

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Nefrológica


Relatório de Estágio

*Consulta de Enfermagem de Acolhimento ao Doente em Unidade
satélite de Hemodiálise*

Trabalho realizado por: José Silva nº 4909

Junho de 2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Nefrológica

Relatório de Estágio

*Consulta de Enfermagem de Acolhimento ao Doente em Unidade
satélite de Hemodiálise*

Trabalho realizado por: José Silva nº 4909

Orientação de: Professora Eulália Novais

Co-orientação de: Professora Rita Reis

Junho de 2014



AGRADECIMENTOS

Agradeço à Senhora Professora Orientadora Eulália Novais;
à Senhora Professora Co-orientadora Rita Reis;
aos colegas enfermeiros, e orientadores, pela
disponibilidade e auxílio prestado.
À minha família e amigos, pela tolerância, atenção,
e compreensão no tempo que lhes roubei.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e irmã, pelo apoio e incentivo que sempre me deram.

Aos meus amigos pelo estímulo e coragem transmitido no percurso deste caminho.

Aos meus doentes para os quais espero que a realização deste trabalho venha a ter utilidade.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASST - Autoridade para o Serviço de Sangue e Transplantação

AVD – Atividades de Vida Diária

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Cr. – Creatinina

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DMPT – Diabetes Mellitus Pós-Transplante

DP – Dialise Peritoneal

DPA – Dialise Peritoneal Automática

DPCA – Dialise Peritoneal Cíclica Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

FAV – Fistula Arteriovenosa

HD – Hemodialise

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal

JCI – Joint Commission International

KDOQI – Kidney Disease Outcome Quality Initiative

KDQOL-SF – Kidney Disease Quality of Life Short Form

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

MID - .Membro de Inferior Direito

NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey

NKF – National Kidney Foundation

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Prótese Artério-Venosa

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TA- Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TR – Transplante Renal

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

RESUMO

O presente relatório de estágio integra-se no Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente de Nefrologia, e representa o culminar de todo um percurso de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de competências. A Doença Renal Crónica (DRC) é um importante problema de saúde pública, com um crescimento nos países desenvolvidos de 20 a 25% na última década (Zoccali, Kramer e Jager, 2010). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2011) o Transplante Renal (TR) é considerado o tratamento ideal para a DRC em estágio terminal, mas na falta de possibilidade deste, as modalidades substitutivas existentes são a Dialise Peritoneal (DP), e a Hemodialise (HD), sendo esta última a de maior prevalência (Sousa, 2012). Segundo a DGS (2011) os doentes em HD podem viver 25 a 30 anos, no entanto a dependência da diálise para o doente é um pesado fardo pessoal e familiar, bem como no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida, envolvendo elevado consumo de recursos altamente especializados. Sousa (2012) refere que o processo de adaptação influencia na evolução do tratamento, defendendo que a implementação de estratégias preventivas, como programas educacionais e de suporte ao doente, poderiam reduzir o peso socioeconómico da doença. A consulta de enfermagem pode contribuir para as respostas a essas estratégias. A temática que regeu o estágio e serve de base à elaboração deste relatório é por isso a “Consulta de Enfermagem de Acolhimento ao Doente em Unidade Satélite de Hemodialise”, sendo objetivo final a realização de um projeto para implementação desta consulta na unidade satélite de HD onde presto cuidados.

Para fundamentar a importância desta temática foi realizada uma revisão sistemática da literatura, bem como, no decorrer do estágio a prática de cuidados foi alvo de reflexão crítica, mobilizando-se os conhecimentos adquiridos para a realização do projeto da consulta de enfermagem, projeto este onde foi elaborado um instrumento de colheita de dados e avaliação da pessoa com DRC com base nos pressupostos da “Teoria de Autocuidado” de D. Orem. Nesta consulta é ainda pretendido avaliar o grau de dependência do doente através do índice de Barthel, e planificar cuidados de enfermagem que otimizem o autocuidado do doente.

Palavras chave: Consulta de Enfermagem; Doença Renal; Hemodialise; Autocuidado.

ABSTRACT

The following document is integrated in a Master Course and Post-Graduate in the Medical-Surgical Nursing Area -- Field of Nephrology and it represents the culmination of a whole learning process, reflection and skills development. Chronic Kidney Disease (CKD) is an important public health issue, with a 20-30% rise in developing countries in the last decade (Zoccali, Kramer e Jager, 2010). As cited by the Direção Geral de Saúde – (Directorate-General of Health) (DGS) (2011) kidney transplant is considered the ideal treatment for terminal CKD, but in the impossibility of this treatment there are other alternatives like Peritoneal Dialysis (PD) and Hemodialysis (HD) being the latter the more prevalent. The DGS (2011) documents that patients can survive up to 25 - 30 years with HD, but the dependence of dialysis and the burden on patient and family as well as the diet and lifestyle restrictions consume a great amount of specialized resources. Sousa (2012) concurs that the adaptation process influences the evolution of treatment arguing that the implementation of preventative strategies like educational patient programs can reduce the socioeconomic weight of the disease. The nurse consultation can contribute in planning strategies to help resolve these problems. The theme that governs the clinical stage and that served as the basis of my work is therefore the “Nursing Consultation of the patient in the Hemodialysis Satellite Unit”. As final objective, I would like to build a project to implement this type of consultation in the satellite hemodialysis unit at which I work.

To substantiate the importance of this theme a systematic revision of literature was performed, as well as the internship during care practice was the subject of profound critical reflection which permitted the elaboration of the Nursing consultation project. For this project was elaborated an instrument of gathering information and patient evaluation based on the “Self-Care Theory” by D. Orem. During the consultation we assess the degree of dependence of the patient through the Barthel index, and plan nursing care that optimize self-care of the patient.

Key words: Nursing Consultation; Kidney Disease; Hemodialysis; Self-Care.

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEORICO.....	14
1.1 Percurso Metodológico.....	14
1.2. A Doença Renal Crónica	16
1.3. Consulta de Enfermagem.....	18
1.4. Teoria do Autocuidado	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS	22
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	23
2.2. Competência específica do enfermeiro especialista	30
2.2.1 Campo de estágio em hospital de referência	31
2.3 Consulta de Enfermagem na Unidade Satélite de Hemodialise	39
2.4. A importância da consulta de enfermagem para a unidade satélite de HD	41
2.5. Acolhimento e avaliação inicial do doente na unidade satélite de HD.....	45
2.5.1 O que se faz atualmente.....	45
2.5.2. O que proponho.....	47
2.5.3. Avaliação do grau de dependência.....	50
2.5.4 Planificação dos cuidados de enfermagem.....	52
2.6 Da educação para a saúde ao autocuidado	54
2.7. Recursos humanos e materiais / operacionalização da consulta	56
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES	

Apêndice I – “Projeto de Consulta de Enfermagem de acolhimento ao doente em unidade satélite de Hemodialise”

Apêndice II – Análise dos 6 artigos resultantes da revisão sistemática da literatura.

Apêndice III – Consulta teste de Enfermagem, de Acolhimento e Avaliação ao Doente em Unidade

Apêndice IV – Estrutura Física e Organizacional do Hospital Central Onde Realizei Estágio.

Apêndice V – Instruções para utilização do instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem do doente renal

Apêndice VI – Fundamentação teórica de apoio à Educação para a Saúde da Pessoa com DRC

ANEXOS

Anexo I – Avaliação dos enfermeiros orientadores de estágio em cada área de intervenção

Anexo II – Programa da formação “Educação do Doente Diabético”

Anexo III – Certificado da frequência nas jornadas de enfermagem “Colheita de Órgãos e Transplantação em Portugal

Anexo IV – Certificado da frequência no Simpósio da Sociedade Portuguesa de Transplantação intitulado “Da Doação e Colheita de Órgãos à Transplantação”

Anexo V – “critérios gerais para transplante renal”

Anexo VI – Complicações Pós-Transplante Renal

Anexo VII – Secção de Prótese Arteriovenosa, danificada por multiperfuração de punção com agulha de dialise na mesma área

Anexo VIII – Dados Estatísticos da unidade de HD

Anexo IX – Relatório Anual de Atividades da Unidade de HD

Anexo X – Instruções de aplicação da Escala de Barthel

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Método PICo.....	14
<i>Tabela 2-</i> Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
<i>Tabela 3</i> – Estádios da Doença Renal - (NKF-KDOQI™, 2002).....	17
<i>Tabela 4</i> – Aplicação da teoria de Orem ao Processo de Enfermagem.....	49
<i>Tabela 5</i> – Plano de cuidados baseado na teoria do autocuidado de Orem	53

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> - Organograma	15
--------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio clínico integra-se no plano curricular do 3º semestre do 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente de Nefrologia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no ano lectivo de 2013/2014. E visa descrever o contínuo percurso de formação e conhecimentos adquiridos ao longo deste curso, alguns deles que tiveram a sua materialização em contexto prático durante o estágio decorrido e aqui em análise. A mobilização de conteúdos em contexto prático, acompanhados de uma atividade reflexiva, facilitam a aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas, que serão a base para a consagração de um perito, patamar que se pretende para um enfermeiro especialista. Para Benner (2001) o enfermeiro passa por vários níveis até atingir esse quinto patamar de um progressivo caminho evolutivo: iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e finalmente perito.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), (Lei nº 111/2009), o core central da profissão para o enfermeiro especialista é mantido na área clínica. No entanto dentro desta, assumem pertinência várias áreas, em que se visa que os enfermeiros especialistas desenvolvam competências, sendo por isso denominadas competências comuns do enfermeiro especialista. O desenvolvimento de competências nestas áreas pretende munir o enfermeiro de recursos para solucionar situações de múltipla complexidade (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009).

À luz do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) apresentado pela OE (2009), as Especialidades Clínicas de Enfermagem também têm o intuito de promover o desenvolvimento da profissão, para uma consequente melhoria de respostas às necessidades dos cidadãos aprofundando conhecimentos em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados, e aliando a singularidade de cada etapa do desenvolvimento humano à singularidade individual, em situações de saúde / doença quer no grupo familiar ou comunitário que integram, pelo que exigem o desenvolvimento de competências específicas. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa da OE (2011) define a competência específica para esta

área de Enfermagem Médico-cirúrgica, que para este estágio adaptei à vertente nefrológica. Ainda ao abrigo da alínea 4 do Artigo 7º da Lei nº111/2009, a OE defende que “o título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização”.

Este relatório visa a análise do desenvolvimento dessas competências em estágio. Estágio esse que decorreu entre os dias 30 de setembro de 2013, e o dia 14 de fevereiro do corrente ano, perfazendo um total de 500 horas em contexto prático, dividindo-se por dois campos de prestação de cuidados. O primeiro teve lugar num hospital de referência integrado num centro hospitalar, e decorreu por um período de 12 semanas em contexto multidisciplinar, objetivando o desenvolvimento das competências em áreas como, internamento de nefrologia, Diálise Peritoneal (DP), Transplante Renal (TR), consulta de pré-transplante e seguimento ao doente transplantado, Hemodiálise (HD) no contexto hospitalar, bem como consulta de acessos vasculares, de Diabetes Mellitus (DM) e de Hipertensão Arterial (HTA). O segundo campo estágio teve como local o meu contexto de trabalho, numa unidade satélite de HD onde presto cuidados a doentes em regime ambulatorio e decorreu por um período de 6 semanas, tendo como objetivo a execução de um projeto que planeasse a realização de uma consulta de enfermagem (apêndice I). Sendo expectável a falta de tempo para a sua implementação no decorrer do estágio, pretendeu-se pelo menos criar alicerces para que tal aconteça em curto prazo, tal como descrito no projeto realizado para o estágio. Toda a prestação de cuidados, e desenvolvimento prático de competências em estágio, teve o acompanhamento e avaliação dos enfermeiros orientadores de cada área de intervenção (anexo I).

Neste relatório pretende-se refletir sobre a problemática relacionada com o doente renal; justificar a escolha dos objetivos traçados, atividades realizadas e competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas durante o processo de aprendizagem, sendo composto por um capítulo introdutório e mais três capítulos. No capítulo 1 é apresentado o enquadramento teórico que se inicia com uma abordagem do percurso metodológico, sendo posteriormente enquadrados temas como a Doença Renal Crónica (DRC); consulta de enfermagem; e a teoria de enfermagem tida como base para desenvolver o projeto da consulta de enfermagem, o capítulo 2 abordará o desenvolvimento das competências em estágio, e por fim o capítulo 3 será definido como as considerações finais. Este relatório ainda poderá ser objeto de discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

1.1 Percurso Metodológico

No momento atual em que a DRC se dirige para proporções epidémicas pois segundo dados da plataforma de Gestão Integrada da Doença Crónica, em 2011 existiam em Portugal mais de 13.000 pessoas que dependiam de Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR), e a incidência de novos casos por ano, prevê que em 2025 atinja números de 24000 pessoas, assumindo-se os cuidados à pessoa com DRC como um verdadeiro desafio para a enfermagem, onde a Insuficiência Renal Crónica (IRC) surge aliada a um conjunto complexo de problemas. Quando a evolução da doença obriga a que o doente seja submetido a técnica de substituição da função renal, à adaptação desse problema adicionam-se outros que afetam a qualidade de vida do doente, devendo o enfermeiro procurar estratégias que os minimizem, e que aumentem o autocuidado do doente. A consulta de enfermagem poderá ser um meio para a definição e implementação dessas estratégias. Por esta problemática e por prestar cuidados de enfermagem numa unidade satélite de HD, o tema de projeto para estágio definiu-se como: “Consulta de Enfermagem de Acolhimento ao Doente em Unidade Satélite de Hemodialise”.

A partir da temática e problemática descrita, iniciou-se o percurso metodológico, com a definição da questão de investigação: Qual a importância da consulta de enfermagem no acolhimento e avaliação periódica da pessoa com DRC a realizar HD em unidade satélite?

Na formulação da questão de investigação realizada para suportar a justificação deste trabalho, utilizou-se o método PICO onde foram definidos os participantes em estudo, o fenómeno de interesse, e o contexto estudado (tabela1).

Tabela 1- Método PICO

P	Participantes	Pessoa com DRC a realizar programa regular de HD
I	Fenómeno de Interesse	Consulta de enfermagem, de acolhimento e avaliação à pessoa com DRC.
Co	Contexto	Programa regular de HD em unidade satélite de HD.

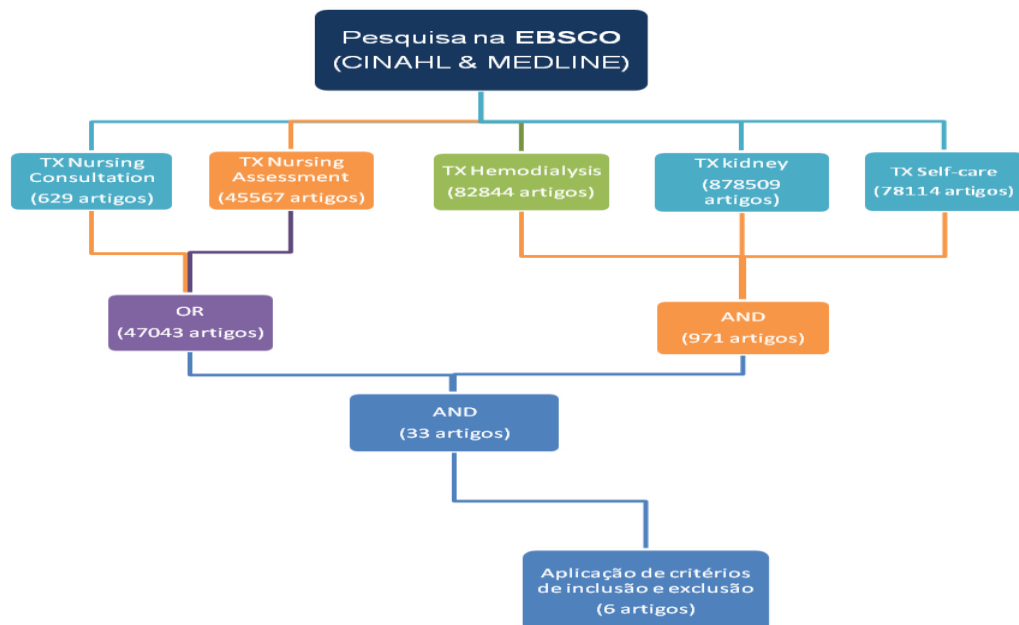
A partir da questão descrita anteriormente, iniciou-se o processo de investigação em si, através de Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Para esta foram definidos critérios de inclusão e exclusão (tabela 2), a aplicar nos artigos usados.

