



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Nefrológica

Proposta de Implementação da Consulta de Esclarecimento Acerca das Modalidades Terapêuticas da Doença Renal Crónica em Estádio 5 e das Técnicas Respetivas

Andreína C. Oliveira Tavares

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Nefrológica

Proposta de Implementação da Consulta de Esclarecimento Acerca das Modalidades Terapêuticas da Doença Renal Crónica em Estádio 5 e das Técnicas Respetivas

Andreína C. Oliveira Tavares

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Saraiva

2015

“O conhecimento une cada um consigo mesmo e todos com todos.”

José Saramago *in* Diário de Notícias (2009)

AGRADECIMENTOS

O percurso que conduziu até à concretização do presente relatório teve diversos momentos difíceis que só foram ultrapassados graças a todas as pessoas que direta e indiretamente me apoiaram.

Expresso o meu especial agradecimento:

À Prof.^a Dr.^a Maria Saraiva, pela sua orientação.

À Prof.^a Rita Reis, pelo seu apoio e disponibilidade.

Às pessoas com alteração da eliminação renal e suas famílias, pelos ensinamentos durante os ensinamentos clínicos.

À Enf.^a Teresa e ao Enf.^o Paulo, pela orientação e pelos ensinamentos que partilharam durante os ensinamentos clínicos.

Aos colegas do IV Curso de Mestrado em Enfermagem, em especial ao grupo de trabalho a que pertenci: Luís Gomes, Ricardo Leal, Filipa Espada e Ana Ramos.

Ao Artur Beja, pela amizade, conselhos e orientação.

À Ana Pexirra, pela amizade e partilha.

À Enf.^a Chefe Fernanda Lages, pela palavra amiga.

Aos meus amigos e colegas pela amizade, paciência e estímulo.

Ao Luís, por toda a sua compreensão, ajuda e dedicação.

RESUMO

As doenças crónicas são, hoje, uma preocupação evidente face à evolução sociodemográfica global e, também, nacional. O crescimento anual sustentado do número de pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) em estágio terminal em Portugal assume uma posição de destaque por apresentar um crescimento médio anual superior ao dos outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (taxa anual média de crescimento de 9,5% de 1995 a 2007) (OECD, 2011). De acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2010), Portugal apresenta as maiores incidência e prevalência de Doença Renal Crónica em estágio 5 (DRC5) da Europa e, como tal, um acréscimo nos custos globais com o tratamento das pessoas com esta doença (Dor, Pauly, Eichleay e Held, 2007).

Os enfermeiros têm um papel ativo na prestação de cuidados à pessoa com alteração da eliminação renal (AER) em articulação com a sua família e/ou cuidadores, nomeadamente na promoção da saúde, na prevenção de outras comorbilidades, na educação para a mudança de comportamentos, na facilitação da aceitação e na responsabilização da pessoa pela gestão da DRC, surgiu a questão que guiou todo o meu percurso de aprendizagem: “Qual o contributo da Enfermagem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DRC?”.

Para oferecer cuidados mais competentes e de maior qualidade às pessoas com DRC5 torna-se imperativo implementar a Consulta de Esclarecimento acerca das Modalidades Terapêuticas da Doença Renal Crónica em estágio 5 e das Técnicas Respetivas, contribuindo para que sejam prestados cuidados holísticos, com o objetivo de informar e esclarecer e educar as pessoas com DRC5 acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento.

Embora seja mandatária para cada serviço hospitalar de nefrologia desde 2011 (Norma da DGS 017/2011 de 28/09/2011) a Consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas não está ainda implementada num Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa.

Palavras-chave

Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Doença Renal Crónica;
Modalidades Terapêuticas da Doença Renal Crónica em estágio 5.

ABSTRACT

Chronic diseases are a clear concern of the global, and also national, socio-demographic change. Sustained annual growth in the number of patients with End-stage Renal Disease (ESRD) in Portugal assumes a prominent position with a higher average annual growth than the other countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (annual rate growth of 9.5 % from 1995 to 2007), causing an increase in overall costs to treat these patients (Dor, Pauly, Eichleay & Held, 2007; OECD, 2011) having the highest incidence and prevalence of End-stage Renal Disease (ESRD) in Europe (Portuguese Society of Nephrology, 2010) .

Nurses have an active role in providing care to people with CKD, particularly in health promotion, prevention of other co-morbidities, education for behavior change, in facilitating the acceptance and accountability for the management of CKD. Considering this fact, the question arose that led all the way and culminated in this paper is: "What is the contribution of nursing to improve the person's, with CKD, quality of life?".

So that nurses can provide competent and quality care is imperative to implement The Consultation for Clarification about Therapeutic Modalities for ESRD and the respective techniques, contributing to provide holistic care, with the aim to inform and clarify the chronic renal patient about the different modalities available for the treatment of ESRD: renal transplantation, hemodialysis, peritoneal dialysis and conservative medical treatment, and educate with the support of appropriate information materials.

The consultation for clarification about the different therapeutic modalities for ESRD and their techniques is mandatory for each hospital nephrology department (Norma da DGS 017/2011 de 28/09/2011) and is not yet implemented in the Nephrology Department of a Hospital in Lisbon.

Keywords

Nursing Care; Specialist Nurse; Chronic Kidney Disease; Therapeutic Modalities for End-stage Renal Disease and the respective techniques.

Conteúdo

INTRODUÇÃO	11
1. PROBLEMÁTICA	14
1.1. Contextualização da Problemática	15
1.2. Enquadramento da Problemática	16
1.3. Objetivos	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1. Quadro Conceptual	18
2.1.1. Modelo de Adaptação de Roy	18
2.1.2. Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista	20
2.1.3. Doença Renal Crónica	23
2.1.4. Consulta de Esclarecimento	24
2.2. Revisão Sistemática da Literatura	26
2.2.1. Protocolo de Pesquisa	26
2.2.2. Resultados	27
3. MATERIAIS E MÉTODOS	30
3.1. Metodologia de Projeto	30
3.2. Instrumentos	31
4. ENSINOS CLÍNICOS	33
4.1. Objetivos Delineados para o Ensino Clínico 1	33
4.1.1. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR em regime ambulatorio	34
4.1.2. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com DRC ou LRA na realização de técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico	36
4.1.3. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER (Internamento)	36

4.1.4. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR – Sala de HD.....	38
4.1.5. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos .	39
4.2. Objetivos Delineados para o Ensino Clínico 2.....	40
4.2.1. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos .	41
4.3. Desenvolvimento de uma Proposta de Implementação da Consulta de Esclarecimento acerca das Modalidades Terapêuticas da DRC5 e das Técnicas Respetivas	42
4.3.1. Capacitar a Pessoa com DRC para compreender a DRC5 e o seu tratamento ...	43
4.3.2. Determinar o papel a desempenhar pela Pessoa com DRC no seu tratamento, paralela e independentemente da equipa multidisciplinar	44
4.3.3. Ajudar a Pessoa com DRC a escolher a modalidade terapêutica da DRC5 a realizar.....	45
4.3.4. Avaliar os recursos da Pessoa com DRC em relação à sua escolha de TSFR....	47
4.3.5. Planear a TSFR da Pessoa com DRC.....	48
4.4. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas nos Ensinos Clínicos	49
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	52
5.1. Desenvolvimento de Competências	52
5.2. Limitações.....	54
5.3. Implicações para a Prática.....	55
5.4. Conclusão do Relatório.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES.....	68
APÊNDICE I – Objetivos do Projeto	
APÊNDICE II – Cronograma dos ECs	
APÊNDICE III – Objetivos, Competências e Atividades para o EC 1	
APÊNDICE IV – Caracterização do EC 1	
APÊNDICE V – Atividades Realizadas no EC 1	

APÊNDICE VI – Estudo de Caso “Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa com Nefropatia Associada ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida”

APÊNDICE VII - Formação em Serviço: Situações de Reanimação Cardio-respiratória na Pessoa com Doença Renal

APÊNDICE VIII – Formação em Serviço EC 1 - Avaliação

APÊNDICE IX – Folheto Modalidades Terapêuticas da DRC5

APÊNDICE X – Objetivos, Competências e Atividades para o EC 2

APÊNDICE XI – Caracterização do EC 2

APÊNDICE XII – Estudo de Caso “Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa em Choque Séptico com Disfunção Renal, Hematológica, Hepática e Respiratória”

APÊNDICE XIII – Objetivos, Competências e Atividades para a Implementação da Consulta de Esclarecimento acerca das Modalidades Terapêuticas da DRC5

INTRODUÇÃO

O presente documento integra o relatório da Unidade Curricular Estágio com Relatório inserida no 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente de Nefrologia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem, após ser sujeito a defesa pública.

A Enfermagem assume-se cada vez mais como profissão e disciplina com um domínio próprio de conhecimentos, determinando dimensões diferenciadas de competências aos seus profissionais, para além do desempenho de um papel ativo na sociedade com vista à promoção da qualidade os cuidados a prestar à pessoa e família, grupo ou comunidade.

Assim, o meu percurso formativo residiu no desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências determinadas na área da especialização, tendo como objetivos o desenvolvimento de conhecimentos condicentes com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2009 e vertidas na Lei (Regulamento no 122/2011, 18 de Fevereiro), nos seus quatro domínios: (1) Responsabilidade profissional, ética e legal; (2) Melhoria contínua da qualidade; (3) Gestão dos cuidados; (4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Artigo 4º), e com as competências vertidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011).

Neste sentido, surgiu a necessidade de realização de um estágio que constituísse a base para a concretização desses objetivos, traduzidos no desenvolvimento de atividades dirigidas aos diferentes contextos de prestação de cuidados.

Sendo que a prática se desenvolve também com base na investigação e nos modelos conceptuais, o modelo teórico de Enfermagem que guiou o meu percurso é o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) (Roy e Andrews, 2001). Este modelo reflete uma conceção articulada do conceito de adaptação com o propósito de descrever as intervenções de enfermagem enquanto disciplina (Meleis, 1991; Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette e Major, 1994).

O meu estágio desenvolveu-se em torno do tema: “Proposta de Implementação da Consulta de Esclarecimento Acerca das Diferentes Modalidades Terapêuticas da Doença Renal Crónica no Estádio 5 (DRC5) e das Técnicas Respetivas”, de acordo com a Norma 017/2011 de 28/09/2011 da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

Esta proposta procura dar resposta a um problema identificado no Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, uma vez que o Enfermeiro Especialista em Nefrologia tem um papel de destaque ao procurar uma maior compreensão da sua implicação na prática clínica, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados, desenvolvendo ainda competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AER e sua família/cuidadores, especificamente a pessoas em tratamento de substituição da função renal (TSFR) e transplante renal (TxR), e ainda a pessoas em situações de agudização da DRC e/ou eventos críticos.

Estas competências referem-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, como também a uma mobilização, integração e conjugação dos conhecimentos que incorporam os diferentes domínios em áreas de atuação de enfermagem, nomeadamente a formação, a gestão, a qualidade e a investigação.

O objetivo primordial deste relatório de estágio é, então, a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade tendo como centro de toda a intervenção as pessoas com AER e sua família/cuidadores, destacando a importância da atividade da enfermagem no seio da equipa multidisciplinar, enquadrando a prática de

enfermagem através do Modelo de Adaptação de Roy, refletindo criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, e desenvolvendo competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de intervenção em Enfermagem Nefrológica.

Posto isto, este relatório de estágio visa caracterizar a problemática acima referida e as suas implicações na prestação de cuidados de enfermagem, propondo apresentar, analisar e refletir sobre a prestação dos cuidados de enfermagem às pessoas com AER e sua família/cuidadores, assim como contextualizar experiências e aprendizagens vividas e adquiridas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem em diferentes áreas de intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Para a elaboração deste projeto foi utilizada a Metodologia de Projeto, que se baseia no princípio da prática reflexiva ao identificar problemas e criar um julgamento para a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação, de forma sistemática, pressupondo uma organização, faseada no tempo, com a descrição das diferentes etapas da sua conceção e implementação (Boutinet, 1996; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010; Craig e Smyth, 2004; Lunney, 2010; Pearson, Wiechula, Court, e Carig, 2010; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010; Standing, 2008).

Ao longo deste documento serão apresentadas as fases de contextualização, enquadramento da problemática e diagnóstico de situação, e os objetivos delineados para a concretização do relatório. Seguidamente apresenta-se o enquadramento teórico, os materiais e métodos utilizados, os objetivos delineados para o estágio, assim como as competências a adquirir e desenvolver, e as atividades desenvolvidas nesse contexto. Por último, apresentam-se a discussão e conclusão do percurso realizado, e as referências bibliográficas que constituíram a base deste documento.

1. PROBLEMÁTICA

A DRC tem sido alvo de particular atenção face à sua evolução a nível global e também nacional, uma vez que está associada a várias comorbilidades que afetam a qualidade de vida da pessoa, representando vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados, gestão da informação e do conhecimento, e definição de políticas dirigidas à avaliação e limitação do impacto financeiro.

A OMS define as doenças crónicas como “*doenças de duração prolongada e progressão lenta*” e como “*problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas*” (OMS, 2005).

A DRC, como doença crónica que é, acarreta enormes custos para as pessoas e comunidades tanto a curto como médio e longo prazo. Compreendido nestes custos está, particularmente, o tempo perdido nos mais variados contextos de vida e que vem a resultar em qualidade de vida reduzida, níveis aumentados de pobreza, redução da produtividade e dos resultados económicos para as empresas e a economia nacional, custos para o indivíduo e para o sistema de saúde em termos de diagnóstico, cuidados e tratamento, e custos derivados das complicações, muitas vezes evitáveis, decorrentes da doença crónica (OE, 2010).

A evidência epidemiológica demonstra que tem havido um impacto crescente da DRC em Portugal, verificando-se uma tendência de crescimento anual da DRC5 superior à média dos países da OCDE e dados da SPN mostram que em 2012, comparativamente aos anos anteriores, verificou-se uma diminuição da incidência global de doentes com DRC5 a iniciar TSFR, embora a prevalência tenha aumentado. Assim, em 2012 iniciaram TSFR 2323 doentes, sendo que no mesmo ano o número total de doentes em TSFR foi de 17641, dos quais 10540 estavam em

programa de HD, 742 estavam em programa de DP e 6359 estavam em TxR (DGS, 2011; SPN, 2013).

Considerando os dados apresentados anteriormente, será importante referir que a Enfermagem tem um papel marcante na realidade atual ao contribuir para a diminuição das implicações da DRC no que respeita aos seus custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde e para a vida das pessoas.

1.1. Contextualização da Problemática

No decurso das visitas efetuadas aos campos de ensino clínico (EC) para a realização do diagnóstico de situação, no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, e em entrevista informal à Enf. Chefe do Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, foi constatada a necessidade de implementação da consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas, existindo interesse institucional na aplicação da Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 da DGS, que é mandatária para cada serviço hospitalar de nefrologia e que vem reforçar o que vem descrito na Lei de Bases da Saúde relativamente ao direito dos doentes a “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

Perante a identificação desta necessidade, considero pertinente elaborar um projeto de proposta de implementação da consulta de esclarecimento referida, indo de encontro a um objetivo previamente definido pelo Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa mencionado, como também do meu objetivo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico–Cirúrgica, na vertente de Nefrologia.

1.2. Enquadramento da Problemática

A problemática acima descrita, e que suporta a elaboração do projeto do estágio, incide e encontra respostas no âmbito da profissão de enfermagem no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico dos Enfermeiros, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento no 122/2011, 18 de Fevereiro), e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011).

De acordo com o Estatuto da OE na alínea 3 do seu artigo 4º, enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) que lhe reconhece competência técnica, científica e humana para prestar (...) cuidados de enfermagem especializados (...)” (OE,2012, p.15).

E de acordo com o artigo 9º do DL nº161/96 de 4 de Setembro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes, considerando-se interdependentes “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum”, e ainda que “os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente (...), eliminação”.

Com base nestes documentos, considero plenamente fundamentada e justificada a proposta de implementação da Consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas.

1.3. Objetivos

Para a elaboração do relatório de estágio foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Refletir acerca da problemática em estudo, tendo por base um percurso de aprendizagem contínua;

Objetivos específicos: Refletir acerca do contributo do estágio para o estudo da problemática em questão; Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AER; e Desenvolver uma proposta de implementação da consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas.

De acordo com os objetivos enunciados anteriormente, o estágio foi composto por 450 horas dedicadas ao contacto direto e prestação de cuidados à pessoa com AER e sua família/cuidadores, e decorreu em dois campos de EC distintos. A primeira parte do estágio, ou EC1, foi composta por 300 horas, e decorreu entre 30 de Setembro e 19 de Dezembro de 2013, no Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa; e a segunda parte do estágio, ou EC2, foi composta por 150 horas, e decorreu de 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014, na Unidade de Urgência Médica de um Centro Hospitalar de Lisboa.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o quadro conceptual utilizado na elaboração do projeto de estágio e que constitui o suporte teórico deste relatório, sendo também apresentada uma revisão da literatura por meio de estudos atuais sobre a temática abordada com a finalidade de reunir informação acerca da investigação realizada em torno do tema do estágio e assentar a prática clínica em padrões de conhecimento sólidos e válidos.

2.1. Quadro Conceptual

O quadro conceptual consiste num esquema orientador dos conceitos que influenciam a situação que está a ser investigada, sendo “um processo interativo que consiste em definir os conceitos em estudo e (...) precisar as suas relações (...) em função do objetivo do estudo” (Fortin, 1999).

Partindo do tema definido para o estágio, o seguinte quadro conceptual aborda os conceitos Modelo de Adaptação de Roy, Desenvolvimento de Competências, DRC e Consulta de Esclarecimento.

2.1.1. Modelo de Adaptação de Roy

De acordo com Andrews (1989), citado por Andrews e Roy (2001), “ à medida que a enfermagem amadurece como profissão, e à medida que a enfermeira se torna cada vez mais consciente da importância da prática baseada na teoria, as vantagens da implementação de um modelo de conceptualização da enfermagem como base para a prática torna-se cada vez mais atrativo.” Visto isto, o percurso deste relatório centrou-se na pessoa com AER, tendo sido desenvolvido à luz do Modelo de Adaptação de Roy (Roy e Andrews, 2001).

O MAR é uma conceção articulada do conceito de adaptação com o propósito de descrever as intervenções de enfermagem, enquanto disciplina, ou seja, é um modelo que vê a pessoa como um sistema adaptável sujeito a estímulos internos e externos vindos do meio ambiente que implicam respostas por parte da pessoa. Se as respostas a esses estímulos são não-adaptativas, ou ineficazes, a intervenção do enfermeiro surge para alterar e minimizar os estímulos que ameaçam a pessoa e, com ela, promover a sua adaptação (Meleis, 1991; Kérouac et al. 1994).

De acordo com Mota, Rodrigues e Pereira (2011), a pessoa com DRC necessita urgentemente de adquirir novas competências com vista a transpor o problema, sendo que segundo Roy e Andrews (2001), os profissionais de enfermagem devem identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, isto é, identificar dificuldades na adaptação da pessoa ao quadro de complicações que derivam da DRC e na tomada de decisões relativamente à modalidade de tratamento a adotar, intervindo para promover a sua adaptação.

Segundo o MAR, são quatro os modos de adaptação: fisiológico; de autoconceito; de função na vida real; e de interdependência. O modo fisiológico contempla as cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção; o modo do autoconceito engloba aspetos psicológicos e espirituais; o modo de desempenho de papéis identifica os padrões de interação social da pessoa na sociedade; e o modo de interdependência destaca relações estreitas entre as pessoas (Roy e Andrews, 2001).

A problemática em estudo engloba tanto a pessoa com DRC, em estágio 4, e estágio 5 com início de tratamento dialítico de urgência, como o seu ambiente como foco dos cuidados de enfermagem para o objetivo da saúde, clarificando assim o campo de intervenção da enfermagem (Kérouac, et al 1994).

2.1.2. Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), é com base na aquisição de novas competências e no aperfeiçoamento de outras que o enfermeiro generalista desenvolve competências que lhe permitem progredir para enfermeiro especialista, devendo estas estar alicerçadas num conhecimento teórico sólido e na utilização proficiente desse conhecimento, assumindo-se que estas competências vão para além do cuidar ao envolverem a gestão desses mesmos cuidados (OE, 2010).

A gestão dos cuidados pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional, sendo que é através das acções dos enfermeiros e dos resultados nos clientes, sensíveis aos cuidados, que é demonstrada a eficácia dos cuidados de enfermagem (OE, 2010).

A excelência do exercício profissional, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) requer a aquisição de um conjunto de competências que exige do enfermeiro uma reflexão contínua e sistemática da sua prática, permitindo-lhe que esta se transforme em competência, sendo que é com base na aquisição de novas competências e no aperfeiçoamento de outras que o enfermeiro generalista desenvolve competências que lhe permitem progredir para enfermeiro especialista.

Ao longo do percurso que colmatou na elaboração deste relatório de estágio, pretendi adquirir e aprofundar competências de enfermeiro especialista, nomeadamente, possuir “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009) e obter “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” e um “conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”, sendo que a certificação das competências especializadas “assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que

mobiliza em contexto de prática clínica” (Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE. Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O percurso realizado é consistente com o enunciado no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4º, n.º 3) que define o Enfermeiro Especialista como:

“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.”

A European Dialysis & Transplant Nurses Association e a European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) definem especificamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica como “um profissional que possui conhecimentos suficientes para prestar cuidados a pessoas com doença renal em qualquer estágio do *continuum* terapêutico”, isto é, que presta cuidados de qualidade a pessoas com doença renal e família/cuidadores com ênfase no apoio, educação, prevenção de complicações e reabilitação de forma a promover a independência e o autocuidado; é membro da equipa multidisciplinar e age em defesa da pessoa com doença renal, assegurando a sua dignidade, crenças, valores e património cultural; intervém como consultor, investigador, agente de mudança e professor de forma a promover tanto a qualidade de vida da pessoa com doença renal como a prestação de cuidados de saúde (Baer, 1979, citado por EDTNA/ERCA 2000).

Em consonância com as entidades citadas anteriormente, que realçam o desenvolvimento de competências especializadas relativas a um campo/área de especialização específica, no projeto de estágio foram definidas as competências a atingir no âmbito da prática de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de Enfermagem Nefrológica.

Ainda de forma a clarificar o conceito de desenvolvimento de competências, foram definidos como critérios de avaliação de competências a adquirir, desenvolver e

aprofundar os estádios definidos por Patricia Benner no modelo de aquisição de competências, apresentados na sua obra “De Iniciado a Perito” (Benner, 2005), definição adotada pela EDTNA/ERCA no desenvolvimento do seu quadro de competências.

Neste modelo, Benner apresenta as fases que os profissionais, nomeadamente os profissionais de enfermagem, transpõem até estarem capazes para prestarem cuidados de excelência à pessoa. A autora, baseando-se no modelo de Dreyfus de aquisição de competências, definiu 5 estádios sucessivos que se desenvolvem gradualmente com o tempo, os conhecimentos e a experiência, e que traduzem o nível de competência em que os enfermeiros se encontram para a prestação de cuidados.

Os estádios ou níveis de proficiência pelos quais os enfermeiros passam segundo esta autora são Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Estes exprimem a transformação produzida no enfermeiro em três configurações gerais: passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta, a título de paradigma; modificação de como se apercebe de uma situação, não a apreendendo apenas como um conjunto de elementos fragmentado, mas sim como um todo; e passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2005).

De forma a realizar a auto-avaliação e a identificação do desenvolvimento de competências, procede-se: à identificação do estádio inicial relativamente a cada competência definida, à análise e reflexão crítica do percurso ao longo do estágio, uma vez entendida a competência como um processo (Boterf, 2006).

Perito, segundo a definição de Benner (2005) é o profissional que “tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Destaca-se o facto de que alcançar este patamar é um objetivo extremamente ambicioso considerando o nível em que me encontrava no início do Curso de Mestrado em Enfermagem, o nível de Iniciado.

2.1.3. Doença Renal Crónica

A DRC é uma síndrome metabólica decorrente de uma perda progressiva e lenta da capacidade excretória renal, sendo que a maioria das pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática. As principais causas da DRC são a Diabetes (tipo 1 e tipo 2), as doenças renais não diabéticas glomerulares (auto-imunes, infecciosas, medicamentosas ou associadas a neoplasias), as doenças vasculares (hipertensão, doença isquémica renal) e as doenças tubulointersticiais (associadas a infeções do trato urinário, cálculos com obstrução crónica das vias urinárias, toxicidade medicamentosa), as doenças quísticas (ex.: doença poliquística do adulto), e as doenças associadas ao TxR (pessoas transplantadas com nova falência renal). (Holcomb, 2005; Mahon, Jenkins e Casal, 2007).

As recentes “epidemias” de diabetes e hipertensão arterial nas sociedades modernas e industrializadas levam a um crescente aumento da DRC. A obesidade aumenta significativamente o risco de diabetes e hipertensão arterial, e adicionalmente à idade avançada, resultado do aumento da esperança de vida, têm como consequência um aumento natural da incidência e prevalência de DRC (OMS, 2011; GID, 2012).

São diversas as alternativas terapêuticas, situando-se a primeira linha no tratamento farmacológico. Quando esta resposta não é adequada, existem os TSFR, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite deles. A última linha de tratamento da DRC é o TxR (Holcomb, 2005; Mahon, Jenkins e Casal, 2007).

Em Portugal, em 2013, foi reportado pelo Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia a existência de 17553 pessoas em TSFR e, destes, 10409

estavam em programa de hemodiálise (HD), 704 estavam em programa de diálise peritoneal (DP) e 6440 eram transplantados renais (SPN, 2013).

Numa primeira abordagem, a HD pode assumir uma natureza transitória e, conjuntamente com outras medidas terapêuticas adequadas aliviar os sintomas e permitir qualidade de vida à pessoa com DRC. No entanto, quando por múltiplos fatores o processo de saúde/doença evolui de forma desfavorável, é imperativo o tratamento de HD regular e continuado.

Foi também reportado pela SPN que em 2012 iniciaram TSFR 2323 doentes e, no mesmo ano, o número total de doentes em TSFR foi de 17641, sendo que 10540 estavam em HD, 742 estavam em DP e 6359 em TxR; a média de idades dos doentes em HD e DP é de 65,9 anos (SPN, 2013).

De acordo com a mesma entidade, em 2007 o número de doentes a iniciar tratamento de DP foi de 147 e de HD foi de 2286, sendo que em 2012 houve um aumento de 49,7% (n=220) no número de doentes a iniciar tratamento de DP e uma diminuição de 8,8% (n=2084) no número de doentes a iniciar tratamento de HD. Em 2007 o número de doentes em tratamento de DP foi de 517 e de HD foi de 9037, havendo em 2012 um aumento de 43,5% (n=742) no número de doentes em tratamento de DP e de 16,6% (n=10540) no de HD. Relativamente ao seguimento prévio por Nefrologista (>3 meses), a percentagem de doentes que iniciaram HD em 2012 e que não tiveram seguimento prévio foi de 35,4%, enquanto que no mesmo ano a percentagem de doentes que iniciaram DP e que também não tiveram seguimento foi apenas de 19,1%. Quanto à transplantação renal em 2012, houve 382 transplantes de dador cadáver e 47 transplantes de dador vivo (SPN, 2013).

