

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Senhora Professora Eulália Novais;

Á Enfermeira Chefe Casimira Carvalho pela
disponibilidade e auxílio prestado;

Aos meus homens, pela paciência, e pelo
tempo que lhes roubei.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Joaquim Torres Vinagre, pelo apoio e incentivo
que sempre me deu;

Aos meus pais, por me ajudarem a tornar-me a
pessoa que sou hoje;

Ao meu irmão pelo incentivo e força
que me deu;

Aos meus Homens, por serem sempre o
meu porto seguro;

Aos meus doentes, pois sem eles a realização
Deste trabalho não seria possível.

RESUMO

A Diálise Peritoneal, é uma técnica autónoma, realizada no domicílio. Quando o doente não possui as capacidades para a realizar autonomamente; esta pode ser assegurada por um cuidador. No contexto actual, é necessário envolver cada vez mais a família no tratamento dos seus doentes. Com o intuito de estudar o fenómeno da sobrecarga do cuidador do doente em DP, foi efectuada inicialmente uma revisão sistemática da literatura, obtendo-se 4 artigos. No decorrer do estágio que serve de base á elaboração deste relatório, foi efectuada a aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de doentes em cuidados paliativos domiciliários – Versão Portuguesa da escala de Zarit, previamente validada para a população Portuguesa. Foi acrescentada uma pergunta aberta, respondida sob a forma de entrevista, onde se pretendia encontrar estratégias para evitar e ou diminuir a sobrecarga.

Os resultados obtidos no estudo, vão ao encontro dos descritos na literatura, em que os pacientes idosos dependem de um cuidador para assegurar o seu tratamento; a idade do cuidador e do doente é semelhante; os cuidadores são cônjuges. Dos cuidadores que apresentam sobrecarga moderada detecta-se pontos comuns: são cuidadores únicos; é a sua primeira experiência como cuidador; têm pouco tempo de cuidador; os utentes alvo de cuidados são mais velhos.

Na prestação de cuidados a estes doentes/cuidadores, o enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação para o auto cuidado, e no despiste de sinais de exaustão, e de formas de a evitar.

Palavras-chave:

Diálise Peritoneal; Cuidador; sobrecarga; Enfermagem

ABSTRACT

Peritoneal Dialysis is a self-technical, performed at home. When the patient does not have the capabilities to perform autonomously, this can be ensured by a caregiver. In the current context, it is necessary to increasingly involve the family in the treatment of their patients. In order to study the phenomenon of caregiver burden in PD patient was initially carried out a systematic review of the literature, yielding four articles. During the internship that is based this report, was made the application of the scale of caregiver burden in patients in palliative care domiciliary-Portuguese version of the Zarit scale, previously validated for the Portuguese population. It was added an open question, answered in the form of an interview where it was intended to find strategies to prevent and or decrease the overhead.

The results obtained in the study are consistent with those described in the literature, in which the elderly depend on a caregiver to ensure their treatment, the age of the caregiver and the patient is similar; caregivers are spouses. Caregivers who have moderate burden are detected commons points: are unique caregivers, it's his first experience as a caregiver, have little experience of caregiver; patients who care is made are older.

In caring for these patients/caregivers, nurses have a key role in training for self-care, and screening of signs of exhaustion, and ways to avoid it.

Key-Words:

Peritoneal dialysis; Caregiver; burden; Nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS –Direcção Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses

Association/European Renal Care Association

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OS – Orifício de Saída

PET - Teste de Equilíbrio Peritoneal

RCCEE – Regulamento competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNRP – Serviço de Nefrologia de Referência do nosso País

SODF – Serviço onde Desempenho Funções

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

TxR – Transplante Renal

UDP – Unidade de Diálise Peritoneal

UF – Ultrafiltração

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Descrição	Página
Gráfico I	Doentes entrados no programa de DP do SODF, no ano de 2012	41
Gráfico II	Doentes saídos do programa de DP do SODF, no ano de 2012	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro	Descrição	Página
Quadro I	Causas da não entrada no estudo	23
Quadro II	Nível de sobrecarga dos cuidadores	25
Quadro III	Caracterização dos cuidadores	26
Quadro IV	Caracterização dos utentes alvo de cuidados	27
Quadro V	Correspondência de valor numérico á categoria da resposta	28
Quadro VI	Respostas ao preenchimento da Escala de Zarit	29
Quadro VII	Score de sobrecarga do cuidador	30
Quadro VIII	Análise das entrevistas	32
Quadro IX	Análise de dados do questionário com o grau de sobrecarga	33

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	11
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1.	Envelhecimento e DRCT	13
1.2.	Diálise Peritoneal.....	17
1.3.	Competências do Enfermeiro Especialista a desenvolver	18
2.	METODOLOGIA	22
2.1.	Tipo de estudo.....	22
2.2.	Amostra.....	22
2.3.	Método de colheita de dados.....	23
2.3.1	Instrumento de colheita de dados.....	23
2.3.2	Entrevista	24
2.4.	Procedimento de colheita de dados.....	24
2.5.	Análise dos dados.....	25
3.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	26
3.1.	Caracterização da amostra	26
3.2.	Caracterização da sobrecarga associada ao cuidar	28
3.3.	Estratégias para evitar a exaustão	31
4.	TRABALHO DESENVOLVIDO	34
4.1.	Unidade de DP de um Serviço de Nefrologia de referência no nosso País	34
4.1.1.	Caracterização das Unidade de DP de um SNRP	34
4.1.2.	Realização do estágio	35
4.2.	Unidade de Hemodiálise de um Serviço de Nefrologia de referência no nosso País	37
4.2.1.	Caracterização das Unidade de HD de um SNRP.....	38
4.2.2.	Realização do estágio	38
4.3.	Unidade de DP do Serviço de Nefrologia onde exerço funções ..	40
4.3.1.	Caracterização da Unidade de DP de um SODF.....	40
4.3.2.	Realização do estágio	43
4.4.	Competências desenvolvidas.....	47

5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE	DESCRIÇÃO
Apêndice I	Revisão sistemática da literatura
Apêndice II	Cronograma do estágio no SNRP
Apêndice III	Cronograma estágio no SODF
Apêndice IV	Entrevista 1
Apêndice V	Entrevista 2
Apêndice VI	Entrevista 3
Apêndice VII	Entrevista 4
Apêndice VIII	Grelha com objectivos/actividades a desenvolver no serviço de DP do SNRP
Apêndice IX	Folheto “Cuidados após a colocação do cateter peritoneal”
Apêndice X	Grelha com objectivos/actividades a desenvolver no serviço de HD do SNRP
Apêndice XI	Grelha com objectivos/actividades a desenvolver no serviço de DP do SODF
Apêndice XII	Suporte em Power-point para a consulta de Enfermagem da nefrologia-Opções
Apêndice XIII	Suporte em Power-point para a consulta Médica da nefrologia-Opções

LISTA DE ANEXOS

ANEXO	DESCRIÇÃO
Anexo I	Autorização para a utilização da escala de Zarit, validada para a população Portuguesa
Anexo II	Versão Portuguesa da escala de Zarit
Anexo III	Avaliação do orientador de estágio do SNRP
Anexo IV	Avaliação do orientador de estágio do SODF

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Área Específica de Intervenção de Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade Curricular de Estágio com Relatório; foi-nos proposto a realização de um estágio em que pudéssemos demonstrar a aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela European Dialysis Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), concomitantemente com a elaboração de um relatório.

Esse relatório tem uma componente reflexiva, e de análise do papel que as experiências vivenciadas, têm para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao desempenhar funções na Unidade de Diálise Peritoneal (UDP), inserida no serviço de Nefrologia, do Hospital Onde desempenho Funções (HODF) procurei desenvolver um tema, que fosse útil para a UDP, e que fosse do meu agrado.

Para a escolha do tema utilizei a minha experiência profissional, cerca de 10 anos a cuidar de doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), em especial de doentes em programa de Diálise Peritoneal (DP), conversas com a Enfermeira Chefe do Serviço, com a restante equipa da UDP; e com os conhecimentos que fui adquirindo ao longo destes dois semestres do presente curso.

Deparamo-nos com o constante aumento de doentes com DRCT e com necessidade de realizarem Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), Alguns destes doentes têm mais de 65 anos, o que os pode tornar dependentes de um cuidador para assegurar a realização do tratamento. Actualmente, é cada vez maior a necessidade de envolver a família do doente no seu tratamento. Não apenas nas actividades que não são capazes de realizar, como de os substituir completamente na realização das mesmas.

A DP é uma das TSFR em que o doente/cuidador e a família participam activamente, sendo a mesma participação fundamental para o sucesso da técnica, como é realizada no domicílio exige uma grande motivação do doente/cuidador para o autocuidado, aliás é baseada no autocuidado.

O enfermeiro tem um papel fundamental para a motivação e capacitação dos mesmos para o autocuidado e deve estar desperto para detectar sinais de exaustão bem como estratégias para a poder evitar.

Perante esta problemática o tema por mim escolhido foi – **O papel do Enfermeiro Especialista no apoio ao cuidador do doente em Diálise Peritoneal para evitar a sua exaustão.**

O modelo conceptual escolhido para o desenvolvimento de todo o trabalho foi a teoria de autocuidado de Dorothea Orem, que define que 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)

Para a reflexão das competências de enfermeiro especialista desenvolvidas, foi utilizado o quadro de referência da Benner.

Assim, organizei o documento da seguinte forma: inicialmente efectuo o enquadramento teórico, com a contextualização, o referencial teórico, e as competências do enfermeiro especialista a desenvolver; de seguida apresento a metodologia do estudo de investigação: tipo de estudo, amostra, método de colheita de dados, procedimento de colheita de dados e o processamento dos mesmos; segue-se a apresentação, análise e discussão dos dados, onde faço a caracterização da população, e da sobrecarga associada ao cuidar e as estratégias para evitar a exaustão; por fim descrevo o percurso efectuado nos campos de estágio, onde demonstro as actividades desenvolvidas e a reflexão sobre as competências adquiridas ou desenvolvidas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento e DRCT

Observando a realidade mundial á qual Portugal não é indiferente, as sociedades encontram-se a envelhecer. Se considerarmos que idosos são as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, podemos analisar de dois modos, por um lado pelo aumento da esperança de vida; e por outro pelo aumento de pessoas idosas na população total.