Tabela 2- Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de seleção	Inclusão	Exclusão
Participantes	Pessoa com IRC a realizar hemodialise	Idade inferior a 18 anos
Fenómeno de Interesse	Avaliação, orientação e assistência de enfermagem à resolução de problemas de doentes hemodialisados.	Não referência de problemas de doentes hemodialisados, ou avaliação e assistência de enfermagem.
Desenho	Estudos qualitativos e quantitativos	RSL
Publicação	2008 a 2013	Anteriores a janeiro 2008
Disponibilidade	<i>Full Text</i>	Ausência de <i>Full Text</i>

A RSL, realizou-se através do motor de busca EBSCO, sendo desenvolvida pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, de artigos publicados em full text, desde 2008 a 2013, utilizando com descritores: Nursing Consultation; Nursing Assessment; Hemodialysis; Kidney; e Self-Care. A conjugação destes descritores resultou em 6 artigos (apêndice II) que cumpriam os critérios de inclusão (figura 1). Para completar este trabalho recorreu-se ainda a pesquisa em manuais, revistas, outros artigos publicados, e normas.

Figura1 – Organograma



1.2. A Doença Renal Crônica

A DRC é cada vez mais reconhecida como um importante problema de saúde pública, tendo o seu crescimento nos países desenvolvidos sido de 20 a 25% na última década (Zoccali, Kramer e Jager, 2010). Segundo os mesmos autores, e com base em definições internacionalmente aceites, pode-se considerar como diagnóstico de DRC, alterações estruturais ou funcionais dos rins a persistir por mais de 3 meses. A Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), patrocinada pela National Kidney Foundation (NKF) (NKF-KDOQI, 2002) publicou diretrizes sobre a avaliação da DRC que compreendiam, classificação e estratificação do risco da doença. Esse documento revestia-se por uma nova estrutura conceitual para o diagnóstico de DRC que foi proposto e mundialmente aceite nos anos seguintes. A avaliação é baseada em três componentes: componente anatómica ou estrutural (baseada em marcadores de dano renal); componente funcional (baseada na Taxa de Filtração Glomerular (TFG)) e componente temporal. Com base nestes dados, têm-se por definição como portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou a $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (ex: proteinúria) presente há pelo menos 3 meses (NKF, 2007).

Segundo Neta, Brandão, Silva, Santos e Silva (2012), a TFG pode ser obtida através da depuração de creatinina, ao longo de 24 horas, dividindo-se essa concentração pela concentração de creatinina sérica, sendo de alertar para a importância do rigor nas 24 horas de colheita. No entanto, a estimativa da TFG baseada através de fórmulas de cálculo, que têm em conta o nível sérico de creatinina e os dados antropométricos do doente, pode oferecer resultados tão fidedignos quanto a medida da depuração renal da creatinina (Cr.). A equação mais conhecida e simplificada para esse cálculo é a Equação de Cockcroft-Gault representada pela fórmula: $\text{Clearance Cr. ml/min} = (140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85, \text{ se mulher}) / 72 \times \text{Cr. sérica (mg/dL)}$. Daqui obtém-se um resultado confiável, que ajudará a classificar o doente segundo estágio da DRC. A KDOQI sugere assim a classificação da DRC em estágios baseados na TFG, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Estádios da Doença Renal - (NKF-KDOQI™, 2002).

Estadio	Filtr. Glomerular (ml/min)	Creatinina (mg/dL)	Grau de I.R.C.
0	> 90	0,6 – 1,4	Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR ligeira ou Funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR severa ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

Este sistema de classificação da doença renal é útil, porque padroniza a terminologia, evitando ambiguidade e a sobreposição dos termos que estão atualmente em uso, o que por sua vez facilita a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao doente.

Zoccali, Kramer e Jager, 2010, ao abrigo do National Health and Nutrition Examination Pesquisa III (NHANES III) mostram que cerca de 1 em cada 10 adultos americanos apresentam DRC, estimando-se que em 2030, o número de novos casos de DRC irá exceder 450 000, e as pessoas que recebem diálise ou têm TR irão ultrapassar os 2 milhões. Também na Europa, várias pesquisas foram já concluídas, indicando que a DRC assume preocupação similar. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2011), o crescimento anual do número de doentes com IRC Terminal (IRCT) na maior parte dos países desenvolvidos é, em média, de 6% ao ano. No entanto, Portugal assume uma posição de destaque dianteira no crescimento médio anual superior aos restantes países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando de 1995 a 2007 a taxa anual média de crescimento de 9,5%, tendo as maiores taxas de incidência e prevalência de IRCT da Europa. Segundo Sousa (2012), prevê-se que o atual número possa duplicar até 2020, sendo que neste momento, existem sensivelmente 800 mil portugueses que sofrem de DRC, desses, cerca de 13 mil dependem de diálise ou de TR, surgindo todos os anos 2200 novos casos de IRCT. A DGS refere como alguns dos fatores que podem justificar este crescimento, o aumento da esperança média de vida, o agravamento da prevalência da DM e da HTA, e o aumento da sobrevivência associada às doenças cardiovasculares e neoplásicas, verificando-se um aumento do número de doentes mais idosos nos últimos anos, sendo que em 2010, 36% dos doentes em HD em Portugal tinham mais de 74 anos de idade.

O TR é considerado o tratamento ideal para a DRC, mas na falta de disponibilidade ou de possibilidade deste, as modalidades substitutivas existentes são a DP, e a HD, sendo que esta última continua a ser a de maior prevalência (Sousa, 2012). Também no Brasil, dos doentes que realizam TSFR, 90,6% são submetidos a HD (Sousa, Silva, Bezerra, Freitas, e Miasso, 2013). Kim, Evangelista, Phillips, Pavlish, e Kopple (2010) referem ainda que a manutenção de HD é a TSFR mais comum em indivíduos com IRCT.

Segundo a norma da DGS (2011) os doentes em diálise podem viver 25 a 30 anos sob terapêutica dialítica, no entanto mesmo oferecendo anos de vida, e apesar de possibilitar alguma atividade profissional e Atividades de Vida Diárias (AVD), a dependência da diálise para o doente IRC é um pesado fardo pessoal e familiar, bem como no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida, envolvendo, elevado consumo de recursos altamente especializados. Para Ribeiro et al (2008), a insuficiência renal é ainda uma doença sistêmica que consiste na via final comum a muitas outras doenças. Segundo Sousa (2012), a doença surge intimamente relacionada com outras, como DM, e HTA, sendo um problema de grande peso social e económico. Pois como refere Coutinho, Vasconcelos, Lopes, Wadie, e Tavares (2010), a pessoa que convive com a doença tem de submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração, que provoca alterações de ordem física, emocional e social, levando a modificar hábitos de vida, tendo o processo de adaptação influencia na evolução do tratamento, pelo que a implementação de estratégias preventivas, como programas educacionais e de suporte ao doente, poderia reduzir substancialmente o peso socioeconómico da doença. A consulta de enfermagem poderá contribuir para as respostas a essas estratégias.

1.3. Consulta de Enfermagem

O termo Consulta de Enfermagem pode ser definido como uma atividade autónoma do enfermeiro, que é baseada em metodologia científica, e que permite a este formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação com o objetivo de reformulação das intervenções de enfermagem no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Carvalho e Cristão, 2012).

Os mesmos autores referem que a consulta deve ser um espaço onde se procura obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, e segurança, facilitadora do

processo de adaptação à doença, e onde enfermeiro e doente definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde. A consulta de enfermagem deve ter uma visão holística, de modo a captar toda a informação sensível sobre o autocuidado necessário à pessoa, permitindo um diagnóstico adequado e um planeamento de cuidados direcionado a cada indivíduo para obtenção de ganhos em saúde. Sendo que Santos e Oliveira (2004) referem a consulta de enfermagem como permeada pelas ações educativas em saúde, que possibilita aos doentes condições favoráveis para o desenvolvimento das habilidades para o autocuidado.

Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) referem ainda que o potencial da consulta de enfermagem é destacado como uma estratégia de cuidado importante e muitas vezes resolutiva, que se caracteriza por uma ação autónoma do enfermeiro, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de situações evitáveis. Santos e Oliveira (2004), por sua vez, encontram resultados satisfatórios na consulta de enfermagem no que respeita à redução de fatores de risco e na otimização dos diagnósticos de enfermagem, destacando a sua importância na redução de complicações para os doentes e na melhoria da qualidade de vida.

A consulta de enfermagem é portanto, um lugar privilegiado para o enfermeiro desenvolver cuidados dirigidos ao doente e às suas pessoas significativas, uma vez que este é um espaço excepcional para implementar uma postura ativa e autónoma no autocuidado de ambos, pelo que o fornecimento de informação ajustada a cada doente / cuidador, na consulta de enfermagem, possibilita minorar as consequências e melhorar a adaptação ao tratamento, promovendo o autocuidado, revelando-se este primordial para que o doente adquira um papel ativo e controlador no processo da doença, devendo por isso o autocuidado assumir destaque central na consulta de enfermagem (Carvalho e Cristão, 2012).

1.4. Teoria do Autocuidado

O autocuidado é o elemento considerado central por Dorothea Orem na sua grande teoria de enfermagem. Para Orem (1993, p.190), “as pessoas que realizam o seu autocuidado são conhecedoras de si próprias, dos seus estados funcionais e dos cuidados que necessitam. Querem saber, valorizam, investigam, emitem juízos e tomam decisões. Preocupam-se com o rumo para a obtenção de resultados e são capazes de se orientar no seu meio”.

Dorothea Orem, ao longo da sua carreira, obteve vários títulos e realizou vários trabalhos, tendo deixado como marco para a enfermagem a sua teoria geral denominada “**Teoria do Défice do Autocuidado**”, que na realidade é composta por três teorias interligadas: teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do autocuidado e teoria do défice de autocuidado (George, 2000). A teoria de Orem contempla o paradigma da Integração, que assenta na visão da pessoa como ser biopsicossocial, e espiritual, em que os cuidados de enfermagem devem envolver a pessoa na sua ação, procurando, desta forma, satisfazer as suas necessidades (Silva, 2002). A teoria de Orem inclui-se assim na “Escola das Necessidades”, procurando-se assistência nas AVD, e no défice das capacidades para o autocuidado, visando ajudar a pessoa a adaptar-se aos seus problemas, reduzindo esse défice (Rosa e Basto, 2009, p. 20)

Na sua trilogia de teorias, Orem refere-se à **teoria do autocuidado**, definindo o autocuidado como “a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar “ (George, 2000, p. 84). Para esta teoria Orem estabelece requisitos de autocuidado e classifica-os em três categorias: universal, desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos universais prendem-se com a manutenção da integridade estrutural e funcional física básica do ser humano, como respiração e ingestão suficiente de água e alimento, entre outros; por fim os requisitos de autocuidado no desvio de saúde são exigidos em condições de doença, ou lesão que pode ser transitória ou permanente (George, 2000, p. 85). Este segundo tipo de desvio de saúde (permanente) está relacionado com doenças crônicas como a DRC, ou as comorbilidades que frequentemente a envolvem como: HTA, e DM (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

Orem estabelece seis requisitos para o autocuidado por desvio de saúde, são eles: procura e garantia de assistência adequada; consciencialização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados de doença; execução efetiva de medidas prescritas; consciencialização e atenção, a efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas; modificação do autoconceito (e da auto-imagem), na aceitação de si como estando num estado especial de saúde que necessita de formas específicas de cuidado; e por fim, aprendizagem da vida associada aos efeitos e condições do estado de doença, bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

A **Teoria do déficit de autocuidado** é por sua vez tida como o núcleo da teoria geral de Orem, pois define quando enfermagem é necessária, isto é, quando a pessoa não tem capacidade para se autocuidar, total ou parcialmente. Esta limitação pode estar presente quando o cuidado necessário exige além da habilidade ou capacidade da pessoa, novos conhecimentos que poderão ser adquiridos através de treino e experiência, ou quando necessita de ajuda para recuperar da doença ou da lesão. Orem estabelece neste domínio cinco métodos de ajuda: “agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar” (George, 2000, p. 86).

Por fim a **Teoria dos sistemas** é direcionada para o tipo de sistema de enfermagem que o enfermeiro necessita pôr em prática, para dar resposta às necessidades resultantes do déficit de autocuidado do doente. Orem estabeleceu três sistemas de enfermagem onde se pode incluir o doente, para dar resposta ao seu autocuidado: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo é incapaz de se autocuidar, estando dependente de outros. No sistema parcialmente compensatório, tanto a pessoa como o enfermeiro desenvolvem ações de cuidar, sendo a limitação restringida a alguns cuidados. No sistema apoio-educação, o enfermeiro promove o autocuidado da pessoa, fornecendo o conhecimento e orientação necessários ao desenvolvimento de habilidades para autocuidado (George, 2000). Os três sistemas podem ser aplicados a um mesmo indivíduo, o doente pode passar por todos os sistemas num curto período de tempo, não concomitantemente, de acordo com o desenvolvimento de seu estado de saúde (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS

A projeção inicial deste estágio teve como objetivo final o planeamento de uma consulta de enfermagem de acolhimento, e de avaliação de enfermagem do doente renal crónico, na unidade satélite de HD onde presto cuidados. O objetivo definia-se pelo planeamento, pois era desde logo previsível a dificuldade da sua implementação ser exequível no decorrer do estágio dada a limitação temporal deste, ainda assim foram projetados todos os alicerces para a operacionalização da consulta, e inclusive realizada consulta de teste (Apêndice III). A escolha do planeamento do percurso do estágio visou o melhor trajeto para a realização deste objetivo final, pelo que considere uma mais-valia que o decurso do mesmo se tivesse iniciado num hospital central com cariz de referencia em cuidados nefrológicos não só para o centro hospitalar que o engloba, como para outras entidades que cuidam de doentes renais, como a própria unidade satélite onde presto cuidados e onde pretendo a implementação da consulta, e que o eleje para articulação em apoio hospitalar. Assim, primeiramente foi-me permitindo comprovar a abrangência de cuidados ao doente renal, entrando em contacto com toda uma multiplicidade de cuidados em contexto hospitalar, desenvolvendo competências direccionadas à especialização de cuidados, que me capacitaram a posteriormente otimizar a concretização do planeamento da consulta de enfermagem de acolhimento ao doente renal a realizar HD, na unidade satélite onde presto cuidados.

Ao longo deste capítulo, e seus subcapítulos procurarei realizar uma análise das intervenções efetuadas em contexto de trabalho que foram delineadas com base nas competências comuns, e competências específicas do enfermeiro especialista. No que se refere às primeiras, estas ao abrigo do artigo 4º do regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro, prendem-se com quatro domínios: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão dos cuidados; e (4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por estas competências serem comuns, os objetivos que delineei para as atingir são também comuns aos diferentes campos de estágio. Pelo contrário as competências específicas do enfermeiro especialista assentam nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e têm um campo de intervenção definido para cada área de especialidade

a que o enfermeiro deve dar resposta através de um elevado grau de adequação dos cuidados prestados, respondendo às necessidades específicas de saúde das pessoas (OE, 2009). Pelo que a partir do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), e adaptando-o à DRC, defini como competência específica a atingir: “Cuida de pessoas com DRC, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” Sendo definido para cada área de intervenção em estágio objetivos específicos.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Numa análise sobre as intervenções realizadas, e com vista a responder a cada objetivo, a que me propus, início a reflexão pelas competências comuns do enfermeiro especialista transversais aos campos de estágio, analisando cada objetivo que tracei no âmbito de cada domínio. Assim: no âmbito da **gestão de cuidados**, o objetivo traçado definia-se por: “Compreender a estrutura física e organizacional do serviço, de modo a gerir os recursos disponíveis e otimizar a resposta e qualidade dos cuidados ao doente.”

Para atingir este objetivo procurei: conhecer a estrutura física e organizacional (apêndice IV) / política do serviço de nefrologia do hospital central em questão (HD, DP, e TR); entender a dinâmica funcional do serviço de nefrologia na articulação com o restante Centro Hospitalar a que o hospital pertence, e com outras instituições como a unidade de HD satélite onde presto cuidados; conhecer os recursos de saúde existentes no serviço e na comunidade.

No que se refere ao hospital, este iniciou a sua atividade em 1980, nas instalações de uma clínica privada que havia sido desativada no pós 25 de Abril de 1974. Foi imaginado para suprir necessidades nacionais em áreas especializadas de Nefrologia, de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorácica. Em 2005, passou a integrar um centro hospitalar em conjunto com outros dois hospitais. Várias reestruturações têm sido desencadeadas desde essa data, assumindo do ponto de vista nefrológico o apoio aos diferentes serviços do centro hospitalar, para além de a outros hospitais, bem como aos centros de hemodiálise de ambulatório que se articulam com este centro hospitalar. Este hospital é ainda um centro de referência de transplantação renal, e, para além de englobar a totalidade de terapias substitutivas da Função renal, na sua excelência de cuidados tem também uma importante atividade na intervenção de

construção e revisão de acessos vasculares para HD, bem como de cateteres tenckhoff para DP.

