Apresentação:

- ☐ Equipa de saúde e estrutura física da unidade.
- ☐ Funcionamento da unidade e comunicação com a equipa de saúde: 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 DPCA (princípios físicos e químicos)
- ☐ Preparação do ambiente para realizar a DPCA
- ☐ Material necessário para efectuar a DPCA
- ☐ Exemplificação da técnica da lavagem das mãos
- ☐ Demonstração da realização da troca manual

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

2º DIA Data ____/____/____

Conhecimentos:

- ☐ Hábitos alimentares (Dieta, Ingestão hídrica e como obter consulta com dietista)
- ☐ Hábitos de Higiene
- ☐ Hábitos de Exercício físico
- ☐ Indicações terapêuticas, concentrações das bolsas, tempos de permanência e UF
- ☐ Cuidados ao orifício de saída do cateter

Aprendizagem de Habilidades:

- ☐ Treino da técnica da lavagem das mãos
- ☐ Treino da realização da troca manual

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

3º DIA Data ____/____/____

Conhecimentos sobre medidas de prevenção de complicações:

- ☐ Infecções: 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 da lavagem das mãos
- ☐ Treino dos cuidados ao orifício de saída do cateter
- ☐ Treino da realização da troca manual

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

4º DIA Data ____/____/____

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 TA, medição de diurese)
- ☐ Fornecimento de material pela firma (1ª entrega e seguintes)
- ☐ Acondicionamento do material no domicílio
- ☐ Eliminação de resíduos
- ☐ Férias

Aprendizagem de habilidades:

- ☐ Treino da técnica da lavagem das mãos
- ☐ Treino dos cuidados ao orifício de saída do cateter
- ☐ Treino da realização da troca manual

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

5º DIA Data ____/____/____

Conhecimentos sobre auto-administração de terapêutica:

- ☐ Administração de terapêutica IP

Aprendizagem de habilidades:

- ☐ Treino da técnica da lavagem das mãos
- ☐ Treino dos cuidados ao orifício de saída do cateter
- ☐ Treino da realização da troca manual
- ☐ Treino da Administração de terapêutica IP

Avaliação do ensino

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

Continuação do ensino/treino

[illegible]

Notas Gerais:

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Enfermeira: Enfermeira: _____

Unidade de Diálise Peritoneal do HODF

ENSINO/TREINO PARA INDUÇÃO DE DPA

Início do ensino/treino ____/____/____

Fim do ensino/treino: ____/____/____

1º DIA Data ____/____/____

Conhecimentos sobre o tratamento

- ☐ O que é DPA
- ☐ Funcionamento da cicladora
- ☐ Preparação do ambiente para realizar a DPA
- ☐ Material necessário para efectuar a DPA
- ☐ Demonstração da preparação da cicladora para realizar DPA

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

2º DIA Data ____/____/____

Conhecimentos sobre o tratamento

- ☐ Alarmes mais frequentes (*ver linha paciente/ baixo volume drenado*)
- ☐ Resolução de problemas e apoio nocturno
- ☐ Interpretação dos resultados

Aprendizagem de Habilidades

- ☐ Treino da preparação da cicladora para realizar DPA

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

3º DIA Data / /

Aprendizagem de Habilidades

- ☐ Treino da preparação da cicladora para realizar DPA
- ☐ Treino da resolução dos principais alarmes (*ver linha paciente/ baixo volume drenado*)

Avaliação

Notas Gerais:

Enfermeira: _____

Continuação do ensino/treino

[illegible]

Notas Gerais:

[illegible]

Enfermeira: _____

APÊNDICE XII

Folha de avaliação inicial direccionada para a pessoa com DRCT em programa de DP

Vinheta com identificação do doente

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL DO HODF

FOLHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DATA __/__/__

Dados do doente

Nome: _____

Morada actual: _____

Contacto telefónico: _____ Telemóvel: _____ Outro: _____

Pessoa significativa

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contacto telefónico: _____ Telemóvel: _____ Outro: _____

Antecedentes pessoais e familiares (HTA? DM?): _____

História da Doença Renal

Etiologia: _____ Seguido em consulta de Nefrologia: _____

Já realizou alguma Terapia de Substituição da Função Renal: _____

Tem acesso para Hemodiálise: _____

O que levou à opção pela Diálise Peritoneal: _____

Data de colocação de cateter de Diálise Peritoneal: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, outras): _____

Avaliação física

Capacidade visual (usa óculos, tem cataratas, glaucoma): _____

Capacidade auditiva (usa aparelho auditivo): _____

Capacidade motora (amputações, parésias, diminuição força muscular, artroses): _____

Dependência nas actividades de vida diárias: _____

Situação emocional e socioprofissional

Estado civil: _____ Habilitações literárias: _____

Ocupação (Profissão activa/ Baixa/ Desempregado/ Reformado): _____

Ânimo (Forte, Médio, Fraco): _____

Organização do dia-a-dia do doente: _____

Hobbies e actividades de interesse do doente: _____

Viaja nacional ou internacionalmente: _____

Forma de deslocação para o hospital: _____

Situação Habitacional

Habitação (apartamento, vivenda): _____ Coabitantes: _____

Local onde vai ser realizado o tratamento: _____

Tem privacidade? _____ Tem água canalizada da rede? _____

Local de acondicionamento do material? _____

Existem animais de estimação em casa? _____

Informações Adicionais: _____

Enfermeira: _____

APÊNDICE XIII

Guia para avaliar o ensino/treino aquando da indução de técnica (DPCA ou DPA) e para reavaliar a necessidade de reforço de ensino/treino.