Analisando os dados dos Censos de 2011, verificámos que Portugal possui 10.561.614 habitantes, dos quais 19,15% têm mais de 65 anos. Com o avançar da idade ocorre envelhecimento físico, mas também ocorrem alterações estruturais em todos os órgãos, não sendo o rim alheio a essas alterações, que podem provocar doenças, que podem ser agudas ou de carácter crónico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Doença Crónica é “Doença que tem uma ou mais das seguintes características. São permanentes, produzem incapacidade/deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.”

Pela mesma organização, estas doenças são responsáveis por 60% da mortalidade no mundo, e prevêem que até 2020, as doenças crónicas sejam a principal causa de incapacidade. Este aumento deve-se a vários factores tais como, o envelhecimento da população, a urbanização, juntamente com os principais factores de risco modificáveis.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), Portugal tem uma das taxas mais elevadas de Doença Renal Crónica (DRC), se a este facto associarmos o aumento da diabetes, da obesidade da Hipertensão Arterial (HTA), das doenças cardiovasculares, juntamente com o envelhecimento progressivo, é de prever que a DRC, de futuro se torne um problema de saúde muito grave, pois conduz a situações de doença incurável, progressiva e avançada. Actualmente estes dados devem ser, também ponderados sob o ponto de vista económico, pois vão se arrastando ao longo do tempo, o que

implica taxas de absentismo laboral e aumento da utilização dos serviços de saúde.

Se analisarmos os dados da SPN de 2011 detectámos que iniciaram TSFR 2391 doentes, dos quais 1448, que corresponde a 60%, com mais de 65 anos e que se dividem em 1366 Hemodiálise (HD) e 82 DP.

A DP, como técnica dialítica nos doentes idosos pode ser uma opção, pois habitualmente estes doentes têm associada patologia arteriosclerótica, o que dificulta a construção de um acesso para a HD e/ou patologia cardíaca, que condiciona uma maior incidência de episódios hipotensivos.

Concomitantemente, para os doentes em boas condições físicas significa uma melhoria na sua vida social, e nos idosos mais debilitados proporciona a permanência no domicílio, o que melhorará a sua qualidade de vida. Nesta situação, pode ser equacionada a hipótese de algum familiar ou cuidador tomar a seu cargo o autocuidado do doente, devendo para isso ser analisadas as infra-estruturas existentes.

Verificando o panorama mundial, grande parte dos doentes faz HD. A DP (nos doentes idosos) tem expressões diferentes: maior incidência nos países onde existem programas de DP assistida (como é o caso da França e Bélgica) e menor noutros países, o que pode ser explicado pela dificuldade em aprender do doente, por não existirem cuidadores, ou por as unidades de saúde não possuírem assistência domiciliária, nem infra-estruturas que permitam a realização da DP nas instituições de saúde. Devido a esta problemática, vários países tentaram resolver a situação, na França, é possível tirar licença por alguns meses para ser cuidador de alguém com doença prolongada; nos Estados Unidos da América o tempo despendido a cuidar de alguém é contabilizado como actividade laboral e estudam a hipótese de ser remunerado. No nosso país é muito difícil encontrar Lares que aceitem doentes a realizar DP.

Devemos ter sempre presente, que a opção pela TSFR, deve ser tomada pelo doente/família. Como Enfermeiros estamos obrigados a fornecer todos os esclarecimentos e informações com base no artigo 84 do “Estatuto dos Enfermeiros”, no artigo A.2.8 das “Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais” e no ponto 5 da “Carta dos direitos e deveres dos Doentes”. No sentido de formalizar a opção informada do doente, a Direcção Geral de saúde (DGS)

formulou uma norma N°017/2011 de Setembro de 2011, que deve ser fornecida ao doente/ cuidador para que a sua opção seja tomada de forma esclarecida.

Ao fornecermos ao doente/família as ferramentas que lhes permite optar pela modalidade de tratamento, dotamos os mesmos de capacidades de melhorar o auto controlo, a autovigilância, e capacitámo-los para a tomada de decisões, aumentando o seu grau de responsabilidade.

Estes doentes idosos podem apresentar condições para realizar a DP autonomamente ou implicar a família no processo, realizando-a com cuidador. Para tal é necessário que ocorra reestruturação familiar, que se criem as condições necessárias para receber o doente dependente no domicílio e que se redefinam tarefas, se necessário.

Ao tornar-se cuidador vai ter que articular a sua vida anterior familiar, profissional e pessoal, com esta nova função: realizar a DP ao seu familiar; o que é diário e por vezes várias vezes ao dia. Este facto pode, também alterar a dinâmica familiar, pois pode levar a alterações de papéis.

Ser cuidado por um familiar tem aspectos positivos, como a possibilidade de um ambiente mais humanizado, mas também negativos, como situações de conflito (quer com a família quer com profissionais de saúde) ou de exaustão do cuidador, condicionando a realização do tratamento do doente, desgastando as relações familiares, para além de aumentar a incidência de complicações da técnica.

Partindo da perspectiva de que o cuidador é frequentemente da família, esta tem um papel fundamental nos cuidados a longo prazo. Apesar de vários familiares poderem assumir essa responsabilidade, colaborando pontualmente na prestação de alguns cuidados, a prestação dos principais é sempre do cuidador. Este cuidador possui uma tarefa difícil e pode comprometer o seu próprio bem-estar.

Ao cuidar de um idoso no domicílio que realiza diálise peritoneal, para além dos cuidados habituais, o cuidador tem que realizar um tratamento diário, ou em algumas situações várias vezes por dia; tal facto provoca, segundo Piceathly e Maguire (2003) alterações no quotidiano do cuidador que podem ser de ordem física, psíquica, social, afectiva e financeira. Essas perturbações podem ser devidas a ter que lidar quer com a dependência física quer com a incapacidade mental da pessoa cuidada

Martins (2006) refere que os problemas físicos, emocionais e sociais dos cuidadores estão relacionados com as características da pessoa dependente, e com a interacção existente entre ambos.

Ao analisar a realidade da UDP do SODF, detectei que a média de idades é de 55,71 anos; dos 68 doentes à data em que os dados foram analisados (Abril de 2012), existiam 6 a realizar DP com cuidador informal. Nesta população, é sempre um familiar (cônjuge, irmão ou filhos), que coabita e tem a seu cargo unicamente a realização do tratamento dialítico, ou o auxilia em todas as suas actividades de vida diárias.

Martins em 2006 definiu sobrecarga do cuidador como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa cuidada, o que corresponde á percepção subjectiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. A mesma autora ainda refere que muitos dos problemas físicos, emocionais e sociais dos cuidadores estão relacionados com as características da pessoa cuidada e com a interacção que se estabelece entre ambos.

A supracitada autora refere que há factores determinantes na sobrecarga física, social e emocional do cuidador tais como a idade, a escolaridade do familiar cuidador, o sexo do cuidador, a situação de emprego, o grau de parentesco e a relação afectiva que o cuidador estabelece com o doente, bem como o número de horas que despende na prestação de cuidados. A partilha de responsabilidades com a restante família e a assistência ao doente levam á diminuição dos níveis de sobrecarga do cuidador, pois ao serem auxiliados nas tarefas, permite-lhes ter tempo para a realização de outras tarefas, e para si próprio.

Neste campo, ao enfermeiro de nefrologia, como profissional que mais contacta com o doente/família, cabe-lhe coordenar métodos de ajuda válidos que vão ao encontro das necessidades de educação, treino, avaliação e acompanhamento dos mesmos, prevenindo, detectando e corrigindo problemas que surjam, consciencializando-os e capacitando-os para o autocuidado. (Bermúdez, Jiménez&Sanz, 2006; Silva& Silva, 2003). O desenvolvimento de uma relação de parceria entre o profissional e o doente/cuidador permite-lhes obter conhecimentos que os tornem autónomos na realização do tratamento, e lhes

permitam participar na gestão do mesmo, tentando adequar o tratamento á realidade individual de cada situação.

Sendo uma realidade mundial e nacional, à qual a UDP do SODF não se alheia, creio que futuramente iremos lidar com a indução em diálise de doentes cada vez mais idosos e com maior necessidade de apoio de um cuidador. Penso por isso ser pertinente a realização deste estudo, para através dele podermos sensibilizar os profissionais de Saúde para esta temática.

Para verificar a pertinência do tema no meu contexto de trabalho, efectuei reuniões informais com a Enfermeira Chefe e com o grupo da UDP, que concordaram com a mesma. Após essas reuniões efectuei pesquisa bibliográfica, que me permitiu aprofundar conhecimentos nesta área específica e fornecer o suporte para o enquadramento teórico.

Efectuei uma revisão sistemática da literatura, para determinar a pertinência do tema, tendo obtido 5 artigos dos quais excluí um a partida por se tratar de uma descrição de sentimentos referidos num caso de rejeição de enxerto. **Apêndice**

I

Foram realizados contactos com possíveis locais de estágio. Tendo optado por um Serviço de Nefrologia de Referência do nosso País (SNRP), onde fui recebida pela Enfermeira Chefe, que me explicou a realidade da UDP e da HD. A opção por este hospital deve-se ao facto de ser o hospital na zona da grande Lisboa com um consistente programa de diálise peritoneal.

1.2. Diálise Peritoneal

A DP é uma técnica que assenta no autocuidado, implicando o doente/cuidador na gestão do seu tratamento. Á Enfermagem cabe-lhe o papel de auxiliar e educar o doente e familiares na adaptação ao mesmo, através do ensino, treino e consciencialização para o autocuidado.