Em termos funcionais o serviço de nefrologia integra as áreas de internamento, de TR, de HD (onde podem também ser realizadas técnicas de LDL aferese, e de plasmaferese), de DP e a de intervenção em acessos vasculares. Paralelamente assume as atividades de consulta externa de Nefrologia, HTA, e consulta de esclarecimento ao doente renal. Esta consulta ao abrigo da norma da DGS nº 017/2011, atualizada a 06/2012 é considerada fundamental na sua existência em cada serviço de nefrologia para garantir o devido esclarecimento do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento da DRC. O hospital possui também um núcleo de intervenção em acessos vasculares, esta atividade iniciou-se em 2003, desde então, os nefrologistas encarregados destas técnicas dispuseram de uma sala da unidade de Imagiologia especialmente apetrechada para estas intervenções diagnósticas e terapêuticas, que até à pouco tempo se realizavam neste hospital, mas que de momento estão a ser realizadas noutra hospital deste centro hospitalar, realçando-se aqui o apoio entre os hospitais do centro hospitalar. O hospital assume ainda o apoio diário aos restantes serviços do grupo hospitalar e o atendimento nefrológico não programado, em contexto de urgência (com acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana). Adicionalmente foi fundado ISNI (Instituto Nefrológico de Investigação), associação sem fins lucrativos, permitindo atividades de investigação em nefrologia básica (dispõe de um biotério) e clínica.

Nesta competência do **domínio da gestão de cuidados**, procurei assim ter por base o conhecimento estrutural e organizacional deste hospital e do serviço de nefrologia, para prestar cuidados adequando os recursos existentes. Para isso participei na avaliação e tomadas de decisão da equipa de enfermagem e também clínica disponibilizando sugestões no que respeita às necessidades de cuidados do doente e família, como por exemplo nas reuniões de avaliação e discussão dos pares dador vivo/ recetor para TR, que para além de me fazerem refletir com base em legislação e política sobre os ganhos no acompanhamento do doente pós transplante, não só de qualidade de vida para o doente, como também económico-sociais a longo prazo para o estado e sociedade, mas levando-me sobretudo a um raciocínio ético sobre alguns temas abordados, catapultando-me para a segunda competência “**Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**”.

No âmbito desta competência o objetivo específico prendia-se com “adotar metodologias e responsabilidades profissionais, na prestação de cuidados seguros, com uma base legal, ética e deontológica, em que prime o respeito pela pessoa e seus direitos.”

Alguns temas abordados nas reuniões médico-cirúrgicas levaram a verdadeiros dilemas éticos, estando na base transplantar ou não em determinadas circunstâncias. Relato como exemplo dois dos casos: no primeiro, o senhor (A) com 67 anos de idade, encontra-se em lista de espera neste hospital para TR de dador cadáver, realizando até ao momento TSFR por HD, por acaso na clínica satélite onde presto cuidados. Este tendo por base a lei n.º 22/2007, de 29 de junho que permite que qualquer pessoa, como cônjuges ou amigos, sejam dadores de órgãos em vida, independentemente de haver relação de consanguinidade, o que altera a anterior lei nº 12/93, de 22 de abril onde apenas se previa a doação de órgãos entre familiares até ao 3.º grau, apresentou-se numa das consultas de pré transplante com a sua esposa para se proporem a transplantação renal como par dador (a sua esposa) – recetor (o senhor (A)), por este sentir que se encontrava em lista de espera à já muito tempo para TR de dador cadáver, de referir que segundo o que apurei, o tempo médio de espera para TR de dador cadáver neste hospital é de cerca de 5 anos, o senhor (A) encontra-se à espera há cerca de 3 anos. A situação da esposa querer doar um rim ao seu marido não teria nada de invulgar não fosse o senhor (A), apesar de independente que inclusive trabalha, mas, uma pessoa muito descuidado no seu autocuidado, e na sua capacidade de entendimento sobre esse autocuidado, percebendo-se pelas conversas tidas com o senhor que este não se mostrava muito interessado em cumprir com o futuro autocuidado necessário, pois nem tão pouco demonstrava interesse e compreensão na importância desse acurado cuidado necessário para manutenção do rim pós transplante. Isto em termos éticos levou à reflexão e discussão clínica em reunião médico-cirúrgica com presença de enfermagem, pois se fosse um doente incapaz que tivesse alguém que se responsabilizasse pelo seu cuidado, mas estávamos perante um doente capaz mas que por desinteresse iria pôr em causa todo o investimento de recursos pessoais e sociais num TR, que à partida não oferecia bases para correr bem, e em detrimento de uma possível necessidade futura da doação do rim da esposa para uma das suas filhas, que já é seguida em consulta de nefrologia. Por isto e por nós profissionais de saúde que conhecemos o senhor (A) sabermos que o senhor é renitente e desvaloriza os cuidados mesmo quando prestados por outros, (por ex: os prestados na unidade satélite de HD), o dilema ético não desaparece por completo quando a sua esposa, esta que demonstra maior capacidade de perceção e de

autocuidado, resolve declarar que ela se compromete em suprir as necessidades de autocuidado do Senhor (A) após o TR, mantendo-se levantadas questões éticas. No entanto em termos legais estão asseguradas as condições para avançar com o TR, que até ao momento não foi realizado, pois quando o consenso clínico se decidiu avançar com o transplante, o casal, talvez refletindo nas informações que lhes foram sendo facultadas em todo este processo, reconsiderou, e decidiu não avançar com este transplante, preservando o rim para uma das filhas quando necessário.

O outro caso trata-se de um jovem (B) de 36 anos a quem repentinamente havia sido diagnosticado IRC, já num estágio avançado pré-dialise, e que numa consulta referiu que a irmã lhe queria doar um rim, na tentativa de este não ter de iniciar outra TSFR. Ficou então acordado a irmã acompanhá-lo na próxima consulta para se realizar uma primeira avaliação de par dador-recetor, e facultar-se as informações pertinentes. Nessa consulta (primeiramente realizada apenas por uma enfermeira e por mim) com o Sr. (B) e a irmã, foi notado que havia uma certa opressão da parte do Sr. (B) para com a irmã, não parecendo esta livre e espontânea nas suas respostas, assim como na decisão de doar o rim ao irmão, persentindo-se ali um grande peso no estado psicológico da irmã. Perante esta avaliação achamos pertinente, propormos uma consulta só de dador, individual à irmã o mais precocemente possível, antes de qualquer outro seguimento ao processo. Nesta nova consulta foi confirmado pela irmã do Sr.(B) que estava a ser alvo de coação por parte do irmão para lhe doar o rim. Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2006) “o consentimento para a doação deve ser sempre livre, no sentido que exclui qualquer forma de coação pessoal e não faz depender aquela de qualquer contrapartida”.

Esta situação para a irmã do Sr. (B) era algo com que estava a ser muito difícil lidar moralmente, entre sentimentos de culpa por o irmão ter de fazer dialise, se não lhe doasse o rim, e o sentimento de lhe retirarem uma parte do corpo que ela sentia que lhe poderia vir a fazer falta mais tarde, pois tinha receio de ter algum problema renal como o irmão, entre outros fatores que referia como pessoais que objetavam a sua vontade de doar o órgão. Ao abrigo da lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, a existência de coação é um motivo que obriga a que o processo de doação seja de imediato suspenso, pois a colheita de órgãos em vida deve ser consentida de forma livre em respeito pelos princípios da gratuidade, altruísmo e solidariedade. Similarmente esta situação é extremamente delicada, impondo também

delicadeza extrema na forma como é tratada por parte dos profissionais de saúde, e na forma como é abordado o doente, que após aquele episódio continuará a ser nosso doente, e assim a ser necessário estabelecer-se um laço de empatia com ele, para além do sofrimento que o confronto imediato com a DRC lhe provocou, e o facto de ter de realizar uma TSFR, pelo que esta situação foi levada a reunião de médico-cirúrgica e em consenso clínico e de enfermagem, decidiu-se que para se salvaguardar a integridade de relações de todas as partes quer com a irmã quer com os profissionais de saúde que o irmão continuar a acompanhar, quer com a parte moral do próprio doente, se optou por alegar que a irmã não poderia ser doadora de um rim para ele, por não apresentar condições clínicas possuindo risco elevado de problemas renais.

Perante estas e outras situações vivenciadas no decorrer do estágio apraz-me dizer, que apesar de nem sempre ser fácil gerir a responsabilidade ética a par da legal, na perspetiva de reger a minha prestação de cuidados com base em metodologias éticas e deontológicas, procurei assumir responsabilidades pelas ações e juízos profissionais que pratiquei, tendo postura autónoma e assertiva, demonstrei disponibilidade e colaborei com a equipa multidisciplinar, envolvendo-me e sendo parte integrante desta, estabeleci uma comunicação interativa com todos os elementos da equipa, procurando utilizar uma linguagem assertiva, fiz por respeitar as diferenças, por respeitar o sigilo profissional e a privacidade do doente, assim como por respeitar valores, costumes e crenças espirituais, próprias e do doente e família.

A terceira competência comum do enfermeiro especialista prende-se com o **domínio da melhoria contínua da qualidade**, no âmbito desta competência tracei como objetivos: “conhecer a existência de programas de melhoria de qualidade, assumindo papel dinamizador das estratégias institucionais”; e “utilizar os princípios científicos e seguros, na planificação, e prestação de cuidados ao doente e família”.

Numa época em que se fala tanto em hospitais sem papel, com sistemas e programas informáticos cada vez mais eficientes na manutenção e transmissão de informação em prol da melhoria contínua da qualidade de cuidados, é de realçar a implementação do programa informático de enfermagem SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) neste hospital durante o ano transato, o qual baseado numa linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), se comporta como um guia auxiliar na planificação, e prestação de cuidados de enfermagem, alertando muitas vezes para as

intervenções a realizar, ou as que ficaram por realizar. Ao abrigo da OE (2009) a CIPE facilita a padronização de documentação sobre os cuidados prestados aos doentes, podendo estes serem utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas, sendo este investimento uma contribuição significativa para reforçar a confiança na segurança e melhoria dos cuidados.

Assim através deste programa, tive oportunidade de: realizar notas de acolhimento de doentes, procurando perceber como está a ser vivido o processo de doença renal pelo doente e família; planificar cuidados, em conformidade com o utente, a família, e equipa multidisciplinar, definindo prioridades com base nas suas necessidades bio-psico-socio-espirituais; implementar e dar seguimento às intervenções dos colegas em horário adequado; e interpretar os resultados obtidos, em torno do processo e resultado, comparando com dados anteriores registados, discutindo as ações realizadas com os enfermeiros do serviço, reformulando a planificação de cuidados se necessário. Pelo que sem dúvida o programa informático SAPE se mostrou uma mais-valia em direção à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A existência de programas de apoio à prestação de cuidados, permite também perceber o quanto é importante cada vez mais aliar o investimento científico para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados vingar, assumindo o enfermeiro responsabilidade importante nesse âmbito, pelo que deve continuamente Incorporar evidência científica nas suas ações. Nesse sentido fiz por realizar pesquisa continua sempre que possível, quer no local do estágio quer em casa, o que me levou a discutir temas diversos sobre a DRC com os colegas enfermeiros do serviço, e outros elementos da equipa multidisciplinar, em prol da melhoria contínua de cuidados que são colocados ao dispor do doente e família.

No que respeita à quarta competência comum do enfermeiro especialista, esta prende-se com **o domínio das aprendizagens profissionais**, objetivando eu no decorrer deste estágio “aumentar conhecimentos na área específica de: internamento de nefrologia, HD, DP, TR, e consulta de enfermagem ao doente renal, através de trabalho autónomo com base científica, bem como utilizar conhecimentos para promoção e educação de saúde, de forma a dar poder ao individuo e à família para adotarem estilos de vida saudáveis”.

De referir que no decorrer deste ensino clinico varias foram os momentos e as fontes de aprendizagem, desde os orientadores e restante equipa de enfermagem, bem como com outros

profissionais da equipa multidisciplinar, com os quais demonstrei disponibilidade para continua aprendizagem tanto intra, como extra serviço, são exemplo disso algumas formações que frequentei. Intra-hospitalar posso salientar uma formação sobre diabetes, com o título “Educação do Doente Diabético” (anexo II), na qual para além dos cuidados necessários ao doente com DM, eram salientados o número crescente de diabéticos que desenvolvem insuficiência renal. Para Horigan, Rocchiccioli, e Trimm (2012) uma das causas mais comuns da IRC é a DM, segundo a NKF (2007) cerca de 33% dos doentes diabéticos desenvolvem IRC. Para além disso existe também um número de doentes transplantados, que quer pelos corticoides, quer por medicação imunossupressora em conjunto com a sua predisposição biológica se vêm a tornar diabéticos. Segundo Bastos Jr. et al. (2005) a incidência de DM Pós-Transplante (DMPT) tem aumentado, sendo 2 a 9 vezes maior que em indivíduos normais da mesma faixa etária. Os autores referem que o uso de corticoides e imunossupressores inibidores de calcineurina (ciclosporina e tacrolimus) assumem importância relevante na fisiopatologia da DMPT, já que provoca aumento da resistência à insulina e diminuição da secreção insulínica por efeito tóxico sobre a célula beta.

Tive ainda oportunidade de acompanhar enfermeiros e médicos do hospital a umas jornadas de enfermagem levadas a cabo pelo Hospital São José no Auditório Camões, com o tema “Colheita de Órgãos e Transplantação em Portugal” (anexo III) onde foram abordados por dois dias temas como o papel do enfermeiro no contexto da doação, aspetos legais da doação e colheita de órgãos, aspetos éticos da colheita, de onde ressaltaram questões como: informar ou não a família? Deverá ou não esta ter uma palavra a dizer se o dador cadáver não estiver inscrito no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)? Deverá ou não a legislação sobre o RENDA ser mais divulgada?

Tive também a oportunidade de ir a um simpósio levado a cabo pela Sociedade Portuguesa de Transplantação intitulado “Da Doação e Colheita de Órgãos à Transplantação” (anexo IV) que também decorreu por dois dias no hotel SANA em Lisboa, onde o principal objetivo foi promover nos profissionais a reflexão sobre o decréscimo dos números da transplantação em Portugal e tentar encontrar novos rumos para os próximos anos. Foram discutidos temas como o implementação da colheita de órgão de dador de coração parado, já realizado em outros países, e que em Portugal tem as primeiras bases legais através do Despacho n.º 14341/2013 que refere que neste momento urge atualizar os critérios de verificação da morte para efeitos

de doação, associando-se os de morte cerebral, a critérios cientificamente irrefutáveis que permitam reger a colheita de órgãos em doentes em paragem cardiocirculatória irreversível.

Ao longo destes vários eventos que vivenciei no estágio procurei sempre absorver o máximo de aprendizagem utilizando pensamento crítico-reflexivo valorizando a investigação pessoal como complementaridade e base para a prática profissional, afim de com isso estar à altura de identificar necessidades de educação para a saúde, e realizar ensinamentos oportunos, nos diferentes domínios da doença renal com linguagem adequada, envolvendo o doente e família algo que a partir dos conhecimentos adquiridos no hospital, foi também posto em prática no tempo de estágio na clínica satélite de HD a quando das consultas teste que realizei, e nas formações oportunas que realizei a colegas sobre esta consulta.

Nestes processos de aprendizagem, e no decorrer da transferência dos conteúdos adquiridos em educação para a saúde ao doente renal, procurei ter sempre noção dos limites das minhas competências, não usurpando funções de outros profissionais, como o médico ou dietista, procurando antes complementar o meu trabalho com o deles.

2.2. Competência específica do enfermeiro especialista

Tendo por base a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa com doença crónica referida anteriormente e que procurei adaptar à doença renal, justifica-se a divisão de atividades por campos de estágio e áreas de atuação. São estas, no que respeita ao hospital: Internamento de nefrologia; DP; TR; HD hospitalar. No que respeita à unidade satélite de HD: Planificação de consulta de enfermagem.

Para atingir esta competência específica, delineei dois objetivos, um para cada campo de estágio, o primeiro para o contexto hospitalar, que se definiu por: “Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com DRC, e familiares / cuidadores, planeando cuidados, que visem a satisfação dessas necessidades”, e um segundo para os cuidados em contexto ambulatório na unidade satélite de HD, que se definiu por: “Melhorar a resposta às necessidades do doente e família / cuidadores através do planeamento da implementação de uma consulta de enfermagem.”