Vinheta identificadora do doente

Ensino/treino de: ____/____/____ a ____/____/____ Cuidador: _____

AVALIAÇÃO DO ENSINO/TREINO EM DPCA

Habilidades Demonstradas \ Avaliação	SIM	NÃO	OBS
– Preparar o ambiente			
– Preparar o material			
– Colocar a máscara			
– Executar a técnica de lavagem das mãos			
– Desinfectar as mãos			
– Misturar as soluções			
– Auto-administrar terapêutica IP			
– Conectar a bolsa ao cateter			
– Realizar uma troca			
Infusão			
Preenchimento das linhas			
Drenagem			
– Desconectar o cateter			
– Observar características do efluente			
– Realizar o BH da Diálise Peritoneal			
Conhecimentos Demonstrados			
– Hábitos alimentares (dieta e restrição hídrica)			
– Hábitos de exercício físico			
– Sinais e sintomas de infecção			
– Sinais e sintomas de sobrecarga hídrica			
– Como proceder em caso de complicações			

Se **NÃO**, o que se planeia fazer a seguir?

Data: ____/____/____

Enfermeira: _____

Vinheta identificadora do doente

Ensino/treino de: ____/____/____ a ____/____/____ Cuidador: _____

AVALIAÇÃO DO ENSINO EM DPA

Avaliação Habilidades demonstradas	SIM	NÃO	OBS
– Preparar o ambiente			
– Preparar o material			
– Colocar a máscara			
– Executar a técnica de lavagem das mãos			
– Preparar a cicladora:			
– Inserir cassete/sistema			
– Conectar bolsas			
– Conectar saco de drenagem			
– Preencher linhas			
– Conectar o sistema ao cateter			
– Iniciar tratamento			
– Desmontar cicladora			
– Observar as características do efluente			
Conhecimentos demonstrados			
– Como solucionar principais alarmes			
– Interpretar resultados			
– Sinais e sintomas de infeção			
– Sinais e sintomas de sobrecarga hídrica			
– Como proceder em caso de complicações			

Se **NÃO**, o que se planeia fazer a seguir?

Data: ____/____/____

Enfermeira: _____

ANEXO I

Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora do estágio realizado na unidade de DP de um hospital de referência em Nefrologia

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Marta Matos

Instituição: HSC

Serviço: Unidade de Diálise Peritoneal

Efectuado de 3 / 10/ 2011 a 31 / 10/ 2011

Docente: Professora Maria Saraiva

Orientador: Enfª Elisabete Costa

Parâmetro a avaliar	0 – 4	5 – 9	10 – 13	14 – 17	18 - 20	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 funções;	18
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;	18
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;	18

O Docente: _____

Orientador: _____

Data: 31 / 10 / 2011

Assinatura: Marta Matos

Assinatura: Elisabete Costa

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Marta Matos desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz, de forma assídua de 3 de Outubro a 31 de Outubro de 2011, assistindo a consultas de Diálise Peritoneal quer Médicas quer de Enfermagem; e também a Consultas de Nefrologia-Opções, que são consultas de esclarecimento sobre as Técnicas de Substituição da Função Renal, que desde este ano têm nova dinâmica, sendo realizadas por uma equipa multidisciplinar constituída por Médica, Enfermeira, Assistente Social e Dietista. A Marta demonstrou grande interesse na mesma, tendo tido a hipótese de a acompanhar nas diferentes vertentes.

No decorrer do seu estágio acompanhou a realização de vários procedimentos específicos da UDP, como a realização de Pet, a mudança de prolongador de Cateter de Tenckhoff, reformulação de ensinos efectuando sempre a comparação com a sua Unidade de origem, e verbalizando sempre as semelhanças e diferenças entre as duas Unidades, demonstrando sempre sentido crítico.

Demonstrou sempre ser uma área que já dominava, sendo todas as suas atitudes e procedimentos pertinentes e adequados às situações.

Mostrou ponderação e pertinência na realização de ensinos, quer para a promoção de saúde, quer relacionados com a

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 -Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: Orientador

Assinatura

Data: Estudante

Esabete Lourenço Pereira Costa Santos

Esabete Costa

Estudante: Marta Matos

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

DP.

Integrou-se facilmente na Equipa da UDP, e apresentou sempre boa relação quer com o doente, quer com a família.

Realizou um “Guia de Acolhimento” para o doente em DP, onde procurou esclarecer todas as dúvidas que um doente pode ter, e melhorar a sua adaptação à nova situação, onde fica patente todo o seu esforço e dedicação, e que a UDP vai passar a utilizar.

Avalia-se com a avaliação qualitativa de Excelente com 18 valores.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 -Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: Orientador

Assinatura

Data: Estudante

Assistente Curricular, 1.ª fase, de Costa Santos

Assistente Curricular

Estudante: Maria Mota

ANEXO II

Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora do estágio realizado na unidade de HD do Hospital
Onde Desempenho Funções.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: No âmbito do curso de mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área Nefrológica, a Enfermeira Marta Fato durante o estágio no serviço de Hemodiálise do HGO, revelou-se bastante interessada na aquisição e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos, realizou um trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção. Esforçou-se por desenvolver soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas. Revelou ser muito pontualidade em todas as ações e espiciou-se pelos seus atos, corrigindo-os se necessário. Revelou capacidades para resolver as situações de forma correta e por isso sem necessidade de orientações expressas. Apresentou fácil integração no grupo, boas relações profissionais, contribuiu para um bom ambiente de trabalho, cooperando facilmente com o grupo. Revelou excelente relação com o utente e família, promovendo a sua autonomia, sendo atribuído uma avaliação qualitativa de muito bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 14/12/2011

Orientador

Silvia Fatores

Assinatura

Silvia Fatores

Data:

Estudante

Marta Fato