Por se basear no autocuidado, considero que a teoria de Orem é a que melhor se aplica. Para a autora autocuidado é “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, p.35). A mesma autora refere que “a relação da enfermeira com o paciente é uma relação de complementaridade.

Isto significa que os enfermeiros agem para ajudar os pacientes a assumirem a responsabilidade do autocuidado pela sua saúde.” (Orem, 1980, p. 10)

A teoria divide-se em 3 construções teóricas: a teoria do autocuidado; a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem.

A DP assenta na realização de acções sistematizadas e deliberadas, que são aplicadas continuamente para a continuidade da vida; o que vai ao encontro da teoria do autocuidado (Orem,1980).Segundo a autora os desvios de saúde surgem dos estados de doença, do diagnóstico e tratamento. Para compreender estes requisitos, tem que existir conhecimento científico e de tecnologia médica, que o Enfermeiro possui. (Orem, 1980, p. 50). Para melhorar a capacidade de autocuidado do doente/cuidador, é necessário desenvolver a capacidade destes para a prática do autocuidado; fornecendo-lhes conhecimentos específicos da DP, tornando-os autónomos. Orem (1980, pág. 35) refere-se à pessoa capaz de se autocuidar como “agente de autocuidado” e às pessoas que cuidam de dependentes como “agentes de cuidados a dependentes”

Na temática do cuidador, dentro dos métodos de ajuda definidos por Orem, saliento o apoio e educação - o Enfermeiro efectua ensino, incentiva o autocuidado, ajuda á adaptação favorecendo o seu desenvolvimento.

1.3. Competências do Enfermeiro Especialista a desenvolver

Segundo o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto – Lei nº 104/98, de 21 de Abril), enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” No decorrer das suas funções, o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas da profissão que visam a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. (Ordem dos Enfermeiros – OE,1998).

Pela OE (2009), as competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2011) as competências comuns são: Responsabilidade profissional ética e legal, onde devemos desenvolver um exercício seguro, profissional e ético, utilizando tomadas de decisão ética e deontológica intervenção; Melhoria da qualidade, o enfermeiro deve desenvolver um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de melhoria da qualidade; Gestão dos cuidados, aquisição de competências em gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação da equipa multidisciplinar; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pretende-se que se desenvolva o autoconhecimento e a assertividade.

As competências específicas são “as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e 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.”

Com a realização deste projecto pretendo desenvolver as competências especializadas em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na área específica de Enfermagem Nefrológica.

Devido ao tema a desenvolver estar relacionado com a DP, parece-me pertinente enumerar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa que são: cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, e, estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Pois estas competências estão inerentes á prestação de cuidados ao doente/cuidador em todo o processo de diálise peritoneal.

A European Dialysis Transplant Nurses Association (EDTNA) desenvolveu um quadro de competências específicas para os enfermeiros de nefrologia, que

assenta no quadro de referência da Benner (1984), segundo a qual (2005, p.39) “na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.” Estas competências abrangem a prestação de cuidados aos doentes renais crónicos em hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal de dador cadáver, ou dador vivo.

Para a DP, a EDTNA (2007) definiu como competências específicas as seguintes: prestação de cuidados específicos e individualizados ao doente em programa de diálise peritoneal, nas diversas fases (indução na técnica, cuidados diários); a educação da pessoa/família; e o suporte ao doente na transferência para a hemodiálise.

Com base no problema identificado (Papel do Enfermeiro especialista no apoio ao cuidador do doente em Diálise Peritoneal, para evitar a sua exaustão.), pretendo desenvolver um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que pretendo transferir para a minha prática profissional, o que melhorará a relação estabelecida com o doente/cuidador, desenvolvendo uma relação de ajuda.

A realização do estágio pretendia desenvolver as competências da enfermagem médica – cirúrgica específica para a área de intervenção de enfermagem nefrológica. Para tal foi realizado no sentido de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas de gestão do processo de doença, da ética da responsabilidade profissional e da educação, visando sempre a melhoria contínua e o desenvolvimento da profissão.

Defini como competências a atingir, de acordo com a OE e com a EDTNA:

- Agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta/idosa e seu cuidador, com doença renal crónica terminal, em programa de DP;
- Desenvolver uma prática profissional ética, respeitando os direitos da pessoa, e as responsabilidades profissionais;
- Participar na gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Promover a melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes/cuidadores em programa de diálise peritoneal;

- Promover um ambiente de parceria entre a equipa de saúde e o doente/cuidador;
- Desenvolver competências no âmbito da formação e da investigação no intuito de desenvolver as intervenções a realizar;
- Promover a utilização dos dados provenientes da evidência, na prática dos cuidados, incorporando esses dados no processo de tomada de decisão, no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo que pretende determinar a pertinência do fenómeno a analisar, com vista a aprofundar o conhecimento na referida temática.

2.2. Amostra

A população deste estudo é constituída por 122 doentes (dos quais 68 do SODF, e 54 do SNRP). A amostra foi constituída após o levantamento do número de doentes a realizarem DP com cuidador no SODF, e, em Abril de 2012 eram 6; o que corresponde a 8,8%. Na unidade de DP do SNRP, existiam mais 4 doentes na mesma situação; o que corresponde a 7,4%.

Apesar da pequena percentagem da amostra, penso que o tema é pertinente, pois a nossa população encontra-se envelhecida, e com tendência a aumentar, e é importante que tanto os familiares como os profissionais de saúde, se encontrem despertos para esta temática. Pela actual conjectura económica, também vai ser solicitado cada vez mais a autonomia do doente /família com vista á diminuição do tempo de internamento.

Previamente a realização do estágio na unidade de DP do SNRP, transitaram 2 doentes para a HD; e na unidade do SODF, ocorreram 2 óbitos. No decorrer do estágio na DP do SODF surgiu outro problema, que foi um dos cuidadores não se mostrou muito receptivo á realização da entrevista, e outro devido á sua patologia psiquiátrica de base, não foi possível realizar a referida entrevista.

No final restaram apenas 4 indivíduos, conforme quadro subsequente, o que pode limitar as conclusões.

Quadro I Motivo da não entrada no estudo

Causas da não entrada no estudo	SNRP	SODF	Totais
Óbito		2	2
HD	2		2
Não receptivo		1	1
Patologia Psiquiátrica		1	1
Entrevistas realizadas	2	2	4
Total	4	6	10

Trata-se de uma amostra intencional, pois é formada por sujeitos com características específicas, escolhida pelo investigador.

2.3. Método de colheita de dados

2.3.1. Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado, foi um questionário, traduzido e validado para a população portuguesa, por um grupo de Enfermeiras de Centros de Saúde de Odivelas e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que a aplicaram a cuidadores de doentes paliativos no domicílio, que pretendia determinar o grau de sobrecarga do cuidador de doentes em cuidados paliativos domiciliários – Versão Portuguesa da escala de Zarit. **Anexo II**

Foi pedida autorização às investigadoras que validaram a referida escala para a população portuguesa, a qual foi concedida. **Anexo I**

Na parte inicial procede-se á caracterização do cuidador relativamente á idade, sexo, estado civil, parentesco, tempo de prestação de cuidados, se é cuidador único ou não, se é a primeira experiência como cuidador e a escolaridade; e á identificação do utente alvo dos cuidados, relativamente a idade, sexo e doença que levou à dependência.

Foram identificados os cuidadores como A, B, C e D, pela ordem de preenchimento dos questionários, de modo a manter o anonimato. Os utentes

alvos de cuidados, foram identificados como A1, B2, C3 e D4, pelas mesmas razões.

Na segunda parte, aplica-se a escala de Zarit, que, é constituída por 22 asserções que compõem a Zarit Burden Interview, cujas respostas são dadas segundo uma escala tipo Likert, categorizadas com um score que vai de 0 a 4; na qual se pretendia determinar o grau de sobrecarga do cuidador, e que era aplicada ao cuidador

2.3.2. Entrevista

Com o intuito de melhor entender o tema em estudo, foi colocada uma questão aberta, onde o participante indicava o que na sua opinião poderia ser feito para evitar a exaustão.

Esta última questão foi colocada sob a forma de entrevista, que foi gravada, transcrita e, posteriormente efectuada análise de conteúdo das respostas. Optou-se por colocar na transcrição das entrevistas a sinalética de (...) quando ocorria uma pausa no discurso. As entrevistas foram realizadas entre Novembro de 2012 e Janeiro de 2013, durante a realização dos estágios

Previamente à gravação da entrevista foram garantidos os direitos ao anonimato, á privacidade e á confidencialidade dos participantes no estudo. Ainda com o gravador ligado foi efectuada o pedido do consentimento para a realização da mesma, uma vez que optei por não obter o referido consentimento em papel, para que as unidades não fossem reconhecidas. Foram realizadas quatro entrevistas.

2.4. Procedimento de colheita de dados

A colheita de dados foi efectuada no decorrer do estágio quer na DP do SNRP, que decorreu de 8 de Outubro a 19 de Dezembro de 2012 (**Apêndice II**); e no SODF, que decorreu de 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013 (**Apêndice III**)

2.5. Análise dos dados

Organizei as respostas dos cuidadores, determinando os “scores máximos” e “scores médio” e o “scores mínimos”.

O “score mínimo” foi calculado multiplicando o número de questões pelo valor mínimo (0); o “score máximo” foi calculado multiplicando o número de questões pelo valor máximo (4). O “score médio” foi calculado dividindo o score máximo por dois.

Distribuindo às categorias valores numéricos obtemos:

Nunca – 0; raramente – 22; às vezes – 44; muito frequentemente – 66 e quase sempre 88.

Assim, utilizando as instruções para tratamento dos dados o nível de sobrecarga dos cuidadores, foi classificado em:

Quadro II Nível de Sobrecarga dos cuidadores

SCORE	SOBRECARGA
<21	Ausência de sobrecarga
21 -40	Sobrecarga moderada
41 -60	Sobrecarga moderada a severa
≥61	Sobrecarga severa

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1. Caracterização da amostra

Como já foi referido anteriormente, a minha amostra é muito pequena, pelo que penso não se justificar a descrição pormenorizada da caracterização inicial do cuidador e de quem recebe os cuidados.