2.2.1 Campo de estágio em hospital de referência

Iniciando pela análise das intervenções realizadas no hospital para atingir o primeiro objetivo: pude perceber no que se refere ao **internamento de nefrologia**, que as causas de internamento não tem um fator predominante, podendo ocorrer por diversas origens, tendo no entanto o doente que é aqui internado por norma a doença renal de base. Esta polivalência abre por si mesma a possibilidade de o enfermeiro alargar a sua capacidade de prestação de cuidados a uma vasta área em torno da doença renal. Foi-me assim possível prestar cuidados de enfermagem e adquirir conhecimentos diversificados, destaco sucintamente algumas situações como a de um jovem epilético de 20 anos, que durante uma crise de convulsões prolongadas, iniciadas no domicílio, foi levado para o hospital e no decorrer do processo entrou em paragem cardiorrespiratória tendo sido reanimado, e internado em coma nos cuidados intensivos, posteriormente associado às convulsões desencadeia um processo de rabdomiólise e desidratação, entrando em Insuficiência Renal Aguda (IRA), tendo de ser submetido a hemodialise por algum tempo. Segundo Rosa, Silva, Teixeira, Rodrigues e Araújo (2005), o exercício físico intenso pode provocar necrose muscular e rabdomiólise, estando os indivíduos não treinados, e desidratados que praticam exercício em condições extremas, em risco acrescido. Os mesmos autores referem que a mioglobínúria com a depleção da volémia é condição de probabilidade elevada para a ocorrência de IRA. Sendo que a IRA ocorre em cerca de 30% dos casos de rabdomiólise, e que de todos os casos de IRA cerca de 10% a 15% são provocados por rabdomiólise.

Após este jovem sair do coma foi transferido para o internamento, onde tive oportunidade de lhe prestar cuidados e perceber todo o envolvimento familiar de grande sofrimento, preocupação e ansiedade, facultando-lhes suporte informativo, e suporte emocional, ressaltando-se aqui a necessidade de o enfermeiro incluir a família do doente renal como alvo de cuidados pois o conjunto de procedimentos técnicos associados como o uso de uma máquina de HD, pode criar por si só transtornos emocionais elevados quer ao doente quer à família.

Outro caso carregado de angústia foi o de um senhor de 33 anos, que após ter sido internado por IRA, lhe foi identificado por Tomografia Axial Computorizada (TAC) uma agenesia renal unilateral à direita, segundo o diagnóstico a suspeita de causa da IRA recaiu sobre uma infeção por sífilis. Segundo Mora, Dominguez, Cerviño, Santana e Arroyo (2011) a infeção

por sífilis secundária pode ocasionar uma variedade de afeções renais destacando-se as glomerulonefrites de várias ordens (membranosa, difusa endocapilar, de rápida progressão...). No decorrer do diagnóstico este senhor iniciou HD, e após confirmação da infecção iniciou terapêutica para esta, tendo começado a recuperar a função renal, mantendo-se no entanto ele e a sua mãe muito angustiados pelo facto dele só ter um rim, temendo mais tarde ou mais cedo, ter de fazer HD para o resto da vida. Revela-se assim necessário o suporte emocional e educacional por parte do enfermeiro tentando desmistificar a situação. Procurei então esclarecer o doente que o facto de só ter um rim não era uma sentença condenatória de vir a precisar fazer HD obrigatoriamente, que era perfeitamente possível viver só com um rim, dando-lhe o exemplo das pessoas que doam um para transplante, e que agora que sabia que só tinha um rim, deveria procurar levar uma vida o mais saudável possível para o preservar, hidratando-se e alimentando-se corretamente, e prevenindo este tipo de infeções. Em todos os momentos da minha prestação de cuidados procurei assim ultrapassar a mera parte técnica e perceber o doente nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, prestando cuidados em torno do processo resultado, preparando-o para a alta, e para o seu autocuidado após a alta.

No que se refere à unidade de **DP**, a minha passagem por esta valência permitiu-me desenvolver competências no cuidado ao doente seguindo todo o seu percurso, desde que opta pela DP como TSFR, a ida ao bloco operatório colocar o cateter tenckhoff intraperitoneal, e inicia DP, (podendo ser realizada por Dialise Peritoneal Cíclica Ambulatória (DPCA), ou por Dialise Peritoneal Automática (DPA)). De referir, que nesta unidade o doente inicia sempre o tratamento pela DPCA durante um período médio de 4 meses, por razões como: a adaptação do peritoneu que inicialmente pode desenvolver um processo de inflamação; a adaptação a um volume progressivo de líquido de dialisante até ser o adequado, que por norma é cerca de 2000 ml; a necessidade de ser realizado um Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET). Realização na qual tive oportunidade de colaborar, e que irá definir se a membrana é do tipo baixo, médio ou alto transportador, sendo que só depois do resultado deste teste se define se é recomendável ou não o doente realizar DPA. Segundo Velozo, Ferraz, Raimundo e Figueiredo (2012) com a classificação (alto, médio alto, médio baixo e baixo transportador) é possível ajustar a melhor terapia de diálise peritoneal para o doente, sendo que os alto transportadores apresentam uma alta taxa de remoção de solutos, porém uma baixa ultrafiltração por absorver rapidamente a glicose do dialisante, já os baixo transportadores apresentam baixa depuração de solutos, mas uma maior capacidade de ultrafiltração, pois a

glicose dissipa-se mais lentamente do dialisante. Sendo que a membrana ideal para realizar DPA a do tipo médio transportador. Uma outra razão de ser importante para quem vai realizar o tratamento com máquina no modo DPA, iniciar antes pelo modo manual DPCA, é o facto de se em algum momento a máquina avariar, o doente conseguir sempre realizar o seu tratamento de modo manual. Na passagem por esta valência tive assim oportunidade de realizar várias vezes educação sobre a realização adequada das diferentes técnicas, demonstrando e ajudando na prática o doente e o seu familiar / cuidador principal a realizar os passos da técnica de maneira correta de modo a promover o autocuidado adequado do doente na realização do seu tratamento. Tive também a oportunidade de colaborar nos cuidados preventivos às infeções no orifício do cateter de DP, e infeções do peritoneu, avaliando o orifício de colocação do cateter tenckhoff, classificando-o (perfeito, bom, equivoco, ou infetado), prevenção também realizada através da mudança de prolongamento do cateter que ocorre de 6 em 6 meses, ou sempre que ocorra suspeita de infeção. Esta mudança que tive oportunidade de realizar por várias vezes, é feita com técnica asséptica cirúrgica, em sala própria de pequena cirurgia. De referir a pertinência de toda esta prevenção pois pela localização do cateter e a manipulação de que é alvo, uma infeção pode trazer nefastos danos para o doente, podendo envolver não só peritonites, como mesmo o impedimento definitivo da realização de DP, situação que infelizmente pude testemunhar no decorrer do estágio, em uma doente que realizava DP há já 7 anos, estando perfeitamente adaptada à técnica, e que por uma infeção do peritoneu por “candida albicans”, ficou impedida de continuar este tipo de TSFR, pois segundo Peres et al (2011) apesar da infeção peritoneal por fungos não ser a mais comum, esta pode levar ao desenvolvimento de aderências peritoneais graves e consequente diminuição da eficácia dialítica, com possível recidiva de peritonite, pelo que alguns especialistas consideram adequado a pronta remoção do cateter e manutenção do doente em HD. Por já ser um caso de recidiva, esta doente teve de alterar a TSFR para HD, obrigando-a a mudar por completo todas suas rotinas de vida habituadas à DP para iniciar um novo processo de adaptação.

Pude ainda perceber a articulação dos enfermeiros desta valência com as empresas representantes dos recursos materiais (dialisantes máquinas e afins), para se poder proporcionar realização da DP no domicílio pelo doente de forma autónoma. Apesar de as visitas domiciliárias de enfermagem que garantem a correta realização do tratamento no domicílio serem asseguradas pelas empresas fornecedoras do material, o enfermeiro do

serviço deste hospital está sempre a par de todos os acontecimentos comunicando registos de enfermagem com o enfermeiro da empresa promovendo a continuidade de cuidados ao doente. Os enfermeiros desta unidade mostraram-se muitas vezes os facilitadores entre, as prescrições médicas, a comunicação com as empresas, com o enfermeiro que realiza as visitas esporádicas no domicílio, e o doente, sendo uns verdadeiros gestores de todos os recursos de apoio ao doente de modo a garantir que nada falhe e comprometa o tratamento ao doente.

Esta unidade é ainda responsável pela consulta de esclarecimento do doente renal no que se refere às suas opções de tratamento da DRC, pois quando o doente não tem de iniciar TSFR de forma urgente e tem tempo para decidir, deve ser informado sobre as modalidades terapêuticas existentes e tudo o que as abrange. Segundo a norma da DGS nº 017/2011, atualizada a 06/2012 esta consulta deve incluir a abordagem de um médico, um assistente social, um nutricionista, e um enfermeiro. Neste âmbito tive oportunidade de acompanhar o doente ao longo do processo de esclarecimento em consulta médica, onde lhe é explicada as diferenças básicas entre os tipos de TSFR possíveis, e as condições para cada uma delas como, a construção de acesso para HD, a colocação de cateter tenckhoff para DP, a existência de um dador para TR, e ainda abordado delicadamente o tratamento conservador, estimulando-se no entanto o doente a uma TSFR que lhe permita mais anos de vida procurando a melhor qualidade. Na consulta com o assistente social é abordada a situação social do doente, o assistente social tenta perceber qual o apoio familiar que o doente tem, e esclarece-o do apoio social que pode usufruir nas diferentes TSFR. Na consulta com o nutricionista é explicado os cuidados alimentares que a DRC obriga. Por fim na consulta de enfermagem é explicado em que consiste cada TSFR, e tentado perceber o que o doente conseguiu reter das consultas anteriores, e quais as suas dúvidas pertinentes, de referir que ao longo destas consultas que pude observar, foi na consulta de enfermagem que os doentes se mostraram mais à vontade para exporem as suas ideias em relação ao tratamento e questionar as suas dúvidas, isto pode vir reforçar a ideia de Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) de que os doentes percebem a consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, de aquisição de informações e de satisfação biopsicossocial.

No que respeita à área da **transplantação renal**, como já referido este hospital é um centro de referência nesse âmbito, pelo que me possibilitou o acompanhamento no trajeto completo do doente que é transplantado, desde a admissão em consulta, quer do DRC que é proposto

para TR de dador cadáver, quer dos pares dadores-recetores que se propõem a TR, de referir que a lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, que altera a lei n.º 12/93, de 22 de Abril, consagra a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis independentemente de haver relação de consanguinidade entre o dador e o recetor, critério exigido para transplante de dador vivo até então. Nesta consulta de avaliação pré transplante os doentes são estudados realizando os exames necessário, para garantir que reúnem as condições para poderem ser recetores ou dadores.

No caso do TR de dador cadáver, os doentes após serem avaliados clinicamente, se reunirem as condições necessárias, ficam em lista de espera que surja um órgão compatível, obedecendo aos “critérios gerais para transplante renal” (anexo V) definidos pela Autoridade para o Serviço de Sangue e Transplantação (ASST) (2009), podendo ser chamados a qualquer hora para transplante, enquanto isso, têm consulta de reavaliação anual, sendo referido pelos enfermeiros da unidade de TR que o tempo de espera média para TR nestes casos é de cerca de 5 anos.

No que respeita ao transplante de par dador vivo - recetor, há uma maior atuação da equipa de enfermagem desde a primeira consulta de avaliação, iniciando logo o enfermeiro educação para a saúde na consciencialização tanto do dador como do recetor dos cuidados que estes vão necessitar de ter após o TR. No seguimento desta consulta tive a possibilidade de acompanhar um TR de dador vivo, de uma mãe de 51 anos para a filha de 25 anos, seguida em consulta de nefrologia à 4 anos com progressiva degradação da função renal, e sendo esta a primeira TSFR por que optaram. No **serviço de cirurgia e no Bloco Operatório (BO)** tive oportunidade de colaborar no pré, intra e pós-operatório. Pude assim receber as utentes colaborando no acolhimento ao serviço e na preparação pré-operatoria não só na parte técnica de colheita de sangue para assegurar valores analíticos, ou de início de imunossupressão e corticoides para diminuir o risco de rejeição do órgão transplantado, mas também no esclarecimento de dúvidas sobre todo o processo, e amenizando o estado de ansiedade em que ambas estavam. No dia seguinte pude acompanhá-las ao BO e assistir à cirurgia, tendo sido interessante observar a colheita e preparação imediata do órgão, este após colheita é irrigado com um soro frio cujo o nome farmacológico é “célsior Glutadiona”, e que irriga o órgão introduzindo-se pela artéria renal e saindo pela veia renal, percorrendo todo o trajeto circulatório do órgão para o preservar e lavar. Foi também interessante assistir ao transplante

em si, e ao início de funcionamento imediato do rim após ingurgitamento de sangue. Acompanhei posteriormente as utentes nesse mesmo dia no pós-operatório já no serviço de cirurgia novamente, onde se acautelaram as medidas de isolamento em quarto próprio para prevenção de infeções dada a suscetibilidade da utente transplantada pela imunossupressão. Outra das preocupações imediatas era assegurar a adequada hidratação para não comprometer o funcionamento renal, esta foi assegurada nos cuidados imediatos específicos pós TR protocolados em, avaliação horária da Pressão Venosa Central (PVC), avaliação horária do débito urinário, reposição horaria de soros (na razão de 2/3 Soro Fisiológico + 1/3 Dextrose) prescritos de acordo com esquema de diurese e PVC, realizando e registando balanço hídrico. Foram também acauteladas as eventuais complicações possíveis no pós-TR (anexo VI), em que por a doente apresentar uma baixa significativa de hemoglobina, e queixa de ligeira parestesia no Membro Inferior Direito (MID (lado da implantação do rim com anastomose à artéria ilíaca direita), lhe foi providenciado a realização de um ecodoppler do MID, e renal, a partir do qual se exclui-o a possibilidade de hemorragia, mas se percebeu ser necessário aumentar ligeiramente a Tensão Arterial (TA) para assegurar a adequada perfusão renal e do MID. Após esta intervenção que envolveu a equipa multidisciplinar, o restante pós-operatório correu sem intercorrências, e com rápida evolução na recuperação, pude ainda no decorrer deste internamento dar continuidade à educação para a saúde, sobre o autocuidado necessário à utente transplantada, reforçando a pertinência de uma adequada hidratação que permita um débito diário de 2000/ a 2500 ml dia, e a importância da gestão horaria precisa na toma da medicação imunossupressora, com os necessários cuidados de prevenção de infeções que esta toma exige. Esta educação para a saúde pôde ainda ser continuada por mim posteriormente na consulta de pós transplante novamente na unidade de TR.

O seguimento em consulta do doente após TR, com uma evolução normal, é esquematizado da seguinte forma: a primeira consulta acontece 3 a 5 dias após a alta do serviço de cirurgia; no primeiro mês a consulta ocorre de 15 em 15 dias, do segundo ao sexto mês é mensal, depois trimestral até um ano pós TR, e a partir do primeiro ano passa a ser semestral. Nesta consulta o doente precisa de estar disponível o dia todo, pois de manhã ainda antes de se dirigir à unidade de TR, deve ir em jejum realizar colheita de sangue para análises, seguidamente deve alimentar-se assegurando a higienização dos alimentos e do ato em si para diminuir o risco de infeção dirigindo-se posteriormente à unidade de TR onde lhe é realizado primeiramente no período da manhã uma consulta de enfermagem. Nesta consulta é avaliado

o estado geral do doente, as suas queixas desde a alta, explorando as suas rotinas do dia-a-dia, cuidados de higiene e uso de máscara para prevenção de infeção, educação para a saúde sobre alimentação e hidratação salientando-se a importância do transplantado contabilizar a sua diurese, e desta ser cerca de 2000 a 2500 ml nas 24 horas, estimulando à adequada hidratação para um bom funcionamento renal. São também avaliados os sinais vitais com atenção especial à TA, a fim de garantir que nem está demasiado baixa que possa comprometer a perfusão do rim, nem alta de modo a lesar o rim, realizando com base nisso educação para a saúde ao doente sobre a importância de gerir adequadamente a terapêutica anti-hipertensiva. É também avaliado o seu peso alertando para a sua manutenção em valores aceitáveis / normais de Índice de Massa Corporal (IMC) para não sobrecarregar o funcionamento renal. Nesta consulta de enfermagem, é ainda revisto todo o plano terapêutico do doente e o seu horário, reforçando a educação sobre a pertinência do cumprimento horário preciso da medicação imunossupressora. O enfermeiro pode ainda consultar o resultado das análises caso já estejam disponíveis, e após toda esta avaliação do doente, tem ainda liberdade e autonomia para sugerir ao médico o pedido de algum exame ou a alteração de prescrição caso considere necessário em prol do benefício do doente, havendo uma coesa colaboração entre a equipa médica e de enfermagem, pelo que por norma o médico agradece e estimula esses alertas.

Após a consulta de enfermagem, o doente tem tempo para ir almoçar, devendo regressar à unidade de TR no período da tarde para a consulta médica de pós TR. Esta consulta acontece por norma no período da tarde para garantir que o resultado de todas as análises que o doente realizou no período da manhã estão concluídas a tempo da consulta. Nesta consulta, o médico observa os dados analíticos do doente, e os parâmetros avaliados pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, como os sinais vitais o peso e alguma informação pertinente que o enfermeiro tenha anexado ao processo, e pode ainda consultar o próprio enfermeiro ou solicitar a colaboração deste na consulta se considerar necessário. Com base nesta avaliação médica conjunta com o enfermeiro, é definido, mantido ou alterado o plano terapêutico do doente com TR. De realçar aqui a pertinência da consulta de enfermagem com um tempo e espaço próprio onde o doente pode ser pormenorizadamente avaliado, direcionando de forma mais adequada aos cuidados de saúde que este necessita.