2.1.4. Consulta de Esclarecimento

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, que tem por base a Lei de Bases da Saúde e a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, o doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito

dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais (art.º 3); tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, informação esta que deve ser prestada de forma clara e conter elementos relativos ao diagnóstico, ao prognóstico, tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos (art.º 6); e tem direito a dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico (art.º 8).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no seu art.º 84º, o enfermeiro tem o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (Ordem dos Enfermeiros, 2005)

Os enfermeiros pretendem, assim, assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios.

Tendo por base o quadro de competências da EDTNA/ERCA para o enfermeiro especialista em nefrologia, a consulta de esclarecimento consiste num processo com várias etapas no qual se pretende ajudar as pessoas com DRC a entender o que está a acontecer com elas e com os seus corpos, preparando-as para o que elas podem esperar no desenrolar da sua doença; desenvolver acordos de execução sobre o papel que as pessoas com DRC, com os seus cuidadores, tomam no seu próprio cuidado; ajudar as pessoas com DRC a escolher se querem ou não adotar uma TSFR e, em caso afirmativo, qual a modalidade; ajudar as pessoas com DRC a compreender as diferentes opções, avaliando se eles vão lidar com o tratamento, e a escolher de forma adequada; e avaliar a capacidade das pessoas com DRC para gerir as diferentes formas de TSFR a curto e longo prazo, e à luz de qualquer condição de comorbilidades existentes.

A consulta de esclarecimento carece ainda do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para que as pessoas com DRC possam tomar uma decisão informada, tendo em conta o seu estilo de vida e lazer, bem como o seu plano para gerir a doença e o seu tratamento.

2.2. Revisão Sistemática da Literatura

Considerando a temática “Proposta de implementação da Consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas”, e partindo da questão “Qual a importância da consulta de esclarecimento acerca das modalidades de tratamento da DRC5 e técnicas respetivas para o Doente Renal Crónico?”, realizou-se uma revisão sistemática da literatura recorrendo a uma pesquisa pelo esquema de referência PICO. Procedeu-se ainda à discussão dos resultados, traduzidos nos efeitos esperados dos cuidados de enfermagem na saúde das pessoas.

2.2.1. Protocolo de Pesquisa

Para a realização da pesquisa, procedeu-se à definição da questão PICO e das seguintes referências: População: Pessoa com DRC; Intervenção: Consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas; e Contexto: Serviço Hospitalar de Nefrologia.

Para realizar a pesquisa de evidência científica, foram identificadas as palavras-chave: Doença Renal Crónica (“Chronic Kidney Disease”); DRC5 (“End-Stage Renal Disease”); Pré-diálise (“Predialysis”); Tomada de decisão (“Decision-making”); Esclarecimento (“Decision-support Intervention”); Enfermagem Nefrológica (“Nephrology Nursing”).

A pesquisa foi efetuada de 1 de Janeiro de 2000 até 23 de Junho de 2013 e o motor de busca utilizado foi a EBSCOhost para acesso às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e MedicLatina, e ainda o Google Académico.

As palavras-chave foram procuradas em texto integral e após a leitura dos resumos dos artigos (quando existentes) foram selecionados 19 artigos e destes, após leitura integral, foram selecionados 6 artigos.

2.2.2. Resultados

Feita a pesquisa acima descrita, foi elaborada uma síntese dos principais dados encontrados em cada um dos estudos sendo que a maior parte dos artigos está centrada na temática da pré-diálise e aborda questões comuns tanto à enfermagem como à medicina, contendo elementos que devem ser analisados como o papel do enfermeiro no esclarecimento e educação do doente renal crónico e aspetos relacionados com o cuidado global e multidisciplinar que lhes é prestado.

Os estudos selecionados encontram-se em anexo e, da sua análise, as principais conclusões retiradas são as seguintes:

Chiou e Chung (2011), citando McCormick (2002), referem que a incerteza durante a tomada de decisão de tratamento tem a sua origem sobretudo da falta de conhecimentos acerca da doença renal e que a incerteza vai influenciar diretamente a possibilidade de arrependimento por parte do doente e, mais tarde, impactar na sua qualidade de vida. Neste mesmo estudo, e citando Mishel et al. (1991), também é referido que face à incerteza e conhecimentos insuficientes acerca da doença renal, a equipa de saúde deve atempadamente fornecer ao doente informação relevante para aliviar a incerteza e ansiedade da tomada de decisão sobre a modalidade de tratamento a adotar.

Czajkowski, Pienkos, Schiller e Doss-McQuitty (2013) acreditam que a educação pré-diálise impacta na escolha da modalidade de tratamento dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) e que quando estes compreendem as suas opções estão melhor preparados para tomarem decisões informadas acerca da modalidade de tratamento a escolher.

Loiselle, O'Connor e Michaud (2011) concluem que os enfermeiros têm um papel importante no esclarecimento aos doentes renais quando é necessário um TSFR e têm de ser tomadas decisões, e que os doentes e as suas famílias encaram decisões complexas no que respeita ao início do TSFR e requerem informação sistemática e esclarecimento que lhes permita tomar uma decisão informada.

Lewis, Stabler e Welch (2010) afirmam que um dos tópicos que os doentes gostariam de ver incluídos num programa educacional são o conhecimento da DRC, cuidados com os acessos vasculares, opções de tratamento, e medicação. Estes autores mencionam ainda que 83% dos participantes do estudo referiram que os enfermeiros de nefrologia os ajudaram a lidar com os seus problemas e preocupações.

Tweed e Ceaser (2005) concluem que, com o aumento do número de doentes que se prevê que desenvolva DRCT nos próximos anos, mais doentes terão que escolher o seu TSFR. Os mesmos autores, citando Caress (1997), constataam que o tratamento médico conservador não foi considerado nas opções de tratamento disponíveis e que uma larga proporção de doentes acredita que desempenha um papel passivo no seu TSFR.

Sondrup, Copland, Black e Trask (2011) referem que as guidelines das “melhores práticas” de enfermagem recomendam o esclarecimento a todos os doentes renais previamente ao início de diálise (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2009) e que o aconselhamento deve considerar o estilo de vida do doente e os seus objetivos de forma a ajudá-lo a decidir quais as opções de tratamento que se adequam melhor às suas necessidades.

A partir da leitura e análise dos artigos acima referidos, conclui-se que os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental para o fornecimento de informação e esclarecimento à pessoa com DRC e sua família, sendo essencial que o enfermeiro conheça a pessoa na sua totalidade, no sentido de identificar os muitos fatores e condições inerentes aos diferentes contextos

situacionais da pessoa e da sua situação clínica, tendo presente que a doença pode ameaçar a sua integridade física e psicológica, assim como a da sua família.

Cuidar de pessoas com DRC5 requer um trabalho multidisciplinar e os enfermeiros são os profissionais que estão na linha da frente e que primeiro contactam com estas pessoas e com a sua família/cuidadores. A gestão da DRC implica intervenções de enfermagem que percorrem vários domínios e é o Enfermeiro Especialista em Nefrologia que deve prestar cuidados com conhecimento e competências nas situações em que surge a necessidade de submeter as pessoas a TSFR, despistando complicações inerentes a estas terapias, identificando o seu nível de adaptação e capacidades de resistência, e intervindo para promover a sua adaptação.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia de projeto foi o método utilizado para estruturar os objetivos, atividades e critérios de avaliação que permitiram o desenvolvimento de competências ao longo da elaboração do projeto, do estágio e do presente relatório, recorrendo a instrumentos como a prática reflexiva feita a partir de estudos de caso, que permitiram a análise de fenómenos ocorridos no contexto da prática.

3.1. Metodologia de Projeto

Segundo Boutinet (1996) e Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a metodologia de projeto permite analisar a experiência com um certo distanciamento e deste modo criar novas aprendizagens e competências que, ao serem suportadas pelo conhecimento teórico, podem posteriormente ser aplicadas de novo na prática.

Tendo em conta o referido anteriormente, para a realização do estágio foi elaborado um projeto que permitisse a adoção de um papel ativo no desenvolvimento pessoal e profissional, e a possibilidade de obter resposta para algumas das necessidades já identificadas e vivenciadas na prática.

A execução do projeto de estágio baseou-se numa metodologia que permitiu construir um caminho para o desenvolvimento e aquisição de competências. Para tal, foi delineado um plano de atividades para a prática clínica que se pretendia ser um documento objetivo, pertinente e orientador para todos os intervenientes do processo de aprendizagem, tendo como suporte de desenvolvimento das competências, comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Nefrologia, as componentes relacionais, científicas e técnicas. A resposta a cada um dos objetivos foi planeada de modo a formar, no seu conjunto, uma sequência com início no sujeito dos cuidados, a pessoa com DRC, passando pela própria DRC, abordando as TSFR e situações relacionadas

com agudização e/ou eventos críticos, terminando numa proposta de implementação da consulta de esclarecimento acerca das modalidades terapêuticas da DRC5. Foram também discriminados no projeto de estágio as atividades e os recursos a utilizar para dar cumprimento ao desenvolvimento de competências de cada objetivo.

Considerando que definição das competências está relacionada com os resultados a obter nos campos de EC definidos, e considerando a problemática identificada e a finalidade do estágio, foi definido como objetivo geral:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AER.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRC no estágio 4 e 5;
 - Adquirir e desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com AER em situações de agudização e/ou eventos críticos.
- Desenvolver uma proposta de implementação da consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas;

Para cada ensino clínico foram definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver de forma a atingir os objetivos propostos, tendo sido elaborado um cronograma com todas as fases de forma a garantir o cumprimento do plano (em apêndice).

3.2. Instrumentos

Neste subcapítulo são apresentados os instrumentos e técnicas utilizadas durante o estágio para alcançar os objetivos definidos.

Foram utilizadas técnicas como o estudo de caso, um meio de inclusão de fontes múltiplas de conhecimento, partindo de um contexto real e isolando variáveis que se pretendem estudar (Carmo & Ferreira, 2008). Os objetivos do estudo de caso são

descrever situações específicas ou factos tal como ocorreram e facultar conhecimento sobre os fenómenos estudados (Guba & Lincoln, 1994).

Para a realização dos estudos de caso foram fundamentais os enfermeiros orientadores dos ECs, nomeadamente para selecionar as pessoas a vivenciarem situações mais diferenciadas e estimulantes para o meu percurso de aprendizagem. Os dados recolhidos para estes estudos provieram da análise da história clínica, da entrevista e da observação, consoante os momentos e oportunidades que foram surgindo.

As reflexões críticas foram realizadas com o intuito de sistematizar situações complexas ou eventos. Para realizar estas reflexões, recorreu-se ao ciclo de Gibbs, que consiste numa análise estruturada em seis pontos orientadores, compostos por questões (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação) que, ao serem respondidas de forma sequencial, formam o processo reflexivo (Jasper, 2003).

Através das técnicas referidas, procurou-se efetuar um trabalho de análise e reflexão da prática clínica, e a avaliação do desenvolvimento de competências, com o contributo dos enfermeiros orientadores. Para esta reflexão contribuíram também a revisão da literatura na procura de informação atual e válida sobre as situações assistidas, o MAR, o quadro de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e as situações complexas e múltiplas que se apresentaram na prática de enfermagem durante o estágio.

4. ENSINOS CLÍNICOS

Neste capítulo são abordadas as aprendizagens consideradas mais significativas e os principais resultados da aprendizagem realizada em estágio, procurando-se fazer a articulação entre o desenvolvimento de competências alcançado e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Compreender a pessoa com DRC e a ambivalência de sentimentos vividos e expressos por ela requer uma intervenção de carácter psicopedagógico. Assim, o objetivo de minimizar estas ambivalências surge como o ponto de partida para o desenvolvimento das competências enunciadas previamente, sendo que o desenvolvimento de uma relação de ajuda e terapêutica pelo enfermeiro com a pessoa com DRC, tal como preconizado pelo MAR, poderá ser determinante na tomada de decisão acerca da modalidade terapêutica a adotar e na adesão ao regime terapêutico.

A resposta a cada um dos objetivos do projeto passou pela prática em contexto de estágio e por estudos de caso. Essas atividades que deram origem às reflexões que se encontram ao longo deste relatório.

4.1. Objetivos Delineados para o Ensino Clínico 1

O Serviço de Nefrologia oferece várias consultas, consulta de DRC avançada, consulta de TxR, consulta de acessos vasculares e consulta de DP, e atividades que me permitiram desenvolver e consolidar conhecimentos na área da nefrologia, sendo elas a.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no Serviço de Nefrologia destacam-se as sessões de ensino de DP, os testes de eficácia peritoneal (PET), os ciclos/lavagens peritoneais, a colocação/substituição de prolongador de catéter de Tenckhoff, os atendimentos telefônicos, a visita domiciliária, a desobstrução de catéteres de HD, as transfusões sanguíneas e de hemoderivados, a administração de terapêutica, a colocação de catéter de HD, a realização de biópsias renais e o recobro pós colocação de catéter de HD ou pós biópsia renal, a indução de HD em pessoas com DRC agudizada ou LRA, e sessões de diálise em pessoas em programa de HD internadas no Centro Hospitalar ou com infeções pelo HIV, HBV e HCV, o internamento de pessoas com DRC agudizada e a construção de acessos vasculares.

4.1.1. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR em regime ambulatorio

4.1.1.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

4.1.1.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em TSFR e TxR em regime ambulatorio foram diversas as atividades desenvolvidas no Hospital de Dia e nas várias consultas que o serviço de Nefrologia oferece, nomeadamente:

- Conhecimento dos objetivos do Serviço e do modelo de prestação de cuidados;
- Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa a pessoas em DP, TxR e construção de acessos vasculares;
- Observação e colaboração na consulta de enfermagem de pré e pós-TxR, ensinamentos para a saúde, pensos cirúrgicos, remoção de material cirúrgico cutâneo, algalias, etc.,
- Contacto com as tecnologias avançadas de DP; observando e colaborando nas consultas de enfermagem de DP, sessões de ensino de DP, testes de eficácia peritoneal (PET), ciclo/lavagem peritoneal, colocação/substituição de prolongador de catéter de Tenckhoff, visitas domiciliárias no início do programa visando adequar os procedimentos às condições do domicílio dos doentes, e periódicas para vigilância sobre a manutenção dos procedimentos e cuidados;
- Observação e colaboração nos cuidados de enfermagem prestados no Hospital de Dia, nomeadamente administração de terapêutica diversa, administração de sangue e derivado, ciclos de quimioterapia, pensos, desobstrução de catéteres de HD;
- Observação da consulta de DRC avançada que visa informar e preparar a pessoa com DRC para a fase terminal da sua doença, permitindo-lhe optar pela técnica que melhor se adequa à sua situação clínica e à manutenção da melhor qualidade de vida.

Desenvolvi também um estudo de caso assente na prática de cuidados à pessoa com DRC em DP, HD e/ou TxR, sendo a pessoa alvo de cuidados uma pessoa com DRC5 em DP, e os dados foram colhidos nas consultas de DP, nas consultas de acessos vasculares e no internamento do Serviço de Nefrologia.

4.1.2. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com DRC ou LRA na realização de técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico

4.1.2.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC e suas famílias/cuidadores no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

4.1.2.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa com AER, na realização de técnicas invasivas, foram desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente a colaboração na colocação de catéteres centrais de HD provisórios e definitivos, na realização de biópsias renais e na prestação cuidados de enfermagem pós-biópsia nas 24h seguintes.

4.1.3. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER (Internamento)

4.1.3.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER e suas famílias/cuidadores no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade.

4.1.3.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER (Internamento), foram desenvolvidas atividades tais como:

- Planificação das necessidades de cuidados diárias e a adequação de recursos de enfermagem e de assistentes operacionais;
- Utilização o método individual de trabalho;
- Apresentação das notas de evolução e discussão dos cuidados para cada uma das pessoas internadas na passagem de turno;
- Levantamento das necessidades, registo das intervenções de enfermagem e atualização do plano de cuidados no sistema informático, em linguagem CIPE®;
- Utilização do sistema de terapêutica uni-dose;
- Contacto com os cuidadores/familiares.

Todas estas atividades proporcionaram a compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa e o conhecimento dos principais motivos de agravamento da função renal e necessidade de internamento: por intercorrências/complicações das pessoas em HD (tromboses/hemorragias/não funcionamento de acessos de HD); por patologia decorrente de intercorrências de infeções várias (endocardites; pneumonias; espondilodiscites; sépsis e urossépsis); ou por intercorrências de doenças neoplásicas.

4.1.4. Adquirir Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR – Sala de HD

4.1.4.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR e suas famílias/cuidadores, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

4.1.4.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em TSFR e TxR, na Sala de HD, foram desenvolvidas diversas atividades tais como:

- Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR; o contacto com as urgências nefrológicas (relacionadas em maior número com necessidade de desobstrução ou colocação de catéteres de HD, administração de unidades de concentrado eritrocitário e efetivação de sessões de HD);
- Contacto com doentes de outros serviços, nomeadamente UCI, quando necessitam de plasmaférese.

Todas estas atividades contribuíram para compreender a gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa na sala de HD e prestar cuidados de enfermagem em uníssono com a equipa.

4.1.5. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos

4.1.5.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER, e suas famílias/cuidadores, a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER, e suas famílias/cuidadores, a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

4.1.5.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos foram desenvolvidas diversas atividades tais como:

- Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR;
- Apresentação de uma sessão sobre SBV e Ativação da EEMI para a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, integrando o módulo de prestação de cuidados em situação de emergência com base no programa de formação em serviço.

4.2. Objetivos Delineados para o Ensino Clínico 2

A UCI proporciona o conhecimento de uma realidade complementar às experiências vividas ao longo do meu percurso profissional, no Serviço de Urgência, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa que vivencia uma situação de doença crítica ou falência multiorgânica. Foi por este motivo que a escolha deste EC recaiu sobre a Unidade de Urgência Médica de um Centro Hospitalar de Lisboa.

A Unidade de Urgência Médica do Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] é, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível 3, tendo a capacidade de receber pessoas em estado crítico de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

O ambiente desta unidade oferece oportunidades para o desenvolvimento de competências específicas no campo de intervenção da Enfermagem Nefrológica, uma vez que a pessoa alvo de cuidados enfrenta um processo de patologia aguda, frequentemente em estado crítico, encontrando-se exposta a complicações que predispoem a alteração da função renal.

4.2.1. Desenvolver Competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos

4.2.1.1. Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER, e suas famílias/cuidadores, a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER, e suas famílias/cuidadores a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

4.2.1.2. Atividades desenvolvidas

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos foram desenvolvidas diversas atividades tais como:

- Integração na equipa multidisciplinar, conhecendo os objetivos do Serviço e do modelo de prestação de cuidados, e compreendendo a gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;
- Conhecimento dos principais motivos de agravamento da função renal e necessidade de internamento em UCI - intercorrências de infeções várias (endocardites; pneumonias; sépsis e urossépsis);
- Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR;
- Realização de um estudo de caso assente na prática de cuidados à pessoa com AER em situações de agudização e/ou evento crítico.

4.3. Desenvolvimento de uma Proposta de Implementação da Consulta de Esclarecimento acerca das Modalidades Terapêuticas da DRC5 e das Técnicas Respetivas

Para implementar a consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da DRC5 e das técnicas respetivas é necessário pôr em prática as competências adquiridas e desenvolvidas durante os estágios de forma a:

- ✓ Ajudar as pessoas com DRC a entender o que está a acontecer com elas e com os seus corpos, preparando-as para o que podem esperar no curso da sua doença;
- ✓ Acordar com as pessoas com DRC o papel que estas, com os seus cuidadores, tomam no seu próprio cuidado;
- ✓ Ajudar as pessoas com DRC escolher se querem ou não adotar uma TSFR e, em caso afirmativo, qual a modalidade; ajudar as pessoas com DRC a compreender as diferentes opções, avaliando se elas vão lidar com o tratamento, e ajudá-las a escolher de forma adequada;
- ✓ Avaliar a capacidade das pessoas com DRC para administrar as diferentes formas de TSFR a curto e longo prazo, e à luz de qualquer condição de comorbilidades existentes;

✓ Contribuir, em parceria com a equipa multidisciplinar, para que as pessoas com DRC possam tomar uma decisão informada, tendo em conta o seu estilo de vida e lazer, bem como o seu plano para gerir a doença e o seu tratamento.

4.3.1. Capacitar a Pessoa com DRC para compreender a DRC5 e o seu tratamento

4.3.1.1. Competências

- Explora com a pessoa com DRC como ela irá gerir a doença;
- Desenvolve um plano que apoie a família da pessoa com DRC.

4.3.1.2. Atividades a Desenvolver

- Apresentar os membros relevantes da equipa multidisciplinar à pessoa com DRC e/ou cuidador (por ex.: médico nefrologista, cirurgião, enfermeiro de diálise, nutricionista, psicólogo e assistente social);
- Identificar o que a pessoa com DRC e os seus familiares querem e precisam saber, e as questões mais importantes que têm de ser geridas (por ex.: a forma como funciona o rim, o que acontece quando ele está em falha, os tipos de TSFR, terapêutica farmacológica, a opção de tratamento conservador ou paliativo, outros problemas de saúde, prioridades clínicas, gestão prática do dia a dia);
- Abordar de forma calma e sensível que facilite a comunicação aberta e interativa com a pessoa com DRC, e escolher uma abordagem que incentive e promova uma parceria de aprendizagem entre ela, a sua família e a equipa multidisciplinar;
- Informar a pessoa com DRC e sua família sobre o que querem e precisam saber de uma forma honesta, equilibrada e justa (por ex.: o prognóstico, as taxas de sobrevivência, as taxas de mortalidade, os benefícios, limitações e complicações dos diferentes tipos de TSFR);
- Disponibilizar informações sobre alternativas e acompanhar as oportunidades de aprendizagem (por ex.: *sites* de internet, associações de doentes renais, reuniões com outros doentes e famílias que passaram pela mesma experiência);

- Ouvir o feedback da pessoa com DRC e sua família, cedendo-lhes tempo suficiente para refletir e reavaliar todas as informações dadas (por ex.: implicações no emprego enquanto faz diálise, férias, possíveis complicações da diálise);
- Certificar-se de que a informação que dá à pessoa com DRC e família é fiável e consistente com os outros membros da equipa multidisciplinar;
- Permitir que a pessoa com DRC, família e equipa multidisciplinar determinem mudanças do estilo de vida para complementar a TSFR que esta irá realizar (por ex.: alteração do horário de trabalho, evitar alimentos ricos em potássio, as restrições de líquidos ou parar de fumar);
- Reconhecer respostas de ambivalência que podem limitar a resposta da pessoa com DRC para enfrentar a sua própria saúde e necessidades de bem-estar, e identificar formas pelas quais as aprendizagens posteriores serão mais eficazes em cada etapa do percurso da pessoa.

4.3.2. Determinar o papel a desempenhar pela Pessoa com DRC no seu tratamento, paralela e independentemente da equipa multidisciplinar

4.3.2.1. Competências

- Capacita as pessoas para atender às suas necessidades específicas em relação à saúde e bem-estar.

4.3.2.2. Atividades a Desenvolver

- Certificar-se que a pessoa com DRC e/ou cuidador entendem quais são as competências que terão de adquirir;
- Trazer para o processo os membros da equipa multidisciplinar e pessoal da comunidade que têm informações ou explicações para dar, ou que precisam compreender os papéis da pessoa com DRC e do cuidador;
- Facilitar, sempre que possível, um processo aberto e interativo onde o ritmo e assunto da atividade são liderados pela pessoa com DRC, e utilizar pessoas e

outros recursos disponíveis, da melhor forma possível dentro das limitações criadas pelos papéis da pessoa com DRC e cuidador, procurando esclarecer mal entendidos ou equívocos;

- Disponibilizar seguimento (*follow-up*) em formatos diferentes (por ex.: linha telefónica, páginas *web*);
- Resolver com outros membros da equipa multidisciplinar quaisquer problemas decorrentes da responsabilidade assumida pela pessoa com DRC e cuidador;
- Verificar que a pessoa com DRC e/ou cuidador podem realizar os procedimentos com segurança e por conta própria;
- Garantir que a pessoa com DRC e cuidador estão familiarizados com o procedimento a seguir caso o equipamento falhe;
- Estabelecer e avaliar os mecanismos de reação e de resposta entre a pessoa com DRC, cuidador e equipa multidisciplinar;
- Planear os primeiros acompanhamentos e estabelecer um padrão de reavaliação.

4.3.3. Ajudar a Pessoa com DRC a escolher a modalidade terapêutica da DRC5 a realizar

4.3.3.1. Competências

- Ajuda a pessoa com DRC a compreender e avaliar as diferentes modalidades terapêuticas da DRC5;
- Avalia a capacidade da pessoa com DRC em relação ao seu tratamento;
- Desenvolve o plano de tratamento.

4.3.3.2. Atividades a Desenvolver

- Fornecer informações de forma estruturada que de forma a ajudar a pessoa com DRC e cuidador a entenderem as modalidades terapêuticas disponíveis;

- Descrever o que está envolvido em cada modalidade terapêutica (por ex.: acesso, localização, medicação, curso da doença);
- Descrever as evidências sobre a eficácia de cada modalidade terapêutica (por ex.: estatísticas sobre sobrevivência, informação sobre o trabalho, férias);
- Descrever os locais disponíveis para obter informações acerca das modalidades terapêuticas da DRC5;
- Ajudar a pessoa com DRC e cuidador a considerarem o impacto da sua escolha no seu estilo de vida (por ex.: trabalho, vida doméstica, vida social, desporto, férias, saúde sexual e planeamento familiar);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes, promover o encontro entre eles ou outros membros da equipa multidisciplinar (por ex.: reuniões com outros doentes, apoio psicológico);
- Resumir as vantagens e desvantagens de cada modalidade terapêutica do ponto de vista da pessoa com DRC;
- Comunicar as informações num período de tempo previamente estabelecido e dar tempo à pessoa com DRC para pensar;
- Avaliar a compreensão da pessoa com DRC sobre as modalidades terapêuticas disponíveis e o seu provável impacto, tendo em conta a evidência sobre a sua saúde e capacidade de tomar decisões, e as opiniões de outros membros da equipa multidisciplinar;
- Avaliar a capacidade e disposição da pessoa com DRC para gerir as diferentes formas de TSFR, assim como as possíveis respostas da pessoa a diferentes formas de TSFR a médio prazo;
- Rever todos os problemas cirúrgicos e comorbilidades que possam dificultar as opções de tratamento;
- Avaliar a adequação da residência da pessoa com DRC como um local para diálise;
- Consultar os outros membros da equipa multidisciplinar de forma a obter a sua informação e avaliar as necessidades e desejos da pessoa com DRC e cuidador;
- Discutir com a pessoa com DRC a viabilidade prática de cada opção de acordo consigo mesmo, identificando a sua preferência;

- Avaliar com os membros da equipa e com a pessoa com DRC se a opção da dela é a mesma que a deles, e se não está sujeita a pressão ou persuasão de terceiros (por ex.: o incentivo excessivo ou desânimo de um membro da família ou profissional de saúde);
- Desenvolver um plano de cuidados;
- Explorar com a pessoa com DRC, sem julgamentos, as medidas do estilo de vida que ele poderia começar ou continuar a tomar para contribuir para a sua saúde;
- Incentivar a pessoa com DRC a continuar com atividades de lazer e um estilo de vida que otimize a sua saúde e bem-estar, e ajudá-la a considerar as atividades que deseja empreender antes de começar TSFR (por ex., férias ou outras atividades onde a TSFR não está disponível);
- Fazer os preparativos apropriados para as próximas etapas na prestação de cuidados pelos membros da equipa multidisciplinar conjuntamente com a pessoa com DRC e, quando necessário, a preparação para TSFR (por ex.: acesso venoso, a doação do rim, apoio psicológico);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes, promover o encontro entre eles (por ex.: através de associações de doentes);
- Documentar o que foi decidido num formulário que possa ser seguido pelos outros membros da equipa multidisciplinar, a pessoa com DRC e o cuidador.