Na parte referente á identificação do cuidador, pretendia determinar a idade, o sexo, o estado civil, o parentesco com o utente alvo dos cuidados, há quanto tempo presta cuidados, se é a primeira experiência como cuidador e o grau de escolaridade.

Assim obtive:

Quadro III CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES

		Idade	Sexo	Estado civil	Parentesco	Tempo a cuidar	Cuidador único	Experiência C/ cuidador	Grau de escolaridade
Cuidador	A	45	F	Viúva	Filha	8m	Sim	1ª experiência	Ensino 2º
	B	71	F	Cas	Esposa	8m	Sim	1ª experiência	Ensino 2º
	C	54	F	Cas	Irmã	17m	Não	2ª experiência	Ensino 2º
	D	52	M	Cas	Esposo	16m	Sim	1ª experiência	Ciclo prep

Analisando o quadro detecto que:

- O cuidador mais novo tem 45 anos, e o mais velho 71, o que perfaz uma média de idades de 55,5 anos;
- A maioria (3 em 4) é do sexo feminino;
- 3 São casados e 1 é viúvo;
- O cuidador é sempre um familiar directo (cônjuge, filha ou irmã);
- O tempo mínimo de cuidar nesta amostra é de 8 meses, e o máximo é de 17 meses, o que perfaz uma média de 12,25 meses de cuidados prestados;
- 3 São cuidadores únicos e um tem ajuda do cônjuge;
- Apenas 1 já tinha tido experiência como cuidador anteriormente;
- 3 Possuíam o Ensino Secundário e 1o Ciclo Preparatório.

- Relativamente ao utente alvo dos cuidados pretendia saber a idade, sexo e o motivo que levou á dependência.

Quadro IV CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES ALVO DE CUIDADOS

Utente	Idade	Sexo	Doença que levou á dependência
A1	77	M	DRC; idade; filha já ter realizado DP
B2	78	M	DRC, AVC com saquelas, idade
C3	45	F	DRC, oligofrenia
D4	41	F	DRC, diabetes, diminuição acuidade visual, pânico da HD

Da análise do quadro observa-se que:

- O utente alvo de cuidado mais novo tem 41 anos, e o mais velho 78, o que perfaz uma média de idades de 60,25 anos;
- Encontram-se distribuídos equitativamente por ambos os sexos;
- Relativamente ás patologias que causaram dependência, para além da DRC, as restantes causas foram variadas.

De salientar que os resultados vão ao encontro da bibliografia consultada pois, já Asti et al (2006) avaliando a população turca em diálise peritoneal contínua ambulatória e os seus cuidadores, constatou que a idade dos cuidadores e doentes é semelhante; a maioria dos doentes são homens, e os cuidadores mulheres e grande parte dos cuidadores são cônjuges.

Winchester em 2002 referiu também que pacientes mais idosos dependiam mais de um cuidador, o que também foi verificado como causa da dependência de um cuidador.

Ferreira et al (2010), ao efectuar a validação da Escala de Zarit sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários para a população Portuguesa, constatou que os cuidadores são na sua maioria familiares e que em cerca de 50% o doente é o cônjuge. Detectou, também que habitualmente são cuidadores únicos, e na grande maioria é a primeira experiência como cuidador.

3.2. Caracterização da sobrecarga associada ao cuidar

No autopreenchimento da escala de Zarit, as respostas escolhidas variavam de “nunca” com um score de 0, “raramente” com um score de 1, “e às vezes” com um score de 2, “muito frequentemente” com um score de 3 e “quase sempre” com um score atribuído de 4.

Se atribuirmos valores numéricos à resposta dada obtemos:

Quadro V CORRESPONDÊNCIA DE VALOR NÚMÉRICO À CATEGORIA DA RESPOSTA

Categorias	Valor numérico
Nunca	0
Raramente	22
Às vezes	44
Muito frequentemente	66
Quase sempre	88

Ao preencherem a escala de Zarit, obtive os seguintes resultados que apresento no seguinte quadro:

Quadro VI RESPOSTAS AO PREENCHIMENTO DA ESCALA DE ZARIT

Questão	Cuidador A	Cuidador B	Cuidador C	Cuidador D	Soma
Pedir mais ajuda do que precisa	1	2	0	0	3
Falta de tempo para si	2	4	0	2	8
Enervar-se por conciliar os cuidados c/ outras tarefas	2	1	0	0	3
Incomoda como o familiar se comporta	0	2	0	2	4
Irrita-se quando está com o familiar	0	0	0	0	0
O familiar afecta as outras relações	0	4	0	0	4
Receio do que pode acontecer ao familiar	4	4	0	4	12
Sente que o familiar está dependente de si	4	4	4	4	16
Constrangimento c/ o familiar	0	1	0	0	1
Sente que a sua saúde está a sofrer	2	3	0	0	5
Falta de privacidade	2	3	0	2	7
Alteração na vida social	3	4	0	2	9
Convidar amigos para irem á sua casa	0	0	0	0	0
Familiar pensa que é a única pessoa de quem pode depender	3	3	2	0	8
Dificuldades económicas	2	0	2	2	6
Não poder continuar a cuidar do familiar	1	0	0	0	1
Perda de controlo	2	0	0	3	5
Transferir trabalho para outra pessoa	0	2	0	0	2
Insegurança sobre o que fazer	2	2	0	0	4
Fazer mais pelo familiar	0	0	2	0	2
Cuidar melhor da familiar	0	0	0	0	0
Sobrecarregado por cuidar	2	0	0	0	2
Score	32	39	10	21	

Da análise das questões, os aspectos que indicam maior grau de sobrecarga, não são mais que constatações, pois correspondem à dependência do utente alvo de cuidados com um total de 16, o receio em relação ao futuro com 12, a

alteração da vida social com 9, seguida do sentimento de dependência que o utente alvo de cuidados tem de si, e da falta de tempo para si, ambas com 8; os quais não indicam até que ponto se trata de sobrecarga.

Se formos observar as outras questões que podem indicar sobrecarga por ter um utente dependente de si, apresentam scores baixos, tais como: enervar-se ao tentar conciliar os cuidados ao familiar com outras tarefas, com um score 3; irritar-se quando está com o seu familiar, com um score 0; transferir o trabalho para outra pessoa e se sente sobrecarregada por cuidar do seu familiar, com um score 2.

Somos levados a concluir que o maior receio dos cuidadores têm a ver com a dependência do utente alvo dos cuidados, e com o que lhe pode acontecer no futuro. As questões relacionadas com a alteração da vida social, o não ter tempo para si e o utente alvo de cuidados pensar no cuidador como a única pessoa em quem depende, também são factores que podem desenvolver sobrecarga no cuidador, de acordo com a amostra em estudo.

Apesar dos cuidadores referirem como factor de sobrecarga o utente alvo dos cuidados estar dependente de si, não indicaram como preocupantes o estar como o utente alvo de cuidados, o receber amigos em casa e pensar que não poderiam cuidar melhor do seu utente. Detecto também, que não apresentam constrangimento de cuidar do utente alvo de cuidados e acham que podem continuar a tratar do mesmo

Analisando o somatório das questões, detectamos que:

- Dois indivíduos apresentam ausência de sobrecarga
- Dois indivíduos apresentam sobrecarga moderada

Quadro VII SCORE DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

	Cuidador A	Cuidador B	Cuidador C	Cuidador D
Score	32	39	10	21
Sobrecarga	Sobrecarga moderada	Sobrecarga moderada	Ausência de sobrecarga	Ausência de sobrecarga

Saliento que o cuidador D, se encontra no limite de transição para sobrecarga moderada.

3.3. Estratégias para evitar a exaustão

Este fenómeno foi estudado pela análise da questão aberta, onde o participante indicava o que na sua opinião poderia ser feito para evitar a exaustão/cansaço, que pode ocorrer devido ao cuidar da pessoa a seu cargo.

Apêndice IV, V, VI, VII

Após a análise das entrevistas emergiram expressões que considerei significativas e que me levaram a definir categorias: 1) o problema que causa; 2) o sentimento que poderá levar á exaustão, e 3) a solução para o problema.

Quadro VIII Análise das entrevistas

	Expressões	Problema	Sentimento	Solução
Cuidador	...“para eu poder ter uma noite livre”... ...“ele é meu pai,(...) tenho que tratar dele”... ...“eu também sou doente, (...), se me acontece algo”... ...“mas os meus irmãos não se importam”...	Ser um tratamento noturno, e não ter apoio	Insegurança Gratidão	Irmãos aprenderem o tratamento
Cuidador B	...“isto de ser noturno, é complicado.”!... ...“porque para não ser feito em casa,(...), não há muita opção(...)...”; ...“alguém que nos pudesse substituir, sem nós ficarmos com problemas de maior nem outras consequências.”... ...“alguém que pudesse estar presente rapidamente e que, (...), pronto, (...), nos pudesse transmitir outra segurança”... ...“uma ajuda aaaah,...alguém que pudesse estar presente rapidamente e que... nos pudesse transmitir outra segurança”...	Ser um tratamento noturno	Insegurança	Existir apoio rápido e poder ser realizado fora de casa
Cuidador C	...“neste momento está tudo bem”... ...“tenho o apoio de familiares”... ...“não há necessidade de (...), ter alguém”...	Não existe de momento	Segurança	
Cuidador D	...“penso que o MS deveria ter uma quantidade de profissionais competentes para fazer o trabalho”... ...“o MS deveria ter uma quantidade de profissionais competentes para fazer o trabalho que eu estou a fazer... se tivesse essas pessoas... nunca ninguém chegaria á exaustão”... ...“toda a vida descontei, tenho 60 anos, tenho que continuar a trabalhar e realizar o tratamento á minha esposa”...	Ineficácia do Ministério da Saúde	Revolta	Tratamento ser assegurado por profissionais

Analisando os dados da caracterização do cuidador, com o utente alvo dos cuidados, com a soma dos scores e score de sobrecarga, obtemos:

Quadro IXANÁLISE DE DADOS DO QUESTIONÁRIO COM O GRAU DE SOBRECARGA

Cuidador	Idade	Sexo	Parentesco	Tempo em meses	Cuidador único	Experiência como cuidador	Idade do cuidado	sexo	scores	Nível sobrecarga
A	45	F	Filha	8M	Sim	1ªexperiência	77	M	32	Sobrecarga Moderada
B	71	F	Esposa	8M	Sim	1ªexperiência	78	M	39	Sobrecarga Moderada
C	54	F	Irmã	17M	Não	2ªexperiência	45	F	10	Ausência Sobrecarga
D	52	M	Esposa	16M	Sim	1ªexperiência	41	F	21	Ausência Sobrecarga

Da análise dos dados e comparando os cuidadores que apresentam sobrecarga moderada, existem alguns dados em comum: São cuidadores únicos; É a sua primeira experiência como cuidadores; Têm pouco tempo de cuidar (8M); Os utentes alvo de cuidados são mais velhos. Refiro também que o cuidador que se encontra no limiar da sobrecarga, também tem a primeira experiência como cuidador, e é o único cuidador.