Durante o tempo que realizei estágio na unidade de TR pude ainda assistir e colaborar em outras consultas, decorrentes neste mesmo piso em que colaboravam os enfermeiros desta

unidade, algumas específicas da pessoa com DRC, como a **consulta de acessos vasculares**, e outras nem por isso, mas que podem incluir o doente renal no que respeita ao cuidado das suas comorbilidades, são elas a **consulta de diabetes, lípidos e HTA**. Referindo-me brevemente à consulta de acessos vasculares específica para o doente renal que realiza, ou irá realizar HD. Esta consulta é apenas médica, tendo-me sido permitido assistir à avaliação de um doente que iria realizar a construção de um acesso vascular, colaborar na educação sobre como funcionava, que cuidados seriam necessários ter com o acesso (apêndice V). Posteriormente na semana seguinte pude acompanhar três doentes ao BO, assistindo a uma construção de Fistula Arteriovenosa (FAV), uma de Prótese Arteriovenosa, PAV, e uma reconstrução de PAV que estava obstruída, e bastante danificada com muitos orifícios resultantes da punção com agulha de dialise na mesma área (anexo VII), de onde ressalta a pertinência de se cumprir a recomendada “punção em escada” nas próteses e não em “área”. Nesta área pude ainda acompanhar ações do núcleo de intervenções em acessos vasculares no serviço de imagiologia, onde pude assistir a angiografias, com a realização de angioplastias por função afetada do acesso, predominante por estenose, ou presença de trombos, sendo realizado trombectomias, dilatação da área estenosada, ou colocação de stents endovasculares nos casos com indicação. Segundo a NKF-KDOQI Guidelines (2006) as indicações para colocação de stent devem ser consideradas quando a elasticidade da veia volta a regredir em mais de 50% após angioplastia simples, ou quando a estenose se repete dentro de um período de 3 meses.

No que se refere à **unidade de HD do Hospital**, o meu tempo de estágio nesta foi curto, a fim de aproveitar melhor as restantes valências uma vez que já presto este tipo de cuidados ao doente e família na unidade satélite de HD onde objetivo a implementação da consulta de enfermagem, servindo esta passagem apenas para perceber a funcionalidade de um serviço de HD em termos hospitalares. Neste sentido pude perceber que esta unidade recebe também doentes a realizar HD em regime ambulatorio (cerca de 50), e doentes internados dos vários serviços de internamento, mas predominantemente do internamento de nefrologia, no caso de o doente internado por qualquer razão não se possa deslocar à unidade de HD (ex: isolamento), será transportado para a enfermaria em que o doente está uma máquina de HD, e se esta enfermaria não dispuser de saída de água tratada para ser usada no tratamento de HD (por norma todas as unidades de cuidados intermediários tem), será também levado a unidade portátil de osmose inversa para o local, onde posteriormente um enfermeiro da unidade de HD

preparará o equipamento, e realizará o tratamento de HD ao doente. Os enfermeiros deste serviço prestam ainda apoio em técnicas de HD a outro hospital do centro hospitalar. Nesta unidade os doentes a quem é realizado HD podem assim apresentar um grau de dependência maior em relação aos doentes da unidade satélite onde presto cuidados, sendo por isso assegurado o tratamento com o doente em cama em vez de cadeirão como na clinica, e um rácio de enfermeiros superior (apêndice IV). Na unidade são também induzidos doentes que depois são encaminhados para programa ambulatorio em unidades satélites, como a unidade em que presto cuidados. Questionando os enfermeiros sobre este processo, é referido que o mesmo decorre por norma durante cerca de três sessões em que o tempo é progressivamente aumentado de duas até quatro horas de HD, tal como se faz na unidade de HD onde presto cuidados, os enfermeiros referem que durante este processo é realizada educação para a saúde ao doente, no entanto também referiram que estas três sessões para além de pouco tempo, são um momento de adaptação complicado na vida do doente, estando este pouco recetivo a informações, pelo que se justifica no acolhimento à unidade de HD para onde for transferido, reforçar essas informações, e traçar um plano em que haja um continuo aporte educacional e de orientação no autocuidado do doente, como pretendo fazer na unidade de HD em que presto cuidados através da consulta de enfermagem.

2.3 Consulta de Enfermagem na Unidade Satélite de Hemodialise

No que respeita ao segundo campo de estagio decorrente na unidade de HD onde presto cuidados, o objetivo específico já referido, definia-se por: “melhorar a resposta às necessidades do doente e família /cuidadores através do planeamento da implementação de uma consulta de enfermagem.”

A implementação de uma consulta de enfermagem nesta unidade de HD, pretende tornar possível a real aplicação do processo de enfermagem ao doente permitindo atribuir-lhe um papel mais ativo no seu processo de doença e inclui-lo como parceiro na planificação dos seus cuidados, nos quais se deve também incluir a família, pois como refere Fexa, Flensnera, Christina e Soderhamn (2011) o parente mais próximo assume responsabilidade considerável para o desempenho do autocuidado do doente, pois prosseguem o seu acompanhamento em casa. Também Orem (1991) citada por George (2001), refere que um dos fatores condicionantes para o autocuidado é o sistema familiar, pois enquanto os adultos saudáveis se cuidam sem apoio, os idosos e os doentes, necessitam de cuidados, totais ou parciais, nas

atividades de autocuidado. Por sua vez Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) referem que a consulta de enfermagem traz benefícios aos doentes e proporciona orientação de medidas favoráveis que visam a abordagem das necessidades específicas do doente, sendo necessário uma visão holística, que capte a informação sensível aos cuidados necessários, possibilitando um diagnóstico preciso e um planejamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Com base nestes pressupostos no decorrer das seis semanas de estágio na unidade satélite de HD, tracei todo o projeto para a implementação da consulta de enfermagem. Projeto para o qual defini como objetivos:

- Alertar para a importância de uma consulta de acolhimento ao doente bem como de uma avaliação de enfermagem e do seguimento do doente neste âmbito.
- Construir um instrumento de colheita de dados que permita a avaliação global do doente, onde conste espaço para colheita de dados pessoais; anamnese da DRC, outras doenças e problemas associados (exe: DM, HTA, bem como problemas psicossociais...); e onde possam ser identificadas deficits e necessidades de autocuidado, bem como áreas de necessidade de educação para a saúde de cuidados a ter.
- Escolher um instrumento de avaliação do grau de dependência do doente, com a finalidade de: definir o nível e a necessidade de cuidados de enfermagem que o mesmo necessita; se há necessidade de realizar ensinios à família, ou incluí-la de alguma forma na prestação de cuidados; que ajude a chefia de enfermagem a fazer uma distribuição equilibrada de doentes por turno, tendo em conta o seu grau de dependência e o nível de necessidade de cuidados de enfermagem; que ajude simultaneamente a realizar uma distribuição adequada dos doentes na sala diálise, permitindo que os mais dependentes usufruam de uma visualização mais direta por parte dos enfermeiros;
- Salientar a importância da educação para a saúde no autocuidado do doente.
- Abordar os recursos materiais e humanos previstos para a realização da consulta, desenhando a sua operacionalização prática.

No que respeita à consulta em si, que pretendo implementar, esta visará realizar um acolhimento aos doentes que vão iniciar TSFR nesta unidade de HD, bem como uma avaliação dos mesmos que se quer periódica, e tem como objetivos:

- Conhecer o doente de um modo mais envolvente na sua dimensão holística biopsicossocial e espiritual.
- Explicar o funcionamento da clinica e mostrar a área de tratamento da clinica, se o doente ainda não conhecer.
- Perceber o que o doente sabe sobre a sua doença, e sobre o seu autocuidado nesta condição, realizando o aporte educacional necessário.
- Perceber o que o doente sabe sobre as TSFR em especial a HD, realizando o aporte educacional necessário.
- Registrar os dados do doente e a informação colhida na consulta, no instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem criado no projeto da consulta e referido anteriormente.
- Realizar uma avaliação do grau de dependência do doente através do instrumento escolhido para tal no projeto da consulta.
- Clarificar o tratamento de HD, esclarecendo dúvidas e os cuidados que o doente deve ter para a manutenção do seu estado de saúde.
- Realizar educação sobre os cuidados a ter com o acesso de HD, colocando folha de avaliação de acessos vigente na unidade de HD no processo do doente.
- Diagnosticar problemas ao nível de conhecimentos sobre os cuidados alimentares.
- Estabelecer relação com familiar / cuidador principal, envolvendo-o no processo.
- Identificar se há alguma necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar (assistente social, dietista) ou exterior a esta (associação de diabéticos, psicólogo) e proceder ao encaminhamento.

2.4. A importância da consulta de enfermagem para a unidade satélite de HD

Para Araújo e Rosas (2008), o termo “consulta de enfermagem” prende-se com avaliação do doente, seguindo os princípios para os quais é competência do enfermeiro, identificar problemas de enfermagem, definir necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do doente, através de evidências, para então desenvolver as ações de enfermagem adequadas, que

no caso da doença crônica devem incluir a adaptação do doente à doença, e o desenvolvimento de competências de autocuidado que satisfaçam as novas necessidades.

Na unidade Satélite de HD em que presto cuidados, considero ser pertinente a implementação de uma consulta de enfermagem, pois nesta unidade são assistidos atualmente cerca de 183 doentes, havendo regularmente a entrada de novos doentes predominantemente com um espectro acima dos 60 anos de idade como nos mostra o gráfico do primeiro e segundo trimestres deste ano (anexo VIII), alguns apresentavam elevada dependência associada a comorbidades. De salientar aqui que a principal doença de base, referida como causa da IRC destes doentes, e que os acompanha posteriormente ao longo do processo de doença por toda a vida é a DM, seguida da HTA (anexo VIII). Estes dados coincidem com vários autores que referem a DM, HTA e Glomerulonefrite como causas mais comuns da DRC (Horigan, Rocchiccioli, e Trimm (2012). Por sua vez Meaney (2012) refere que com o número crescente de doentes diabéticos com IRC a realizar TSFR, especialmente a HD os coloca em alto risco para aparecimento de isquemia e úlceras neuropáticas nos pés que podem levar a amputação, consequente aumento de dependência e diminuição da qualidade de vida. De acordo com estes resultados vem o relatório de atividades do ano de 2012 desta unidade de HD (anexo IX), que refere a isquemia / necrose dos membros como tendo sido, por 17 vezes a causa de internamento de doentes desta unidade de HD. Meaney (2012) refere ainda que os enfermeiros de HD estão numa posição central para educar e iniciar supervisão de bons cuidados com os pés, em doentes renais, e cita o International Working Group on the Diabetic Foot (2007), para dizer que uma educação e acompanhamento pela equipa multidisciplinar do pé diabético, identificando o risco precoce de problemas, pode reduzir em 85% as amputações de membros. Penso assim fazer todo o sentido que um dos âmbitos da consulta de enfermagem que pretendo implementar, seja a avaliação dos problemas oriundos da diabetes nos doentes da unidade satélite de HD, com a devida educação e orientação para o autocuidado, despiste precoce e encaminhamento do doente se necessário.

Identifico também a falta de um espaço específico de enfermagem na unidade, onde os doentes possam ser acolhidos, abordados e avaliados em todos os parâmetros que os afetam para além do tratamento de HD em si, pois como referem Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) Este tipo de avaliação só será verdadeiramente possível com um tempo e espaço

próprio, em ambiente de consulta de enfermagem, onde seja permitido o estabelecimento de comunicação e uma relação terapêutica de confiança mútua com o doente.

Por sua vez Santos, Fernandes, e Oliveira (2012) referem-se ao acolhimento do doente também como uma atitude que o profissional de saúde deve procurar, de modo a ser promotor do vínculo entre profissionais de saúde utentes, e família, gerando relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, proporcionando maior adesão ao tratamento e uma melhor organização dos serviços. Kim, Evangelista, Phillips, Pavlish e Kopple (2010) referem que quando surge o tratamento da DRC, inicia-se uma mudança completa na vida dos doentes, sendo a adaptação um processo complexo, e o sucesso dessa adaptação ao tratamento dependente da adesão do doente ao regime terapêutico. Carvalho e Cristão (2012) defendem que o enfermeiro tem papel fundamental no acolhimento e melhoria da qualidade de vida do doente e por isso deve desenvolver competências para o ajudar a aceitar o tratamento e aderir ao plano de cuidados delineados, envolvendo-o no mesmo, pelo que deve alargar o seu campo de competências além da mera realização de técnicas segundo prescrição médica, já que estas só têm fundamento se forem inseridas na relação do conhecimento da pessoa a cuidar.

Castner (2011) refere que os doentes a realizarem HD são comumente afetados por uma infinidade de problemas clínicos que necessitam de avaliação e monitorização contínua, incluindo diabetes, anemia, doença óssea e cardiovascular, desnutrição, complicações com o acesso vascular e gestão de volume hídrico, e que por isso são internados em média, duas vezes por ano por um período estimado de 14 dias. O relatório de atividade desta unidade de HD revela uma realidade de 98 internamentos durante o ano de 2012 (anexo IX). Castner (2011) refere ainda que a predominância de internamentos ocorre nos três meses imediatamente após início de HD, o que remete para a importância do acolhimento ao doente, que deve ser realizado com educação para a saúde adequada, reduzindo o risco de problemas imediatos associados ao início de HD e consequente internamento. Freitas et al (2011) referem as complicações dos acessos vasculares como responsáveis por 25% do total de hospitalizações no primeiro ano de tratamento, por sua vez Bento e Brofman (2009) demonstram a importância da consulta de enfermagem, constatando que esta intervenção com carácter educativo e de capacitação ao desenvolvimento de autocuidado, associadas ao tratamento terapêutico adequado, reduzem a frequência de internamento hospitalar dos doentes, sendo representada essa redução por uma diferença significativa, de 81,5% para

18,5%, salientando-se aqui o valor major da consulta de enfermagem nos ganhos em saúde para o doente e para a sociedade.

Segundo Bonner Wellard, e Caltabiano (2008), os doentes renais, especialmente os submetidos a HD, reduziram os seus níveis de aptidão e capacidade para realizarem atividades regulares, estando uma série de doenças e fatores associados, havendo um consequente impacto sobre as rotinas e as AVD. O gerir de 4 horas de tratamento três vezes por semana vem por si só alterar grande parte das rotinas dos doentes, sentindo-se estes vulgarmente cansados após o tratamento, revelando incapacidade para tarefas simples. Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) referem ainda que os sintomas apresentados por doentes em tratamento hemodialítico traduzem-se em diversos graus de limitação: física, de condições de trabalho e emocionais. Estes doentes dependem do tratamento tecnológico avançado para sobreviverem, levando a perdas e limitações no seu quotidiano, e a mudanças bruscas nas suas vidas, de âmbito biopsicossocial, que interferem na qualidade de vida, tornando-os desanimados, desesperados e, muitas vezes, devido a isso ou por falta de orientação, abandonam ou descuidam o autocuidado necessário para garantir melhor qualidade de vida. É assim realçado a necessidade de orientação na adaptação ao novo estilo de vida para que assumam e se corresponsabilizem pela otimização do tratamento da DRC.

Segundo Araújo e Rosas (2008), os doentes procuram a consulta de enfermagem para orientação da prática de autocuidado, sendo que, diante de patologia crónica de alta gravidade, procuram a consulta de enfermagem, para adquirir informações acerca da doença e do tratamento. Bonner Wellard, e Caltabiano (2008) referem que é particularmente importante que o enfermeiro compreenda o impacto da doença renal crónica na capacidade de realizar atividades da vida diária, e a necessidade de introduzir uma avaliação dessas atividades diárias para todos os doentes. Fonseca e Rizzoto (2008) referem que a aplicação de instrumentos de avaliação do grau de dependência pode ser importante para o diagnóstico, pois identificam e evidenciam problemas, contribuindo para o planeamento dos cuidados de saúde.

Ainda a ressaltar o valor da consulta de enfermagem, vem o significado que os próprios doentes lhe atribuem. Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) relatam que os doentes identificam a consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, de aquisição de informações e de satisfação biopsicossocial, destacam ainda que os doentes percecionam a

consulta de enfermagem como diferente da consulta médica, sendo que favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual, marcada pela flexibilidade e informalidade, que proporciona ao doente uma participação ativa no processo de atendimento, favorecendo a liberdade de expressão, sabendo o enfermeiro ouvir o doente percebendo-o como ser único, de onde ressaltam sentimentos como a valorização, que se refletem na melhor adesão do doente aos cuidados e esquemas terapêuticos, já que estes necessitam de relações de confiança para reduzir o medo, a ansiedade e restabelecer a saúde.