4.3.4. Avaliar os recursos da Pessoa com DRC em relação à sua escolha de TSFR

4.3.4.1. Competências

- Avalia o funcionamento fisiológico e psicológico quando há anormalidades complexas e/ou indiferenciadas, doenças e distúrbios;
- Desenvolve, acompanha e analisa planos de tratamento.

4.3.4.2. Atividades a Desenvolver

- Avaliar a capacidade e disposição da pessoa com DRC para tentar gerir as diferentes formas de TSFR;
- Avaliar a susceptibilidade da pessoa com DRC na resposta a diferentes formas de TSFR no médio prazo;
- Rever todos os problemas cirúrgicos e comorbilidades que podem dificultar as opções de tratamento;
- Avaliar a adequação da residência da pessoa com DRC como um local para diálise;
- Consultar outros membros da equipa de multidisciplinar de forma a obter a sua informação e avaliação das necessidades e desejos da pessoa com DRC e cuidador;
- Discutir com a pessoa com DRC a viabilidade prática de cada opção de acordo consigo mesmo e identificar a sua preferência;
- Avaliar com os membros da equipa e com a pessoa com DRC se a escolha é a mesma e se não está sujeita a pressão ou persuasão de terceiro (por ex.: o incentivo excessivo ou desânimo de um membro da família ou profissional de saúde).

4.3.5. Planear a TSFR da Pessoa com DRC

4.3.5.1. Competências

- Avalia o funcionamento fisiológico e psicológico quando há anormalidades complexas e/ou indiferenciadas, doenças e distúrbios;
- Desenvolve, acompanha e analisa planos de tratamento.

4.3.5.2. Atividades a Desenvolver

- Desenvolver um plano de cuidados;

- Explorar com a pessoa com DRC, sem julgamentos, sobre outras medidas de estilo de vida que ele poderia começar ou continuar a tomar para contribuir para a sua saúde;
- Incentivar a pessoa com DRC a continuar com atividades de lazer e estilo de vida que otimizem a sua saúde e bem-estar; ajudar a pessoa com DRC a considerar as atividades que deseja empreender antes de iniciar a TSFR (por ex.: férias ou outras atividades onde a TSFR não está disponível);
- Fazer os preparativos apropriados para as próximas etapas na prestação de cuidados pelos membros da equipa multidisciplinar conjuntamente com a pessoa com DRC e, quando necessário, a preparação para TSFR (por ex.: acesso venoso, a doação do rim, apoio psicológico);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes, promover o encontro entre eles (por ex.: associações de doentes);
- Documentar o que foi decidido num formulário que possa ser seguido pelos outros membros da equipa multidisciplinar, a pessoa com DRC e o cuidador.

4.4. Reflexão sobre as actividades desenvolvidas nos Ensinos Clínicos

Os ECs possibilitaram-me o desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AER, uma vez que me permitiram acompanhar a pessoa com AER durante todo o seu percurso, seja ele em regime ambulatorio, na realização de técnicas invasivas, no internamento, na realização de TSFR, ou em situações de agudização e/ou eventos críticos. Desta forma, pude adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências em termos de comunicação e relação com a pessoa com AER, além de desenvolver a técnica, relacionada com as TSFRs, visando o restabelecimento e/ou a manutenção do seu equilíbrio ao identificar o seu nível de adaptação, capacidades de resistência e dificuldades com o objectivo de promover a sua adaptação (Roy e Andrews, 2001).

Mais concretamente, o EC1 permitiu-me conhecer de perto as modalidades terapêuticas da DRC5 e assistir a pessoa com AER e a sua família nas alterações emocionais decorrentes da situação de doença, e gerir a comunicação interpessoal

neste processo de adaptação. Destaco o contributo da sessão de formação realizada neste EC, que abordou o tema da reanimação cardio-respiratória na pessoa com AER. Da pesquisa bibliográfica e discussão com a equipa de enfermagem foi sugerida a alteração do procedimento multissectorial de organização dos carros de urgência, sendo que esta alteração consistiu na inclusão de agulhas de punção de fístulas arteriovenosas nos carros de urgência do serviço com o objetivo de garantir um acesso vascular nas situações de reanimação cardio-respiratória.

O EC2 permitiu-me prestar cuidados a pessoas com LRA e contactar com protocolos implementados no serviço, tais como o protocolo de prevenção da nefropatia de contraste e a aplicação dos critérios de RIFLE para a prevenção e diagnóstico da lesão renal aguda, nomeadamente numa das situações experienciadas em que foram prestados cuidados a uma pessoa em choque séptico com disfunção renal, hematológica, hepática e respiratória, e da qual foi realizado um estudo de caso. Tendo em conta a situação crítica de disfunção multiorgânica e o quadro neurológico, foi exigida a minha constante atuação, desde a monitorização constante dos parâmetros vitais, à colaboração na colocação de dispositivos vasculares e à execução de técnicas dialíticas (HDFVVC e SLED) que requereram profissionais diferenciados e com competências específicas para a sua prática segura. Assim, desenvolvi conhecimentos e competências na área de intervenção da nefrologia na prestação de cuidados a doentes em situação crítica, conhecendo de perto as técnicas dialíticas usadas neste contexto e assistindo simultaneamente a todo um processo de tomada de decisão por parte dos enfermeiros que prestaram cuidados a pessoas com AER, esclarecendo as dúvidas que surgiam a cada passo, e observando a evolução do quadro clínico ao longo do internamento.

As aprendizagens foram também feitas a partir da prática clínica em articulação com as experiências vivenciadas ao longo do meu percurso profissional. Estas aprendizagens permitiram-me refletir acerca da minha prática clínica ao longo dos meus dez anos de profissão, possibilitando-me direcionar efetivamente os cuidados a prestar à pessoa em situação crónica e paliativa, e mais especificamente à pessoa

com AER, nas suas várias vertentes, com novos conhecimentos científicos e técnicos que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Em suma, acredito ter atingido o objetivo de adquirir e desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com AER, nomeadamente a pessoas com DRC5 em programas de TSR e TxR, e à pessoa com AER em situações de agudização e/ou eventos críticos, ao mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes suportadas na investigação e no conhecimento da área da especialidade; num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas; na otimização da resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e na articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER em situação de vulnerabilidade; na criação e manutenção de um ambiente seguro.

Gostaria, no entanto, de ter proporcionado às pessoas a quem prestei cuidados e às suas famílias uma maior assistência nas alterações emocionais que viveram no decorrer do episódio de internamento e também contribuir para uma melhor gestão da comunicação interpessoal neste processo de adaptação, que dada a elevada complexidade das situações não me foi possível concretizar. No entanto, foram vários e notáveis os esforços consonantes dos profissionais envolvidos neste processo, para os quais penso também ter contribuído, recorrendo aos conhecimentos da equipa e às tecnologias disponíveis no Serviço de Nefrologia e na Unidade de Urgência Médica do Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED].

Por último, destaco a importância e a especificidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas na área de intervenção da Nefrologia, e demonstro aqui a minha vontade de “melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas” (Pereira, 1995) e de fazer parte desta equipa

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste capítulo é feita uma discussão dos resultados do presente relatório de estágio, tendo por referencial os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - (1) Responsabilidade profissional, ética e legal; (2) Melhoria contínua da qualidade; (3) Gestão dos cuidados; (4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento no 122/2011, 18 de Fevereiro), e as competências vertidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011), procurando uma maior compreensão da sua implicação na prática clínica, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

5.1. Desenvolvimento de Competências

As reflexões decorrentes das situações consideradas mais significativas durante os ECs contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e permitiram-me conceber e promover cuidados que refletem o respeito pela dignidade humana e as responsabilidades profissionais. A partir da expansão de opções de resposta para os problemas identificados, estas reflexões permitiram-me desenvolver uma prática mais ética no campo de intervenção, focando-a e munindo de instrumentos a pessoa com AER para uma melhor adaptação ao processo que está a viver (Roy e Andrews, 2001).

Os ECs permitiram-me perceber a problemática da pessoa com AER com necessidade de cuidados, nomeadamente em relação a competências consistentes com várias funções de enfermagem, tais como: ajuda, educação e orientação, diagnóstico e vigilância, gestão de situações de evolução rápida, administração e

vigilância de protocolos terapêuticos, criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro e prestação de cuidados de qualidade (Benner, 2005).

Atendendo à melhoria da qualidade dos cuidados, no primeiro EC foi desenvolvida uma ação de formação sobre Suporte Básico de Vida e Ativação da Equipa de Emergência Médica Interna para Enfermeiros e Assistentes operacionais, enquadrando-se no módulo de prestação de cuidados em situação de emergência com base no programa de formação em serviço.

No mesmo EC e ainda no mesmo âmbito, foi elaborado um folheto informativo acerca das modalidades terapêuticas da DRC5 para as pessoas com DRC e sua família/cuidadores.

No que respeita à gestão dos cuidados, os conhecimentos advindos dos ECs permitiram fortalecer o processo de tomada de decisão e de supervisão clínica, uma vez que permitiram o desenvolvimento de planos de enfermagem mais direcionados, tendo por base a otimização da informação e a sua gestão no processo de cuidar. As competências desenvolvidas neste domínio irão produzir ganhos na saúde das pessoas com AER e na resposta da equipa multidisciplinar.

Os estudos de caso e as reflexões realizadas durante os ECs permitiram a integração de conceitos e ideias com a teoria de enfermagem e evidência científica atual para o desenvolvimento de padrões de conhecimento sólidos e válidos.

Considerando o percurso realizado, houve a necessidade de refletir sobre os objetivos delineados, de forma a perceber como contribuíram para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, na vertente da Nefrologia.

Assim, atendendo ao objetivo geral deste relatório, a possibilidade de realizar os ECs num serviço de nefrologia de referência na área de Lisboa e numa UCI, também de referência, foi fulcral para adquirir conhecimentos e desenvolver

competências para a prestação de cuidados à pessoa com AER a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica ou com DRC5 e sua família/cuidadores, em regime ambulatorio ou de internamento. Estes cuidados incidiram na individualização e humanização dos cuidados e na intervenção terapêutica, seja na realização de TSFR, como seja na colaboração na realização de procedimentos invasivos e de diagnóstico. Foi constatada a transversalidade dos cuidados de enfermagem, da urgência à UCI, bem como os cuidados específicos a prestar a pessoas em risco de vida e com necessidade de iniciar tratamento dialítico de urgência.

5.2. Limitações

Atendendo ao percurso realizado ao longo do 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente de Nefrologia, depreendo que as aprendizagens realizadas não tiveram a dimensão ou impacto que teriam se estivesse posicionada noutra estadia de desenvolvimento, mesmo com toda a pesquisa e reflexões feitas ao longo da componente teórica do curso e dos ECs.

Com a conclusão deste relatório creio encontrar-me na situação de iniciada avançada na área de enfermagem nefrológica, tendo como base o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2005) e de acordo com a EDTNA/ERCA (2007). Neste estadia, o enfermeiro demonstra um desempenho aceitável, sendo possível realizar um maior número de tarefas de forma independente. Para atingir o estadia seguinte, seria necessário uma prática clínica de cerca de 2-3 anos no contacto com situações semelhantes, sendo dependente apenas da experiência. Findo este período, o enfermeiro é reconhecido pela maior compreensão clínica e melhores habilidades técnicas, com maior capacidade de organização, que incorpora a capacidade de antecipar o possível curso dos acontecimentos.

.Para além deste facto, uma outra limitação inegável e já identificada no início deste percurso é a questão que se refere à implementação da consulta de esclarecimento

das modalidades terapêuticas da DRC5 propriamente dita, uma vez que depende inteiramente dos *timings* e recursos humanos e materiais do Serviço de Nefrologia em questão e da instituição em que está inserido.

5.3. Implicações para a Prática

Como implicações para a prática, destacam-se os Contributos para a Melhoria dos Cuidados, para a Investigação e para as Políticas de Saúde a Nível Organizacional.

De acordo com o que foi dito ao longo do relatório, as aprendizagens feitas ao longo deste estágio, e alargando-se a todo o curso de especialização, serão evidentes na minha prática de cuidados, assim como na resposta da equipa de enfermagem em que estou incluída e da equipa multidisciplinar, com efeitos visíveis na saúde da pessoa com AER.

Segundo Fawcett e Russell (2001), a definição de políticas de saúde tem por base os metaparadigmas de Enfermagem: Saúde; Pessoa; Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Inerente ao âmago da profissão, é da responsabilidade dos enfermeiros realizar um correto diagnóstico da situação, através de uma observação participada e adequar as necessárias estratégias às reais necessidades da pessoa com AER, sendo para isso necessário e indispensável que esta esteja bem informada e motivada de forma a alcançar o objetivo da saúde.

Desta forma, conceitos inerentes à intervenção de enfermagem como o autocuidado e responsabilização da pessoa com AER pela sua saúde serão o centro das intervenções, tal como preconizado no código deontológico do enfermeiro, artigo 89º, que afirma a necessidade de “contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

Em linha com a OE e o ICN (2010), os enfermeiros são os atores principais no contexto dos cuidados à pessoa com doença crónica, assumindo a sua intervenção ao facultar informações e educação à pessoa; ao estabelecer relações com a

pessoa, cuidadores e comunidades; ao disponibilizar continuidade de cuidados; ao utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados; ao apoiar adesões terapêuticas a longo prazo; e ao promover a prática colaborativa.

A proposta de implementação da consulta de esclarecimento das modalidades terapêuticas da DRC5 tem assim como objetivo estabelecer uma interação com a pessoa com DRC e suas famílias/cuidadores que seja benéfica para a sua saúde e dar resposta a um objetivo delineado pela instituição.

5.4. Conclusão do Relatório

A última fase deste percurso termina com a concretização deste relatório, no qual procurei reflectir o meu desenvolvimento e crescimento tanto a nível pessoal como profissional, numa perspectiva de evolução positiva e construtiva de todos os intervenientes.

Ao longo dos ECs e da elaboração deste relatório, constatei que a melhoria do desempenho e a busca da excelência no exercício se desenvolvem com base na atitude autocrítica e reflexiva permanente. Constatei que o processo do cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas, mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas e que resultam das respostas às situações de saúde que a pessoa e a sua família/cuidadores estão a viver.

Este percurso possibilitou-me desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Nefrologia, revelando-se um meio para alcançar o nível de Perito e assim atuar em consonância nos vários domínios da prática e prestar cuidados que visam a promoção da vida e da sua qualidade. Após a análise retrospectiva deste percurso, creio ter atingido de forma global os objetivos inicialmente propostos, embora tenha sentido algumas dificuldades em transmitir verbalmente e transpor para o papel o que fui assimilando. Contudo, considero que este relatório me permitiu mostrar a relevância do papel do Enfermeiro Especialista em Nefrologia e

das suas intervenções para alcançar o objetivo da enfermagem que, segundo Roy (2001), é o da promoção da adaptação para obter qualidade de vida.

Por último, sei que quero atingir um patamar mais elevado, quer no meu percurso profissional como pessoal, e que o caminho da excelência exige a busca permanente do aperfeiçoamento profissional e a aquisição de competências para prestar cuidados mais especializados e humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 11–18. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (Original 2001). (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.
- Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional - Três dimensões a explorar. *Pessoal*, (46), 60-63. Disponível em: <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Boutinet, J. (1996). *Antropologia do Projeto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Chapman, A. (Ed.) (2005). SWOT Analysis Template. *Business Balls*. Disponível em: http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf
- Chiou, C. & Chung, Y. (2011). Effectiveness of multimedia interactive patient *education* on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with End-

stage Renal Disease. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1223–1231, Blackwell Publishing

Ltd. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. CIPE/ICNP* (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros* (Original 2002). Loures: Lusociência.

Czajkowski, T., Pienkos, S., Schiller, B., & Doss-McQuitty, S. (2013). First Exposure to Home Therapy Options – Where, When, and How. *Nephrology Nursing Journal*, 40(1), 29-34. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Defloor, T., Hecke, A., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Elisabeth, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 6(56), 669–678. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Dias, M. (2006). *Construção e Validação de Um Inventário de Competências - Contributo Para a Definição de Um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Loures: Lusociência.

Direcção-Geral da Saúde (2012). *Norma nº 017/2011 de 28/09/2011, atualizada a 14/06/2012: 1-35*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=21>

Direcção-Geral da Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* (Lei 48/90, de 24 de Agosto e Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968). Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqieqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

Dor A, Pauly M., Eichleay M. & Held P. (2007). End-stage renal disease and *economic* incentives: The international study of health care organization and financing (ISHCOF). *J Health Care Finance Econ* 7: 73–111. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (2000). *Nephrology Nurse Profile*. EDTNA/ERCA. Disponível em: <http://www.edtnerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>

European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (2007). *Competency Framework*. Education Board of EDTNA/ERCA & ENRCA. Disponível em: <http://www.edtnerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>

Fawcett, J. & Russel, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2(2), 108–116.

Fortin, M. (1999): *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research *in* Denzin, N.; Lincoln, Y. (ed.). (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Holcomb, S. (2005). Evaluating chronic kidney disease risk. *Nurse Practitioner*, 30(4), 12. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005083727&site=ehost-live>

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham (UK): Nelson Thornes Ltd.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Édition Études Vivantes & Édition Maloine.

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990): *Diário da República, I Série*, Nº 195. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF>

Levey, A., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E., Collins, A., Eckardt, K,... & Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International* 67: 2089–2100. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Lewis, A., Stabler, K. & Welch, J. (2010). Perceived Informational Needs, Problems, or Concerns among Patients With Stage 4 Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 37(2), 143-149. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Loiselle, M., O'Connor, A. & Michaud, C. (2011). Developing a decision support intervention regarding choice of dialysis modality. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*. July–September 2011, Volume 21, Issue 3, 13-18. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 21(2), 82–88. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live>

Mahon, A., Jenkins, K., & Casal, M. C. (2007). *Doença Renal Crônica (Estádios 1-3). Guia para a Prática Clínica*. Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Disponível em: www.edtnaerca.org

Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 9-21. Philadelphia: Lippincott Company.

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mota, L., Rodrigues, L. & Pereira, I. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Referência*, III série (5): 19-26. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.) (2000). *NKF KDOQI Guidelines 2000. Guidelines for Vascular Access*. National Kidney Foundation. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_updates/doqiupva_i.html#doqiupva1

National Kidney Foundation & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.) (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Disponível em: www.kdoqi.org

Organização Mundial de Saúde (2011). *Global status report on noncommunicable diseases*. 2010. Genebra: OMS.

OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Cadernos Temáticos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

Ordem dos Enfermeiros & International Council of Nurses (2010). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica: “Delivering quality, serving communities: nurses leading*

chronic care". Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Carig, L. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. (L. Lopes & S. Santos, Trans.) *Referência Revista de Enfermagem*, II, (12), 123-133. Disponível em:
http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2162&id_rev=4&id_edicao=32

Pereira, R. (1995). Reflectindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In R. Waldow, *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. 135-149. Porto Alegre: Artes Médicas.

Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID) (2011). Disponível em:
<http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4º, n.º 3). Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/RPE.pdf>

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011). Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf

Regulamento nº 122/2011 (18 de Fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 35, 8648-

8653. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento nº 124/2011. (18 de Fevereiro). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República II Série*, Nº 35: 8656-8657. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percurso. *Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal*, (15), 38. Disponível em:

http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2013). Relatórios Anuais 2012 - Relatório Gabinete de Registo da SPN: Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estádio V em Portugal. In *Encontro Renal 2013*, Vilamoura, 11 de Abril de 2013. Disponível em:

http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2012/registo_2012.pdf

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2010). *Relatórios Anuais - Gabinete de Registo*. Disponível em:

http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2012/default.asp

Sondrup, B., Copland, M., Black, A. & Trask, M. (2011). Supporting Patient Choice An Intervention to Promote Independent Dialysis Therapies. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 491-497. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Spichiger, E., Wallhagen, M. I., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scand Journal Caring Sciences*, (19), 303–309. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 124–134. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=128>

Tweed, A. & Ceaser, K. (2005). Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients. *British Journal of Nursing*, Vol. 14, No 12, 659-664. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Universal, Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos do Projeto

Objetivos do Projeto

A elaboração do projeto de estágio visou o planeamento baseado numa escolha fundamentada do percurso a operacionalizar no 3º semestre do curso, tendo como objetivos compreender a importância do desenho do projeto para a prossecução de um percurso de aquisição de conhecimentos coerente e consistente, e desenhar o projeto de estágio (UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II (Apontamentos). Prof. Rebelo Botelho, ESEL, 2013).

O percurso proposto para o estágio assentou no meu desenvolvimento de competências como enfermeira, e teve como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos condicentes com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2009 e vertidas na Lei (Regulamento no 122/2011, 18 de Fevereiro), nos seus quatro domínios: (1) Responsabilidade profissional, ética e legal; (2) Melhoria contínua da qualidade; (3) Gestão dos cuidados; (4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Artigo 4º), e com as competências vertidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011).

Este projeto consistiu, então, na Proposta de Implementação da Consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas da Doença Renal Crónica no estágio 5 e das técnicas respetivas, no Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, de acordo com a Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 da DGS, sendo que o Enfermeiro Especialista em Nefrologia tem um papel de destaque ao procurar uma maior compreensão da sua implicação na prática clínica, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados, uma vez que desenvolveu competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AER, e especificamente a pessoas em TSFR e TxR, e ainda a pessoas em situações de agudização da DRC e/ou eventos críticos.

Até concluir esta proposta pretendeu-se percorrer um percurso que me permitisse desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRC, e suas famílias/cuidadores, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

APÊNDICE II – Cronograma dos ECs

APÊNDICE III – Objetivos, Competências e Atividades para o EC 1

Objetivos, Competências e Atividades para o Ensino Clínico 1

Serviço de Nefrologia de Referência de um Centro Hospitalar de Lisboa

1 Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Adquirir Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR - Ambulatório.
➤ Competências	<ul style="list-style-type: none">• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;• Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.
➤ Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Integração na equipa multidisciplinar do Hospital de Dia e das consultas de DP, consultas de acessos vasculares e consultas de pré e pós-transplante:<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço;✓ Conhecimento do modelo de prestação de cuidados;✓ Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa a pessoas em DP, TxR e construção de acessos vasculares;✓ Observação e colaboração na consulta de enfermagem de pré e pós TxR, ensinios para a saúde, pensos cirúrgicos, remoção de material cirúrgico cutâneo, algaliações;✓ Contacto com as tecnologias avançadas de DP;✓ Observação e colaboração na consulta de enfermagem de DP, sessões de ensino de DP, Testes de Eficácia Peritoneal (PET), Ciclo/Lavagem Peritoneal, colocação/ substituição de prolongador de Catéter de Tenckhoff, visitas domiciliárias no início do programa visando adequar os procedimentos às condições do domicílio dos doentes, e periódicas para vigilância

- sobre a manutenção dos procedimentos e cuidados;
- ✓ Observação e colaboração nos cuidados de enfermagem prestados no Hospital de dia, nomeadamente Injeções simples e complexas, ciclos de quimioterapia, pensos simples e complexos, desobstrução de cateteres de HD, administração de terapêutica diversa, administração de sangue e derivados;
 - ✓ Observação da consulta de DRC avançada que visa informar e preparar pessoa para a fase terminal da sua doença renal permitindo-lhe optar pela técnica que melhor se adequa à sua situação clínica e à manutenção da melhor qualidade de vida.
- Estudo de Caso: prática de cuidados à pessoa com DRC em DP, HD e/ ou TxR.

2 Objetivo

- **Adquirir Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com Alteração da Eliminação Renal na Realização de Técnicas Invasivas.**

➤ Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade.

➤ Atividades

- Integração na equipa multidisciplinar:
 - ✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço;
 - ✓ Conhecimento do modelo de prestação de cuidados;
 - ✓ Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;
 - ✓ Colaboração na colocação de catéteres centrais de HD provisórios e definitivos;
 - ✓ Colaboração na realização de biópsias renais;
 - ✓ Prestação de cuidados de enfermagem pós-biópsia nas 24h seguintes.

3 Objetivo

- **Desenvolver Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com Alteração da Eliminação Renal - Internamento.**

➤ Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade.

➤ Atividades

- Integração na equipa multidisciplinar:
 - ✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço;
 - ✓ Conhecimento do modelo de prestação de cuidados;
 - ✓ Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;
 - ✓ Conhecimentos dos principais motivos de agravamento da função renal e necessidade de internamento (por intercorrências/complicações das pessoas em HD (tromboses/hemorragias/não função de acessos de HD); por patologia decorrente de intercorrências de infeções várias (endocardites; pneumonias; espondilodiscites; sépsis e urosépsis); por intercorrências de doenças neoplásicas).

4 Objetivo

- **Adquirir Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em TSFR e TxR - Sala de HD.**

➤ Competências

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSFR e TxR, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;
- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

➤ **Atividades**

- Integração na equipa multidisciplinar na Sala de HD:
 - ✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço;
 - ✓ Conhecimento do modelo de prestação de cuidados;
 - ✓ Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa na sala de HD;
 - ✓ Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR;
 - ✓ Contacto com as urgências nefrológicas (relacionadas em maior número com necessidade de desobstrução ou colocação de catéteres de HD, administração de unidades de concentrado eritrocitário e efetivação de sessões de HD);
 - ✓ Contacto com doentes de outros serviços, nomeadamente UCI, quando necessitam de plasmaférese.
- Contributo para a formação: com base no programa de formação em serviço, integrar o módulo de prestação de cuidados em situação de emergência, com apresentação de Sessão sobre SBV e Ativação da EEMI para Enfermeiros e Assistentes operacionais.

⑤ **Objetivo**

- **Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com Alteração da Eliminação Renal em Situação de Agudização e/ou Eventos Críticos.**

➤ **Competências**

- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da

infecção;

- Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

➤ **Atividades**

- Integração na equipa multidisciplinar:
 - ✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;
 - ✓ Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR.
- Estudo de Caso: prática de cuidados à pessoa com AER em TSFR em situação de agudização e/ou evento crítico.

APÊNDICE IV – Caracterização do EC 1

Caracterização do Serviço de Nefrologia de Referência de um Centro Hospitalar de Lisboa, segundo o “Plano de Ação para 2013. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem”, da autoria da Enf. Chefe E. Santos

O Serviço de Nefrologia sendo um serviço clínico que presta cuidados diretos de saúde nas áreas de internamento, urgência nefrológica e ambulatório aos doentes que recorrem ao serviço, está organizado quanto à estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos para dar resposta a estas especificidades.