Winchester (2002) referiu ao analisar 10 anos de experiência de DP em lares de idosos constatou que estes pacientes dependem mais de um cuidador; Asti et al (2006), referiu também; após analisar a população turca; que a idade dos cuidadores é semelhante á dos utentes, que a maioria dos cuidadores são mulheres e cônjuges e os utentes alvo de cuidados são homens.

Em relação aos cuidadores com ausência de sobrecarga, também existem pontos em comum:

Possuem mais tempo de prestação de cuidados; Os utentes alvo de cuidados são mais jovens; e são ambos mulheres.

Martins (2006) refere que a partilha de responsabilidades com a restante família, leva á diminuição dos níveis de sobrecarga

4. TRABALHO DESENVOLVIDO

O estágio foi definido para ser realizado na DP do SNRP, e na DP do SODF.

O estágio teve a duração de 18 semanas, entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, tendo de cumprir uma média de 25 horas semanais.

A sequência do estágio foi de, 3 de Outubro a 19 de Dezembro realizado no SNRP, onde passei grande parte do estágio na UDP, tendo passado também pela HD. De 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro estagiei no SODF.

4.1. Unidade de DP de um Serviço de Nefrologia de referência no nosso país

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de ser uma Unidade com elevado grau de diferenciação, e do desejo de conhecer outras formas de trabalhar, diferentes da que se pratica na unidade onde desempenho funções de enfermeira, o que promoveria a reflexão sobre a prática fomentando o crescimento pessoal e profissional.

Para este local de estágio defini como objectivos de projecto:

- Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em programa de DP e família;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Colher dados sobre as estratégias utilizadas para evitar a exaustão do cuidador. **Apêndice VIII**

4.1.1. Caracterização da Unidade de DP de um SNRP

A Unidade de DP encontra-se inserida no Serviço de nefrologia do qual também faz parte a Unidade de HD. Fisicamente situa-se no Piso 1, juntamente com a Unidade de HD. É constituída por 1 gabinete Médico; 1 gabinete de Enfermagem; 1 sala de hospital de Dia da DPCA. Funciona de 2^a a 6^a feira (excepto nos feriados e fins de semana) das 8 às 16 horas.

Em termos de recursos humanos a Unidade dispõe de 1 Médica Nefrologista; 2 Enfermeiros; 1 Assistente Social; 1 Dietista (ambas partilhadas com o Serviço de Nefrologia); e 1 secretária (partilhada com a Unidade de HD).

Os doentes chegam á DP através da Consulta de Esclarecimento das Técnicas de substituição da Função Renal, oriundos da Consulta de Nefrologia da Unidade de Referência, de outras instituições ou por falência de acessos. Saliento que a referida Consulta de Esclarecimento das Técnicas de substituição da Função Renal, é realizada segundo a norma da DGS, desde 15/10/2012.

A 30/11/2012 o programa apresentava 54 doentes, 47 por opção e 7 por falência de acessos. Destes a distribuição por sexo era de 35 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, as idades variam entre 19 e 81 anos, o que perfaz uma média de idades de 49,25 anos.

Os Enfermeiros nesta Unidade acompanham o doente desde que opta por DP; na colocação do cateter de Tenckhoff; nos cuidados imediatos e tardios; no ensino da técnica de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA); consultas de rotina; despiste e resolução de complicações e esclarecimento de dúvidas.

4.1.2. Realização do estágio

Previamente à realização do estágio já possuía boas referências da unidade de DP, e pela realização do mesmo, pude comprová-las. Detectei algumas diferenças em determinados procedimentos, (realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal -PET, a substituição do prolongador, etc.) e foi muito produtiva a “discussão” entre Enfermeiros sobre as vantagens/desvantagens de ambas as formas de proceder.

Uma das diferenças que detectei, era que no SODF realizámos inúmeros folhetos explicativos que são entregues aos doentes após o ensino ou num momento de reensino; e que nesta unidade apenas existem folhetos realizados por alunos de Mestrados anteriores. Conversámos sobre este facto e expliquei que na minha opinião os folhetos serviam como uma “cábula” em casa do doente.

Durante a realização do estágio ocorreu a colocação de vários cateteres de Tenckhoff, e foi-me solicitada a realização de um folheto que seria entregue aos doentes após a colocação do referido cateter. **Apêndice IX**

Concordei com a realização do mesmo, pois constato que é uma altura, em que as emoções estão ao “rubro”, pois é a altura do confronto com a iminência de iniciar tratamento; algo que apesar de ser frequentemente abordado nas consultas de rotina, parece estar num futuro longínquo. Por esse motivo a comunicação verbal efectuada previamente, é esquecida, e quando é lembrada, parece que é a primeira vez que a estamos a transmitir. Destina-se aos utentes que colocam cateter de Tenckhoff, e contem as informações dos cuidados que lhes irão ser prestados nas próximas vindas ao Hospital; e os cuidados a ter no domicílio.

Com o panfleto pretendo desmistificar os medos e receios, do período pós colocação do cateter, e que sirva de consulta rápida para esclarecimento de dúvidas que possam surgir.

Após a conclusão do estágio sei que o panfleto se encontra em utilização, e os doentes referem ser claro e de fácil utilização.

Particpei também, activamente na realização de consultas de enfermagem de esclarecimento das TSFR., onde pude desenvolver as competências preconizadas pela EDTNA para a educação da pessoa/família

Pretendia ainda determinar as estratégias utilizadas na unidade para evitar a exaustão dos cuidadores; e detectei que a equipa de DP, se mostrava sempre disponível para qualquer esclarecimento, quer presencialmente quer via telefónica, pois um dos utentes a realizar DP com cuidador era de longe.

Com a realização do estágio, saí enriquecida pela partilha de experiências, e prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa em programa de DP e à sua família., diminuindo o seu sofrimento e melhorando o bem-estar, sempre sob o domínio da responsabilidade profissional ética e legal.

Pessoalmente saí enriquecida por novas experiências, e pelo constante “brainstorming” a que nos propúnhamos, no sentido de justificarmos as diferenças que detectávamos na realização das mesmas técnicas. Pude neste campo desenvolver a competência da melhoria da qualidade.

Refiro também, que apesar desta unidade ser em termos de espaço maior, tinha a sensação de ser mais calma, e chegar ao fim do dia menos cansada, do que na unidade onde trabalho; provavelmente devido ao facto da responsabilidade profissional ser diferente da responsabilidade de estudante.

Detectei que o apoio dado pela equipa de enfermagem é muito valorizado, e que recorrem a ela, quer pessoalmente, quer via telefónica. Esta procura também acontece, após os doentes transitarem para outra técnica dialítica.

Nos dois doentes a realizarem DP com cuidador informal, verifiquei, que os cuidadores também recorriam muito á equipa de enfermagem, e que a equipa multidisciplinar, tentava minimizar o tempo de cuidados a prestar ao utente alvo de cuidados, estando os dois utentes a realizar DPA.

Durante todo estágio mantive uma postura crítica quanto às práticas realizadas, baseando na evidência científica e procurando a melhoria contínua.

No final do estágio atingi os objectivos a que me propus, como consta na avaliação do orientador. **Anexo III**

4.2. Unidade de HD de um Serviço de Nefrologia de referência no nosso país

Apesar de o meu projecto estar vocacionado para a DP, optei por realizar um estágio na HD, pois servirá de grande ajuda no desenvolvimento de competências para auxiliar o doente/cuidador na transferência para a hemodiálise, quer esta seja provisória quer definitiva o que também vai de encontro ao preconizado pela EDTNA (2007).

A realização deste estágio não fará de mim perita na área de hemodiálise, mas fornecer-me-á as ferramentas necessárias para agir como perita perante o doente/família em programa de DP, nomeadamente mais bem preparada para esclarecer dúvidas.

Apesar de como já referi, este estágio ser de pequena duração, permitiu-me, como pretendia adquirir/desenvolver competências para o suporte ao doente/cuidador na transferência para a hemodiálise, como preconizado pela EDTNA (2007).

Devido ao pouco tempo de estágio apenas defini um objectivo que foi:

- Desenvolver competências relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem específicos à pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise **Apêndice X**

4.2.1. Caracterização da Unidade de HD de um SRNP

A Unidade de HD encontra-se inserida no Serviço de nefrologia do qual também faz parte a Unidade de DP como referido anteriormente. Fisicamente situa-se no Piso 1, e é constituída por 1 sala de tratamento com 14 postos, 1 sala para doentes com HIV ou HBS positivos com 5 postos, 1 quarto de isolamento que durante a manhã funciona quando há necessidade para a Pediatria, uma sala de espera vestiários para os doentes, uma sala de tratamento de águas e uma arrecadação.

A Unidade funciona diariamente durante as 24 horas.