2.5. Acolhimento e avaliação inicial do doente na unidade satélite de HD

2.5.1 O que se faz atualmente

Atualmente os doentes que são admitidos na unidade de HD são enviados dos serviços hospitalares de nefrologia, onde podem já ter induzido a TSFR por HD, ou podendo realizar toda a indução do tratamento nesta mesma unidade. Quando reencaminhados para a unidade de HD é lhes atribuído um médico nefrologista da unidade, que será o seu médico responsável, é lhes marcada então uma consulta de avaliação médica inicial, que costuma acontecer dois ou três dias antes de o doente iniciar HD na clínica, e a partir da qual é definido o seu plano terapêutico. Em nenhum destes passos o enfermeiro está presente, ou tem qualquer conhecimento do processo do doente até este entrar na sala de HD no dia do primeiro tratamento, apenas com uma prescrição médica em processo que não relata em nada a história do doente.

Uma vez em sala de HD, o enfermeiro que fique responsável pelo doente, terá que no decorrer do processo agitado de mudança de turno e início da nova sessão de HD, conseguir recolher o máximo de informações possíveis sobre o doente, para garantir que lhe presta os cuidados adequados e lhe inicia o tratamento em segurança. Terá de o fazer em plena sala de tratamento com os outros doentes em redor, o que o limitará em questões para não desrespeitar a privacidade do doente, e portanto ficando a conhecer pouco o doente. No caso de o doente ser pouco orientado, e mostrar dificuldade em fornecer informações ao enfermeiro, este tem de por vezes chamar o médico à sala para se tentar saber dados sobre o doente, algo que se existisse uma consulta de enfermagem, poderia ficar resolvido com inclusão da família na mesma, facilitando o conhecimento do doente ao mesmo tempo que se poderia estabelecer um elo de parceria no cuidar do doente. No espaço comum da sala de HD é também mais difícil o

estabelecimento de conversas francas e empáticas entre o doente e o enfermeiro, de modo que o doente se sinta confortável para partilhar os seus problemas e preocupações.

Para além de tudo isto os dados de que o enfermeiro toma conhecimento e todo o trabalho de anamnese que possa fazer com o doente, não ficam registados em nenhum sítio, não havendo nenhum instrumento para registo de colheita de dados de enfermagem, o que não beneficia o conhecimento do doente por toda a equipa de enfermagem, e a continuidade de cuidados.

Fica assim patente a falta de um espaço específico de enfermagem e de um tempo próprio nesta unidade para acolhimento e avaliação do doente, sendo que atualmente o primeiro contacto que temos com este é quando este nos chega à sala de HD para realizar o primeiro tratamento, sem dados de enfermagem colhidos anteriormente, apenas com uma prescrição médica no processo clínico, o que torna a nossa atuação meramente prática e técnica, não se praticando a verdadeira essência de enfermagem no seu conceito mais avançado, uma vez que, no momento do tratamento, não há espaço físico nem temporal para conhecer o doente e o seu contexto sociocultural e espiritual. Doss, DePascal e Hadley (2011) referem que, atualmente o modelo de atenção utilizado nas unidades de HD coloca o doente como um elemento com papel passivo, sendo visto como mero recetor do tratamento, com o prestador de serviço clínico como decisor dominante, o atendimento prestado é centrado na doença, isto é, o prestador não faz mais do que prescrever e escolher para o doente aquilo que ele tem de cumprir. Associado a isto, o doente muitas vezes demonstra uma clara limitação de conhecimentos sobre o tratamento que vem realizar.

Esta conjugação leva à necessidade sentida de atribuir ao doente um papel mais ativo no seu processo de doença e de o incluir como parceiro na planificação dos seus cuidados onde deve também ser incluído o seu familiar / prestador de cuidados. Isto pode ser facilitado através da consulta onde pode ser estabelecido um momento de relação terapêutica empática com ambos.

Questionando de modo informal os doentes com grau de orientação mais elevado que mais recentemente iniciaram TSFR nesta unidade: se gostariam de ter tido um momento de acolhimento por parte da equipa de enfermagem, em que o funcionamento da clínica fosse explicado, e pudessem colocar as suas dúvidas iniciais, e eventualmente conhecerem a sala de HD, antes de iniciarem o tratamento nesta unidade?

Todos eles referem que teria sido importante, alguns referem que o primeiro dia foi um dia de grande ansiedade tendo-lhes retirado o sono nas noites anteriores, pois como referiu um doente: “não sabia ao que vinha, e só ouvia dizer que era um tratamento muito difícil. É verdade que não é a coisa mais agradável do mundo, mas se tivesse conhecido este ambiente acolhedor antes, e que são 4 horas em que se podia ver televisão e até comer, não teria andado tantos dias ansioso... (riu-se).” Outro doente referiu ainda que teria sido importante, para descansar a esposa que andou mais ansiosa do que ele próprio: “ela achava que eu ia sofrer muito com isto, e ainda hoje acha, (passado duas semanas de ter iniciado o tratamento), cada vez que venho para cá está sempre um pouco preocupada e liga várias vezes para saber se está tudo bem, se tivesse falado convosco talvez ficasse mais descansada.”

A consulta de enfermagem com as suas características já referidas poderá, amenizar estas e outras situações vindo de encontro às necessidades dos doentes, e assim melhorar a prestação dos cuidados, possibilitando inclusive aos familiares interessados a serem verdadeiros parceiros de cuidados, podendo interagir com o profissional de enfermagem, em prol da melhor resposta às necessidades do doente.

2.5.2. O que proponho

Pela sua importância já referida, proponho uma consulta de enfermagem, que possibilite o acolhimento adequado a novos doentes, com um espaço e tempo próprio, onde se possa também realizar uma avaliação de enfermagem periódica com a possibilidade de abordar o doente nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Segundo Pontes (2009) ao abrigo da Joint Commission International (JCI), a avaliação dos doentes deve integrar processos, como: a recolha de informações e dados sobre a condição física, psicológica e social do doente, e sobre o seu historial de saúde; a análise desses dados e informações para identificar as necessidades de cuidados do doente; e por fim o desenvolvimento de um plano de cuidados para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas no doente. Após a avaliação inicial do doente, o processo de enfermagem ganha seguimento, pondo em prática as intervenções de enfermagem planeadas, e a posterior avaliação dos seus resultados.

Ainda segundo a JCI as avaliações dos doentes são recomendadas para considerar a condição de saúde do doente, as suas necessidades de prestação de cuidados, e as suas solicitações ou preferências (Pontes, 2009). Para Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) a avaliação das

necessidades de orientação de enfermagem do doente em HD são atribuídas ao autocuidado, também Salvadori, Lamas e Zanon (2008), referem que uma assistência de enfermagem com acurada identificação de problemas biopsicossociais e espirituais do doente pode oferecer condições para o alívio dos sintomas do doente crônico através de intervenções bem estruturadas, sendo para isso necessário que a assistência de enfermagem se guie por uma teoria que possa contemplar essa avaliação global do doente, como a proposta por Dorothea Orem sobre o autocuidado. Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) relacionam esta teoria com as necessidades do DRC afetadas e avaliadas pelo instrumento da qualidade de vida: Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), referindo que 60,47% dos doentes renais avaliados se encontravam no sistema totalmente compensatório à luz da teoria do autocuidado de Orem. Os autores referem que a pessoa com DRC apresenta necessidades de orientação para o autocuidado em problemas relacionados com terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da HD, acesso artério-venoso, anticoagulação, doenças associadas, prática de atividade física, problemas de saúde emocional, a associação a grupos, atividades de lazer e défices na capacidade funcional por sobrecarga da doença renal. Sendo que a pessoa que detêm um bom conhecimento e informação sobre o tratamento, sabe sobre as suas complicações, como atuar e preveni-las, sendo por isso a educação para a saúde um importante preditor da melhoria de autocuidado na pessoa com DRC.

Proponho então, para a melhor percepção das necessidades de autocuidado do doente, que a recolha de informação nesta consulta seja realizada através da criação de um instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem (apêndice I) direcionado para o doente renal, este instrumento visará alcançar intervenções de enfermagem estruturadas, e para tal procurará ter por base a já referida Teoria do Deficit de Autocuidado de D. Orem por esta apresentar um dos modelos que pode direcionar as ações do enfermeiro e responder as necessidades de autocuidado da pessoa com doença crônica, como refere Salvadori, Lamas e Zanon (2008).

Para um conhecimento mais profundo sobre as verdadeiras necessidades da pessoa com DRC, este Instrumento de colheita de dados, será aplicado conjuntamente com um instrumento padronizado de avaliação do grau de dependência do doente, que permitirá ao enfermeiro avaliar a capacidade do doente para realizar determinadas AVD, percebendo as suas reais necessidades de autocuidado. A aplicação conjunta destes instrumentos visará ainda a gestão

de uma adequada e equilibrada distribuição dos doentes por turnos tendo em conta o seu grau de dependência. Similarmente a junção dos dois instrumentos contribuirá para uma maior perceção e análise das necessidades de autocuidado do doente, permitindo a planificação de cuidados de enfermagem estruturados, mantendo por base a teoria do autocuidado de D. Orem.

Salvadori, Lamas e Zanon (2008) referem, que um tipo de desvio de saúde contemplado por Orem é o permanente relacionado com doenças crónicas, encontrando-se por isso diversos trabalhos na literatura que mostram o uso da teoria de Orem em doentes crónicos, necessitando estes de uma assistência de enfermagem efetiva e estruturada para que os sintomas da doença e os seus graus de dependência a longo prazo sejam minimizados ou enfrentados com eficiência, pelo que defendem que a teoria do autocuidado elaborada por Orem parece ser um caminho para alcançar uma assistência de enfermagem mais eficaz, por isto proponho a sua utilização como guia teórico orientador desta consulta.

O instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem do doente renal que desenvolvi, e proponho, procura assim ter por base os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem, investigando no doente fatores pessoais, fatores de autocuidado universais, fatores de desenvolvimento, e os desvios de saúde. A partir dos dados colhidos com base nestes pressupostos espera-se uma posterior análise que leve à identificação de deficits de autocuidado existentes, de modo a dar seguimento à aplicação do processo de enfermagem segundo Orem, direcionando para uma planificação de cuidados de enfermagem que optimize tanto quanto possível o autocuidado da pessoa com DRC (Tabela 4).

Tabela 4 – Aplicação da teoria de Orem ao Processo de Enfermagem (George 2000)

Fatores pessoais	Autocuidado de desenvolvimento	Autocuidado universal	Desvios de saúde	Deficits de autocuidado
- Dados sociodemográficos pessoais como: idade; sexo; altura; peso; cultura; raça/etnia; estado civil; religião; ocupação.	- Necessidades especializadas para o processo de desenvolvimento - Novos requisitos de uma condição - Requisitos associados a um evento de vida	- Requisitos relacionados com necessidades de: ar; água; alimento; eliminação; - Atividades de repouso, de interação social, e de solidão; Perigos para a vida e o bem estar - Promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano	- Referencia de: Condição de Saúde ou lesão. - Tratamentos para corrigir a condição.	- Resultado da análise da diferença entre as necessidades e as capacidades de autocuidado

O instrumento de colheita de dados e avaliação do doente renal, será estruturado com base em perguntas de resposta rápida, mas que abram mote à educação para a saúde, e ao acolhimento por parte do enfermeiro. Foi ainda solicitada a opinião sobre a sua estrutura à equipa de enfermagem da unidade de HD, tendo sido previamente distribuído um esboço do instrumento pela equipa solicitando, críticas e sugestões, sendo o resultado final o instrumento que em anexo se apresenta, e de onde resultou também a ideia de um guia de instruções para facilitar e uniformizar a sua aplicação (apêndice V).

2.5.3. Avaliação do grau de dependência

A avaliação do grau de dependência do doente nesta consulta de enfermagem, é também prevista pois como referem Bonner Wellard, e Caltabiano (2008) é importante que o enfermeiro compreenda o impacto da doença renal crónica na capacidade de realizar AVD, e a necessidade de introduzir uma avaliação dessas atividades para todos os doentes. Segundo Fonseca e Rizzoto (2008) a aplicação de instrumentos de avaliação do grau de dependência pode ser importante para o diagnóstico, pois identificam e evidenciam problemas, contribuindo para o planeamento dos cuidados de saúde.

Vários são os instrumentos existentes para a avaliação do grau de dependência. Existem várias escalas de diversos autores, adaptadas a situações funcionais mais ou menos específicas, determinando a capacidade e a incapacidade da pessoa de modo global ou especificamente para alguma tarefa. Após alguma análise, a escolha do instrumento de avaliação do grau de dependência incidiu sobre a escala ou índice de Barthel (apêndice I). O índice de Barthel é como refere Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional para a realização das atividades básicas de vida diária, os autores citam Lage (2005) ao referi-la como a escala mais adequada à avaliação das AVD, também referidas por Orem nos seus requisitos universais de autocuidado. Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007) por reconhecerem a importante utilidade deste instrumento na avaliação da população idosa em Portugal, sendo esta a mais vulneravelmente dependente, (que é também a população predominante na clínica (anexo VIII)), procederam à validação do índice de Barthel para a população portuguesa no ano de 2007. Sendo que a norma da DGS (2011) sobre acidente vascular cerebral, também o reconhece como escala standardizada na avaliação do grau de dependência.

Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), revelam no estudo de validação do índice de Barthel, que este é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96) apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$, e citam trabalhos de Paixão e Reichenheim (2005) sobre um estudo de comparação com 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, que confirma que o índice de Barthel, possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes.

O índice de Barthel é ainda referido por Azeredo, e Matos (2003), como o recomendado para doentes com patologia crónica, pela sua natureza de avaliação de AVD, tendo como concorrente direto o índice de Katz, no entanto este último é expresso em letras sendo mais específico para tarefas determinadas, enquanto o índice de Barthel já quantifica, e oferece uma avaliação mais global entre independente e dependente nas AVD.

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), citando Mahoney e Barthel (1965), o índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida, são elas: Alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação de avaliação varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas, correspondendo o valor de 60 ao Ponto de Viragem, entre independência / dependência, sendo que os autores referem que com um valor acima de 60, a maioria dos doentes são independentes para cuidados pessoais essenciais como deslocar-se sem auxílio, comer, asseio pessoal ou controlo de esfíncteres, e com valores iguais ou superiores a 85, os indivíduos são habitualmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima. Para Azeredo e Matos (2003) uma pontuação de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência.

O índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais em cada atividade avaliada, permitindo conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades, o que faz com que dois indivíduos com a mesma pontuação global possam necessitar de

cuidados diferenciados de acordo com as atividades para as quais demonstrem maior incapacidade.

O índice de Barthel, é também apresentado por Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007) como sendo fácil nas suas instruções de aplicação e interpretação (anexo X), contendo baixo custo de aplicação e pode ser repetido periodicamente permitindo monitorizações longitudinais, e consumindo pouco tempo no seu preenchimento.

Pelas várias razões enunciadas considero que para a fácil, rápida e fidedigna, avaliação do grau de dependência, nesta consulta, o índice de Barthel será adequado.

2.5.4 Planificação dos cuidados de enfermagem

Após a colheita de dados na consulta, e com base no modelo de Orem, proponho ainda uma planificação de cuidados de enfermagem ao doente através da investigação dos fatores pessoais, do autocuidado universal, do autocuidado de desenvolvimento, e da identificação dos desvios de saúde, de onde devem ser analisados os deficits de autocuidado que segundo George (2000) para Orem se traduzem como o resultado da diferença entre as necessidades e as capacidades de autocuidado. Após esta análise o processo de enfermagem, ganha seguimento com a elaboração de um plano de cuidados, em que para Orem o primeiro ponto se traduz pelos diagnósticos de enfermagem onde se determina se a enfermagem é necessária e em que medida, caracterizando-se por determinar os deficits ou riscos para autocuidado do doente. Num segundo ponto após o diagnóstico de enfermagem à luz do modelo de Orem são planificadas metas e objetivos para melhorar o autocuidado do doente, e mediante isso é definido o método de ajuda e identificado o tipo de sistema de enfermagem que o doente necessita podendo ser um sistema de apoio-educação, sistema parcialmente compensatório, ou sistema totalmente compensatório, (George, 2000). Segundo o mesmo autor as metas devem ser congruentes com os diagnósticos de enfermagem para permitir que o doente se torne num agente eficiente de autocuidado. No terceiro ponto do plano de cuidados Orem refere-o como o delinear das intervenções de enfermagem, e a sua implementação efetivando o tipo de sistema de enfermagem definido. Por fim as intervenções de enfermagem implementadas ao doente à luz de Orem devem ainda ser avaliadas tendo por base a evolução do doente nas respostas às suas necessidades de autocuidado, onde similarmente se deve avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem para promover no doente a sua melhoria no autocuidado.