Na área de internamento o serviço possui uma lotação de 22 camas, sendo o 11 para utentes do sexo masculino, e igual número para utentes do sexo feminino, podendo ser ajustada de acordo com as necessidades de internamento no serviço. Acresce ainda um quarto com duas camas, preferencialmente destinadas ao internamento de doentes durante 24 horas após submissão a biópsias renais, colocação de catéteres ou outros exames que impliquem vigilância durante um período curto, ou quando necessário isolamento de doentes por patologia infecciosa. A taxa de ocupação do serviço em 2012 foi de 90,27% com uma demora média de 12,4 dias.

A causa mais frequente de internamento foi “intercorrências/complicações dos doentes em HD” (34,5%) sendo 70% destes por complicações arteriovenosas (tromboses/hemorragias/não função de acessos de HD).

Também são frequentes os internamentos por patologia decorrente de intercorrências de infeções várias 27% (endocardites; pneumonias; espondilodiscites; sépsis e urosépsis) e ainda de intercorrências de doenças neoplásicas.

Deste modo os doentes internados no serviço são doentes com patologia múltipla, pelo que a equipa de saúde tem que estar preparada para prestar cuidados gerais e especializados em situações muito diversificadas.

O serviço respondeu ainda no âmbito da urgência nefrológica a doentes provenientes de outros serviços do CHLC e de outras instituições de saúde.

Estas urgências relacionam-se em maior número com necessidade de desobstrução ou colocação de catéteres de HD, administração de unidades de concentrado eritrocitário e efetivação de sessões de HD.

O serviço possui uma sala de pequena cirurgia que responde às necessidades do serviço, de outros serviços do CHLC e de outras instituições e ainda a situações de urgência nefrológica.

Trata-se assim de uma sala que funciona durante as 24 horas, de acordo com as necessidades.

A área ambulatória é constituída pela consulta de nefrologia (sem atividade de enfermagem), a consulta de transplantes renais, a consulta de DP, o hospital de dia de nefrologia, a consulta de DRC avançada (iniciada em 22/2/2011) e a consulta de esclarecimento de acordo com a normativa da DGA, iniciada em 18/10/2012.

Na consulta de transplantes renais foram efetuados 6386 atendimentos de enfermagem que na maioria incluíram consulta de enfermagem de pré e pós TxR, ensinios para a saúde, pensos cirúrgicos, remoção de material cirúrgico cutâneo, algaliações e orientações por articulação telefónica com doentes que habitam longe, abrangendo a nossa área de articulação e as áreas até ao Algarve, Açores e Madeira.

Em programa de DP o número de doentes foi variando ao longo de 2012, tendo em Dezembro de 2012 25 doentes em programa de DP.

A atividade de enfermagem nesta consulta é essencial, tendo-se efetuado, em 2012 1633 atos de enfermagem, estes incluíram:

- Consultas de enfermagem – 186 (duração média 40 min)

- Sessões de ensino – 160 (duração média 90 min)
- Teste de Eficácia Peritoneal (PET) – 64 (duração de 4 horas)
- Ciclo/Lavagem Peritoneal – 183 (duração média de 45 min)
- Colocação/ Substituição de Prolongador de Catéter de Tenckhoff – 68 (duração média de 30 min)
 - Visitas Domiciliárias no início do programa visando adequar os procedimentos às condições do domicílio dos doentes e periódicas para vigilância sobre a manutenção dos procedimentos e cuidados – 12 81 x semana às quartas-feiras durante o período da manhã).
 - Atendimentos telefónicos – 960 (orientação de doentes).

Em 2012 houve 3022 episódios de hospital de dia que incluíram:

- Injeções simples – 835
- Injeções complexas – 864
- Ciclos de quimioterapia – 226
- Pensos simples – 578
- Pensos complexos – 59
- Atendimentos telefónicos – 660

Este sector do serviço funciona 24 horas e todos os dias da semana e fim-de-semana, sempre que qualquer contacto com o médico do serviço implique qualquer ato considerado urgente, como a desobstrução de cateteres de HD, a administração de terapêutica diversa como antibiótica e administração de sangue e derivados. São ainda asseguradas, ao fim-de-semana, as terapêuticas antibióticas já iniciadas.

Como referido, a consulta de DRC avançada foi iniciada em 22/02/2011 e visa informar e preparar o doente para a fase terminal da sua insuficiência renal permitindo-lhe optar pela técnica que melhor se adequa à sua situação clínica e à manutenção da melhor qualidade de vida. Foi ainda iniciada a consulta de esclarecimento em 18/10/2012. Foram efetuadas: 114 Consultas de DRC Avançada

(duração média 1ª consulta – 1h) e 10 Consultas de esclarecimento (duração média 1h).

Deste modo o espaço encontra-se organizado em:

- Internamento – com 3 quartos para doentes do sexo feminino, 3 quartos para doentes do sexo masculino (ajustável segundo as necessidades) e um quarto misto para internamentos de curta duração – todos de dimensões reduzidas e a necessitar de obras. Cinco dos quartos com wc de dimensões muito reduzidas, a necessitar de reparações urgentes e de colocação de ajudas técnicas nos sanitários. Esta área tem ainda uma sala de técnicas invasivas, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de registos e de reuniões, uma copa e uma pequena sala de refeições ambas muito deterioradas.

- HD – com 3 salas com um total de 14 unidades para doentes em diálise; vestiário para doentes externos da sala de HD; sala técnica para tratamento de águas com pequena arrecadação para monitores suplentes ou a aguardar reparação; gabinete de arquivo e registo do sector de HD, e no exterior um depósito para água.

- Hospital de dia – com gabinete de atendimento de dimensões reduzidas para o atual movimento diário

- DP – com gabinete de atendimento médico e sala técnica de atendimento e ensino de enfermagem

- Consulta de DRC Avançada e Consulta de Esclarecimento – com o mesmo gabinete de atendimento médico que a DP e um gabinete para atendimento de enfermagem e dietética.

- Área comum – átrio de entrada, onde funciona o secretariado...

- Consulta de TxR – com sala de espera para doentes com pequena área administrativa; 3 gabinetes de atendimento médico; um pequeno gabinete de atendimento de enfermagem, um pequeníssimo espaço para sala de técnicas de enfermagem (onde mal cabe o catre) e wc.

Relativamente à equipa de enfermagem, em Dezembro de 2012, era composta por 29 elementos, e uma enfermeira chefe, num total de 28 enfermeiros para a

prestação de cuidados em internamento, HD e urgência nefrológica. A equipa de ambulatório era composta por 3 enfermeiras.

Estes números não incluem as situações em que é necessário o apoio da equipa de enfermagem a outros serviços, nomeadamente UCI, sempre que há doentes nesta unidade a necessitar de plasmaferese, ou ao serviço de doenças infecto-contagiosas sempre que doentes em isolamento respiratório necessitam de efetuar HD.

Nestas situações 1 enfermeiro desloca-se a estes serviços durante cerca de 5 horas por turno de trabalho, o que implica desfalcar o número de enfermeiros por turno no Serviço de Nefrologia.

Análise SWOT

Tendo por base o levantamento desenvolvido e após análise da informação conclui-se:

Pontos fortes

- Serviço diferenciado e de referência no âmbito da patologia renal
- Equipa de enfermagem especializada e com elevadas competências
- Boa relação interdisciplinar
- Existência de manual de normas e procedimentos técnicos
- Existência de sistema de classificação de doentes

Pontos fracos

- Indefinição da avaliação de desempenho dos enfermeiros
- Deficit do número de elementos da equipa de enfermagem
- Deficit de formação e de motivação da equipa de assistentes operacionais
- Estrutura física do serviço degradada e desajustada das necessidades
- Insuficiência e degradação avançada de alguns equipamentos
- Elevado desgaste nos sistemas de informação
- Elevado desgaste na gestão de recursos materiais, equipamentos e instalações

Oportunidades

- Projeto de normalização de procedimentos do internamento e ambulatório
- Possibilidade de desenvolvimento profissional de enfermeiros e assistentes operacionais
- Estreita relação das áreas de internamento e ambulatório

Ameaça

- Contexto nacional de crise económica
- Indefinição quanto ao futuro do hospital
- Indefinição quanto ao futuro do serviço e das suas instalações

Na prática diária são muitas as situações problema que se identificam nas equipas de enfermagem e de assistentes operacionais e as quais constituem um desafio para a melhoria da sua atuação, destas salienta-se:

- Registos de enfermagem – dificuldade de registo no sistema informático da instituição, por problemas na gravação das alterações de registos ou mesmo das validações;
- Incidência de úlceras de pressão – sendo um indicador de qualidade de cuidados pretende-se uma constante diminuição do valor;
- Controlo da infeção hospitalar – área de extrema importância em ambiente hospitalar que exige de todos os intervenientes uma atenção permanente;
- Atualização profissional da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais – essencial à prossecução do principal objetivo da equipa “melhoria contínua na prestação de cuidados aos utentes do serviço”.

Referências:

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2010). *Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE)*. Autor. Obtido de <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2011). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, SCD/E. *Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Cirurgia/Medicina* (3ª Ed). ACSS Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (Original 2001). (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Chapman, A. (Ed.). (2005). *SWOT Analysis Template. Business Balls*. Disponível em: http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. CIPE/ICNP (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Santos, E. (2013). *Plano de Acção para 2013. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem*. Hospital ██████████.

APÊNDICE V – Atividades Realizadas no EC 1

Atividades realizadas no Serviço de Nefrologia

O Serviço de Nefrologia de um Centro Hospitalar de Lisboa é constituído pelas áreas de internamento, urgência nefrológica e ambulatório, nomeadamente: Hospital de Dia, Consulta de DP e Unidade de DP, Consulta de DRC Avançada, Consulta de TxR (pré e pós transplante), Consulta de Acessos Vasculares, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Sala de Técnicas Invasivas, Sala de Recobro, Internamento e Sala de HD.

No Hospital de Dia tive a oportunidade de realizar várias actividades, tanto em consulta como em regime ambulatório: a desobstrução de catéteres de HD, a administração de terapêutica (ex.: antibiótica), administração de sangue e derivados, e ciclos de quimioterapia; de mencionar que ao fim-de-semana, as terapêuticas antibióticas já iniciadas são continuadas, sendo que este sector funciona todos os dias da semana e fim-de-semana nas 24 horas, sempre que qualquer contacto com o médico do serviço implique qualquer ato considerado urgente, como é o caso da desobstrução de catéteres de HD.

.

No sector dedicado à DP, assisti e participei em várias Consultas de DP, Sessões de Ensino de DP às pessoas e familiares/cuidadores em programa de DP, Testes de Eficácia Peritoneal (PET), Ciclo/Lavagem Peritoneal, Colocação/Substituição de Prolongador de Catéter de Tenckhoff e ainda efectuei Atendimentos Telefónicos.

Nas Consultas de DP, tive a oportunidade de dar seguimento às pessoas em programa de DP ao proceder a uma avaliação de enfermagem e registo manual no processo de cada pessoa dos dados gerais e cuidados específicos da DP, nomeadamente: tensão arterial, peso, edemas, diurese, UF média, classificação do orifício, cuidados ao orifício, esquema de DP, intercorrências no tratamento, necessidades de ensino, presença ou ausência de peritonite e de infeção no orifício/túnel.

Considerarei o programa de ensino às pessoas e familiares/cuidadores sobre o manuseamento do catéter de DP e cuidados aquando das trocas dialíticas muito interessante e desafiante. O ensino é planeado de acordo com as necessidades de cada pessoa e no final é feita uma avaliação na qual se pretende que a pessoa diga cada passo do procedimento e o efetue, esclarecendo quaisquer dúvidas. Tive a oportunidade de assistir e fazer parte de vários destes ensinamentos, percebendo as dificuldades, limitações e motivações decorrentes em cada sessão.

Tive também a oportunidade de realizar Visitas Domiciliárias a algumas das pessoas em programa de DP após o início do programa de forma a verificar a manutenção dos procedimentos e cuidados para os quais foram instruídas nas sessões de ensino. Participei também com as enfermeiras da Unidade de DP aquando da realização de contactos telefónicos, de forma a adequar os procedimentos às condições do domicílio da pessoa e vigiar a manutenção dos procedimentos e cuidados, estabelecendo uma ponte entre o hospital e o domicílio. As visitas foram efetuadas às quartas-feiras durante o período da manhã.

As enfermeiras da Unidade de DP são ainda responsáveis pela comunicação entre a pessoa e sua família/cuidadores e as empresas que fornecem o material necessário à DP, assegurando a continuidade do tratamento. Tive a oportunidade de iniciar os protocolos instituídos no serviço, que são competência das enfermeiras, em casos de suspeita de peritonite ou outra infeção e em caso de falha de segurança ou contaminação do sistema de DP.

Na Consulta de DRC Avançada tive a oportunidade de assistir a várias das consultas médicas e de participar nas consultas de enfermagem, tendo efetuado as colheitas de dados e planeamento dos cuidados a prestar a estas pessoas, assumindo um papel fundamentalmente educativo e esclarecedor da pessoa com DRC avançada.

A Consulta de DRC Avançada tem cerca de dois anos e é composta por médico nefrologista e enfermeiro, sendo que a avaliação médica e de enfermagem se

complementam e passam por identificar o grau de insuficiência renal da pessoa, sinais e sintomas, co-morbilidades, estado nutricional, capacidades cognitivas, personalidade, traços de carácter, perspectiva de sobrevida, empenho dos familiares e/ou cuidadores, desmistificação de algumas crenças adquiridas (dieta, ingestão hídrica, potássio, fármacos), abordagem das modalidades terapêuticas da DRC, integração nos cuidados multidisciplinares considerados adequados, programação atempada de acesso vascular para HD e/ou colocação de catéter de Tenckhoff, e definição da periodicidade de observação do doente na consulta.

A Consulta de TxR tem como fim monitorizar e acompanhar as pessoas que estão propostas para transplante e as que efetuaram TxR na instituição. Nesta consulta pode proceder à avaliação e registo de dados como a tensão arterial, o pulso, o peso e a diurese, e alterações físicas como edemas, queixas urinárias e sinais de infeção, de forma a efetuar uma avaliação geral do estado da pessoa. Efetuei colheitas de sangue e urina para análises de bioquímica, hemograma, doseamentos de imunossuppressores, pesquisa de anticorpos antileucocitários contra painel anti-HLA, classe 1 e 2, e titulação cross-match antileucocitária (estas análises são realizadas no Centro de Histocompatibilidade do Sul da Lusotransplante), análise de urina tipo II e urocultura em pessoas com infeções urinárias de repetição ou após infeção urinária.

Nesta consulta tive a oportunidade de proceder também à averiguação da adesão da pessoa à terapêutica prescrita e regime alimentar aconselhado, sob a forma de questões simples, aconselhando-as para a adoção de estilos de vida saudáveis e do regime terapêutico instituído, além de esclarecer e orientá-las face a outras questões com que se depararam.

Relativamente à consulta médica, que também tive a oportunidade de assistir, é somente feito o ajuste da terapêutica e a requisição de exames complementares de diagnóstico que se verifiquem necessários.

O encaminhamento para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) é feito através da Consulta de Acessos Vasculares após referenciação da Consulta de Nefrologia.

Nesta consulta o médico faz o mapeamento vascular e do local da intervenção, requer os exames pré-operatórios e é preenchido o documento de consentimento livre e esclarecido para a intervenção cirúrgica. Após a construção do acesso vascular, a pessoa continua a ser acompanhada nesta consulta.

Na consulta de enfermagem de Acessos Vasculares tive a oportunidade de realizar a avaliação de enfermagem e registo de dados gerais e cuidados específicos da pessoa submetida a construção de acesso vascular, tal como a tensão arterial, o peso, presença de edemas, a diurese, os cuidados à ferida cirúrgica e os cuidados ao membro onde se encontra o acesso, os exercícios de fortalecimento, intercorrências na cicatrização e maturação do acesso e as necessidades de ensino.

Na UCA realiza-se a construção de fístulas arteriovenosas e a implantação de próteses arteriovenosas, sendo as intervenções de enfermagem registadas em impresso próprio, nomeadamente os parâmetros vitais durante a intervenção, alguma intercorrência e a lista de verificação cirúrgica. No recobro é feita a vigilância do estado da pessoa com o registo dos parâmetros vitais e é despistado a existência de hemorragias ou sinais de compromisso circulatório distal do membro intervencionado. No momento da alta o enfermeiro do recobro entrega um panfleto à pessoa e familiar/cuidador com o resumo dos cuidados a ter com a fístula e sinais de alerta. É ainda feito o encaminhamento para a consulta de acessos vasculares pós intervenção e dada informação escrita para os enfermeiros do Centro de Saúde que realizarão os cuidados à ferida operatória.

O Serviço de Nefrologia possui uma sala de técnicas invasivas que dá resposta às necessidades do serviço e também a situações de urgência nefrológica de outros serviços do Centro Hospitalar em que se insere ou mesmo de outras instituições, durante as 24 horas. Nesta sala são colocados catéteres venosos centrais para HD, de curta ou longa duração, dependendo da situação e da pessoa.

São também efectuadas, nesta sala, biópsias renais que consistem numa técnica invasiva para chegar a um diagnóstico, orientar o tratamento e obter informação

sobre o grau de atividade e de cronicidade da doença. Tive a oportunidade de assistir a várias destas intervenções e de colaborar nos procedimentos. Previamente às intervenções tive a oportunidade de explicar o procedimento à pessoa e os cuidados a ter após o mesmo, nomeadamente permanecer em decúbito dorsal, não fazer esforços e alertar os profissionais em caso de dor abdominal e sensação de sangramento no local de punção. Na sala, monitorizei a pessoa, cateterizei e verifiquei a permeabilidade do acesso venoso periférico e colaborei com o médico na realização do procedimento. A biópsia é realizada através de punção percutânea, utilizando pistolas automáticas sob controlo ecográfico, e a complicação mais frequente é a hemorragia. As indicações mais frequentes para a realização da biópsia renal são a síndrome nefrótica, alterações importantes identificadas nas análises da função renal e a insuficiência renal aguda cuja origem ainda se desconhece.

No caso das biópsias renais, o enfermeiro efetua os registos e transmite as ocorrências ao colega responsável pela pessoa intervencionada; rotula o material recolhido e entrega-o no laboratório de patologia clínica anexo ao Serviço; acompanha a pessoa ao quarto, na sua cama, sendo que esta se mantém em decúbito dorsal por 24h, conforme o protocolo do Serviço,

Na Sala de Recobro, que é constituída por um quarto com duas camas preferencialmente destinadas ao internamento de doentes durante 24 horas após a intervenção para a realização de biópsias renais, colocação de catéteres ou outros exames que impliquem vigilância durante esse período, pude efetuar uma vigilância apertada da pessoa nas primeiras horas pós-biópsia, monitorizando-a continuamente. A pessoa mantém-se em decúbito dorsal, evitando qualquer esforço físico, enquanto o enfermeiro faz o despiste de hemorragia e queixas algicas e, no caso de surgirem intercorrências, procede em conformidade com as alterações apresentadas.

A área de internamento teve a oportunidade de prestar cuidados a pessoas internadas no serviço e de efetuar os registos e planos de cuidados com base na

linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), registando-os no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e efetuando a Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E).

As atividades de enfermagem são planeadas diariamente de acordo com as necessidades de cuidados, considerando os recursos de enfermagem e de assistentes operacionais. O método de trabalho utilizado é o método individual e na passagem de turno são apresentadas as notas de evolução e discutidos os cuidados para cada uma das pessoas internadas. Tive a oportunidade de fazer o levantamento das necessidades, o registo das intervenções de enfermagem e a atualização do plano de cuidados no sistema informático, em linguagem CIPE®.

A Sala de HD é constituída por 3 salas com um total de 14 unidades para doentes em diálise, cada uma com um monitor de HD, e ainda um monitor de plasmáfereze para doentes da Unidade de Cuidados Intensivos. Nesta sala são dialisadas pessoas internadas no Centro Hospitalar, pessoas infetadas com HIV, HBV e HCV, e pessoas com lesão renal aguda ou DRC agudizada.

Este sector foi particularmente desafiante pelo facto de nunca ter trabalhado com os monitores de HD, nem ter cateterizado fístulas ou conectado catéteres de HD a estes monitores. Nesta sala tive, então, a oportunidade de “ligar” e “desligar” pessoas aos monitores através de catéteres, fazendo a monitorização contínua dos sinais vitais durante a sessão e a hemostase no final. Não “liguei” pessoas com fístulas arteriovenosas por forma a não criar situações de maior tensão para as pessoas e para mim mesma, uma vez que poderia constituir uma ameaça à integridade da fístula e ao bem-estar das pessoas pela minha falta de experiência e receio de falhar na técnica de cateterização.

APÊNDICE VI – Estudo de Caso “Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa com Nefropatia Associada ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Intervenção Enfermagem Médico – Cirúrgica

Vertente Nefrológica

Dezembro/2013

Ensino Clínico 1	Aluno	Andreína Tavares [4893]
	Orientadora	Prof. ^a Maria Saraiva
	Orientador Local EC	Enf. ^a Teresa Marques
Actividade	Estudo de Caso	
	Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa com Nefropatia Associada ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida	

Resumo

Este estudo de caso foi realizado no decurso do meu estágio no Serviço de Nefrologia do Hospital [REDACTED] e tem como finalidade desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados especializados ao doente renal crónico, nomeadamente nas modalidades terapêuticas da Doença Renal Crónica em estágio 5 (DRC5), tema este que também desenvolvi no meu projecto de estágio.

O trabalho em questão foi realizado com uma jovem com Doença Renal Crónica em estágio 5 (DRC5) em Diálise Peritoneal (DP), seguida em Nefrologia, sendo a pesquisa do tipo estudo de caso. Os dados foram colhidos no período de 1 de Outubro a 18 de Dezembro de 2013, nas consultas de DP e de Acessos Vasculares e no internamento no Serviço de Nefrologia.

A análise dos problemas ou alterações foi realizada tendo por base o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) e o plano de cuidados foi elaborado de acordo com a linguagem CIPE®, com o intuito de direccionar os cuidados de enfermagem e elaborar um plano que contribua para uma melhor adaptação da pessoa à sua nova condição de vida, além de reforçar a Enfermagem enquanto ciência.

Palavras Chave

Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV); Terapêutica Anti-Retroviral (TARV); Nefropatia Associada ao HIV (HIVAN); Doença Renal Crónica (DRC); Hemodiálise (HD); Diálise Peritoneal (DP); Transplantação Renal (TR); Processo de Enfermagem (PE).

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem possui como responsabilidade assistir a pessoa com DRC, intervindo para promover a sua adaptação, uma vez que esta doença gera alterações na vida dos indivíduos, tanto no aspecto físico como no psicológico. Diante desse facto, percebe-se a necessidade de melhor organizar e sistematizar o cuidado de enfermagem ao DRC. O PE surge, então, como um instrumento de enfermagem eficaz para esta organização que, ao ser executado de modo sistemático, define as necessidades do doente, orienta a intervenção e documenta os resultados obtidos com a intervenção executada.

O referencial teórico que sustentará este estudo de caso é o MAR, que tem como objectivo a promoção da adaptação que, através de respostas eficazes, contribui para a saúde da pessoa e para a sua qualidade de vida (Roy & Andrews, 2001).

No que se refere aos diagnósticos, resultados e intervenções, a CIPE® constitui um sistema padronizado de linguagem, tanto para diagnósticos de enfermagem, quanto para resultados e intervenções, com vista a promover um cuidado de maior qualidade. A CIPE® é o sistema de classificação actualmente utilizado no CHLC e por isso elegido para a elaboração do plano de cuidados deste trabalho.

Em suma, com a elaboração deste trabalho pretende-se desenvolver um estudo de caso *que proporcione “um maior conhecimento e envolvimento do estudante com uma situação (real) observada”* através do *“estudo aprofundado de uma pessoa, família, grupo ou comunidade, na sua complexidade e dinamismo próprio, que fornece informações relevantes para a tomada de decisão”* tal como referem Bocchi, Pessuto, & Dell’acqua (1996).

Este trabalho terá como principais pontos:

- Exposição do caso e descrição da história clínica
- Enquadramento teórico sobre a situação clínica
- Elaboração do processo de enfermagem, executando-o sob o contexto de um referencial teórico, além de trabalhar com sistemas padronizados de linguagem
- Reflexão sobre o processo de enfermagem e considerações finais.

HIVAN

Fisiopatologia

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um Lentivirus da família dos retrovírus, existindo dois tipos de HIV: HIV 1 e HIV 2. Este vírus transmite-se através de relações sexuais não protegidas com pessoa infectada, por transmissão vertical da mãe para o filho e ainda por contaminação através de materiais cortoperfurantes contaminados com sangue infectado ou por transfusões de sangue ou hemoderivados infectados. O HIV ataca as células CD4, destruindo-as. Assim, danifica o sistema imunitário, sujeitando o organismo a todo o tipo de infecção.

De acordo com Tan-Tam, Frassetto. e Stock (2009), citado por Reis (2011), a doença renal tornou-se uma complicação relativamente comum nos doentes infectados pelo HIV e, apesar do diagnóstico poder ser feito de uma forma atempada e o tratamento realizado de uma forma adequada, os doentes evoluem, na sua maioria, para DRC5.

A Nefropatia Associada ao HIV (HIVAN) caracteriza-se por proteinúria tipicamente na faixa nefrótica e hipoalbuminémia, não sendo comuns a hipertensão, o edema e a hiperlipidémia. A taxa de filtração glomerular declina inexoravelmente e de uma forma rápida, segundo Shahinian, Rajaraman, Borucki, et al.(2000), citado por Reis, (2011).

Os achados histopatológicos clássicos são a glomerulosclerose focal e segmentar com glomérulos colapsados, hiperplasia mesangial com celularidade aumentada e deposição de matriz mesangial. A inflamação tubular está presente, podendo ser

proeminente e mais marcada do que a inflamação glomerular correspondente, provocando dilatação microtubular quística, uma alteração característica que distingue a HIVAN das outras causas glomerulares idiopáticas. O recrutamento de citocinas pro-inflamatórias que levam à produção de matriz e esclerose glomerular parece resultar da infecção directa das células epiteliais pelo HIV, de acordo com Ross, Bruggeman, Wilson e Klotman (2001), citado por Reis (2011), sendo a HIVAN uma complicação tardia da infecção pelo HIV associada a baixas contagens de linfócitos T CD4 + e cargas virais altas.

Assim, a HIVAN é uma forma de glomerulosclerose segmentar focal colapsante, com lesão túbulo-intersticial, apresentando-se frequentemente com síndrome nefrótica e implicando uma infecção directa pelo HIV nas células epiteliais, bem como a expressão de genes que contribuem para a génese da HIVAN.

É ainda referido por Reis (2011) que a doença renal continua a aumentar nos doentes HIV positivos como resultado do uso prolongado da TARV, da toxicidade medicamentosa, idade avançada e infecções virais crónicas, nomeadamente pelos vírus da hepatite e pelo HIV. O mesmo autor destaca que a infecção pelo HIV parece ser determinante tanto na génese, como na própria evolução da HIVAN, sendo por isso a TARV a escolha lógica no tratamento, tanto da infecção pelo vírus, como das manifestações renais deste.