Em termos de recursos humanos a Unidade dispõe de nos turnos da manhã e tarde de 6 a 7 Enfermeiros (um dos quais a Enf^a Responsável) e 2 Médicos Nefrologistas e á noite, de 3 Enfermeiros e 1 Médico Nefrologista.

Esta Unidade dá resposta a entre 40 a 60 doentes por dia; e dá apoio no restante Hospital como sejam diálises noutros pisos (possui monitores portáteis e aparelho portátil de tratamento de água- Reverso Osmosis (R.O.), técnicas contínuas (plasmaferese, Hemodiafiltração).

4.2.2. Realização do estágio

Com a realização deste estágio consegui, como pretendia, adquirir/desenvolver competências para o suporte ao doente/cuidador na transferência para a hemodiálise, como preconizado pela EDTNA(2007). Esta transferência é uma realidade, pois os doentes podem transitar de TSFR mesmo que a sua opção seja pela DP. Factores como infecção, falência da membrana, podem levar a transferência quer temporária ou definitiva para HD.

Este estágio foi para mim, o mais difícil, pois é uma área completamente nova para mim. Apesar de possuir conhecimentos teóricos sobre HD, uma vez que no SODF, realizo a Consulta de Opções, e preciso desses conhecimentos para

explicar em que consiste essa modalidade e esclarecer os doentes/família; o entrar dentro de uma sala de HD e deparar-me com a realidade fez-me sentir insegura, pois não é uma área que domine. Nesta fase foi crucial o acompanhamento do colega que me orientou, e com quem verbalizei os meus receios. Foi também salutar o poder acompanhar a transição de um doente que se encontrava a realizar HD para DP, tendo participado activamente no ensino da técnica de DP:

Desconhecia as rotinas, os procedimentos, o que me provocou sentimentos de insegurança. Devido ao pouco tempo destinado a este estágio, optei conjuntamente com o orientador, não puncionar acessos, e focar-me na parte mais técnica da HD. Penso que neste ponto valorizei o desenvolvimento da competência das aprendizagens profissionais, através do meu autoconhecimento.

Detectei, também que por vezes a imagem que temos da HD, é um pouco “o liga e desliga” doentes, e durante a realização deste estágio verifiquei que vários elementos da equipa aproveitavam a sessão de HD, para efectuarem ensino de gestão do regime terapêutico, sobre a alimentação, aos quais alguns doentes se mostravam bastante interessados.

No final do estágio já preparava sem dificuldade as máquinas de HD para a realização dos tratamentos. Acompanhei alguns doentes tendo conversado com eles sobre as suas dificuldades e receios.

Através deste estágio penso que fiquei melhor preparada para dar suporte quer ao doente quer a família na transição para a HD, quer esta seja temporária quer definitiva; pois o apoiar com conhecimentos práticos torna o ensino mais real, e mais direccionado para as grandes diferenças entre os tratamentos. O percurso contrário também pode ocorrer, e é necessário que consiga, do mesmo modo, auxiliar o doente/cuidador nesta transição.

Um assunto que me causou alguma preocupação foi a proximidade entre os postos de HD na sala, o que vai contra os princípios da privacidade dos doentes, pois apesar de existirem cortinas, elas não protegem o direito estipulado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente: “ O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.” Conversei com o orientador da sala de HD, que concordou comigo, mas que referiu que os

postos eram necessários e que a equipa tentava sempre manter a privacidade dos doentes.

No final do estágio atingi o objectivo a que me propus.

4.3. Unidade de DP do Serviço de Nefrologia Onde Exerço Funções

Uma vez que o tema do meu trabalho estava relacionado com o meu local de trabalho, este último estágio foi realizado de 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro na UDP do SODF.

Pretendia neste campo de estágio desenvolver e aplicar o resultado de todo o trabalho.

Para este local de estágio defini como objectivos de projecto:

- Identificar as necessidades de cuidador;
- Desenvolver estratégias para evitar a exaustão do cuidador;
- Determinar estratégias para actuar no caso de exaustão do cuidador;
- Implementar programas educativos para a equipa de enfermagem sobre os riscos de exaustão do cuidador. **Apêndice XI**

4.3.1. Caracterização da Unidade de DP do SODF

A Unidade onde desempenho funções, é também, uma Unidade de referência no nosso país.

Fisicamente localiza-se no piso -1, área da Consulta externa, mas sob a tutela do Serviço de Nefrologia. É constituída por um gabinete médico, 1 gabinete de Enfermagem, 1 sala de trocas.

A equipa multidisciplinar que a compõe é formada por 3 médicos, 2 enfermeiras, 3 secretárias (duas da Nefrologia/HD e a da consulta), 1 assistente social e 1 dietista.

A organização da unidade é a seguinte: Consultas de DPCA 2ª, 5ª e 6ªfeira; a4ªrealizam-seas consultas de Nefrologia- opções e a 3ª ocorrem

procedimentos mais específicos, como seja, a realização de PET. Diariamente recorrem doentes á unidade para esclarecimentos ou resolução de complicações.

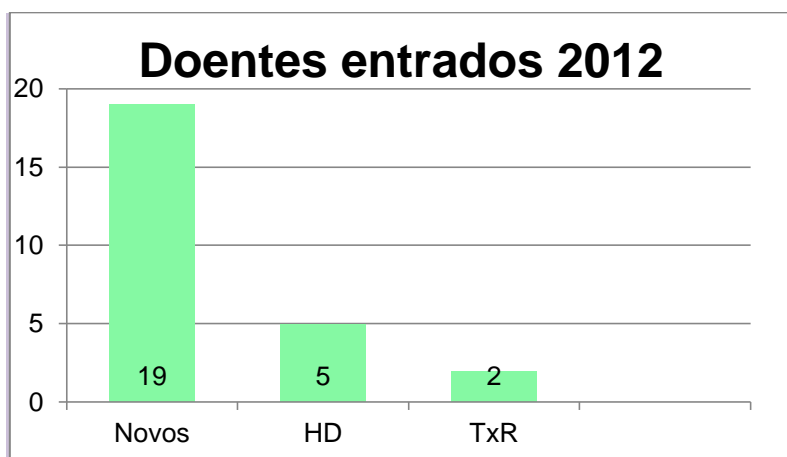
Os Enfermeiros nesta Unidade acompanham o doente desde que opta por DP; na colocação do cateter de Tenckhoff; nos cuidados imediatos e tardios; no ensino da técnica de DPCA e DPA; nas consultas de rotina; no despiste e resolução de complicações e esclarecimento de dúvidas.

Em Dezembro de 2012, existiam 74 doentes a realizar programa regular de DP, distribuídos em 49 homens e 25 mulheres. As idades variavam entre 24 e 77 anos, o que perfaz uma média de idades de 54,43%.

Dos 74 doentes a realizar DP, refiro que 90% escolheu DP por opção (corresponde a 67 doentes); e 9% realiza DP por falência de acessos (corresponde a 7 doentes). Estes doentes foram referenciados e passaram pela consulta de esclarecimento do referido serviço Consulta de Nefrologia - opções.

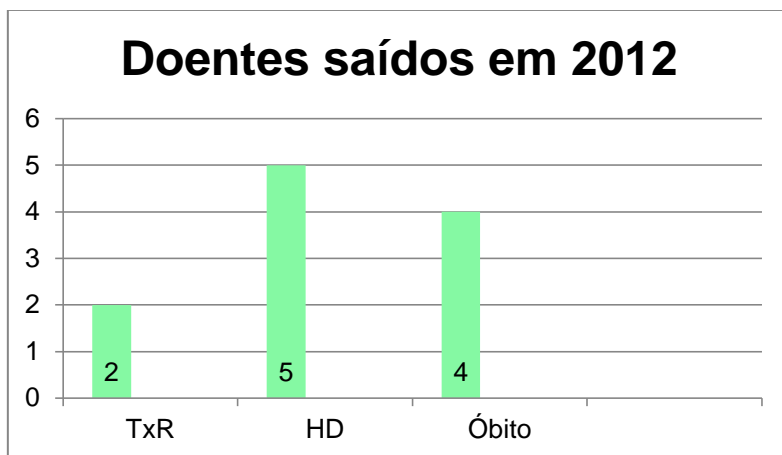
Dos 26 doentes que entraram no programa em 2012, a sua proveniência distribui-se conforme demonstrado no gráfico seguinte. Podemos observar que 19 doentes iniciaram DP como primeira opção de tratamento, 5 transitaram da HD e 2 por perda de enxerto renal.

Gráfico N I



Dos 11 doentes que abandonaram a técnica a sua distribuição encontra-se representada no gráfico seguinte. Observámos que 2 foram submetidos a duplo transplante rim-pâncreas, 5 transitaram para HD e 4 morreram.

Gráfico N II



As causas de passagem para HD foram várias, 1 por exaustão com a DP, 1 por não adesão ao tratamento e 3 por falência de UF da membrana peritoneal.,

Saliento mais uma vez a importância de adquirir/desenvolver competências para auxiliar o doente/cuidador na transferência para a hemodiálise, como preconizado pela EDTNA, pois durante 2012, 5 doentes transitaram temporariamente para HD quer por substituição do cateter, ou por comunicações peritoneo-pleural ou peritoneo-escrotal (leak), o que implicou a realização de todo o ensino relacionado com a restrição hídrica, a restrição dietética, a medição da diurese, o controle de peso. Como se trata de uma transição temporária estes doentes enquanto realizam diálise não devem perder muito peso, para não perderem a diurese.

Com o desenvolvimento destas competências espero ter proporcionado uma transição mais calma, uma vez que os doentes foram elucidados e esclarecidas dúvidas.

4.3.2. Realização do estágio

No decorrer deste estágio, desenvolvi as actividades habituais á unidade, mas fui frisando sempre, as diferenças encontradas na outra unidade, e reflectindo sempre, sobre as diferenças.