No caso particular da consulta de enfermagem que pretendo implementar considero que o plano de cuidados elaborado na primeira consulta deve ser passível de ser avaliado após as intervenções de enfermagem no decorrer da prestação de cuidados do enfermeiro no dia a dia, mas deve merecer uma avaliação global na consulta de enfermagem seguinte, com o tempo e espaço onde é possível discuti-lo melhor, com o doente.

Para melhor compreensão e percepção da apresentação do plano de cuidados de enfermagem à luz de Orem, expõem-se a tabela a baixo.

Tabela 5 – Plano de cuidados baseado na teoria do autocuidado de Orem (George, 2000).

Diagnóstico de Enfermagem	Planificação	Intervenções a implementar	Avaliação da evolução
<i>Baseado nos deficits de autocuidado</i>	<p>A. Metas e objectivos de enfermagem</p> <p>1- Congruentes com o diagnóstico de enfermagem</p> <p>2- Baseado nas demandas de autocuidado</p> <p>3- Promovam o doente como agente de autocuidado</p> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <p>1- Totalmente compensatório</p> <p>2- Parcialmente compensatório</p> <p>3- De apoio educação</p> <p>C- Métodos de ajuda:</p> <p>1- Orientação</p> <p>2- Apoio</p> <p>3- Ensino</p> <p>4- Agir ou fazer por</p> <p>5- Proporcionar um ambiente de desenvolvimento.</p>	<p><i>Ações enfermeiro-doente para:</i></p> <p>A- Promover o doente como agente de autocuidado</p> <p>B- Preencher as necessidades de autocuidado</p> <p>C- Diminuir as necessidades de autocuidado</p>	<p><i>Eficácia da relação de ações enfermeiro-doente para:</i></p> <p>A- Promover o doente como agente de autocuidado</p> <p>B- Preencher as necessidades de autocuidado</p> <p>C- Diminuir os deficits de autocuidado</p>

Este plano de cuidados depois de elaborado deverá ficar juntamente com o registo da colheita de dados e de avaliação do grau de dependência do doente, sendo colocados no processo do doente para que sejam de fácil consulta pelo enfermeiro, de modo a obter um conhecimento rápido do trabalho já realizado com o doente, saber quais as suas necessidades assinaladas, e

as intervenções programadas, para lhes dar seguimento, e reformula-las caso necessário. O enfermeiro pode dar assim continuidade aos cuidados, e pode também realizar a avaliação após alguma intervenção, sempre que considere oportuno. Para além desta manipulação do plano no decorrer da prestação de cuidados do dia-a-dia, a avaliação e reformulação global do plano deve ser realizado na consulta seguinte em colaboração com o doente.

2.6 Da educação para a saúde ao autocuidado

Pacheco, Santos e Bregman (2007) referem que o doente que inicia um programa de HD é submetido a muitas mudanças no seu cotidiano, tais como cuidados com a alimentação, controle da ingestão de líquidos, cuidados com a fístula arteriovenosa, além da necessidade de seguir um programa de tratamentos de cerca de 4 horas 3 vezes por semana determinado numa escala cujos dias e horas definidas são imprescindíveis de comparecerem e aderirem. Todas estas mudanças criam necessidades de adaptação e desencadeiam sentimentos de revolta e conflito interior na pessoa, os quais podem interferir na adesão à terapia. Lingerfelt e Thornton (2011) referem que é provável que o aumento do conhecimento do doente sobre DRC permita uma melhor gestão para o autocuidado, incluindo melhoria na alimentação, na adesão à medicação e ao tratamento, com melhores cuidados à FAV. Os autores referem ainda, que uma educação estruturada em várias fases pode melhorar o conhecimento do doente sobre a doença renal terminal e o seu autocuidado.

Mollaoglu, Tuncay, Fertelli, e Yurugen (2012) referem que o nível de ansiedade em relação à FAV, a autoconfiança e o autocuidado melhoraram após a realização de educação para a saúde. E acrescentam que os fatores de risco associados a ansiedade, *stress*, depressão e outras doenças mentais, aumentam com baixos níveis de informação, por outro lado, é expresso que o nível de autocuidado é maior em doentes que têm um elevado nível de capacidade de gestão da doença e, por isso, é essencial que os pacientes sejam educados, e que o seu poder de controlo sobre a doença e a sua orientação para as intervenções terapêuticas sejam aumentadas. Segundo Pacheco, Santos e Bregman (2007) a implementação de um programa de orientação e educação para o autocuidado, apresenta resultados positivos na diminuição da ansiedade do doente em relação ao tratamento, e estimula o seu interesse para o autocuidado com maior adesão ao tratamento, tornando-o participante ativo no seu processo de cuidados de saúde, fazendo-o sentir a responsabilidade por melhorar a sua qualidade de vida.

A pessoa em tratamento dialítico vive assim um conflito diário entre o amor e o ódio à máquina e ao tratamento, tendo consciência de que sem a diálise, não vive, mas, por outro lado, renega dependência dele para viver. É importante que o enfermeiro esteja atento a todos estes sentimentos ambíguos do doente, fornecendo-lhe o suporte educacional de que este necessita, pois cuidar em hemodiálise vai além de dominar toda a parte técnica envolvida neste cuidado. É preciso olhar para a pessoa em si, e não somente para o lado mecânico que o cerca (Koepe e Araujo, 2008). O enfermeiro sendo o profissional de saúde que mais tempo está próximo da pessoa com DRC, pode e deve desempenhar um papel importante para ajudá-la a desenvolver comportamentos de autocuidado, nesse sentido Pacheco, Santos e Bregman (2007) reforçam que no decorrer do processo educativo a pessoa seja respeitada na sua totalidade holística dentro do complexo biopsicossocial e espiritual. Os autores referem que o enfermeiro necessita ter, para além de fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos de aspetos que tenham em consideração os sentimentos e desejos dos doentes.

O enfermeiro deve facultar ao doente informação que se traduzam em conhecimentos, objetivando facilitar as mudanças voluntárias para comportamentos saudáveis, devendo dominar temas importantes para a adaptação do doente, e que devem ser abordados na educação para a saúde do doente na consulta de enfermagem (apêndice VI), para que o enfermeiro perceba o que o doente sabe sobre a sua doença e o seu autocuidado, e possa simultaneamente realizar a educação para a saúde, definindo intervenções futuras, pois será um conjunto elaborado e coerente de intervenções educacionais face ao doente que o devem ajudar a querer, poder, saber escolher e a adotar, de forma responsável e livre, as atitudes e os comportamentos adequados para favorecer a sua saúde. Pacheco, Santos e Bregman (2007) referem ainda que é preciso os doentes terem consciência do seu potencial para se autocuidarem, devendo ser incentivados a não terem uma atitude passiva, mas a tornarem-se protagonistas do seu próprio cuidado, sendo este um ato de cidadania, assim como a educação para a saúde é um direito de cidadania muitas vezes não oferecido pela unidade de saúde por questões económicas, políticas ou até por falta de conhecimento dos profissionais sobre sua importância para favorecer a adesão da pessoa ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida, além de reduzir os custos do sistema de saúde. Desta forma, o papel do enfermeiro é fundamental na educação destes doentes.

2.7. Recursos humanos e materiais / operacionalização da consulta

A realização desta consulta e o seu impacto na melhoria da satisfação das necessidades do doente só será possível com a contribuição de todos os colegas da equipa de enfermagem, e com a sensibilização para a mesma junto da equipa multidisciplinar. Tenciono portanto agir junto da enfermeira chefe, e do diretor clínico da unidade, a fim de contar com a colaboração dos mesmos nesta sensibilização dos profissionais, de modo a que o tema seja oportunamente falado nas reuniões clínicas, que costumam incluir também a enfermeira chefe. Tenciono também realizar formações oportunas junto da equipa de enfermagem sensibilizando especialmente os chefes de turno, sobre a importância da consulta de enfermagem os temas nela a abordar, a importância de utilizar o instrumento de colheita de dados, de avaliação do grau de dependência e o plano de cuidados, explicando o que é pretendido em cada um. Para a fácil utilização destes instrumentos, e para resposta rápida sempre que surja alguma dúvida ao profissional que os está a usar, as linhas orientadoras para a utilização dos mesmos será também colocadas em anexo aos instrumentos.

Inicialmente proponho a realização desta consulta durante um ano, tendo como destinatários os novos doentes admitidos na clínica, bem como os já existentes, sendo que para os primeiros terá como missão o seu acolhimento, e para ambos a missão de uma avaliação holística com desenvolvimento de uma plano de cuidados com base nos pressupostos da teórica Dorothea Orem, tendo como objetivo final a melhoria do autocuidado do doente e consequentes ganhos em saúde e qualidade de vida. Após um ano proponho que esta consulta seja alvo de uma avaliação, quer por parte dos doentes, questionando-os sobre a sua opinião em relação à consulta de enfermagem e o seus benefícios sentidos, quer dos profissionais de saúde, solicitando a sua opinião pessoal sobre a consulta e a sua pertinência, e também por avaliação direta dos ganhos em saúde, por exemplo avaliando os resultados do relatório anual da clínica, onde possa ser percebido se houve diminuição no número de internamentos anuais por complicações evitáveis através do autocuidado adequado do doente, que esta consulta visa promover.

No que se refere à operacionalização prática desta consulta, a colheita de dados suportada pelos instrumentos apresentados, poderá ser realizada em formato de papel, imprimindo os instrumentos de colheita de dados, ou diretamente em formato digital no computador, sendo que no final os dados devem ficar todos guardados em pastas em formato digital. Também

devem ser impressos para serem colocados no processo do doente como fonte de consulta direta e de rápido acesso à planificação de cuidados, promovendo a continuidade de cuidados pelo enfermeiro.

No que respeita o seu espaço físico, proponho que a consulta ocorra num dos dois gabinetes de consulta existentes na clínica, os quais estão frequentemente livres, e mesmo quando usados nunca estão ocupados em simultâneo. Sempre que possível a consulta também deve contemplar uma breve apresentação da sala de tratamentos, acompanhada de explicação do seu funcionamento. O tempo de duração da consulta deverá ser de cerca de 45 a 60 minutos.

No que se refere à ocorrência da consulta, o momento mais oportuno para os doentes que vão iniciar TSFR na clínica talvez seja, no dia em que vem à consulta médica, que por norma é dois ou três dias antes do primeiro tratamento, assim no mesmo momento em que o doente é convocado para a consulta médica poderia ser também agendada a consulta de enfermagem para depois da consulta médica, aproveitando também assim o enfermeiro para avaliar se o doente percebeu o que lhe foi dito na consulta médica. Este “timing” poderá ser o ideal também porque por norma nesta primeira consulta os doentes fazem-se acompanhar dos seus familiares, aproveitando assim o enfermeiro para os incluir na consulta. No que se refere aos doentes já pertencentes a esta unidade de HD, poderá ser agendado entre eles e o enfermeiro um dia e hora oportuna para ambos, em que haja possibilidade de a família/cuidador do doente também poder estar presente.

A consulta deverá ser realizada por um enfermeiro que tenha recebido formação prévia sobre a consulta e tenha consultado este projeto. Em termos dinâmicos, tendo em conta os horários apertados do funcionamento da clínica e para que não seja necessária a vinda de um enfermeiro extra ao rácio atual para a realização específica da consulta, pois como sabemos os tempos são de racionalização de recursos económicos, proponho que a consulta seja realizada pelo chefe de turno após assegurar que todos os doentes a realizar HD nesse turno, iniciaram o tratamento em condições de segurança, isso ocorre em norma até 1 hora após a hora de início de cada turno. Tal significará a coordenação com a equipa médica para que realizem as suas consultas, de modo a que após à consulta médica o doente não fique à espera da consulta de enfermagem, mas sim possa ser logo atendido pelo enfermeiro.

Deste modo a nível material irei necessitar da disponibilidade de um gabinete de consulta; de um computador; dos instrumentos de colheita de dados, em formato de papel, ou digital; de fundamentação teórica adequado à educação do doente e familiar (apêndice VI).

A nível humano espero contar com: o interesse e colaboração da equipa de enfermagem; colaboração da equipa multidisciplinar; colaboração dos doentes avaliados e respetivos familiares. Pois estes projetos são implementados de uma forma mais eficaz quando os diversos profissionais de saúde responsáveis pelo doente trabalham em conjunto formando uma verdadeira equipa multidisciplinar, pretendendo-se aqui que o enfermeiro ao realizar esta consulta se relacione em multidisciplinidade com o médico, assistente social, dietista, e se mobilize quando denote a necessidade de alguma valência externa à clinica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório veio fundamentar o percurso de aprendizagens que proporcionou a mobilização de conhecimentos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente nefrológica, tendo por base uma prática reflexiva.

O fio condutor e objetivo final deste estágio prendeu-se com o delinear de todo um projeto de consulta de enfermagem de acolhimento ao doente e avaliação periódica deste na unidade satélite de HD onde presto cuidados. Para atingir este objetivo mostrou-se de importância fulcral o campus de estágio inicial num hospital de referência em cuidados nefrológicos, permitindo-me o contacto com um vasto e diferenciado número de experiências na área nefrológica, possibilitando o acompanhamento do doente e família nos vários níveis da DRC, o que estimulou o crescente sentimento de valorização para os cuidados de enfermagem bem como para a promoção de autocuidado na pessoa com DRC e família, que o tema “Consulta de Enfermagem” comporta, podendo abranger, e trazendo fortes benefícios, para o doente, família, e para os cuidados de enfermagem.

Segundo Doss, DePascal e Hadley (2011), o modelo atual de acolhimento e atenção nas unidades satélites de HD, coloca o doente como um elemento passivo, um mero alvo recetor do tratamento e da prescrição médica, sendo inclusive esta a única informação a que o enfermeiro tem acesso no processo clínico do doente, urge por isso a necessidade de que o enfermeiro desenvolva estratégias promotoras do envolvimento do doente no seu processo de doença e tratamento, e que pratique a verdadeira essência de enfermagem no seu conceito mais avançado, conhecendo o doente e família no seu contexto biosociocultural e espiritual, planeando-lhes cuidados consoante as necessidades identificadas, e promovendo-lhes o autocuidado adequado ao seu estado de saúde. A consulta de enfermagem pode ser uma boa estratégia para dar resposta a estas necessidades sentidas.

Reconheço no entanto que toda a abordagem da doença renal, e a relação de impacto da mesma no doente e família, com os possíveis benefícios da consulta de enfermagem é uma

área demasiado vasta para que seja aqui analisada de modo aprofundado, muito menos ainda sem resultados da implementação desta consulta. No entanto, pode servir este trabalho de ponto de partida para esse aprofundamento futuro.

A principal dificuldade na realização deste estágio e no alcançar dos objetivos, prendeu-se com a gestão do tempo, que para além de se mostrar reduzido para a elaboração do projeto da consulta de enfermagem, não permitindo a sua implementação, teve ainda de ser conjugado com minha atividade profissional, elaboração deste relatório, e vida pessoal, no entanto o devoto interesse inicial pela temática foi amplamente gratificado ao longo do desenvolvimento de todos os passos do estágio, e do projeto da consulta, resultando toda a pesquisa e execução num forte contributo para a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos, que espero sejam preditores do sucesso da aplicação futura do projeto na prática, com a implementação de uma consulta de enfermagem que dê respostas às efetivas necessidades de autocuidado da pessoa com DRC e família na unidade satélite de HD onde presto cuidados.