Tratamento

Terapêutica Anti-Retroviral

A terapêutica anti-retroviral (TARV) revela-se a opção mais acertada no tratamento da HIVAN, tanto da infecção pelo vírus, como das manifestações renais deste, uma vez que a infecção pelo HIV se afigura decisiva na génese e evolução desta patologia. No entanto, a par da redução da mortalidade e diminuição do risco para evolução da doença, os anti-retrovirais apresentam efeitos nefrotóxicos, entre outros.

Os efeitos renais mais frequentes dos anti-retrovirais que estão descritos são a obstrução renal cristalúrica associada aos inibidores da protease e a lesão tubular

proximal relacionada com os análogos nucleotídeos da transcriptase reversa, embora não se consiga ainda concluir se tal é resultado da TARV ou da evolução natural da doença pelo HIV, de acordo com Izzedine, Harris e Perazella, citado por Reis (2011).

Para além das técnicas dialíticas, surge a transplantação renal como tratamento da DRC5 nos doentes infectados com HIV.

Transplantação Renal

A imunossupressão farmacológica induzida para o transplante é necessária para evitar a rejeição do órgão, mas pode agravar ainda mais o estado de imunodeficiência do doente HIV positivo, levar à elevada replicação do vírus e conduzir a um desfecho fatal para o doente. No entanto, os agentes usados mais frequentemente na imunossupressão têm também propriedades anti-retrovirais bem documentadas, nomeadamente a Ciclosporina e o Tacrolimus. Esses efeitos anti-retrovirais destes agentes imunossupressores têm aumentado a expectativa das equipas transplantadoras no sucesso do transplante renal nos doentes HIV positivos (Reis, E., 2011).

Embora no passado o transplante renal tenha sido considerado uma contra-indicação absoluta para os doentes com HIV e com DRC5, actualmente, o sucesso da transplantação renal aproxima-se à dos doentes transplantados na população geral HIV-negativa (Stock, P., Roland, M., Carlson, L., et al, e Kumar, M., Sierka, D., Damask, A., et al, citado por Reis, E. (2011)). Deste modo, considera-se que o transplante em doentes HIV positivos com DR5, poderá representar uma opção viável.

Tan-Tam, Frassetto e Stock (2009), citado por Reis (2011), definem os seguintes critérios de selecção do doente HIV positivo para transplante:

Crítérios de exclusão:

- RNA do HIV detectável;

- História de leuco-encefalopatia progressiva multifocal, criptosporidiose intestinal crónica, linfoma(Burkitt, Imunoblástico ou Cerebral);
- História de resistência a múltiplas drogas no tratamento de infecções fúngicas;
- História de neoplasia, excepto aquelas incluídas nos critérios de inclusão;
- História de uso de substâncias ilícitas;
- Uso factores estimulantes dos granulócitos-macrófagos, 6 meses antes do transplante;
- Cirrose documentada na biópsia hepática em doentes co-infectados com HCV, a não ser que o doente esteja em lista de espera para transplante fígado/rim.

Crítérios de inclusão:

- Respeitar os critérios standards para o transplante renal;
- Conhecimento do tratamento do HIV presente, ao nível dos cuidados primários de saúde;
- Contagens de linfócitos T CD4 + > 200/µl, 16 semanas antes do transplante;
- HIV-RNA < 50 cópias/ml;
- Regime anti-retroviral deve ser estabelecido 3 meses antes do transplante;
- Capacidade de manter o regime anti-retroviral em terapêutica combinada (>2 fármacos). A necessidade de interrupção de uma das drogas, obriga à paragem da TARV pela elevada probabilidade de se desenvolverem resistências ao regime anti-retroviral;
- Capacidade de seguir os protocolos de tratamento contra as infecções oportunistas;
- Se houver história de sarcoma de Kaposi, carcinoma anogenital in situ, tumores da pele tipo espinocelular e basocelular, ou tumores sólidos tratados com terapia

curativa, o doente deve ter um período livre de doença de 5 anos antes do transplante renal.

Metodologia

A prática de enfermagem é realizada através do estudo e diagnóstico de necessidades, o delineamento e implementação de acções dirigidas e a avaliação do seu impacto.

No seu processo de Enfermagem, Roy e Andrews (2001) destacam 6 fases: avaliação de comportamentos, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção, e avaliação.

O presente estudo visa, nesse sentido, conhecer os estímulos que actuam na DM; identificar o comportamento da DM frente aos estímulos, estabelecendo os diagnósticos de enfermagem; e elaborar intervenções de enfermagem, com vista a auxiliar a DM na promoção de respostas adaptativas.

Segundo o MAR, são quatro os modos de adaptação: fisiológico; de autoconceito; de função na vida real; e de interdependência (Roy & Andrews, 2001). O modo fisiológico contempla as cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, actividade/repouso e protecção. O modo do auto-conceito engloba aspectos psicológicos e espirituais. O modo de desempenho de papéis identifica os padrões de interacção social da pessoa na sociedade, e o modo de interdependência enfoca relações estreitas entre as pessoas.

De acordo com Mota, Rodrigues & Pereira (2011), a pessoa com DRC vive uma necessidade premente de aquisição de novas competências com vista a superar o problema, sendo que segundo Roy & Andrews (2001), os profissionais de enfermagem devem identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a sua adaptação.

Assim, o cuidado de enfermagem visualizado a partir da óptica do MAR possibilita um trabalho efectivo, em que as metas visam o restabelecimento e/ou a manutenção do equilíbrio, sendo possível relacioná-las às intervenções necessárias.

Considerando que o DRC apresenta mudanças no seu quotidiano advindas do TSFR e que, por esse motivo, emitirá respostas ineficientes num primeiro momento, é importante que sejam traçados os principais problemas de enfermagem sob a óptica do MAR, e da taxonomia da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), com vista a direccionar os cuidados de enfermagem, contribuindo para um planeamento mais efectivo e eficiente e para uma adaptação melhor do doente ao novo estilo de vida, além de proporcionar o fortalecimento científico da enfermagem.

Este estudo de caso foi realizado no Serviço de Nefrologia de um hospital da cidade de Lisboa no período de 30 de Setembro a 19 de Dezembro de 2013. A pessoa em estudo é uma mulher jovem adulta de 19 anos, estudante, em DP há 8 anos. Acompanhei a pessoa em questão, e todo o processo de doença inerente, desde a primeira consulta de DP a que assisti. Tive a oportunidade de assistir às consultas de DP e de Acessos Vasculares subsequentes e de acompanhar o internamento no Serviço de Nefrologia, no final do ensino clínico. Foram respeitadas as normas e princípios éticos e deontológicos por forma a manter a confidencialidade da pessoa, contexto e dados clínicos.

História Clínica

DM, mulher, 18 anos, raça melanodérmica (ascendência Cabo-Verdiana e Angolana), natural de Lisboa, residente em Lisboa, estudante do 11º ano de escolaridade (Artes), vive com a mãe e 2 irmãos. DM é actualmente uma adolescente responsável e cumpridora, com bom aproveitamento escolar, ainda que no início da adolescência tenha tido algumas dificuldades de adaptação social escolar, essencialmente por se rebelar contra ser estigmatizada pelos colegas devido ao seu aspecto físico. No ano escolar de 2011 foi elogiada na escola, tendo obtido as melhores notas da turma.

Seguida em consulta de Imunodeficiências do Hospital D. Estefânia (HDE) por infecção HIV1 desde os dois anos de idade e na consulta de Nefrologia Pediátrica desde Julho/2005, altura em que foi diagnosticada DRC na consulta de

Imunodeficiências. Realiza biópsia renal e inicia terapêutica conservadora adequada a TFG.

Em Agosto/2006 entra em DP no HD, após diagnóstico de DRC5 por HIVAN. Após a colocação do cateter de Tenckhoff, o período de cicatrização do orifício externo do catéter foi difícil e com fuga de dialisante devido a lipodistrofia, o que motivou internamento prolongado. Teve um episódio de peritonite por ano nos dois anos seguintes (2007 e 2008).

Em Novembro/2007, foi internada na Unidade Cuidados Intensivos (UCIP) do HDE por Acidente Vascular Cerebral Isquémico do território da Artéria Cerebral Média direita, por baixo débito associado a anemia grave (Hb.: 4g/dL) na sequência de menometrorragia grave. Manteve discreta hemiparésia esquerda que condiciona alguma descoordenação motora. Seguida em consulta de Neurologia, tendo a última observação sido em Janeiro/2011, altura em que foi feito o desmame de anti-convulsivantes e que teve alta.

Seguida em consulta de Ginecologia de Adolescente do HDE por menometrorragias, por vezes com repercussão hemodinâmica, tendo a última avaliação sido em Fevereiro/2012, com ecografia pélvica sumária sem alterações e prescrição de Effiplen em SOS; actualmente, sem hemorragias e sem terapêutica hormonal. TAC-pélvico de Março/2013 mostra calcificações milimétricas irregulares nas áreas anexiais.

Há referência a Síndrome de Wolff-Parkinson-White, diagnóstico desconhecido pela doente, negando episódios sugestivos de taquicardia supraventricular. O ECG de Março/2013 não mostra alterações e a doente refere que nunca foi seguida em consulta de Cardiologia.

Observada em consulta de Cirurgia Plástica Pediátrica (2011) por hipertrofia mamária (efeito secundário de Lopinavir), condicionando problemas estéticos, psicológicos e articulares na coluna lombar, foi desaconselhada a intervenção e sugerido reencaminhamento para Cirurgia Plástica de Adultos se não desistisse.

Após o episódio de anemia aguda, grave, perdeu a diurese residual (provável hipoperfusão renal).

Hipertensão arterial de difícil controlo, com vários internamentos por encefalopatia hipertensiva. Ponderada mudança de técnica dialítica, mas manteve-se em DP com melhoria progressiva da tensão arterial e razoável controlo dialítico.

Em Abril de 2009 foi enviada à consulta de pré-transplante no Hospital de Santa Cruz, Dr. André Weigert. A situação foi considerada "avassaladoramente desfavorável". De acordo com a DM e a mãe, aguardar-se-ia pela transferência para consulta de adultos para viabilizar a transplantação renal.

DM foi transferida para a Nefrologia de Adultos (HCC) em Janeiro/2013. Por retenção azotada em crescendo, foi construída Fístula artério-venosa (FAV) a 8 de Fevereiro/2013 para possível transferência para HD.

A 27 de Maio/2013, na consulta de DP foi programada a consulta de Pré-transplante renal, que se veio a realizar a 4 de Junho/2013. Foi pedida informação mais detalhada à Infeciologia acerca do controlo da infecção, motivo dos esquemas múltiplos (resistência e/ou intolerância); história de infecções oportunistas, nomeadamente no período sem TARV; motivo de interrupção de TARV (só indicação médica pelos efeitos secundários e/ou abandono/irregularidade?); período de interrupção (de 2006 a 2011?); alternativas terapêuticas no caso de resistência/escape viral; evolução da adesão ao longo do seguimento. Foi também pedida informação mais detalhada à Neurologia, nomeadamente no que refere a encefalopatia HIV. Foi pedida consulta de Cardiologia ao H.S.Marta para esclarecer Síndrome WPW.

A 26 de Junho/2013, a DM foi a uma nova consulta de acessos vasculares, onde se decidiu fazer superficialização do acesso vascular construído em Fevereiro. Visto que a DM se encontrava em DPCA e não tinha o peritoneu esgotado nem à beira de o ficar, foi sugerido só fazer a superficialização, que se previa difícil, a 3 meses de estar previsto o início de HD. A FAV veio a revelar-se não funcionante e a 19 de Setembro/2013 foi construída prótese (PTFE) úmero-basílica no sangradouro direito.

A 17 de Outubro/2013 na consulta de DP é constatado que a PTFE estava funcionando, mas com seroma a montante. Foi encaminhada novamente à consulta de acessos vasculares. É constatado também na mesma consulta uma baixa acentuada da hemoglobina (Hb: 7,9 g/dL) na sequência da cirurgia e menstruação abundante, apresentando-se a DM anoréctica e cansada. A dose de darbepoietina é então aumentada. É registado que a DM tinha já feito a tipagem na Lusotransplante.

Avaliação inicial

A 15 de Dezembro, a DM recorreu ao Serviço de Nefrologia com dor abdominal intensa. No dia anterior iniciou quadro de dor abdominal generalizada, intensa e efluente turvo, com necessidade de interromper Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Sem náuseas, vómitos, alteração do trânsito intestinal ou febre. Fez tramadol 100mg PO em casa, sem melhoria. À entrada no serviço, a DM encontrava-se muito queixosa com dor abdominal, apirética, com hipertensão arterial e com palidez mucocutânea. Abdómen com defesa voluntária generalizada e reacção peritoneal. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Membros inferiores com edema pré-tibial bilateral. Confirmou-se saída de líquido turvo, assumindo-se peritonite com critérios de gravidade pelas queixas intensas apresentadas. A DM foi internada por provável peritonite. O último episódio de peritonite foi há mais de 2 anos. Nesse mesmo dia, a DM fez Metamizol magnésico 2g EV, com melhoria da dor. Fez Captopril 25mg PO por valores tensionais elevados. Fez Rx-abdómen que não revelou alterações relevantes. As análises revelaram peritonite com 1700 neutrófilos no líquido. Iniciou Vancomicina 2g, Ceftazidima 1g, Heparina 1000U/saco (até líquido límpido). Passou a protocolo DPCA: 4 trocas diurnas com Bicavera 2,3% e Icodextrina nocturna (fazia protocolo de DPA: PD plus com 5 ciclos de Bicavera 2,3% + Icodextrina 1,5L durante o dia).

No segundo dia de internamento, a DM manteve queixas de dor abdominal, que cediam à analgesia. Apresentava náuseas e vómitos; com anorexia. Manteve tensões arteriais elevadas. PTFE úmero-basílica direita em ansa construída a 29 de Setembro/2013 funcionando. Em DPCA, a fazer 5 trocas, 1000U Heparina/troca, com Vancomicina e Ceftazidima na troca longa. Manteve a antibioterapia e iniciou Fluconazol 50mg. Fez exames culturais. Ainda no mesmo dia, a DM ficou hipertensa

no final da tarde: TA 170/105 mmHg, tendo sido aumentada a Nifedipina 20mg PO para 2x/dia.

Ao terceiro dia de internamento a DM já não referia queixas álgicas abdominais, náuseas ou vômitos, tendo tolerado a alimentação. Os parâmetros vitais mantiveram-se dentro dos valores normais; anúrica; ACP normal; membros inferiores sem edemas.

No dia 18 de Dezembro/2013, quarto dia de internamento, a DM manteve uma evolução favorável do seu estado clínico, negando queixas e apresentando um efluente já com aspecto límpido. Manteve os parâmetros vitais normais. Manteve a antibioterapia. O exame microbiológico do líquido peritoneal revelou enterococcus faecalis sensível à Ampicilina. Analiticamente, houve descida da contagem de células no efluente de 2100 para 400 e a PCR desceu de 17 para 6,5; doseamento de Vancomicina: 42mcg/ml. Manteve-se em DPCA, a fazer 5 trocas com 1000 UI heparina/troca e com Vancomicina e Ceftazidima na troca longa. Foi programada alta clínica para o final da semana.

Teve alta no dia 22 de Dezembro/2013.

Colheita de Dados

» Dados Gerais

Proveniencia	Domicilio
Motivo de Internamento	peritonite
Nome que prefere ser tratado	██████████
História da doença actual	doente com IRC a fazer DP desde 2006, deu entrada no serviço por peritonite
Profissão	estudante
Vive com	mae
Nome prestador de cuidados	████████████████████
Contacto prestador de cuidados	██████████

Dados de Saúde

» Dados de Saúde

Doenças conhecidas	IRC. HM HTA
--------------------	-------------------

Status Fisiológico

» Status Fisiológico

Temperatura corporal (°C)	36,5
Frequencia cardíaca (ppm)	97
Frequência respiratória (cpm)	18
SatO2 (%)	98
Pressão arterial diastólica	128
Pressão arterial sistólica	200
Intensidade de dor (nm)	8
Escala de dor	Númerica

Comunicação

» Comunicação

Comunicação	Mantida
Audição	Mantida
Visão	Mantida

Digestão

» Digestão

Apetite	Mantido
---------	---------

Nutrição

» Nutrição

Restrições alimentares	dieta hipossalina
------------------------	-------------------

Eliminação

» Eliminação Urinária

Eliminação urinária	Anúria
---------------------	--------

» Eliminação Intestinal

Frequência /dia	1
-----------------	---

Tegumentos

» Pele

Pele	Hidratada
------	-----------

Sistema Neurológico

» Sistema Neurológico

Consciência Acordado

Sistema Neurológico

» Orientação

Orientação Não alterada

Actividade Motora

» Actividade Motora

Mobilidade Mantida

Autocuidados

» Higiene

Autocuidado higiene Independente

» Alimentar-se

Autocuidado alimentar-se Independente

Aos dados gerais constantes na colheita de dados efectuada no S. Nefrologia, acrescentam-se os seguintes:

Doenças conhecidas

- 1- Imunodeficiência adquirida HIV1 subtipo B, transmissão vertical. Seguida em consulta de imunodeficiências.
- 2- HIVAN com DRC (desde Julho/2005). Glumerulosclerose segmentar e focal (esclerose colapsante).
- 3- Diálise peritoneal, desde Agosto/2006. Sem diurese residual a partir de Novembro/2007. Peritonite (S. epidermidis em 2007 e S. haemolyticus em 2008).
- 4- HTA (essencialmente volumo-dependente) desde 2007, após ter perdido a diurese residual. Internamentos por encefalopatia hipertensiva em 2008 e 2010.
- 5- Encefalopatia HIV (leucoencefalopatia recidivante). Internamento na UCIP em Novembro/2006 por estado de mal epiléptico. TAC-CE e RMN-CE com alterações. Seguida em consulta de Neuropediatria.
- 6- Lipodistrofia.
- 7- Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Regime
medicamentoso

8- Hipertrofia mamária, efeito secundário de medicação com Lopinavir.

- 1- Etravirina (ANNTR) 100mg (2+2);
- 2- Darunavir (IP) 600mg (1+1) boosted com Ritonavir (IP) 100mg (1+1);
- 3- Raltegravir (II) 400mg (1+1);
- 4- Enalapril 20 mg/dia;
- 5- Nifedipina 20 mg/dia;
- 6- Esomeprazol 20mg/dia;
- 7- Ácido fólico 5mg/dia;
- 8- Complexo B 1/dia;
- 9- Calcitriol 0,25mcg 3x/sem,
- 10- Sevelamer 800mg (9);
- 11- Aranesp 40mcg/quinzenal;
- 12- PDN 2,5mg dia sim/dia não, alternando com Tamoxifeno 10mg dia sim/dia não;
- 13- Protocolo de DPA: PD plus com 5 ciclos de Bicavera 2,3% + Icodextrina 1,5L durante o dia. Mudou prolongador do catéter de Tenckhoff em Outubro de 2012.

Química clínica

Proteína C Reactiva	2,60 mg/dL
Ureia	105,0 mg/dL
Creatinina	12,40 mg/dL

Líquido Diálise Peritoneal (Exame Bacteriológico)

Exame Directo

Coloração de Gram: Não se observam microrganismos
Muitos Leucócitos
polimorfonucleares

EX. CULTURAL

	<i>Enterococcus faecalis</i>
Antibiograma:	
Sensível	Ampicilina
Resistente	Eritromicina, Clindamicina, Levofloxacina, Tetraciclina, Trimethoprim/Sulfametoxazol

Interpretação das Susceptibilidades :
ESBL - Betalactamase de espectro estendido
AC - Alta concentração

Plano farmacológico

No dia 15.12.2013:

- Passou a protocolo DPCA: 4 trocas diurnas com Bicavera 2,3% e Icodextrina nocturna (fazia protocolo de DPA: PD plus com 5 ciclos de Bicavera 2,3% + Icodextrina 1,5L durante o dia);
- Foi acrescentada Vancomicina 2g, Ceftazidima 1g e Heparina 1000 UI/saco de dialisante na troca longa;
- Iniciou Fluconazol 50mg;
- Foi aumentada a dose de Nifedipina 20mg para 2x/dia
- Fez Captopril 25mg em SOS.

Manteve a terapêutica ambulatoria:

- 1- Etravirina (ANNTR) 100mg (2+2);

- 2- Darunavir (IP) 600mg (1+1) boosted com Ritonavir (IP) 100mg (1+1);
- 3- Raltegravir (II) 400mg (1+1);
- 4- Enalapril 20 mg/dia;
- 5- Nifedipina 20 mg/dia;
- 6- Esomeprazol 20mg/dia;
- 7- Ácido fólico 5mg/dia;
- 8- Complexo B 1/dia;
- 9- Calcitriol 0,25mcg 3x/sem,
- 10- Sevelamer 800mg (9);
- 11- Aranesp 40mcg/quinzenal;
- 12- PDN 2,5mg dia sim/dia não, alternando com Tamoxifeno 10mg dia sim/dia não;

Plano de cuidados

<p style="text-align: center;">Alimentar-se</p> <p>Dependência <i>alimentar-se dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auto Cuidado: Beber</p> <p>Dependência <i>auto cuidado: beber dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auto Cuidado: Higiene</p> <p>Dependência <i>auto cuidado: higiene dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auto Cuidado: Uso do Sanitário</p> <p>Dependência <i>auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auto Cuidado: Vestuário</p> <p>Dependência <i>auto cuidado: vestuário dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Queda</p> <p>Presença <i>risco de queda presente</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Úlcera de Pressão</p> <p>Presença <i>risco de úlcera de pressão presente,</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Dor</p> <p>Presença <i>dor presente na região abdominal</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Infeção</p> <p>Especificações <i>risco de infecção presente por cvp</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Infeção</p> <p>Especificações <i>risco de infecção presente por cateter tencof</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Posicionar-se</p> <p>Dependência <i>posicionar-se dependente, em grau reduzido</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auto Controle: Ansiedade</p> <p>Ineficácia <i>auto controle: ansiedade ineficaz</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hipertensão</p> <p>Presença <i>hipertensão presente</i></p>	<p style="text-align: center;">Atender</p> <p>Facilitar suporte familiar</p> <p style="text-align: center;">Executar</p> <p>Executar tratamento ao local de inserção do catéter <i>Especificação: cateter tencof</i></p> <p style="text-align: center;">Observar</p> <p>Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "Escala de Braden"</p> <p>Monitorizar risco queda com escala Morse</p> <p>Supervisar o posicionamento</p> <p>Monitorizar a dor através de escala de dor</p> <p>Monitorizar frequência cardíaca</p> <p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Monitorizar tensão arterial</p> <p>Vigiar dor</p> <p>Monitorizar a eliminação urinária</p> <p>Vigiar a eliminação urinária</p> <p>Vigiar penso de catéter <i>Especificação: cateter tencof</i></p> <p>Vigiar penso de catéter venoso periférico</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter</p> <p><i>Especificação: cateter tencof</i></p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cat venoso periférico</p> <p>Vigiar sinais de hipertensão</p> <p>Supervisar o auto cuidado: vestuário</p> <p>Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário</p> <p>Vigiar a eliminação intestinal</p> <p>Supervisar o auto cuidado: higiene</p> <p>Supervisionar auto cuidado: beber</p> <p>Vigiar auto controle: ansiedade</p> <p>Vigiar a refeição</p> <p>Supervisionar a pessoa alimentar-se</p>
---	---

Diagnóstico de enfermagem, intervenções e avaliação

O plano de cuidados real elaborado no internamento da DM teve como quadro de referência a linguagem CIPE®, procurando-se obter dados fiáveis e válidos sobre a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente da prática de enfermagem, e posteriormente avaliar os resultados das intervenções de forma quantitativa e comparativa.

Atendendo à especificidade da situação, procurou-se reflectir sobre os fenómenos, diagnósticos e intervenções identificadas no processo de enfermagem real trabalhado durante o internamento da DM e proceder à elaboração de um plano de cuidados que englobe tanto os fenómenos que foram trabalhados e registados, como também aqueles que foram foco de intervenção, mas que não estão descritos no processo da doente.