Uma das grandes diferenças que notei, tem a ver com o tempo de ensino, que na outra unidade é superior ao da minha. Da minha observação, tem a ver com o facto, que após a colocação do cateter o doente vem á unidade e inicia o ensino sobre a realização do penso, e depois inicia durante um período de cerca de 2 semanas o ensino da técnica.

A minha realidade é diferente. Após a colocação do cateter, é iniciado o ensino da lavagem e desinfecção das mãos e da realização do penso do Orifício de Saída (OS). Este decorre até á retirada do material de sutura.

Na altura de iniciar o tratamento programa-se o ensino da técnica que está preconizado ter a duração de 5 dias, e é realizado por uma das enfermeiras. Quando esta determina que o doente/familiar se encontra em condições de realizar o seu tratamento no domicílio, a outra enfermeira realiza a avaliação da técnica.

O ensino assenta em diferentes aspectos teóricos em cada dia, e na parte prática todos os dias. Apesar do ensino estar preconizado ter a duração de 5 dias, isso pode nem sempre acontecer, e pode ter que aumentar o tempo de ensino, ou a técnica de ensino, ou mesmo mudar a pessoa que ensina.

Como os resultados são bons em ambas as unidades, e na minha pensamos que “em equipa que ganha não se mexe!”, para já não vamos mudar a estratégia de ensino.

Saliento aqui, e como já referi anteriormente, no SODF, damos muita importância ao consolidar do ensino que é iniciado após a escolha por DP, e que atinge o ponto máximo na indução em DPCA. Para esta etapa dispomos de uma *checklis* tem que temos estruturado por dias os temas a focar em cada dia. Como também detectamos que é útil um lembrete, realizámos no decorrer de 2012 inúmeros panfletos com vários temas desde a colocação do cateter; cuidados ao cateter; cuidados domiciliários após a colocação do cateter; lavagem das mãos; desinfecção das mãos; cuidados ao OS; Guia para realização de um ciclo de DPCA (Baxter e Fresenius); preparação e

administração de antibioterapia e de heparina intra-peritoneal; realização de DPA (Baxter e Fresenius); complicações infecciosas (OS, túnel e peritonite). Estes folhetos entraram em utilização em Janeiro de 2013, e segundo vários doentes são de fácil leitura e apreensão, o que me deixa feliz por serem úteis.

No decorrer do referido estágio, e porque foi realizado em contexto de trabalho, decidi fazer algo que pudesse ficar para usufruto da Unidade de DP. Realizei reuniões com a restante equipa de DP, e com a Enf^a Chefe do serviço, e decidimos efectuar material de suporte para a consulta de Nefrologia – Opções, que seria utilizado na consulta de enfermagem.

A referida consulta funciona todas as quartas feiras e encontra-se estruturada da seguinte forma: numa primeira consulta o doente/família é observado pelo médico, que realiza uma observação inicial (situação de vida, grau de dependência, suporte familiar, antecedentes pessoais, condições habitacionais), e são abordados temas como: anatomia/fisiologia do aparelho urinário, exames efectuados para verificar o seu funcionamento, funções do rim, etiologia da DRC, sinais e sintomas da DRC, e posteriormente as TSFR (DP, HD, TxR, terapia conservadora). De seguida é observado pela Assistente Social que indica os direitos e deveres da DRC.

Numa segunda abordagem, o mesmo doente é consultado pela dietista que indica as principais diferenças na dieta de quem realiza DP e HD e pela Enfermeira, que demonstra as diferentes técnicas de substituição da função renal, as suas modalidades, vantagens e desvantagens de cada uma e as principais diferenças entre elas.

O referido material foi apresentado á equipa da DP e à orientadora do local de estágio e recebeu a sua aprovação, e já se encontra em utilização. Foi efectuado tendo por base a norma nº017/2011 da DGS, e segue a ordem da mesma; começo por falar da DP, vantagens/desvantagens e modalidades; da HD, vantagens/desvantagens e modalidades; Transplante renal (TxR), vantagens/desvantagens e modalidades e o tratamento conservador. É de referir que esta consulta é efectuada após a consulta médica, em que as diferentes modalidades são apresentadas pela primeira vez, e lhes é entregue a norma da DGS para lerem e assinalarem a sua preferência.

Apesar da obrigatoriedade da aplicação da norma, a minha unidade já a realizava estando em funcionamento devidamente estruturada desde Março de

2009, e pretendíamos promover a aceitação da doença, a adaptação a novo estilo de vida e a preparação para a TSFR, pela qual opte.

Estruturei o material de suporte da seguinte forma:

- Numa primeira fase, aborda-se as alterações provocadas pela DRC, mas que vai encontrar uma equipa para ajudar nesta fase;
- DP, falo dos princípios da DP; do que é necessário para a realizar; das vantagens/desvantagens; como é colocado o cateter e as suas características; das modalidades (DPCA/DPA); e de como é efectuada a escolha da modalidade;
- HD, em que consiste; do que é necessário para a realizar; das vantagens/desvantagens; do acesso para realizar HD; das diferentes modalidades (convencional, Diálise autónoma longa nocturna, diálise autónoma domiciliária); e como é efectuada a escolha da modalidade;
- TxR, em que consiste, o que é necessário para se entrar em lista de transplante; vantagens/desvantagens/ contra-indicações; modalidades de TxR;
- Tratamento conservador, em que consiste e as suas indicações.

No final indico que a decisão, salvo raras excepções é do doente e que esta deve ser tomada com base em toda a informação disponível: Optar informado.

Apêndice XII

Com o intuito de melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na referida consulta de Nefrologia-Opções, e uma vez que inúmeros doentes/familiares na consulta de enfermagem colocam muitas questões decidi elaborar também um suporte informático com o mesmo aspecto da parte inicial da consulta, onde abordo os temas: rins localização e funções, doenças que provocam DRC, sintomas da DRC; DP em que consiste, acesso, vantagens/desvantagens, modalidades e escolha da modalidade; HD em que consiste, acessos, vantagens/desvantagens, modalidades e escolha da modalidade; TxR em que consiste, vantagens/desvantagens, contra-indicações, modalidades; tratamento conservador em que consiste e indicações. **Apêndice XIII**

Refiro também, que apesar da equipa de enfermagem da DP ser fixa, grande parte dos procedimentos estão protocolados, como é o caso dos protocolos das infecções (OS, túnel e peritonite); protocolo de desobstrução do cateter, protocolo de substituição do prolongador do cateter de Tenckhoff, entre outros. No decorrer do estágio no SODF, um dos cuidadores a quem não pude fazer o questionário, devido à sua patologia psiquiátrica de base, que como o utente alvo de cuidados, também é DRC a realizar HD, foi detectado que este se encontrava exausto, e por sua iniciativa foi ao Centro de Saúde pedir auxílio, pois estava exausta. Comunicou este facto à unidade de DP, no dia em que os enfermeiros do Centro de Saúde lá se deslocavam. Foram efectuadas diligências para providenciar formação aos enfermeiros, que não se mostraram receptivos, e acabaram por ir realizar a técnica. Como as coisas não correram bem, o cuidador foi convocado, pela médica assistente e enfermeira, e foi-lhe demonstrado que actualmente ainda não há grande abertura para a realização da DP, fora do contexto familiar. No sentido de tentar diminuir a sobrecarga por ter de realizara técnica manual ao irmão (o cuidador não deseja passar para cicladora), e de poder realizar a sua HD calmamente, foram efectuadas alterações no esquema de DP, consoante o cuidador realiza ou não HD. Programaram-se horários mais liberais nos dias em que o cuidador realiza HD, e nos dias em que não realiza HD, o tratamento é realizado com soluções hipertónicas, com horário mais fixo, mas nos quais o cuidador não tem a pressão do tempo.

Destaco as reuniões que fui efectuando durante a realização da análise dos dados colhidos, com a restante equipa, que permitiu mostrar-lhes que os dados colhidos com os nossos utentes com cuidador vão de encontro ao que está descrito na literatura, mas que devemos continuar a trabalhar o tema para melhorar a nossa prática.

Durante a realização do estágio, e pelo que fui descrevendo penso ter atingido os objectivos a que me propus, havendo apenas um, que não consegui atingir, que foi a realização de programas educativos para a equipa de enfermagem sobre os riscos de exaustão do cuidador, por falta de tempo. Mas vai passar a ser integrado no plano de formação da DP, existente todos os anos no serviço.

Anexo IV

4.4. Competências desenvolvidas

Penso que demonstrei no decorrer deste relatório de estágio ter atingido as competências de enfermeiro especialista a que me propus:

Assim em relação a:

- Responsabilidade profissional ética e legal: demonstrei um exercício seguro, profissional e ético, utilizando para tal conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. (OE,2010) Demonstrei a tomada de decisão com base nos princípios éticos e deontológicos, participei activamente nos processos de tomada de decisão, fundamentando sempre as minhas opiniões. Para ajudar a adquirir esta competência foi importante a apreensão do Modelo DECIDE na unidade curricular de Enfermagem Nefrológica Fundamental, que me permitiu, assim como ao meus colegas discutirmos problemas éticos e deontológicos com que nos deparámos diariamente, e com os quais temos que lidar.
- Melhoria Contínua da qualidade: este campo, deve ser o motor de todo o nosso percurso. Saliento aqui a partilha de experiências entre as unidades em que estagiei; que promovia a melhoria dos cuidados que presto aos meus doentes. Reforço a preocupação do serviço em uniformizar a linguagem entre a UDP que ainda não tem CIPE e o serviço de Nefrologia onde existe já CIPE, com vista a uniformizar a linguagem, e nas reuniões realizadas na UDP para determinação dos focos e intervenções a realizar.
Refiro também aqui a formalização do processos de re-treino, oriundo de conversas com o orientador do SNRP, em que comentávamos as taxas de episódios infecciosos, e o nosso anseio por estes diminuírem; tendo sido definido no SODF para todos os doentes, após um episódio infeccioso, no intuito de diminuir a incidência dos mesmos.
- Da gestão dos cuidados: neste campo demonstrei otimizar a resposta entre a equipa de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar, visando sempre prestar os melhores cuidados possíveis. Saliento aqui a

prática reflexiva, que penso que sempre efectuei, mas que no decorrer do presente curso, aprofundei conhecimentos sobre a mesma, e verifiquei a sua importância para o CUIDAR.