Aceitação do Estado de Saúde

Aceitação do Estado de Saúde: comprometido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Elogiar a aprendizagem de capacidades
Elogiar a pessoa
Encorajar a comunicação expressiva de emoções
Encorajar interacção social
Escutar a pessoa
Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para grupos de auto ajuda
Orientar para serviços de saúde
Orientar pessoa para consulta de enfermagem
Promover a aceitação do estado de saúde
Promover a esperança
Promover envolvimento da família

Adesão ao regime terapêutico

Conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico:
demonstrado [\[Activo\]](#)

Adesão ao Regime Terapêutico: eficaz [\[Activo\]](#)

Intervenções

Envolver o prestador de cuidados

Encorajar a tomada de decisão relativa a
comportamentos de adesão

Informar sobre serviços de saúde

Instruir sobre regime terapêutico

Promover o envolvimento do prestador de cuidados

Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre
regime terapêutico

Validar conhecimento sobre adesão ao regime
terapêutico

Vigiar adesão ao regime terapêutico

Alimentar-se

Alimentar-se: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Supervisionar a pessoa alimentar-se

Vigiar a dieta

Vigiar a refeição

Andar

Dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Supervisionar a pessoa a andar

Vigiar pessoa a andar

Auto-controlo: Ansiedade

Auto-controlo: ansiedade, ineficaz [\[Activo\]](#)

Intervenções

Encorajar a comunicação expressiva de emoções

Encorajar auto controlo: ansiedade

Estabelecer relação com a pessoa

Facilitar suporte familiar

Gerir o ambiente físico

Vigiar auto controlo: ansiedade

Auto-cuidado: Beber

Beber: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Conhecimento sobre auto cuidado: beber, demonstrado [\[Activo\]](#)

Intervenções

Supervisionar auto-cuidado: beber

Vigiar a ingestão de líquidos

Monitorizar entrada e saída de líquidos

Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado: beber

Instruir pessoa sobre ingestão de líquidos

Auto-cuidado: Higiene

Higiene: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Conhecimento sobre auto cuidado: higiene, demonstrado [\[Activo\]](#)

Intervenções

Optimizar roupas de cama

Supervisionar o auto-cuidado: higiene

Validar conhecimento sobre o auto-cuidado: higiene

Validar conhecimento sobre lavar a boca

Validar conhecimento sobre lavar as mãos

Vigiar auto-cuidado: higiene

Auto-cuidado: Vestuário

Vestuário: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Supervisionar o auto-cuidado: vestuário

Vigiar auto-cuidado: vestuário

Validar conhecimento sobre auto-cuidado: vestuário

Auto-cuidado: Uso do Sanitário

Uso do sanitário: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Supervisionar o auto-cuidado: uso do sanitário

Monitorizar a eliminação urinária

Vigiar a eliminação intestinal

Vigiar a eliminação urinária

Vigiar auto-cuidado: uso do sanitário

Confusão

Confusão: ausente [\[Activo\]](#)

Intervenções

Vigiar acção pessoa

Vigiar confusão

Gerir comunicação

Gerir o ambiente físico

Gerir regime medicamentoso

Dispneia

Dispneia funcional: ausente [\[Activo\]](#)

Intervenções

Monitorizar a SatO2

Vigiar a pele

Vigiar a respiração

Dor

Dor: presente na região abdominal [\[Activo\]](#)

Intervenções

Monitorizar a dor através da Escala de dor

Monitorizar temperatura corporal

Vigiar a dor

Vigiar o abdómen

Edema

Conhecimento sobre edema: demonstrado [\[Activo\]](#)

Edema: ausente [\[Activo\]](#)

Intervenções

Ensinar sobre prevenção de edema

Limitar ingestão de líquidos

Monitorizar a eliminação urinária

Monitorizar entrada e saída de líquidos

Monitorizar perímetro abdominal

Monitorizar perímetro do tornozelo direito

Monitorizar perímetro do tornozelo esquerdo

Monitorizar peso corporal

Planear ingestão de líquidos
Supervisionar a dieta
Validar conhecimento sobre prevenção de edema
Vigiar a eliminação urinária
Vigiar a pele
Vigiar edema
Vigiar extremidades
Vigiar o abdómen

Hipertensão

Hipertensão: presente [\[Activo\]](#)
Conhecimento sobre hipertensão: demonstrado [\[Activo\]](#)
Conhecimento sobre regime medicamentoso: demonstrado [\[Activo\]](#)

Intervenções

Gerir a dieta
Gerir regime medicamentoso
Validar conhecimento sobre hábitos alimentares
Validar conhecimento sobre hipertensão
Validar conhecimento sobre regime medicamentoso
Vigiar sinais de hipertensão

Infecção

Infecção: doente HIV+ [\[Activo\]](#)

<p>Intervenções</p>	<p>Instruir sobre o uso de medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Validar conhecimento sobre medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Gerir medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Risco de infecção por presença de Cateter de Tenckhoff [Activo]</p>
---------------------	---

<p>Intervenções</p>	<p>Instruir sobre o uso de medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Executar tratamento ao local de inserção do catéter de Tenckhoff</p> <p>Optimizar catéter de Tenckhoff</p> <p>Validar conhecimento sobre medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Vigiar penso do catéter de Tenckhoff</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter de Tenckhoff</p> <p>Risco de infecção por presença de CVP [Activo]</p>
---------------------	--

<p>Intervenções</p>	<p>Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Executar tratamento ao local de inserção do CVP</p>
---------------------	--

Inserir CVP

Instruir sobre o uso de medidas de prevenção de contaminação

Monitorizar temperatura corporal

Optimizar CVP

Trocar CVP

Vigiar penso de CVP

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do CVP

Posicionar-se

Posicionar-se: dependente, em grau reduzido [\[Activo\]](#)

Intervenções

Assistir a pessoa no posicionamento

Incentivar a pessoa a posicionar-se

Supervisionar o posicionamento

Vigiar posicionamento

Queda

Risco de queda: presente [\[Activo\]](#)

Aprendizagem de Capacidades para prevenção de queda: demonstrado [\[Activo\]](#)

Conhecimento sobre prevenção de queda: demonstrado [\[Activo\]](#)

Intervenções

Gerir medidas de segurança

Monitorizar risco queda com escala Morse
Validar conhecimento sobre prevenção de quedas
Vigiar acção pessoa
Vigiar actividade psicomotora

Stress do Prestador de cuidados

Stress do Prestador de cuidados: presente [\[Activo\]](#)

Intervenções

Apoiar o prestador de cuidados
Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
Envolver o prestador de cuidados
Facilitar suporte familiar
Orientar o prestador de cuidados para o serviço social
Promover envolvimento da família

Úlcera de Pressão

Risco de úlcera de pressão: presente [\[Activo\]](#)

Intervenções

Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden
Supervisionar na prevenção das úlceras de pressão
Supervisionar o posicionamento

Volume de Líquidos

Volume de líquidos: alterado

Intervenções

Limitar ingestão de líquidos
Monitorizar entrada e saída de líquidos
Monitorizar peso corporal
Vigiar sinais de desidratação

Atitudes terapêuticas

Parâmetros vitais

Diálise peritoneal

Antibioterapia

Intervenções

Monitorizar a dor através da escala de dor
Monitorizar entrada e saída de líquidos
Monitorizar frequência cardíaca
Monitorizar frequência respiratória
Monitorizar a SatO₂
Monitorizar glicemia capilar
Monitorizar temperatura corporal
Monitorizar tensão arterial
Monitorizar peso corporal
Vigiar líquido de retorno da diálise peritoneal
Vigiar penso de catéter de Tenckhoff

DISCUSSÃO

A história clínica da pessoa alvo deste estudo de caso e o plano de cuidados elaborado reflectem a complexidade de uma situação de doença que acompanha esta doente desde tenra idade. São vários os problemas que se colocam face à DM, nas várias esferas da sua vida.

A infecção pelo HIV condicionou na DM todo o desenrolar de situações graves, nomeadamente o agravamento da função renal que conduziu ao tratamento dialítico desde os onze anos de idade. Visto que o peritoneu da DM está prestes a ficar esgotado, será necessário transitar para a HD num futuro próximo. Este facto vai exigir a adaptação da DM a um novo estilo de vida, com outras condicionantes e exigências.

O contacto inicial feito com esta doente foi na consulta de DP, iniciou-se numa fase construção de acesso vascular, planeando-se a transição para hemodiálise. Acompanhou-se a maturação do acesso vascular e as complicações que surgiram com essa intervenção. Posteriormente foi acompanhado o internamento no Serviço de Nefrologia aquando de uma peritonite, o que permitiu a avaliação dos cuidados prestados.

Do ponto de vista clínico, a situação da DM exigiu diversas intervenções por parte dos enfermeiros e constante revisão e reorganização do plano de cuidados. Embora a DM seja autónoma na realização do seu tratamento dialítico, houve necessidade de supervisionar a sua técnica por profissionais diferenciados e com competências específicas para a sua prática, assim como supervisionar as actividades de vida diárias.

Em termos relacionais, a DM manteve um humor depressivo, mas colaborante com os profissionais.

A história de vida da DM, no que concerne aos seus antecedentes pessoais, clínicos e sociais implicaram uma abordagem exaustiva e complexa, que se reflecte na análise deste processo.

A DM veio a ter alta passados alguns dias do final do estágio, depreendendo-se que os resultados esperados foram conseguidos. Continua em DP e a preparar-se para a transição para HD, com uma atitude positiva e com o acompanhamento constante da sua família.

CONCLUSÃO

De acordo com o MAR, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas, sendo que após o diagnóstico de enfermagem ter-se-ia como consequência o estabelecimento de metas de enfermagem, intervenção e avaliação, o que de facto aconteceu.

Constata-se que o processo de enfermagem proposto no MAR proporcionou a identificação de estímulos presentes na situação em que a DM se encontrava, tornando possível o planeamento de intervenções mais específicas à situação.

O estudo de caso apresentado permitiu-me desenvolver conhecimentos e competências na área de intervenção da Nefrologia, conhecendo de perto a as modalidades terapêuticas da DRC5 e possibilitando o esclarecimento de dúvidas que foram surgindo com o desenrolar da situação e à medida que iam sendo tomadas decisões.

Para além disso, durante a elaboração do meu projecto de estágio tracei determinados objectivos que atingi com o acompanhamento desta situação em análise, tais como:

- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade.
- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes.

- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.

- Gerir Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

Este contexto permitiu-me ainda assistir a pessoa e a sua família nas alterações emocionais decorrentes do episódio de internamento e gerir a comunicação interpessoal neste processo de adaptação.

Na elaboração deste estudo de caso procurei estabelecer um fio condutor ao longo do processo, reflectindo sobre os cuidados de enfermagem prestados e descritos, e ainda sobre aqueles que por vezes não são facilmente visíveis. Assim, este processo foi reflectido e analisado com o objectivo de “melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas”, tal como é referido por Pereira (1995).

É de realçar que este caso foi bem-sucedido, uma vez que a doente teve alta clínica poucos dias depois, mantendo-se em programa de DP, não tendo havido reinternamento ou necessidade de iniciar HD até à data. Destaca-se, assim, a importância e especificidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas na área de intervenção da Nefrologia.

BIBLIOGRAFIA

Bocchi, S., Pessuto, J., & Dell’acqua, M. (1996). Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 4 (3): 99-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a09.pdf>

Mota, Rodrigues & Pereira (2011), Mota, L., Rodrigues, L. & Pereira, I. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Referência*, III série (5): 19-26. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=b7938df7-e05c-4746-b4c6-b88d99b54ebb%40sessionmgr12&hid=10>

Pereira, R. (1995). Reflectindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In R. Waldow, *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*.135-149. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reis, E. (2011). *Tese de mestrado: Transplantação renal no doente com infecção pelo HIV*. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62163/2/Tese%20Mestrado%20MIM%20Eduardo%20Bairo%20Reis.pdf>

Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

APÊNDICE VII - Formação em Serviço: Situações de Reanimação Cardio-respiratória na Pessoa com Doença Renal

Plano de sessão

Sessão de Formação	Situações de Reanimação Cárdio-Respiratória (RCR) na pessoa com doença renal
População alvo	Enfermeiros do Serviço de Nefrologia do HCC
Formadores	Enfª Andreína Tavares e Enf. Luís Barata Gomes
Objetivo geral	No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de conhecer os procedimentos de actuação em situações de RCR e activação da EEMI no HCC.
Objetivos específicos	No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os princípios e procedimentos de actuação em situações de RCR • Identificar situações de Paragem Cárdio-Respiratória (PCR) • Conhecer o funcionamento e critérios de activação da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI) • Identificar os factores de risco para PCR na pessoa com doença renal • Atualizar e integrar os conhecimentos de actuação perante situações de RCR e reflectir sobre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e prestação de cuidados no S. Nefrologia
Duração	60 minutos
Data	9/1/2014
Local	Sala de enfermagem do S. Nefrologia do HCC

Etapas	Actividades didácticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didácticos
Introdução	Apresentação do tema	Expositivo	Computador e videoprojector de reanimação
	Comunicação de objetivos	Expositivo	
	Pré-adquiridos	Interrogativo (formulação de questões)	
Desenvolvimento	Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> • Cadeia de sobrevivência • Algoritmo de SBV • Recomendações para a prevenção da PCR intra-hospitalar • Abordagem inicial da PCR intra-hospitalar • Algoritmo de SAV intra-hospitalar • Coordenação dos elementos dentro da equipa 	Expositivo Interrogativo	
	Actividade: Cada indivíduo aplica compressões torácicas no manequim	Demonstrativo	
	Síntese	Expositivo Interrogativo	
Conclusão	Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Revisão da literatura Discussão Feedback dos formandos	Expositivo Interactivo	

Avaliação de Sessão de formação

SITUAÇÕES DE REANIMAÇÃO CÁRDIO-RESPIRATÓRIA NA PESSOA COM DOENÇA RENAL

9 DE JANEIRO DE 2014 | SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO CHLC - HCC

O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.

Escala de Avaliação

Nada Adequado	Pouco Adequado	Sem opinião	Adequado	Muito Adequado
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

Formação

Adequação do material pedagógico

Organização em geral

Conteúdo

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

Formadores

Domínio da temática

Capacidade de motivação

Clareza na transmissão do conteúdo

Comentário:

Plano de sessão

Sessão de Formação	Situações de Reanimação Cárdio-Respiratória (RCR) na pessoa com doença renal
População alvo	Assistentes Operacionais do Serviço de Nefrologia do HCC
Formadores	Enfª Andreína Tavares e Enf. Luís Barata Gomes
Objetivo geral	Conhecer os procedimentos de actuação em situações de reanimação cárdio-respiratória (RCR).
Objetivos específicos	No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar situações de PCR • Colaborar nos procedimentos de actuação em RCR • Proporcionar materiais/equipamentos adequados de forma atempada, promovendo um ambiente seguro e a prestação de cuidados de qualidade
Duração	60 minutos
Data	15/1/2014
Local	Sala de enfermagem do S. Nefrologia do HCC

Etapas	Actividades didácticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didácticos
Introdução	Apresentação do tema	Expositivo	Computador e videoprojector de Manequim de reanimação
	Comunicação de objetivos	Expositivo	
	Pré-adquiridos	Interrogativo (formulação de questões)	
Desenvolvimento	Contúdos: <ul style="list-style-type: none"> • Cadeia de sobrevivência • Princípios de SBV • Sinais preditores de eventual PCR • Actuação do AO • Pedido de ajuda • Colaboração no SBV • Equipamentos/materiais essenciais • Conclusão 	Expositivo Interrogativo	
	Actividade: Cada indivíduo aplica compressões torácicas no manequim	Demonstrativo	
	Síntese	Expositivo Interrogativo	
Conclusão	Conclusão Discussão Feedback dos formandos	Expositivo Interactivo	

Avaliação de Sessão de formação

SITUAÇÕES DE REANIMAÇÃO CÁRDIO-RESPIRATÓRIA NA PESSOA COM DOENÇA RENAL

15 DE JANEIRO DE 2014 | SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO CHLC - HCC

O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.

Escala de Avaliação

Nada Adequado	Pouco Adequado	Sem opinião	Adequado	Muito Adequado
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

Formação

Adequação do material pedagógico

Organização em geral

Conteúdo

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

Formadores

Domínio da temática

Capacidade de motivação

Clareza na transmissão do conteúdo

Comentário:

APÊNDICE VIII – Formação em Serviço EC 1 - Avaliação

Avaliação da Ação de Formação

A Ação de formação “Situações de reanimação cárdio-respiratória na pessoa com doença renal – SBV demonstração” foi apresentada pelos enfermeiros Luís Barata Gomes e Andreína Tavares, no âmbito do seu ensino clínico do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica.

Ação de formação que decorreu da necessidade sentida no serviço de nefrologia e cujo tema consta do plano de formação para 2013, pelo que a temática se reveste de toda a pertinência.

Ação com participação de 66% dos enfermeiros do serviço e que terá continuidade com o treino programado para 2014 a todos os enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de nefrologia.

A Ação foi planeada de acordo com as necessidades sentidas, integrando uma parte teórica com uma parte prática/demonstrativa.

Considero deste modo que:

- Os conteúdos abordados foram adequados;*
- A metodologia utilizada foi adequada;*
- Os meios pedagógicos utilizados foram adequados;*
- O tempo utilizado foi respeitado e o adequado;*
- O material didático disponibilizado para o serviço foi excelente e permite uma atualização de conhecimentos e a continuidade da formação à restante equipa de enfermagem.*
- O desempenho dos formadores foi muito bom, pelos conhecimentos que demonstraram possuir da área temática, pela sua capacidade de comunicação, pela simplicidade com que apresentaram o tema e pela interação conseguida com os formandos durante apresentação.*

Deste modo considero que a Ação na sua globalidade atingiu um nível Muito Bom.

Lisboa e Hospital [REDACTED], 15 de Janeiro de 2014

[REDACTED]
(Enfermeira Chefe Serviço Nefrologia)

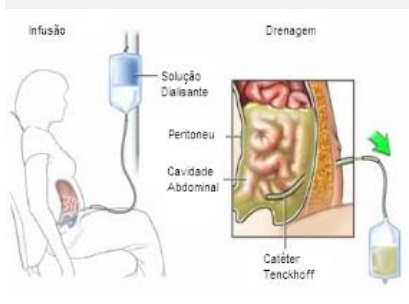
APÊNDICE IX – Folheto Modalidades Terapêuticas da DRC5

Na pessoa com **doença renal crónica avançada** os rins não realizam a sua função eficazmente e, por isso, diversas substâncias nocivas (ureia, creatinina, potássio, sódio, água e muitas outras) acumulam-se no organismo e há deficiente produção de outras (eritropoietina, vitamina D ativa) que são imprescindíveis ao seu funcionamento. A acumulação exagerada das primeiras substâncias e a marcada diminuição das últimas colocam a **vida em risco**.

Existem três tratamentos para esta doença: a **diálise**, a **transplantação renal** e, em casos excepcionais, a **terapêutica conservadora**.

A **diálise** é uma técnica que substitui, embora de forma parcial, algumas das funções do rim. É um tratamento definitivo para os doentes que não possam ser submetidos a transplantação renal e é alternativo enquanto aguardam pelo transplante, situação que pode demorar anos.

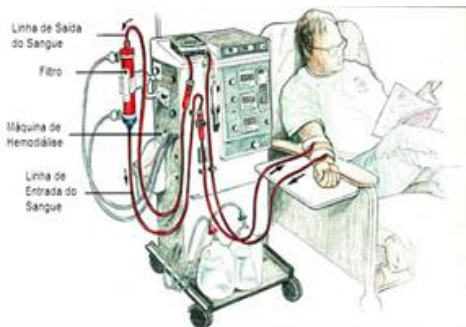
Há **duas modalidades de diálise**: a **DP** e a **HD**.



Na **DP**, a remoção das diversas substâncias nocivas é feita através do peritoneu (membrana fina situada na cavidade abdominal e muito rica em vasos sanguíneos) em contacto com o **líquido dialisante** que é introduzido através de um tubo inserido na parede do abdómen, o **catéter peritoneal**. Este catéter é colocado através de uma técnica simples,

habitualmente sob anestesia local.

A **DP** é uma técnica eficaz, bem tolerada e simples de efetuar. A maioria das pessoas tem **facilidade** em aprender a executá-la e ao fim de poucos dias de aprendizagem encontram-se em condições de **efetuá-la de forma autónoma**. Existem **duas modalidades de DP**: **DP Contínua Ambulatória (DPCA)**, sendo em média necessárias quatro trocas de líquido dialisante por dia (cerca de 1,5 L a 2L), demorando cada troca de líquido dialisante aproximadamente 30 a 40 minutos; e a **DP Automatizada (DPA)**, em que as trocas de líquido dialisante são efetuadas por uma máquina, designada por “cicladora”, que efetua o tratamento durante a noite, enquanto dorme.



Na **HD**, o sangue é bombeado numa máquina (“**rim artificial**”) ao longo de um sistema de tubos desde uma veia até ao dialisador, onde é depurado, retornando de seguida ao corpo.

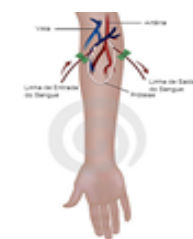
Para a execução desta técnica é necessário ter um acesso ao aparelho circulatório que é o chamado **acesso vascular**. O melhor acesso vascular é a **fístula**

artério-venosa (FAV) e consiste em unir uma veia a uma artéria, preferivelmente no membro superior não-dominante, no antebraço, tão próximo quanto possível da mão. A **FAV** necessita de “amadurecer” antes de ser utilizada, o que demora, geralmente, cerca de 3-4 meses.

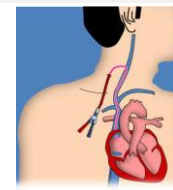


Quando não é possível construir uma **FAV**, geralmente opta-se por intercalar entre a artéria e a veia um tubo em material especial (teflon) e que é designado por **prótese**. Neste caso, é necessário aguardar que a sua parede interior seja revestida pelas células dos vasos sanguíneos, o que só acontece passadas 3-4 semanas.

As sessões de diálise realizam-se **três vezes por semana**, em dias alternados, e cada uma demora em **média quatro horas**. A introdução das **agulhas** causa um **ligeiro incómodo inicial**, mas não dor ou desconforto permanente durante a sessão de diálise.



Se é necessário iniciar o tratamento de urgência, ou quando há falência da FAV ou da prótese, pode recorrer-se a um outro tipo de acesso vascular que é o **catéter venoso central**. Embora seja um bom acesso de emergência, este catéter está sujeito a muitas complicações, nomeadamente a infeções, devendo ser substituído por uma FAV ou por uma prótese o quanto antes.



A **DP** e a **HD** são igualmente eficazes e não se excluem.

Qualquer modalidade de diálise não é definitiva e pode ser substituída se achar que a escolha não foi acertada ou se o nefrologista considerar que não se está a obter o resultado pretendido.

Se houver alguma dúvida sobre a doença ou sobre a escolha da modalidade de diálise, o seu **nefrologista** e o seu **enfermeiro** prestarão os **esclarecimentos necessários**.



A **transplantação renal** consiste na colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo e é, na maior parte das vezes, efetuada em doentes que já se encontram **em programa de diálise**.

As grandes vantagens da **transplantação renal** é o facto de o rim transplantado (ou transplante) ser um órgão vivo que possui todas as **funções** que lhe são **próprias, libertando** o doente de **algumas das restrições** impostas pela diálise.

No entanto, um transplantado renal tem que tomar diariamente **imunossupressores** que evitam que o seu organismo rejeite o rim transplantado. Os **imunossupressores** podem ter **alguns efeitos secundários** tais como menor capacidade em combater as infeções, aumento de peso, hipertensão, diabetes e aumento da produção de pêlos.

O **transplante de dador vivo dispensa a inscrição do doente em lista de espera** para transplantação, não necessitando de aguardar que surja um dador cadáver compatível. No entanto, é necessário extrair cirurgicamente um rim a uma **pessoa sã** (dador), com os **riscos que lhe são inerentes**.

O **tratamento conservador médico** é uma outra modalidade terapêutica da doença renal crónica avançada **reservada apenas para situações graves, de mau prognóstico de vida**, em que a **diálise não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores**. Este tratamento consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal.

Atenção! O **tratamento conservador não é uma alternativa às outras modalidades**.

O **tratamento conservador** da insuficiência renal crónica avançada consiste na aplicação de **tratamentos não invasivos** e de medidas cujos objetivos são:



✓ **Eliminar ou atenuar os sintomas** de doença, proporcionando o **maior bem-estar** e o **menor sofrimento** possíveis.

✓ **Fornecer apoio** não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, levante, manutenção do domicílio) quando necessário.

Terá disponível, tanto quanto possível, uma **equipa de cuidados paliativos e continuados para o acompanhar**.

São indicações para o **tratamento médico conservador**:

- **A opção consciente e informada do doente ou, caso este não se encontre em condições de a expressar, de quem legalmente se encontre em condições de o fazer.**
- **Coma irreversível.**
- **Ausência irreversível de vida de relação.**
- **Estado demencial grave e irreversível.**
- **Impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal.**
- **Coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida.**
- **Coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento.**

Este folheto destina-se a **esclarecê-lo sobre cada uma das modalidades terapêuticas da doença renal crónica avançada**, ou em estágio 5 (DRC5), de forma a facultar-lhe os conhecimentos necessários para uma **opção informada e consciente**.

Não deve, no entanto, dispensar o **diálogo com o seu nefrologista, enfermeiro e restante equipa multidisciplinar** para o esclarecer e aconselhar.

Notas:

Este folheto foi elaborado pela Enf^a Andreína Tavares (aluna do 4^o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Nefrologia - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) com a colaboração da Equipa de Enfermagem da Unidade de DP do Hospital [REDACTED].

Lisboa. Dezembro/2013

[REDACTED] - **Serviço de Nefrologia - Unidade de DP**

Tel.: 21 [REDACTED]

Fax: 21 [REDACTED]

APÊNDICE X – Objetivos, Competências e Atividades para o EC 2

Objetivos, competências e actividades para o Ensino Clínico 2

UCI - Unidade de Urgência Médica de um Centro Hospitalar de Lisboa

1 Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com Alteração da Eliminação Renal em Situações de Agudização e/ou Eventos Críticos.
➤ Competências	<ul style="list-style-type: none">• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com AER a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção;• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas;• Presta Cuidados de Enfermagem Especializados baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;• Gere Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta à pessoa com AER como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.
➤ Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Integração na equipa multidisciplinar:<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecimento dos objetivos do Serviço;✓ Conhecimento do modelo de prestação de cuidados;✓ Compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa.• Conhecimento dos principais motivos de agravamento da função renal e necessidade de internamento em UCI - intercorrências de infeções várias (endocardites; pneumonias; sépsis e urossépsis);• Contacto com as tecnologias avançadas de TSFR;

- Estudo de Caso: prática de cuidados à pessoa com AER em situação de agudização e/ou eventos críticos.

APÊNDICE XI – Caracterização do EC 2

Caracterização da Unidade de Urgência Médica

A Unidade de Urgência Médica do Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] é, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível 3, tendo a capacidade de receber pessoas em estado crítico de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico. Engloba, ainda, uma Unidade de Cuidados Intermédios, classificada pela referência anterior no nível I. (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Na Unidade de Urgência Médica são prestados cuidados de saúde altamente diferenciados a utentes com falência orgânica ou multiorgânica e as admissões na Unidade de Urgência Médica são geralmente provenientes do SU do Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED], dando cobertura a uma área geográfica que compreende o Oeste Sul (Centro Hospitalar de Torres Vedras), Ribatejo (Centro Hospitalar do Médio Tejo), Alentejo (Hospital do Espírito Santo – Évora e o Hospital José Joaquim Fernandes – Beja) e Algarve (Hospital Distrital de Faro e Hospital do Barlavento Algarvio).

A Unidade de Urgência Médica é uma UCI polivalente, dividida por 8 salas com capacidade para 20 camas, 6 salas (correspondendo a 12 camas) para pessoas em situação crítica carecendo de cuidados intensivos e as outras 2 salas (correspondendo a 8 camas) para pessoas que carecem de cuidados intermédios, encontrando-se em processo de transição para outro Serviço e, ainda, pessoas com patologia crónica.

Para além destas salas e das tradicionais zonas de apoio, o espaço físico da Unidade de Urgência Médica engloba ainda uma sala de diálise e uma sala de técnicas, onde é realizada a colocação de electrocatéteres/pace-makers temporários e catéteres de diálise de longa duração, e broncofibroscopias. A equipa multidisciplinar da Unidade de Urgência Médica é constituída por uma equipa médica, maioritariamente especialistas/internos da especialidade de Medicina Interna, contando com o apoio de outras especialidades sempre que necessário. A

equipa de Enfermagem é constituída por cerca de 50 elementos, estruturada de acordo com as funções desempenhadas.

Para além da Enfermeira Chefe do serviço, conta também com 4 elementos de apoio à chefia, que se encontram “fora de escala”, a realizar horário fixo. Os restantes Enfermeiros encontram-se na área de prestação de cuidados, distribuídos por 5 equipas em horário de *roulement*, assegurando a distribuição habitual de 1 enfermeiro por sala, ou seja, 1 enfermeiro para cada 2 pessoas em cuidados intensivos e 1 enfermeiro para 4 pessoas em cuidados intermédios, sendo o método de trabalho o individual. Em cada equipa há 1 enfermeiro “chefe de equipa” (normalmente, o enfermeiro mais experiente ou de referência), não incluído na prestação de cuidados, que fica responsável pela gestão de cuidados e apoio a procedimentos. A Unidade de Urgência Médica conta também com uma equipa de assistentes operacionais e de 2 assistentes técnicos.

A construção das competências para prestar cuidados a pessoas em situação crítica percorre a complexidade da esfera do cuidar e evidencia um processo evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e coletivo, objetivando um investimento formativo constante, sendo admitidos na Unidade de Urgência Médica pessoas em falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório, politraumatizados e pessoas com patologia do foro neurocirúrgico, neurológico e cirurgia geral associada a falência multiorgânica, assim como pós-operatórios com algum tipo de complicação e intoxicações graves.