Mostrei-me sempre disponível para esclarecer dúvidas a pares e colaborei activamente nas decisões da equipa multidisciplinar. Participei activamente nas reuniões do SODF, onde discutimos casos da Unidade e as estratégias a utilizar, com base na melhor evidência disponível. Penso ter demonstrado que promovo a parceria entre a equipa e o doente/cuidador, que na minha opinião é parte integrante em todo o processo.

Com a realização do trabalho de investigação motivei a restante equipa para a temática da exaustão dos cuidadores, tendo lidado com uma situação durante o estágio, como já referi anteriormente, e com as alterações efectuadas em equipa, tanto o cuidador como o utente alvo de cuidados parecem sem evidência de sobrecarga.

- Das aprendizagens profissionais: segundo a OE (2010) pretende demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem; assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes. Saliento neste ponto os conhecimentos adquiridos sobre pesquisa em bases de dados credíveis, que permite obter a melhor evidência científica, e a mais actual, que sustenta a nossa opinião/decisão em inúmeras situações.

Penso ter demonstrado que a minha tomada de decisão é baseada nos conhecimentos mais actuais. Procuo manter-me sempre actualizada, em termos de formação, e sei que a minha opinião é tida como de referência nas questões de DP: Saliento neste ponto também as formações de DP que realizo para o serviço de Nefrologia, quer formalmente, quer informalmente no decorrer das passagens de turno.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2011) e o quadro de referência da Benner (1984), coloco-me como perito na área de DP, e de competente nas outras áreas. (HD e TxR).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Actualmente, é cada vez maior a necessidade de envolver a família do doente no seu tratamento. Não apenas nas actividades que não são capazes de realizar, como de os substituir completamente na realização das mesmas.

Como se encontra preconizado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 “ o cidadão é responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, ... a educação, o comportamento e estilos de vida, a gestão de doença crónica, a utilização adequada dos cuidados de saúde, a promoção dos cuidados informais...”; uma vez que a situação de doença representa sempre custos acrescidos para a pessoa ou para a família. Com esta política pretende-se que o doente tenha cada vez mais uma participação activa no contínuo saúde/doença

A DP é uma técnica onde o doente/cuidador têm um papel fundamental, pois para além da adaptação à doença crónica, têm que a realizar no domicílio com autonomia. Quando o doente não é autónomo na realização da técnica, pode necessitar do auxílio de um cuidador informal.

Na prestação de cuidados a estes doentes/cuidadores, o enfermeiro tem um papel preponderante na capacitação para o autocuidado e, na presença dos cuidadores, o enfermeiro deve estar desperto para detectar sinais de exaustão bem como formas para a poder evitar.

Os resultados obtidos no estudo vão ao encontro dos obtidos na literatura

- Os pacientes idosos dependem de um cuidador para assegurar o seu tratamento;
- A idade dos cuidadores e doentes é semelhante;
- A maioria dos cuidadores mulheres;
- Grande parte dos cuidadores são cônjuges.

Após a realização do trabalho, constatei que nos cuidadores que apresentam sobrecarga moderada, existem alguns dados em comum:

- São cuidadores únicos;
- É a sua primeira experiência como cuidadores;
- Têm pouco tempo de cuidadores (8M);
- Os utentes alvo de cuidados são mais velhos.

Em relação aos cuidadores com ausência de sobrecarga, também existem pontos em comum:

- Possuem mais tempo de prestação de cuidados;
- Os utentes alvo de cuidados são mais jovens;
- Os utentes alvo de cuidados são ambos mulheres.

Da realização do trabalho constata-se a importância de antecipar e perceber sinais de exaustão quer no doente, quer na família, que vão acarretar problemas na realização do tratamento, devido á incapacidade do doente e á exaustão do cuidador. O Enfermeiro deve estar atento ao cuidador e aos sinais que este pode emitir, e torna-lo o foco do seu cuidar, de modo a assegurar o melhor tratamento possível ao doente e o bem-estar do cuidador.

Não foram enumeradas possíveis estratégias para evitar a exaustão, e parece-me que deve ser analisado cada caso e então definidas estratégias em conjunto com o cuidador com base nas suas necessidades de modo a que quer cuidado quer cuidador possam receber os melhores cuidados, e ainda de modo a que se possa antecipar sinais de exaustão, e em cada caso possam ser realizadas estratégias que atenuem os sinais de exaustão do cuidador.

Martins (2006) refere que a partilha de responsabilidades com a restante família, leva à diminuição dos níveis de sobrecarga

Com a realização deste relatório, em que reflecti sobre todo o percurso efectuado, demonstrei ter atingido os objectivos a que me propus e desenvolvi as competências inerentes à área específica da Nefrologia. De salientar que possuo agora uma maior capacidade de fundamentar as minhas tomadas de decisão.

Foi um percurso longo e por vezes penoso, devido às outras vertentes do meu Eu, mas olhando para trás, congratulo-me de o ter efectuado, e é motivo de orgulho para mim. Sei que no decorrer da minha vida profissional, este tema não vai ficar por aqui, pois é uma área do qual gosto, e continuo a pensar que iremos lidar cada vez mais com ele, daí o meu empenho.

Como sugestão proponho a realização do mesmo estudo, mas em tempos diferentes. Numa primeira altura a aplicação da escala de Zarit, e depois dos dados analisados, efectuar questões abertas que permitam decifrar o que os cuidadores querem dizer, e o que realmente lhes provoca sobrecarga.

Como limitações, saliento o tamanho da amostra, e não existir nenhum documento que satisfizesse as minhas exigências, e tive que introduzir uma questão, que foi respondida na forma de entrevista.

Como dificuldades refiro a realização do trabalho de investigação, que foram ultrapassadas com pesquisa bibliográfica, e recurso a peritos.

Após a realização do mesmo penso que será uma mais-valia, porque como já referi anteriormente, será um tema com que vamos ter que lidar a curto/médio prazo, e ao aprofundá-lo, vou estar mais preparada para lidar com a situação e poder ajudar os meus pares, e os utentes.

6. Bibliografia

Asti, T., Kara, M., Ipek, G., Erci, B. (2006). The Experience of Loneliness, Depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 490-497. Acedida a 05/06/2012 em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009147777&site=ehost-live>

Benner, P. (2005) De iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Edição comemorativa. Coleção Enfermagem Quarteto Editora.

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

Carta dos direitos e deveres do doente. Acedido em 16 de Março de 2013 em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>

Carvalho, C. A. L. (1999). Stress dos Enfermeiros em cuidados intensivos (Cuidados de Enfermagem a doentes em situação crítica) Estratégias do Enfermeiro gestor. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Censos de 2011. Acedido em 18 de fevereiro de 2013 em: www.ine.pt

Chamney, M. (2007). Competency Framework: EDTNA/ERCA. Acedido em 30/11/2011 em: <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>

Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Viana, A., Rosa, B., et al. Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população Portuguesa. *Caderno de Saúde*, 3(2), 13-19.

Fortin, M-F – O processo de investigação: da concepção à realização. Portugal: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

Lew, S., Pirainot, B.(2005). Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients.Seminars in Dialysis, 18(2), 119-123.Acedido em 05/06/2012 em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15771655&site=ehost-live>

Martins, Teresa. Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem estar dos Doentes e familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau, 2006.

Montenegro, J., Correa-Rotter, R., Riella, M. Tratado de Diálisis Peritoneal. Barcelona: Elsevier, 2009. ISBN 978-84-8086-394-0

Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Dezembro em:

<http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 10 de Junho em:

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

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido em 10 de Junho em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MECEEMC_regulamento_CEEsituacaoCronicoPaliativa.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Acedido em 10 de Junho em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/PrincipiosEnfomadoresRegulamentacaoMDP_vf.pdf.

Orem, Dorothea (1980). Nursing: Concepts of practice. 2ª edição. Chevy Chase Maryland; McGraw-Hill Book Company. ISBN: 0-07-047718

Observatório Português dos sistemas de Saúde – Relatório Primavera 2009. Acedido em 27 de Dezembro em www.observapot.org

PNS 2012-2016. Acedido em 3 de Março de 2013 em : pns.dgs.pt/pns-2012-2016

Rodrigues, M.P.G. (2011). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – versão Reduzida. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Sequeira, C. (2012). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referências II, 12, 9-16.

Sezer, M., Eren, I., Ozcankaya, R., Civi, I., Erturk, J., Ozturk, M.. (2003). Psychological symptoms are greater in caregivers than those of peritoneal dialysis. Hemodialysis International, 7(4), 332-337. Acedido a 05/06/2012 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19379384&site=ehost-live>

Silva, H., Silva, M. – Motivações do paciente renal para a escolha de Diálise Peritoneal ambulatoria contínua. Revista Electrónica de Enfermagem. [online], volume 5, nº 1 (2003). Pág 10-14. ISSN1518-1944. [Acedido em: 29/06/2012]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/motivo.html

Soares, J.I. (2010). Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos. Eficácia de uma intervenção de grupo. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto/ faculdade de Psicologia e ciências da Educação, Porto.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2012). Gabinete de registo. Acedido em 30/05 em: www.spnefro/comissoes_gabinete/gabinete_registo_2011/default.asp

Winchester, J. (2002). Special ClinicAL Problems in Geriatric Patients.Seminars in Dialysis, 15(2), 116-120. Acedido em 05/06/2012 em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11952939&site=ehost-live>

APÊNDICES

Apêndice I

Apêndice II

Apêndice III

Apêndice IV

Apêndice V

Apêndice VI

Apêndice VII

Apêndice VIII

Apêndice IX

Apêndice X

Apêndice XI

Apêndice XII

Apêndice XIII

ANEXOS

Anexo I

Anexo II

Anexo III

Anexo IV