De acordo com os dados fornecidos pelo Enfermeiro Paulo [REDACTED] acerca da caracterização da Unidade, da ocupação e dos procedimentos realizados em 2012:

- A Unidade de Urgência Médica tinha 12 camas no nível III, 4 camas no nível I, uma sala de HD com 2 postos e sala de hemodinâmica.
- Houve 542 doentes admitidos, com uma taxa de ocupação de 94% e com uma demora média de 8,4 dias;
- Case-mix do internamento: doentes com patologia médica 56.98%; doentes cirúrgicos urgentes 17.13%; doentes cirúrgicos eletivos 10.99%; doentes

politraumatizados: 6.33%; doentes neurocríticos: 6.89%; doentes coronários: 1.68%.

- Índices de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem: APACHE II: 21.84; SAPS II: 47.44; SAPS III: 65.87; TISS 28: 34.
- Infecção: PAV: 13,7 ‰; Cistite nosocomial: 7,67 ‰; Infecção da corrente sanguínea associada a catéter central: 3,4‰; Infecção da corrente sanguínea associada a ventilação mecânica: 4,8‰ e Infecção da corrente sanguínea associada a algaliação: 0,04‰;
- Em 2012 houve 24 doentes submetidos a Hipotermia Terapêutica, em 2011 houve 20 doentes e em 2010 houve 11 doentes.
- Extubações não planejadas: em 2010 5,7%; em 2011: 6,63% e em 2012: 6,8%
- Taxa de reentubação traqueal em 2010: 12,5%; em 2011: 9,17%; em 2012: 10,38%;
- Taxa de prevalência de UPP em 2010: 14%; em 2011: 13% e em 2012: 6%
- Taxa de incidência de UPP em 2010: 9%; em 2011: 9%; em 2012: 4%.

Relativamente aos tratamentos de diálise realizados em 2013 (de Janeiro a Setembro), houve:

- 213 sessões de HD / 46 doentes/ 7 doentes crônicos;
- 43 sessões de HFC / 43 doentes/ total de 168 dias de técnica;
- 82 sessões de SLED (duração de 6 a 8 horas);
- 20 episódios de hipotensão a requerer intervenção terapêutica.

Relativamente a procedimentos realizados a doentes externos, houve:

- 374 sessões de HD (140 doentes/ 82 doentes crônicos);
- 58 colocações de catéteres provisórios de HD;
- 16 electrocatéteres para pace-makers provisórios;
- 35 broncoscopias terapêuticas ou de diagnóstico.

Referências:

Direcção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.

APÊNDICE XII – Estudo de Caso “Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa em Choque Séptico com Disfunção Renal, Hematológica, Hepática e Respiratória”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Intervenção Enfermagem Médico – Cirúrgica

Vertente Nefrológica

Fevereiro/2014

Ensino Clínico 1	Aluno	Andreína Tavares [4893]
	Orientadora	Prof. ^a Maria Saraiva
	Orientador Local EC	Enf. ^a Paulo Baltazar
Actividade	Estudo de Caso	
	Cuidados de Enfermagem Especializados a Pessoa em Choque Séptico com disfunção renal, hematológica, hepática e respiratória	

Resumo

Este estudo de caso foi realizado no decurso do meu estágio na Unidade de Urgência Médica do Hospital de [REDACTED] e tem como finalidade desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados especializados ao doente renal crónico, nomeadamente nas modalidades terapêuticas da Doença Renal Crónica em estágio 5 (DRC5) ou indução de diálise de urgência, tema este que desenvolvi no meu projecto de estágio.

O trabalho em questão foi realizado com uma doente com HIV+, com carga viral indetectável e CD4 superior a 200, internada no contexto de urosépsis após manipulação pela Urologia, no contexto de colocação de stents ureterais. Esta doente apresentava já Doença Renal Crónica, ainda sem necessidade de terapêutica substitutiva da função renal. A pesquisa é do tipo estudo de caso. Os dados foram colhidos no período de 21 de Janeiro e 14 de Fevereiro, durante o internamento na UUM.

A análise dos problemas ou alterações foi realizada tendo por base o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) e o plano de cuidados foi elaborado de acordo com a linguagem CIPE®, com o intuito de direccionar os cuidados de enfermagem e

elaborar um plano que contribua para uma melhor adaptação da pessoa à sua nova condição de vida, além de reforçar a Enfermagem enquanto ciência.

Palavras Chave

Choque séptico (CS); Doença Renal Crónica (DRC); Hemodiálise (HD); Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC); Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED); Lesão Renal Aguda (LRA); Modelo de Adaptação de Roy (MAR); Processo de Enfermagem (PE).

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem possui como responsabilidade assistir a pessoa que vivencia um processo de doença, intervindo para promover a sua adaptação, uma vez que a doença gera alterações na vida dos indivíduos, nas suas várias esferas. Diante desse facto, percebe-se a necessidade de melhor organizar e sistematizar o cuidado de enfermagem ao doente renal crónico/ doente com lesão renal aguda.

Este estudo de caso surge então com o objectivo de analisar e reflectir sobre o caso de uma pessoa com doença renal crónica/ lesão renal aguda, internada na UUM, tendo como quadro conceptual o MAR, que tem como objectivo a promoção da adaptação que, através de respostas eficazes, contribui para a saúde da pessoa e para a sua qualidade de vida (Roy & Andrews, 2001).

O PE surge como instrumento de enfermagem que, ao ser executado de modo sistemático, é eficaz para organizar, definir as necessidades do doente, orientar a intervenção e documentar os resultados obtidos com a intervenção executada.

No que se refere aos diagnósticos, resultados e intervenções, o sistema de classificação utilizado é a CIPE®, que constitui um sistema padronizado de linguagem, tanto para diagnósticos de enfermagem, quanto para resultados e intervenções, com vista a promover um cuidado de maior qualidade. Este sistema de classificação é actualmente utilizado no CHLC e será o elegido para a elaboração do PE.

Em suma, com a elaboração deste trabalho pretende-se desenvolver um estudo de caso *que proporcione “um maior conhecimento e envolvimento do estudante com uma situação (real) observada”* através do “estudo aprofundado de uma pessoa, família, grupo ou comunidade, na sua complexidade e dinamismo próprio, que fornece informações relevantes para a tomada de decisão” tal como referem Bocchi, Pessuto, e Dell’acqua (1996).

Este trabalho terá como principais pontos:

- Exposição do caso e descrição da história clínica
- Enquadramento teórico sobre a situação clínica
- Elaboração do processo de enfermagem, executando-o sob o contexto de um referencial teórico, além de trabalhar com sistemas padronizados de linguagem
- Reflexão sobre o processo de enfermagem e considerações finais.

Choque séptico

Fisiopatologia

O choque séptico (CS) consiste num estado de resposta do organismo à acção de um agente infeccioso, ocorrendo disfunção orgânica aguda e hipotensão que não reverte com a terapêutica com fluidos. O CS é causado por toxinas produzidas por certas bactérias e por citocinas, que são substâncias sintetizadas pelo sistema imunitário para combater as infecções. Os vasos sanguíneos dilatam, produzindo queda da pressão arterial, apesar do aumento da frequência cardíaca e do volume de sangue bombeado. Os vasos sanguíneos também podem tornar-se mais permeáveis, permitindo o escape de líquido da corrente sanguínea para os tecidos, e o fluxo sanguíneo aos órgãos vitais, sobretudo aos rins e ao cérebro, diminui. Posteriormente, os vasos sanguíneos contraem-se numa tentativa de elevar a pressão arterial, mas o débito cardíaco diminui e, conseqüentemente, a pressão arterial permanece muito baixa e inadequada para fornecer oxigénio e nutrientes para sustentar os órgãos vitais e a função celular.

Tratamento

As estratégias gerais no tratamento no CS são a reposição de líquidos para restaurar o volume intravascular, a administração de medicamentos vasoactivos para restaurar o tónus vasomotor e melhorar a função cardíaca, e o suporte nutricional para abordar as exigências metabólicas que, com frequência, se mostram aumentadas no choque e a administração de antibióticos. É necessário o recurso a ventilação mecânica e técnicas dialíticas, entre outras.

Hemodiálise Intermitente, Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua e Sustained Low Efficiency Dialysis

A lesão renal no doente crítico é uma situação clínica grave com elevada taxa de mortalidade. Segundo Dirkes e Hodge (2007), a escolha do tratamento e terapia dialítica pretende imitar a eficácia do rim original e, ao mesmo tempo, não atrasar a recuperação da função renal, devendo ser individualizada de acordo com a urgência de cada doente, necessidade de terapia e tolerância hemodinâmica

A hemodiálise intermitente (HDI) consiste num tratamento que é normalmente feito três vezes por semana, com o objectivo de proporcionar um estado "adequado" de saúde. Estes princípios de tratamento são aplicados aos doentes com DRC e não para doentes críticos. O tratamento de um doente 3 vezes por semana permite um aumento considerável nos níveis séricos de azoto de ureia e de creatinina e variações no equilíbrio ácido-base, de electrólitos e de água entre os tratamentos.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, os doentes críticos são propensos à hipotensão devido à gravidade da sua doença e, portanto, a remoção de 2 a 3 L/h de fluido num doente instável pode tornar difícil a utilização de HDI. Como resultado, os doentes críticos com lesão renal aguda (LRA) não vão conseguir remover adequadamente a água ou resíduos com a diálise tradicional. Episódios repetidos de hipotensão durante a hemodiálise intermitente também podem levar à isquémia dos nefrónios cada vez que a diálise é realizada. Por conseguinte, a capacidade dos

nefrónios remanescentes para sobreviver, bem como os efeitos potencialmente negativos da remoção agressiva de fluidos, deve dirigir a escolha da terapia.

O tipo de terapia de substituição da função renal utilizado pode afectar a sobrevivência e a recuperação da função renal do doente. As preocupações sobre a estabilidade hemodinâmica durante a hemodiálise, lesão de nefrónios, e a incapacidade de remover adequadamente o excesso de água e soluto, levaram ao desenvolvimento de uma terapia de substituição renal mais lenta e menos agressiva: a terapia de substituição renal contínua.

A terapia de substituição renal contínua é um processo extracorporeal em que o sangue passa através da membrana e os electrólitos e resíduos são removidos do sangue por convecção e difusão. A remoção de fluido é obtida por ultrafiltração a uma taxa horária estabelecido e numa base contínua.

Uma das terapias de substituição renal contínua é a hemodiafiltração veno-venosa contínua (HDFVVC). Em HDFVVC, os resíduos e a água são removidos através de um processo de difusão. Neste método, dialisante e fluidos de reposição são utilizados simultaneamente, em várias combinações de taxas. O objectivo é o de oferecer uma terapia por convecção para a depuração de substâncias de peso molecular médio, e uma terapia difusiva para a remoção de substâncias menores.

Esta terapia foi amplamente utilizada para proporcionar uma diálise mais eficiente quando as máquinas eram limitadas na capacidade de infundir grandes quantidades de fluidos. No entanto, a tecnologia actual fornece a capacidade de infundir fluidos, tanto de substituição como de dialisante, a taxas mais elevadas para proporcionar uma terapia eficiente. A capacidade de utilizar apenas um único fluido de forma eficaz também melhora a simplicidade de realização de métodos contínuos

As modalidades de TSFR utilizadas nos doentes que desenvolvem LRA nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) podem então ser intermitentes ou contínuas. Segundo Custódio e Lima (2013), a escolha pelo método ideal depende do estado clínico do doente, do conhecimento médico e da disponibilidade da UCI, sendo que o principal factor limitante das terapias intermitentes em doentes críticos é a instabilidade hemodinâmica. A hipotensão intradialítica está associada a factores

relacionados à diálise (volume e taxa de ultrafiltração, redução da osmolaridade plasmática) e ao doente (hipovolemia, disfunção cardíaca, vasodilatação). A hipotensão intradialítica, além de diminuir a dose de diálise oferecida, perpetua a lesão isquêmica, atrasando a recuperação da LRA. Quando comparadas com as terapias intermitentes, os métodos contínuos proporcionam maior estabilidade hemodinâmica, sendo preferíveis em doentes hemodinamicamente instáveis. Entretanto, a necessidade de anticoagulação contínua, enfermagem especializada e seu alto custo por vezes tornam-nos indisponíveis.

A Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED) surge então como uma modalidade que une as vantagens dos métodos intermitentes e contínuos, isto é, uma terapia “híbrida” que agrega a estabilidade cardiovascular e o clearance efetivo das terapias contínuas com as facilidades operacionais e custos reduzidos das terapias intermitentes.

A base fisiológica da SLED é a realização de um procedimento de maior duração (com diminuição da taxa de ultrafiltração/hora), com fluxos de sangue e dialisante reduzidos, minimizando, assim, o desequilíbrio osmótico, porém sem diminuição na depuração de solutos. A estabilidade hemodinâmica é comparável aos procedimentos contínuos, assim como a dose de diálise oferecida, que é equivalente ou até mesmo superior às terapias contínuas e intermitentes.

A SLED utiliza o mesmo equipamento da hemodiálise convencional, geralmente adaptado para fornecer fluxos de sangue (100-200 ml/min) e dialisante (100-300 ml/min) reduzidos. O tempo de duração das sessões é aumentado para 6 a 18 horas (média 8 horas), havendo, também, em algumas situações, a possibilidade do modo contínuo. A duração da sessão, bem como as metas de ultrafiltração, variam conforme o grau de instabilidade hemodinâmica. Além disso, o uso de baixas temperaturas do dialisante (35°C), níveis mais elevados de cálcio no dialisante (3,5 mEq/L) e perfis de sódio e ultrafiltração são frequentemente associados para minimizar os riscos de hipotensão. Não há diferenças em relação aos dialisadores (alto ou baixo fluxo) e ao dialisante. A anticoagulação pode ser feita com heparina não fraccionada (doses 50% a 75% menores do que nas terapias contínuas), citrato ou com flush de soro fisiológico.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o principal factor de escolha pela SLED em detrimento das terapias intermitentes convencionais é a instabilidade cardiovascular, nomeadamente nos doentes com cardiopatia ou hepatopatia, mais propensos à hipotensão intradialítica. Outra vantagem da SLED descrita pelos autores é a possibilidade de realização de sessões nocturnas, não limitando a realização de procedimentos diagnósticos durante o dia. Como se utiliza o mesmo equipamento da hemodiálise intermitente convencional, os custos chegam a ser 6-8 vezes menores que nas terapias contínuas.

Custódio e Lima (2013) reforçam ainda que a SLED ganha espaço na prática clínica, pois combina a tolerabilidade hemodinâmica, o controle de soluto lento e sustentado e as doses efectivas de diálise das terapias contínuas associadas aos custos reduzidos e facilidades logísticas das terapias intermitentes.

METODOLOGIA

A prática de enfermagem é realizada através do estudo e diagnóstico de necessidades, o delineamento e implementação de acções dirigidas e a avaliação do seu impacto.

No seu processo de Enfermagem, Roy e Andrews (2001) destacam 6 fases: avaliação de comportamentos, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção, e avaliação.

O presente estudo visa, nesse sentido, conhecer os estímulos que actuam na MJB; identificar o seu comportamento frente aos estímulos, estabelecendo os diagnósticos de enfermagem; e elaborar intervenções de enfermagem, com vista a auxiliá-la na promoção de respostas adaptativas.

Segundo o MAR, são quatro os modos de adaptação: fisiológico; de autoconceito; de função na vida real; e de interdependência (Roy & Andrews, 2001). O modo fisiológico contempla as cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, actividade/repouso e protecção. O modo do auto-conceito engloba aspectos psicológicos e espirituais. O modo de desempenho de papéis

identifica os padrões de interacção social da pessoa na sociedade, e o modo de interdependência enfoca relações estreitas entre as pessoas.

Segundo Roy & Andrews (2001), os profissionais de enfermagem devem identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a sua adaptação. Assim, o cuidado de enfermagem visualizado a partir da óptica do MAR possibilita um trabalho efectivo, em que as metas visam o restabelecimento e/ou a manutenção do equilíbrio, sendo possível relacioná-las às intervenções necessárias.

Considerando que a pessoa a vivenciar o processo de doença apresenta mudanças no seu quotidiano e que, por esse motivo, emitirá respostas ineficientes num primeiro momento, é importante que sejam traçados os principais problemas de enfermagem sob a óptica do MAR, e da taxonomia da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), com vista a direccionar os cuidados de enfermagem, contribuindo para um planeamento mais efectivo e eficiente e para uma adaptação melhor do doente ao novo estilo de vida, além de proporcionar o fortalecimento científico da enfermagem.

Este estudo de caso foi realizado na UUM do HSJ, no período de 21 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014. A pessoa em estudo é uma mulher de 75 anos, reformada, com infecção pelo HIV conhecida desde há 18 anos e com vários episódios de litíase renal. Acompanhei a pessoa em questão, e todo o processo de doença inerente, durante o estágio nessa unidade. Foram respeitadas as normas e princípios éticos e deontológicos por forma a manter a confidencialidade da pessoa, contexto e dados clínicos.

História Clínica

Mulher de 75 anos de idade com história conhecida de HIV+ com 18 anos de evolução desde o diagnóstico, seguida em consulta de Imunodeficiências no HSJ. Medicada com Atripla, Crestor, Fosavance e cálcio. Com história de litíase renal a condicionar múltiplos episódios de cólica renal com agravamento da função renal, submetida a colocação de stent no ureter esquerdo a 13 de Maio/2013. Com

ureterorenoscopia pós-intervenção sem cálculo até aos cálices renais, tendo sido retirado três semanas depois. Em meados de Junho/2013 realizou ecografia de controlo que revelou rins de dimensões dentro dos parâmetros habituais, assimétricos por redução dimensional à direita e no limite inferior da normalidade, pequena formação nodular quística na vertente inferior do rim direito com 20 mm, normal diferenciação parênquima/ complexo ecogénico central bilatera, admitindo-se alguns focos de provável microlitíase renal bilateral com maior expressão à esquerda, presença de hidronefrose à esquerda medindo o bacinete no seu maior diâmetro seccionado aproximadamente 3 cm e sem dilatação da árvore excretora renal à direita. “dado o resultado desta ecografia foram colocados stents ureterais bilaterais a 21 de Junho/2013, sem intercorrências. Em Setembro/2013 realizou TAC que não revelou presença de litíase, mas por suspeita de litíase radiotransparente associada aos anti-retrovirais foi programada ureterorenoscopia diagnóstica. Observada em consulta de Imunodeficiências a 20 de Dezembro/2013, altura em que mantinha dor lombar que aliviava com paracetamol, sem outros factores moduladores. Do ponto de vista imunitário com CD4+ 382 e carga viral «20, com DRC (creatinina 1,2 mg/dL).

Avaliação inicial

Serviço de Urologia

Colheita de dados

» Dados Gerais

Proveniencia	Consulta
Motivo de Internamento	litiase renal
Nome que prefere ser tratado	██████████
História da doença actual	Litiase renal Esquerda.
Profissão	Reformada
Contacto prestador de cuidados	Filho ██████████
Rede suporte (social e saúde)	SNS

Dados de Saúde

» Dados de Saúde

Doenças conhecidas	HIV há cerca de 20 anos Dislipidémia Osteoporose Sind. Vertiginoso
Alergias	Desconhece
Cirurgias anteriores	Histerectomia Safenectomia bilateral
Regime medicamentoso	Tripla ab para hiv Fasovance Calcio sandoz crestor 10mg

Status Fisiológico

» Status Fisiológico

Frequencia cardiaca (ppm)	71
Pressão arterial diastólica	80
Pressão arterial sistólica	154

Comunicação

» Comunicação

Comunicação	Mantida
Audição	Mantida
Visão	Comprometida
Dispositivo para visão	Prótese ocular

Eliminação

» Eliminação Urinária

Eliminação urinária	Não comprometida
----------------------------	------------------

Sistema Neurológico

» Sistema Neurológico

Consciência	Acordado
--------------------	----------

Sistema Neurológico

» Orientação

Orientação	Não alterada
-------------------	--------------

Actividade Motora

» Actividade Motora

Mobilidade	Mantida
-------------------	---------

MJB foi internada a 20 de Janeiro/2014 para extracção electiva de stents ureterais bilaterais, tendo feito ureterorenoscopia bilateral que não constatou a presença de litíase nem de outros obstáculos, mas dado o edema da mucosa ureteral à direita optou-se por manter stent ureteral 6 CH 24 cm à direita sem complicações no pós-operatório imediato.

No primeiro dia pós-operatório inicia quadro de náuseas e vômitos, hematúria macroscópica e abdómen ligeiramente distendido e doloroso. À palpação profunda, dor à descompressão e reacção peritoneal. Manteve hipotensão sem resposta à fluidoterapia instituída e anúria, tendo sido contactada a UUM para transferência da doente com o diagnóstico de choque séptico com ponto de partida abdominal.

Unidade de Urgência Médica

Colheita de dados

Status Fisiológico

Temperatura corporal (°C)	36,8
Frequência cardíaca (ppm)	94
Frequência respiratória (cpm)	24
SatO2 (%)	100
Pressão arterial diastólica (mm/hg)	47
Pressão arterial sistólica (mm/hg)	93

Comunicação

Comunicação	Mantida
Audição	Mantida
Visão	Mantida

Respiração

Oxigénio	Respiração	Mantida
	Débito (l/m)	10 L/min
	Dispositivo	Máscara de alto débito

Circulação

Perfusão dos tecidos

Perfusão dos tecidos	Sem alterações. Sem edemas. Sem sinais de trombose profunda
Temperatura	Quentes
Coloração	Corada
Sensibilidade	Sem alterações
Pulso periférico	Rítmico

Perdas de sangue

História de perda sanguínea	Intra-operatório
-----------------------------	------------------

Circulação

Pulso características	Filiforme
Transfusões	Não

Digestão

Digestão

Disfagia	Ausente
Apetite	Anorexia. Náusea. Vômitos.

Nutrição

Nº de refeições dia	Dieta zero.
---------------------	-------------

Eliminação

Eliminação vesical

Eliminação urinária	Comprometida. Anúrica. Hematúria macroscópica.
---------------------	--

Cateter urinário

Tipo	Foley Látex
------	-------------

Calibre	18 CH
---------	-------

Data de inserção	21/01/2014
------------------	------------

Eliminação intestinal

Frequência /dia	Não evacuou.
-----------------	--------------

Tegumentos

Pele

Pele	Íntegra; Descorada. Desidratada.
------	----------------------------------

Úlcera

Risco de úlcera de pressão	Alto Risco
----------------------------	------------

Score (escala de Braden)	15
--------------------------	----

Sistema Neurológico

Consciência	Vigil
-------------	-------

Score (escala de Glasgow)	15
---------------------------	----

Pupilas	Isocóricas
---------	------------

Confusão	Ausente
----------	---------

Percepção	Sem alterações
-----------	----------------

Orientação

Orientação	Presente
------------	----------

Alterada no tempo	Não
-------------------	-----

Alterada na pessoa	Não
--------------------	-----

História de dor

História de dor	Sim. Dor abdominal difusa.
-----------------	----------------------------

Actividade Motora

Mobilidade	Comprometida
Risco de queda	Alto risco
Score (escala de Morse)	60

Autocuidados

Higiene

Autocuidado higiene	Dependente
---------------------	------------

Alimentar-se

Autocuidado alimentar-se	Dependente
--------------------------	------------

Emoções

Ansiedade	Presente
-----------	----------

Diário clínico

21.01.2014	Doente admitida na UUM por choque séptico por provável ponto de partida abdominal, após remoção de stents ureterais bilaterais, na sequência de quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal com hipotensão sem resposta à fluidoterapia instituída no primeiro dia pós-operatório. À entrada, apresentava acidémia metabólica e PCR elevada. Iniciou suporte aminérgico com noradrenalina. Fez TAC-abdómino-pélvica para avaliação imagiológica do quadro abdominal, sendo reintervencionada pela Urologia para colocação de stent à
------------	---

esquerda, sem intercorrências no intra-operatório. Iniciou meropenem, manteve noradrenalina, iniciou gluconato de cálcio, esomeprazol, fitomenadiona e soro polielectrolítico; por náuseas e vômitos ficou em dieta zero, com sonda nasogástrica e metoclopramida prescrita. As análises sanguíneas revelaram agravamento da função renal, acidose metabólica e PCR elevada. Iniciou hidrocortisona.

22.01.2014	A doente foi sedo-analgesiada com propofol e fentanilo e entubada por exaustão e alteração do estado de consciência, ficando em CMV. Sub-febril. Manteve suporte aminérgico com noradrenalina e hidrocortisona. Perfil tensional TAS 120-110 mmHg, TAD 70-60 mmHg, PAM 80 mmHg. A função renal continuou a agravar-se. Função hepática também em agravamento.
23.01.2014	A doente manteve-se em CMV e, embora bem adaptada à ventilação mecânica, continuou acidémica. Apresentou uma boa diurese, positivando o balanço hídrico em apenas 1500 mL. Edemaciada. Manteve-se apirética. Manteve sedo-analgesia, não respondendo à estimulação física ou verbal. Iniciou reposição iónica com potássio. Colhido sangue para exames culturais.
24.01.2014	A doente manteve-se apirética, apesar da elevação progressiva dos parâmetros inflamatórios. Manteve-se sedo-analgesiada com propofol e fentanilo. Pela instabilidade hemodinâmica persistente, foi aumentado o suporte noradrenérgico (PAM 72-75 mmHg). Débito urinário 3615 mL/24h, espontâneo, com BH +3315 e BH +5905 nas últimas 48h. Escassa cinética respiratória e Rx-tórax sugestivo de aumento da sobrecarga. Função renal em agravamento (creatinina de 3,12 passou para 3,47 mg/dL; ureia de 115 passou para 126 mg/dL). Novamente acidémica (bicarbonato 16,4; lactato 2,34). Ventilada em PC; com ferveores crepitantes. Agravamento da trombocitopenia (de 39000 passou para 9000). Secreções brônquicas ligeiramente hemáticas, sem outras perdas visíveis. Tolerou alimentação entérica; com tendência para

glicémia baixa. Fez TAC-tóraco-abdómino-pélvico. Foi colocado catéter de hemodiálise sob controlo ecográfico na veia femural direita. Fez 1 pool de plaquetas. Iniciou-se hemodiafiltração veno-venosa contínua, com correcção da acidémia. Conseguiu-se maior estabilidade hemodinâmica, que possibilitou diminuição progressiva da noradrenalina. Permaneceu ventilada em PC, bem ventilada e oxigenada. Apirética. A TAC não revelou hidronefrose ou outras alterações significativas. Cessada hemodiafiltração veno-venosa contínua por coagulação do filtro, com UF total de 270 mL. Débito urinário cerca 100 mL/h. Edema generalizado. Melhor oxigenada, bem ventilada. A aguardar resultados de hemoculturas. Fez mais 1 pool de plaquetas. Iniciou vancomicina e colistina por aumento persistente da PCR (doente imunossuprimida).

25.01.2014	Perfil tensional mais estável. Ventilação mecânica em PC com suporte, bem oxigenada e bem ventilada. Edema generalizado. Abdómen mole e depressível. Exames culturais em curso. Fez broncofibroscopia que revelou parede traqueal com estruturas maceradas. Analiticamente, função renal mantém-se em agravamento; ionograma bem.
26.01.2014 a 01.02.2014	A doente manteve a instabilidade hemodinâmica, com agravamento da função renal e função hepática, e também da trombocitopénia. Manteve-se em VMI, bem ventilada e oxigenada. A tolerar a alimentação entérica e com perfil glicémico controlado. O abdómen foi progressivamente ficando mole, depressível e indolor à palpação. Por progressivo agravamento da função renal, fez SLED durante 3h, que decorreu sem intercorrências. Dia 30.01.2014, já sem sedação e/ou analgesia em perfusão. Score Glasgow 3, com estímulo respiratório eficaz. Bem ventilada e oxigenada. Perfil hemodinâmico estável, permitindo desmame de noradrenalina. Fez TAC-CE sem contraste que revelou colecção hemática aguda subdural frontal e têmporo-parietal direita sem significativo desvio das estruturas subjacentes e que não justificou o quadro neurológico apresentado. Iniciou fluconazol pela

	suspeita de candidíase na orofaringe e traqueia.
02.02.2014 a	Sem sedação e com analgesia (3 vezes/dia); a despertar gradualmente, abrindo os olhos à voz e focalizando os olhos mas adormecendo em seguida; localização da dor, sem emissão de sons.
04.02.2014	Score Glasgow 9. Pupilas isocóricas e isorreactivas. Apirética, com temperatura axilar 37,1°C. Gasimetricamente bem oxigenada, sem retenção. Perfil tensional estável. Urina clara, com débito urinário cerca de 110 mL/h, sem diuréticos. Pouco hidratada. Com edemas marcados generalizados. Função renal melhorada. Alimentação entérica tolerada e sem estase. Glicémias controladas. Abdómen pouco distendido e timpanizado, mas depressível e indolor à palpação. Função hepática normalizada. Plaquetas e coagulação normais.
05.02.2014	Doente consciente, respondendo apenas com expressões faciais, abrindo e fechando os olhos. Apática, sem emissão de sons. Sem movimento dos membros, nem à estimulação dolorosa. A aguardar realização de TAC-CE. Apirética. Sob fluconazol. Em ventilação espontânea, com TOT com oxigénio em atmosfera húmida com FiO2 45% desde as 18h do dia anterior. Foi protelada extubação por incerteza quanto à capacidade ventilatório face ao quadro neurológico. Perfil tensional elevado, já sob IECA. Frequências cardíacas normais. Bom débito urinário. Glicémias bem. Com dejecções pastosas. Função renal analiticamente: ureia 92, creatinina 1,30, TFG 40, sódio 141, potássio 4,7, magnésio 2,41, cálcio 7,8. Melhoria dos parâmetros hepáticos. Mantém alimentação entérica. Sem perdas hemáticas visíveis. Hemoglobina 8,6 mg/dL. Coagulação bem. Plaquetas 625000. Gasimetricamente: pH 7,33; pCO2 49,2; pO2 79,6; HCO3- 25,7; SatO2 93%; Lactato 0,21. Freq. resp 20-33; SpO2 »93%; Freq. card. 72-104; T. Arterial 171-187/ 76-86. Doente a mostrar sinais de exaustão, tornando a ficar em PA.
06.02.2014	Doente mais acordada, mas com tetraparésia de predomínio braquial.

a 07.02.2014	Do ponto de vista ventilatório, progrediu-se no desmame ventilatório, passando a CiPAP 6 FiO2 35%. Perfil tensional elevado, pelo que fica sob bisoprolol. Diurese de 3700 mL/24h, forçada com furosemida, e BH -1400 mL. Sem necessidade de SLED e com função renal a melhorar (creatinina 0,57 mg/dL, ureia 75 mg/dL, TFG 56).
-----------------	--

Diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação

O plano de cuidados real elaborado no internamento da MJB teve como quadro de referência a linguagem CIPE®, procurando-se obter dados fiáveis e válidos sobre a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente da prática de enfermagem, e posteriormente avaliar os resultados das intervenções de forma quantitativa e comparativa.

Atendendo à especificidade da situação, procurou-se reflectir sobre os fenómenos, diagnósticos e intervenções identificadas no processo de enfermagem real trabalhado durante o internamento da MJB e proceder à elaboração de um plano de cuidados que englobe tanto os fenómenos que foram trabalhados e registados, como também aqueles que foram foco de intervenção, mas que não estão descritos no processo da doente.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p style="text-align: center;">Queda</p> <p>Especificações</p> <p>Queda, risco de queda</p>	<p style="text-align: center;">Atender</p> <p>Incentivar a pessoa a alimentar-se</p> <p style="text-align: center;">Executar</p>
<p style="text-align: center;">Úlcera de pressão</p> <p>Especificações</p> <p>Úlcera de pressão, risco de úlcera de pressão</p>	<p>Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso periférico</p> <p>Dar banho na cama</p>
<p style="text-align: center;">Alimentar-se</p> <p>Dependência</p> <p>Auto-cuidado: alimentar-se dependente, em grau</p>	<p>Lavar a boca</p> <p>Lavar a cabeça</p> <p>Pentear a pessoa</p>

reduzido	
Auto-cuidado: higiene	Trocar a fralda
Dependência	Posicionar a pessoa
Auto-cuidado: higiene dependente, em grau reduzido	Massajar partes do corpo
	Trocar catéter urinário
Auto-cuidado: beber	Aspirar cavidade oral
Dependência	Elevar a cabeceira da cama
Auto-cuidado: beber dependente, em grau reduzido	Aspirar secreções
Auto-cuidado: uso do sanitário	Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica
Dependência	Trocar sonda nasogástrica
Auto-cuidado: uso do sanitário, dependente em grau reduzido	Executar tratamento ao local de inserção do catéter de hemodiálise
Conhecimento	Trocar catéter urinário
Conhecimento sobre pós operatório	Posicionar a pessoa
Conhecimento sobre pós-operatório no conhecimento demonstrado	Gerir
Infecção	Gerir a dieta
Especificações	Aplicar meias de contenção
Risco de infecção pela presença de catéter venoso periférico	Optimizar catéter venoso periférico
	Optimizar o posicionamento
Infecção	Aplicar creme
Especificações	Optimizar roupas de cama
Risco de infecção pela presença de algália	Gerir o ambiente físico
Auto-cuidado: higiene	Aplicar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor
Dependência	Gerir regime medicamentoso
Auto-cuidado: higiene dependente, em grau elevado	Optimizar catéter urinário Especificação: foley 16
Auto-cuidado: uso do sanitário	Optimizar catéter venoso periférico
Dependência	Manter grades da cama
Auto-cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado	Optimizar tubo traqueal Especificação: TOT
Comunicação	

Compromisso	7,5 nível 22
Comunicação comprometido	Gerir dispositivo respiratório
Posicionar-se	Optimizar sonda nasogástrica Especificação: SNG 18 mudar 28 jan 14
Dependência	Optimizar catéter de hemodiálise Especificação: colocado a 24.01.2014 na femural direita
Posicionar-se dependente, em grau elevado	
Úlcera de pressão	Optimizar catéter arterial
Especificações	Optimizar catéter central
Úlcera de pressão alto risco de úlcera de pressão	Optimizar catéter urinário
Úlcera de pressão	Especificação: sylastic 18 mudar 20.02.2014
Sono	Optimizar sonda nasogástrica Especificação: SNG mudar a 06.02.2014
Alteração	Manter medidas de prevenção de contaminação
Sono alterado	
Dor	Observar
Presença	Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "Escala de Braden"
Dor presente frequente	Monitorizar risco de queda com escala Morse
Infecção	Vigiar dor
Especificações	Vigiar a eliminação intestinal
Infecção alto risco de infecção linha arterial radial esquerda	Vigiar jejum
Infecção	Validar conhecimento sobre pré-operatório
Especificações	Vigiar perfusão tecidual periférica
Infecção alto risco de infecção catéter central jugular direita	Supervisar o autocuidado: uso do sanitário
Consciência	Vigiar a eliminação urinária
Alteração	Vigiar o auto-cuidado: higiene
Consciência não alterada frequente	Vigiar a ingestão de líquidos
Ventilação	Vigiar a refeição
Ineficácia	Monitorizar a eliminação urinária
Ventilação ineficaz	Vigiar penso do catéter venoso periférico

<p style="text-align: center;">Aspiração</p> <p>Especificações</p> <p>Aspiração risco de aspiração</p>	<p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso periférico</p> <p>Monitorizar a dor através de escala de dor</p>
<p style="text-align: center;">Limpeza das vias aéreas</p> <p>Ineficácia</p> <p>Limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau moderado</p>	<p>Monitorizar PVC</p> <p>Monitorizar frequência respiratória</p> <p>Vigiar a respiração</p> <p>Monitorizar frequência cardíaca</p>
<p style="text-align: center;">Alimentar-se</p> <p>Dependência</p> <p>Alimentar-se dependente, em grau muito elevado</p>	<p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Monitorizar a tensão arterial</p> <p>Monitorizar a SatO2</p>
<p style="text-align: center;">Volume de líquidos</p> <p>Alteração</p> <p>Volume de líquidos alterado</p>	<p>Monitorizar entrada e saída de líquidos</p> <p>Monitorizar glicemia capilar</p> <p>Vigiar a eliminação intestinal</p>
<p style="text-align: center;">Infecção</p> <p>Especificações</p> <p>Infecção alto risco por presença de catéter de hemodiálise</p>	<p>Vigiar a eliminação urinária</p> <p>Vigiar a ritmo cardíaco através de monitor cardíaco</p> <p>Vigiar a comunicação</p> <p>Identificar barreiras à comunicação</p> <p>Supervisar comunicação</p> <p>Vigiar posicionamento</p> <p>Vigiar a pele</p> <p>Vigiar o sono</p> <p>Monitorizar a dor através da escala de dor Especificação: BPS</p> <p>Vigiar dor</p> <p>Vigiar penso do catéter central</p> <p>Vigiar penso do catéter venoso periférico</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter arterial</p>

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso periférico

Vigiar penso de catéter arterial

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter central

Vigiar consciência

Vigiar a respiração

Vigiar resposta ao ventilador

Vigiar extremidades

Vigiar reflexo de deglutição

Vigiar reflexo de tosse

Vigiar expectoração

Vigiar conteúdo gástrico

Monitorizar peso corporal

Vigiar penso de catéter de hemodiálise

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter de hemodiálise

Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow

Vigiar a respiração

Vigiar edema

DISCUSSÃO

Segundo o MAR, são quatro os modos de adaptação: fisiológico; de autoconceito; de função na vida real; e de interdependência (Roy & Andrews, 2001). O modo fisiológico contempla as cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, actividade/repouso e protecção. O modo do auto-conceito engloba aspectos psicológicos e espirituais. O modo de desempenho de papéis identifica os padrões de interacção social da pessoa na sociedade, e o modo de interdependência enfoca relações estreitas entre as pessoas.

Segundo Roy & Andrews (2001), os profissionais de enfermagem devem identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a sua adaptação. Assim, o cuidado de enfermagem visualizado a partir da óptica do MAR possibilita um trabalho efectivo, em que as metas visam o restabelecimento e/ou a manutenção do equilíbrio, sendo possível relacioná-las às intervenções necessárias.

De acordo com os quatro modos de adaptação do MAR: fisiológico; de autoconceito; de função na vida real; e de interdependência, o modo fisiológico foi o mais trabalhado pelos enfermeiros tendo em conta a situação crítica de disfunção multiorgânica e o quadro neurológico, exigindo a constante actuação dos enfermeiros através de diversas atitudes terapêuticas, desde a monitorização constante dos parâmetros vitais, à colaboração na colocação de dispositivos vasculares e à execução de técnicas dialíticas que requereram profissionais diferenciados e com competências específicas para a sua pratica segura.

Visto que a doente se manteve entubada orotraquealmente durante todo o período de internamento a que assisti, foi necessário também promover respostas adaptativas relativamente à comunicação, nomeadamente trabalhar a comunicação não verbal entre a MJB com a equipa multidisciplinar e também entre si e a sua família.

A imobilidade foi outra das consequências que advieram da situação de doença e que deu origem à dependência total da doente relativamente às suas necessidades básicas, que foram geridas e satisfeitas segundo um plano de cuidados constantemente reformulado e dirigido às alterações do seu estado clínico.

Quanto aos aspectos psicológicos e espirituais e à interacção da doente com a sua família, os enfermeiros incentivaram a visita dos entes significativos, propiciando momentos de privacidade, esclarecendo dúvidas e permitindo a expressão das emoções e ainda instruindo a estimular a doente tanto verbalmente como com o toque. Desta forma, os enfermeiros promoveram respostas adaptativas por parte da doente e também por parte da sua família.

CONCLUSÃO

A história clínica da pessoa alvo deste estudo de caso e o plano de cuidados elaborado reflectem a complexidade de uma situação de doença aguda e disfunção multiorgânica.

De acordo com o MAR, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas, sendo que após o diagnóstico de enfermagem ter-se-ia como consequência o estabelecimento de metas de enfermagem, intervenção e avaliação, o que de facto aconteceu.

Constata-se que o processo de enfermagem proposto no MAR proporcionou a identificação de estímulos presentes na situação em que MJB se encontrava, tornando possível o planeamento de intervenções mais específicas à situação.

Este estudo de caso permitiu-me desenvolver conhecimentos e competências na área de intervenção da nefrologia na prestação de cuidados a doentes em situação crítica, conhecendo de perto as técnicas dialíticas usadas neste contexto e simultaneamente assistir a todo um processo de tomada de decisão por parte dos enfermeiros que prestaram cuidados a esta doente, esclarecendo as dúvidas que surgiam a cada passo, e observando a evolução favorável do quadro clínico ao longo dos vários dias de internamento.

Ao acompanhar esta situação, atingi o objectivo já traçado no projecto de estágio de desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC em situações de agudização e/ou eventos críticos, nomeadamente:

- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC / LRA a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, assentes em tomadas de decisões e intervenções válidas e pertinentes suportadas na investigação e no conhecimento da área da especialidade;

- Gerir Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao doente renal crónico/doente com LRA como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos;
- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC/LRA a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, baseados num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;
- Gerir Cuidados de Enfermagem Especializados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC/doente com LRA como pessoa em situação de vulnerabilidade;
- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas com DRC/LRA a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.

Gostaria, no entanto, de ter proporcionado a MJB e a sua família uma maior assistência nas alterações emocionais que viveram no decorrer deste episódio de internamento e também contribuir para uma melhor gestão da comunicação interpessoal neste processo de adaptação, e que dada a elevada complexidade da situação não me foi possível concretizar.

Ao longo dos vários dias de internamento, MJB teve inicialmente alguns recuos, mas depois evoluiu favoravelmente, com melhoria progressiva da função respiratória, hematológica, hepática e renal, e ainda do estado neurológico. Foram vários e notáveis os esforços consonantes dos profissionais envolvidos neste processo, recorrendo aos conhecimentos da equipa e tecnologias disponíveis na unidade. É de realçar que este caso foi bem-sucedido...

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me ainda contactar com protocolos implementados na UUM, tais como o protocolo de prevenção da nefropatia de contraste e a aplicação dos critérios de RIFLE para a prevenção e diagnóstico da lesão renal aguda.

Concluindo, à medida que fui elaborando este estudo de caso, procurei estabelecer um fio condutor ao longo do processo, reflectindo sobre os cuidados de enfermagem prestados e descritos, e ainda sobre aqueles que por vezes não são facilmente visíveis. Assim, este processo foi reflectido e analisado com o objectivo de “melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas”, tal como é referido por Pereira (1995).

Destaco ainda o facto de que os enfermeiros são os responsáveis pelo início e fim de cada tratamento, e pelo fornecimento do equipamento utilizado, prestando assistência ao doente nas 24h. Assim, é de realçar a importância e a especificidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas na área de intervenção da Nefrologia numa situação de choque séptico com disfunção multiorgânica, enfermeiros estes que dominam as técnicas e conhecimentos necessários à recuperação e qualidade de vida do doente.

Bibliografia

Bocchi, S., Pessuto, J., & Dell’acqua, M. (1996). Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 4 (3), 99-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a09.pdf>

Custódio, F., Lima, E. (2013). Hemodiálise estendida em lesão renal aguda. *Jornal Brasileiro Nefrologia*. 35(2), 142-146.

Dellinger, P., Levy, M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S.,..., Kleinpell, R. (2013). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of

Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. *Critical Care Medicine Journal*. 411 (2), 580-637.

Dirkes, S., Hodge, K. (2007) Continuous Renal Replacement Therapy in the Adult Intensive Care Unit: History and Current Trends *Critical Care Nurse* Vol 27, Nº 2: 61-80.

Pereira, R. (1995). Reflectindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In R. Waldow, *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*.135-149. Porto Alegre: Artes Médicas.

Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Siqueira-Batista, R., Gomes, A., Calixto-Lima, L., Vitorino, R., Perez, M., Mendonça, E., ..., Geller, M (2011). Sepsis: atualidades e perspectivas. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 23(2), 207-216.

APÊNDICE XIII – Objetivos, Competências e Atividades para a Implementação da Consulta de Esclarecimento acerca das Modalidades Terapêuticas da DRC5

Objetivos, Competências e Atividades para a implementação da Consulta de Esclarecimento Acerca das Modalidades Terapêuticas da DRC5

1 Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Capacitar a Pessoa com DRC e a sua Família para compreender a DRC5 e o seu tratamento.
➤ Competências	<ul style="list-style-type: none">• Explora com a pessoa com DRC como ela irá gerir a doença;• Desenvolve um plano que apoie a família da pessoa com DRC.
➤ Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar os membros relevantes da equipa multidisciplinar à pessoa com DRC e/ou cuidador (por ex.: médico nefrologista, cirurgião, enfermeiro de diálise, nutricionista, psicólogo e assistente social);• Identificar o que a pessoa com DRC e os seus familiares querem e precisam saber, e as questões mais importantes que têm de ser geridas (por ex.: a forma como funciona o rim, o que acontece quando ele está em falha, os tipos de TSFR, terapêutica farmacológica, a opção de tratamento conservador ou paliativo, outros problemas de saúde, prioridades clínicas, gestão prática do dia-a-dia);• Abordar de forma calma e sensível que facilite a comunicação aberta e interativa com a pessoa com DRC, e escolher uma abordagem que incentive e promova uma parceria de aprendizagem entre a pessoa com DRC, a sua família e a equipa multidisciplinar;• Informar a pessoa com DRC e sua família sobre o que eles querem e precisam saber de uma forma honesta, equilibrada e justa (por ex.: o prognóstico, as taxas de sobrevivência, as taxas de mortalidade, os benefícios, limitações e complicações dos diferentes tipos de TSFR);• Disponibilizar informações sobre alternativas e acompanhar as oportunidades de aprendizagem (por ex.: sites de internet, associações de doentes renais, reuniões com outros doentes e famílias que passaram pela mesma experiência);• Ouvir o feedback da pessoa com DRC e sua família, cedendo-lhes tempo suficiente para refletir e reavaliar todas as informações dadas (por ex.: implicações no emprego enquanto faz diálise, férias, possíveis complicações da diálise);• Certificar-se de que a informação que dá à pessoa com DRC e família é fiável e consistente com os outros membros da equipa

multidisciplinar;

- Permitir que a pessoa com DRC, família e equipa multidisciplinar determinem mudanças do estilo de vida para complementar a TSFR que a pessoa irá realizar (por ex.: alteração do horário de trabalho, evitar alimentos ricos em potássio, as restrições de líquidos ou parar de fumar);
- Reconhecer respostas de ambivalência que podem limitar a resposta da pessoa com DRC para enfrentar a sua própria saúde e necessidades de bem-estar, e identificar formas pelas quais as aprendizagens posteriores serão mais eficazes em cada etapa do percurso da pessoa.

2 Objetivo

- **Determinar o Papel a desempenhar pela Pessoa com DRC e Cuidador no seu tratamento, paralela e independentemente da equipa multidisciplinar.**

➤ Competências

- Capacita as pessoas para atender às suas necessidades específicas em relação à saúde e bem-estar.

➤ Atividades

- Certificar-se que a pessoa com DRC e/ou cuidador entendem quais são as competências que terão de adquirir;
- Trazer para o processo os membros da equipa multidisciplinar e pessoal da comunidade que têm informações ou explicações para dar, ou que precisam compreender os papéis da pessoa com DRC e do cuidador;
- Facilitar, sempre que possível, um processo aberto e interativo onde o ritmo e assunto da atividade são liderados pela pessoa com DRC, e utilizar pessoas e outros recursos disponíveis, da melhor forma possível dentro das limitações criadas pelos papéis da pessoa com DRC e cuidador, procurando esclarecer mal-entendidos ou equívocos;
- Disponibilizar seguimento (*follow-up*) em formatos diferentes (por ex.: linha telefónica, páginas web);
- Resolver com outros membros da equipa multidisciplinar quaisquer problemas decorrentes da responsabilidade assumida pela pessoa com DRC e cuidador;
- Verificar que a pessoa com DRC e/ou cuidador podem realizar os procedimentos com segurança e por conta própria;
- Garantir que a pessoa com DRC e cuidador estão familiarizados com o procedimento a seguir caso o equipamento falhe;

- Estabelecer e avaliar os mecanismos de reação e de resposta entre a pessoa com DRC, cuidador e equipa multidisciplinar;
- Planear os primeiros acompanhamentos e estabelecer um padrão de reavaliação.

3 Objetivo

- **Ajudar a Pessoa com DRC a escolher a Modalidade Terapêutica da DRC5 a realizar**

➤ Competências

- Ajuda a pessoa com DRC a compreender e avaliar as diferentes modalidades terapêuticas da DRC5;
- Avalia a capacidade da pessoa com DRC em relação ao seu tratamento;
- Desenvolve o plano de tratamento.

➤ Atividades

- Fornecer informações de forma estruturada que de forma a ajudar a pessoa com DRC e cuidador a entender as modalidades terapêuticas disponíveis;
- Descrever o que está envolvido em cada modalidade terapêutica (por ex.: acesso, localização, medicação, o curso da doença);
- Descrever as evidências sobre a eficácia de cada modalidade terapêutica (por ex.: estatísticas sobre sobrevivência, informação sobre o trabalho, férias);
- Descrever os locais disponíveis para obter informações acerca das modalidades terapêuticas da DRC5;
- Ajudar a pessoa com DRC e cuidador a considerar o impacto da sua escolha no estilo de vida da pessoa (por ex.: trabalho, vida doméstica, vida social, desporto, férias, saúde sexual e planeamento familiar);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes ou outros membros da equipa multidisciplinar, promover o encontro entre eles (por ex.: reuniões com outros doentes, apoio psicológico);
- Resumir as vantagens e desvantagens de cada modalidade terapêutica do ponto de vista da pessoa com DRC;
- Comunicar as informações num período de tempo previamente estabelecido e dar tempo à pessoa com DRC para pensar;
- Avaliar a compreensão da pessoa com DRC sobre as modalidades

terapêuticas disponíveis e o seu provável impacto, tendo em conta a evidência sobre a saúde da pessoa com DRC e capacidade de tomar decisões, e as opiniões de outros membros da equipa multidisciplinar;

- Avaliar a capacidade e disposição da pessoa com DRC para gerir as diferentes formas de TSFR, assim como as suas possíveis respostas a diferentes formas de TSFR a médio prazo;
- Rever todos os problemas cirúrgicos e comorbilidades que possam dificultar as opções de tratamento;
- Avaliar a adequação da residência da pessoa com DRC como um local para diálise;
- Consultar os outros membros da equipa multidisciplinar de forma a obter a sua informação e avaliar as necessidades e desejos da pessoa com DRC e cuidador;
- Discutir com a pessoa com DRC a viabilidade prática de cada opção de acordo consigo mesmo, identificando a sua preferência;
- Avaliar com os membros da equipa e com a pessoa com DRC se a sua opção é a mesma que a deles e se não está sujeita a pressão ou persuasão de terceiros (por ex.: o incentivo excessivo ou desânimo de um membro da família ou profissional de saúde);
- Desenvolver o plano de cuidados;
- Explorar com a pessoa com DRC, sem julgamentos, as medidas do estilo de vida que ele poderia começar ou continuar a tomar para contribuir para a sua saúde;
- Incentivar a pessoa com DRC a continuar com atividades de lazer e um estilo de vida que otimize a sua saúde e bem-estar e ajudá-la a considerar as atividades que deseja empreender antes de começar TSFR (por ex., férias ou outras atividades onde a TSFR não está disponível);
- Fazer os preparativos apropriados para as próximas etapas na prestação de cuidados pelos membros da equipa multidisciplinar conjuntamente com a pessoa com DRC e, quando necessário, a preparação para TSFR (por ex.: acesso venoso, a doação do rim, apoio psicológico);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes, promover o encontro entre eles (por ex.: através de associações de doentes);
- Documentar o que foi decidido num formulário que possa ser seguido pelos outros membros da equipa multidisciplinar, a pessoa com DRC e o cuidador.

<p>4 Objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os Recursos da Pessoa com DRC em relação à sua escolha de TSFR.
<p>➤ Competências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia o funcionamento fisiológico e psicológico quando há anormalidades complexas e/ou indiferenciadas, doenças e distúrbios.
<p>➤ Atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade e disposição da pessoa com DRC para tentar gerir as diferentes formas de TSFR; • Avaliar a susceptibilidade da pessoa com DRC na resposta a diferentes formas de TSFR no médio prazo; • Rever todos os problemas cirúrgicos e comorbilidades que podem dificultar as opções de tratamento; • Avaliar a adequação da residência da pessoa com DRC como um local para diálise; • Consultar outros membros da equipa de multidisciplinar de forma a obter a sua informação e avaliação das necessidades e desejos da pessoa com DRC e cuidador; • Discutir com a pessoa com DRC a viabilidade prática de cada opção de acordo consigo mesmo e identificar a sua preferência; • Avaliar com os membros da equipa e da pessoa com DRC se a escolha é a mesma e se não está sujeita a pressão ou persuasão de terceiro (por ex.: o incentivo excessivo ou desânimo de um membro da família ou profissional de saúde).
<p>5 Objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planear a TSFR da Pessoa com DRC.
<p>➤ Competências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia o funcionamento fisiológico e psicológico quando há anormalidades complexas e/ou indiferenciadas, doenças e distúrbios; • Desenvolve, acompanha e analisa planos de tratamento.
<p>➤ Atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de cuidados; • Explorar com a pessoa com DRC, sem julgamentos, sobre outras medidas de estilo de vida que ele poderia começar ou continuar a tomar para contribuir para a sua saúde; • Incentivar a pessoa com DRC a continuar com atividades de lazer

e estilo de vida que otimizem a sua saúde e bem-estar. Ajudar a pessoa com DRC a considerar as atividades que deseja empreender antes de iniciar a TSFR (por ex., férias ou outras atividades onde a TSFR não está disponível);

- Fazer os preparativos apropriados para as próximas etapas na prestação de cuidados pelos membros da equipa multidisciplinar conjuntamente com a pessoa com DRC e, quando necessário, a preparação para TSFR (por ex.: acesso venoso, a doação do rim, apoio psicológico);
- Quando a pessoa com DRC valorizar falar com outros doentes, promover o encontro entre eles (por ex.: associações de doentes);
- Documentar o que foi decidido num formulário que possa ser seguido pelos outros membros da equipa multidisciplinar, a pessoa com DRC e o cuidador.