Similarmente, a realização deste estágio e a elaboração do projeto da consulta de enfermagem, e deste relatório proporcionaram-me desde o início momentos de reflexão, em torno do que é ser um enfermeiro especialista na área de cuidados nefrológicos, que tendo por base a competência do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica aqui adaptada à DRC, se pode definir como o enfermeiro que “cuida de pessoas com DRC, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” Pretendo assim, que o meu contributo enquanto enfermeiro especialista se destaque não só a nível da profissão de enfermagem, como também para o doente e família, promovendo uma prestação de cuidados de excelência, baseados na evidência prática e de pesquisa científica, e ainda o reconhecimento da equipa de enfermagem no acompanhamento individualizado da pessoa e família com DRC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. R. G., & Rosas A. M. M. (2008) A Consulta De Enfermagem Para Clientes E Seus Cuidadores No Setor De Radioterapia De Hospital Universitário. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 16(3), 364-369. Acedido a 22/05/2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a11.pdf>
- Araújo, F. Ribeiro, J. L. P. Oliveira, António, O. Pinto, C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*. (2007). 25 (2). Acedido a 15/12/2013. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Azeredo, Z. Matos, E. (2003) Grau de Dependência em Doentes que Sofrem AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. serieIII*. 8 (4) 199-204. Acedido a 13/11/2013. Disponível em: http://www.fm.ul.pt/FMLPortal/UserFiles/File/RFML_4_2003.pdf
- Bastos Jr. M. A.V. et al. (2005). Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Diabetes Mellitus Pós-Transplante Renal. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 49 (2). Acedido a 23/11/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200014
- Benner, P. (2001) - *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bonner, A., Wellard, S. & Caltabiano, M. (2009). Determining patient activity levels in chronic kidney disease. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*. 1 (1): 39-48. Acedido a 28/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010556197>

- Bento, V.F.R., & Brofman P.R.S. (2009). Impacto da Consulta de Enfermagem na Frequência de internações em Pacientes com insuficiência Cardíaca em Curitiba – Paraná. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro*. 92(6), 490-496. Acedido a 05/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000600013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carvalho, J.M. & Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. III série – (7), 103-112. Acedido a 21/05/2013. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=451&codigo=.](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=451&codigo=)
- Castner, D. (2011). Management of Patients On Hemodialysis Before, During, And After Hospitalization: Challenges And Suggestions for Improvements. *Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*. 38 (4), 319-30. Acedido em 10/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=21928608>
- Circular Normativa do Ministério da Saúde (2009). Normas de selecção do parador.receptor em homotransplantação com rim de cadáver. Autoridade para o Serviço de Sangue e Transplantação n° 15/GDG, (07/09/2009). 1-5. Acedido a 13/12/2013. http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/circular_normativa_n15.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2006) Parecer do conselho nacional de ética para as ciências da vida. Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Acedido a 12/11/2013. Disponível em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1339664472_P050_ParecerTransplantes.pdf
- Coutinho, N., Vasconcelos, G., Lopes, M., Wadie, W., & Tavares, M. (2010). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 13–17. Acedido a: 13/05/2013 Disponível e: http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_11_1_JAN_AB_R_2010.pdf

- Despacho n.º 14341/2013 de 6 de novembro (2013). Atualização dos critérios de verificação da morte para efeitos de doação. Diário da República, 2ª série – N.º 215 – 6 de Novembro. (32855 – 32856). Acedido a 15/12/2013. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2013/11/215000000/3285532856.pdf~>

- Direção geral da saúde (2011). Norma N.º 017/2011. Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. P. 1 – 35. Atualização: 14/06/2012. Acedido a 18/05/2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>

- Doss, S. DePascal, P. & Hadley, K. (2011). Parcerias Enfermeiro – Doente. *Nephrology Nursing Journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 38(2), 115-125. Acedido a 05/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=21520690>

- Fexa, A. Flensner, G. Christina, E. & Soderhamn, O. (2011). Living with an adult family member using advanced medical technology at home. *Nursing Inquiry*; 18(4), 336–347. Acedido a 06/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=22050619>

- Fonseca, F.B. e Rizzoto, M.L.F. (2008). Construção De Instrumento Para Avaliação Sócio-Funcional Em Idosos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 17(2): 365-73. Acedido a 02/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020

- Freitas, C. Silva, F. Matos, N. D. Machado, R. Queirós, J. Almeida, R. & Cabrita, A. (2011). Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro. *Angiologia e Cirurgia Vasculare*, 7(1). Acedido em: 18/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ang/v7n1/v7n1a05.pdf>

- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª Edição., p. 375). Porto Alegre: Artmed.
- Horigan A., Rocchiccioli J., & Trimm D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis. *Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*. 21(3), 158-175. Acedido em: 25/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=22866436>
- Kim, Y., Evangelista, L.S., Phillips, L.R., Pavlish, C., & Kopple, J.D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol37 nº 4. P. 377-393. Acedido a 04/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>
- Koepe, G. B. O., & Araújo, S. T. C. de. (2008). A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(Número Especial), 147–151. Acedido a 15/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500002
- Lei nº 111/2009 (2009) Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º180 (16 de setembro), 6528-6550. Acedido a 06/05/2013. Disponível em : http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf
- Lei nº 22/2007 de 29 de Junho (2007). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Diário da República, 1ª série – Nº 124 – 29 de junho. (4146 – 4150). Acedido a 19/11/2013. Disponível em : <http://dre.pt/pdf1s/2007/06/12400/41464150.pdf>

- Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An Educational Project for Patients On Hemodialysis to Promote Self-Management Behaviors of End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 483–490. Acedido a 15/12/2013 Disponível em: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22338941](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22338941)
- Meaney. (2012) Diabetic foot care: prevention is better than cure. *Journal of Renal Care*. 38(Suppl. 1), 90-98. Acedido 03/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011453825>
- Mora, M.T., Dominguez, M.S.G., Cerviño, C.M., Santana, R. & Arroyo, J.R. (2011). Glomerulonefritis membranosa en un paciente com sífilis. *Nefrologia (Madr.)* 31 (3). Acedido a 13/12/2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952011000300025&script=sci_arttext
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., Fertelli, T. K., & Yürügen, B. (2012). Effect on anxiety of education programme about care of arteriovenous fistula in patients undergoing hemodialysis. *The journal of vascular access*, 13(2), 152–156. doi:10.5301/jva.5000013. Acedido a 14/12/2013 disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/21959560/reload=0;jsessionid=jCz5SliqgYJNuldzU0e6.18>
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF&KDOQI). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Acedido a 15/12/2013. Disponível em www.kdoqi.org
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF&KDOQI). (2006). Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. For Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis, Vascular Access. *New York - USA: National Kidney Foundation*. Acedido a 03/01/2014. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/12-50-0210_JAG_DCP_Guidelines-VA_Oct06_SectionC_ofC.pdf

- National Kidney Foundation. (2007). *Sobre Insuficiência Renal Crônica. Guia para Pacientes e Familiares*. Acedido a 18/05/2013. Disponível em www.kidney.org
- Neta, D.; Brandão, D.; Silva, K.; Santos, T. & Silva, G. (2012). ***Avaliação renal de hipertensos pela clearance de creatinina num centro de saúde de Teresina-PI***. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 6 .coimbra mar. Acedido a 12/12/2013. Disponível em : http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100003
- Norma da Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção geral da saúde. N.º 054 /2011. P. 1 – 19. Acedido a 18/11/2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Oliveira, S. K. P., Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. M., Moura, A. F. & Lima, F.E.T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn*. 65(1), 155 - 161. Acedido a 18/05/2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE*. ISBN da versão Portuguesa: 978-989-96021-6-8. 5-21. Acedido a 12/12/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista* (p. 1 - 45). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 28/04/2013 disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crónica e Paliativa*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (16 de julho de 2011). Acedido a 08/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas Y Técnicas, S.A.
- Pacheco, G. S. Santos, I. Bregman, R. (2007). Cliente com Doença Renal Crónica: Avaliação de Enfermagem sobre a Competência para o Autocuidado. *Esc Anna Nery revista Enfermagem*. 11(1). 44-51. Acedido a : 15/12/2013, deaponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Peres, L., Matsuo, T., Ann, H., Camargo, M., Rohde, N., Uscocovich, V., litchtengerker, K. & Fredirico, S. (2011). Peritonites em diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Rev Bras Clin Med*. 9 (5). Acedido a 16/12/2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=601354&indexSearch=ID>
- Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID) (2011). Acedido a 08/11/2013. Disponível em: <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Pontes, Jorge. (2009). Avaliação inicial do doente, importância e realidade. *Jornadas da Qualidade*. Centro Hospitalar do Alto Ave. 11/2009. Acedido a 22/11/2013. Disponível em: <http://jornadasdaqualidade.files.wordpress.com/2009/11/avaliacao-inicial-do-doente-importancia-e-realidade-jorge-pontes.pdf>
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011) . Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série - Nº 35, 18 de Fevereiro (8648 – 8653). Acedido a 15/12/2012. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Ribeiro, R. C. H. M. et al. (2008). Caracterização e etiologia da insuficiência renal crónica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Acta Paul Enferm*.

21(Número Especial), 207-211. Acedido a 23/06/2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023831013.pdf>

- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 13(1), 13–23. Acedido a: 04/05/2013. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)
- Rosa N., Silva G., Teixeira A., Rodrigues F. & Araújo J. (2005). Rabdomiolise. *Acta Méd Port.* 18. 271-82. Acedido a 12/11/2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1032/700>
- Salvadori, A.M. Lamas, J.L.T. e Zanon, C. (2008). Desenvolvimento de Colheita de Dados de Enfermagem para Pacientes com Cancro de Pulmão em Quimioterapia Ambulatorial. *Esc Anna Nery Ver Enfermagem.* 12(1), 130-135. Acedido a 10/01/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a20.pdf>
- Santos, I. Rocha, R.P.F., & Berardinelli, L.M.M. (2011). Necessidade de Orientação de Enfermagem para o Autocuidado de Clientes em Terapia de Hemodialise. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 64(2), 335-342. Acedido a 23/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200018&script=sci_abstract&tlng=pt
- Santos, M. F. O. Fernandes, M. G. F. Oliveira, H. J. (2012). Acolhimento e Humanização na Visão dos Anestesiologistas. *Rev Bras Anesthesiol.* 62(2), 199-213. Acedido a 17/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a06.pdf>
- Santos, Z. M. S. A, & Oliveira, V.L.M. (2004). Consulta de Enfermagem ao Cliente Transplantado Cardíaco – impacto das ações educativas em saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília.* 57(6), 654-657. Acedido a 15/06/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Silva, D. M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium online - Revista do ISPV.* Viseu. Acedido em: 10/06/2013, Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm

- Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11–17. Acedido a 05/04/2013. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252012000100003&script=sci_arttext
- Velozo, K., Ferraz, S., Raimundo, M. & Figueiredo, A. (2012). Variação de peso corporal de pacientes em diálise peritoneal. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre*. 33 (2). Acedido a 13/12/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200023
- Zoccali, C. Kramer, A. Jager, K. (2010) Chronic kidney disease and end-stage renal disease—a review produced to contribute to the report ‘the status of health in the European union: towards a healthier Europe’. *NDT (Nephrology Dialysis Transplantation)*. vol 3, 213 – 224. Acedido a 28/05/2013. Disponível em: <http://ckj.oxfordjournals.org/content/3/3/213.full>

APENDICES

Apêndice I – “Projeto de Consulta de Enfermagem de acolhimento ao doente em unidade satélite de Hemodialise”

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Nefrológica

Projeto da Consulta de Enfermagem

Trabalho realizado por:

José Silva nº 4909

Lisboa

Fevereiro de 2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Nefrológica

Opção II / Estágio

Projeto da Consulta de Enfermagem de Acolhimento

ao Doente em Unidade satélite de Hemodiálise

Trabalho realizado por: José Silva nº 4909

Orientação de: Professora Eulália Novais

Co-orientação de: Professora Rita Reis

Lisboa

Fevereiro de 2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DRC – Doença Renal Crónica

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodialise

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal

JCI – Joint Commission International

KDQOL-SF – Kidney Disease Quality of Life Short Form

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ESTA UNIDADE SATELITE DE HD.....	8
2. ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE NA UNIDADE DE HD.....	13
2.1 O que se faz atualmente	13
2.2.1 Teoria do Autocuidado	17
3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO DOENTE RENAL	20
4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA.....	23
5. ESCALA DE BARTHEL	26
6. PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	27
8. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS / OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA	31
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34

ANEXOS

Anexo I - Dados Estatísticos da unidade de HD

Anexo II – Relatório Anual de Atividades da Unidade de HD

Anexo III – Instruções para utilização do instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem do doente renal

Anexo IV - Instruções de aplicação da Escala de Barthel

Anexo V – Fundamentação teórica de apoio à educação para a saúde da pessoa com DRC.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Aplicação da teoria de Orem ao Processo de Enfermagem..... 19

Quadro 2. Plano de enfermagem baseado na teoria do autocuidado de Orem 28

INTRODUÇÃO

Os cuidados à pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) assumem-se como um verdadeiro desafio para a enfermagem, surgindo a Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) aliada a um conjunto complexo de problemas. Quando a evolução da doença obriga a que o doente seja submetido a Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR), a esses problemas adicionam-se outros que alteram a qualidade de vida do doente.

Para Santos, Rocha, e Berardinelli (2011), a necessidade de Hemodialise (HD) é um problema que caracteriza uma fase de vida de uma pessoa que era saudável, aparentemente sem necessidade de orientações e de cuidados de saúde, e passa a depender do atendimento constante e permanente de um serviço de saúde, de uma máquina de HD e de uma equipa multiprofissional.

Segundo os mesmos autores as pessoas com IRCT começam a tomar consciência da perda de algumas capacidades, o que pode limitar inclusive o tipo relação com os outros, demonstrando a experiência do cuidar desses doentes, que a adaptação às características da doença renal crónica constitui um processo complexo, com sérias implicações e repercussões de variadas ordens. Apresentam problemas fisiológicos e psicossociais, muitos deles resultantes não só da necessidade de diálise, mas das limitações físicas, alterações do quotidiano de vida pessoal, e profissional, bem como das relações com os outros, e modificação do contexto social que esta modalidade terapêutica condiciona.

Perante isto, o enfermeiro prestador de cuidados hemodialíticos deve realizar um acolhimento do doente ao seu novo ambiente de tratamento tão mais envolvente quanto possível promovendo a sua adaptação. O enfermeiro só pode ser verdadeiramente útil aos doentes que cuida, se tiver um conhecimento profundo, dos problemas que envolvem cada doente, sendo para isso necessária a realização de uma avaliação individualizada da existência desses problemas em cada doente, bem como da sua evolução, e só a partir desta avaliação, poderá traçar um plano de intervenções de enfermagem que possam minorar os problemas do doente renal crónico hemodialisado. Esta avaliação por se querer completa e pormenorizada deverá ser realizada com tempo e espaço próprio em ambiente de consulta de enfermagem.

A implementação de uma consulta de enfermagem, onde seja possível iniciar a real aplicação do processo de enfermagem ao doente permitirá atribuir-lhe um papel mais ativo no seu processo de doença e inclui-lo como parceiro na planificação dos seus cuidados, nos quais devemos também incluir a família, pois como refere Fexa, Flensner, Christina e Soderhamn (2011) o parente mais próximo assume responsabilidade considerável para o desempenho do autocuidado do doente, pois prosseguem o seu acompanhamento em casa. Também Orem (1991) citada por George (2001), refere que um dos fatores condicionantes para o autocuidado é o sistema familiar, pois enquanto os adultos saudáveis se cuidam sem apoio, os idosos e os doentes, necessitam de cuidados, totais ou parciais, nas atividades de autocuidado. Por sua vez Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) referem que a consulta de enfermagem traz benefícios aos doentes e proporciona orientação de medidas favoráveis que visam a abordagem das necessidades peculiares do doente, sendo necessário uma visão holística, que capte a informação sensível aos cuidados necessários, possibilitando um diagnóstico preciso e um planeamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Assim este trabalho de projeto da consulta visará como objetivos:

- Alertar para a Importância de uma consulta de acolhimento ao doente bem como de uma avaliação de enfermagem e do seguimento do doente neste âmbito.
- Construir um instrumento de colheita de dados que permita a avaliação global do doente, onde conste espaço para colheita de dados pessoais; anamnese da DRC, outras doenças e problemas associados (Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA), bem como problemas psicossociais...); e onde possam ser identificadas deficits e necessidades de autocuidado, bem como áreas de necessidade de educação para a saúde de cuidados a ter.
- Escolher um instrumento de avaliação do grau de dependência do doente, com a finalidade de: definir o nível e a necessidade de cuidados de enfermagem que o mesmo necessita; se há necessidade de realizar ensinamentos à família, ou incluí-la de alguma forma na prestação de cuidados; que ajude a chefia de enfermagem a fazer uma distribuição equilibrada de doentes por turno, tendo em conta o seu grau de dependência e o nível de necessidade de cuidados de enfermagem; que ajude simultaneamente a realizar uma distribuição adequada dos doentes na sala diálise, permitindo que os mais dependentes usufruam de uma visualização mais direta por parte dos enfermeiros;

- Salientar a importância da educação para a saúde no autocuidado do doente.
- Abordar os recursos materiais e humanos previstos para a realização da consulta, desenhando a sua operacionalização prática.

No que respeita à consulta em si, que aqui pretendo planear, visará realizar um acolhimento aos doentes que vão iniciar TSFR nesta unidade de HD, bem como uma avaliação dos mesmos que se quer periódica, tendo como objetivos:

- Conhecer o doente de um modo mais envolvente na sua dimensão holística biopsicossocial e espiritual.
- Explicar o funcionamento da clinica e mostrar a área de tratamento da clinica, se o doente ainda não conhecer.
- Perceber o que o doente sabe sobre a sua doença, e sobre o seu autocuidado nesta condição, realizando o aporte educacional necessário.
- Perceber o que o doente sabe sobre as TSFR em especial a HD, realizando o aporte educacional necessário.
- Registrar os dados do doente e a informação colhida na consulta, no instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem criado neste trabalho e referido anteriormente.
- Realizar uma avaliação do grau de dependência do doente através do instrumento escolhido para tal neste trabalho.
- Clarificar o tratamento de HD, esclarecendo dúvidas e os cuidados que o doente deve ter para a manutenção do seu estado de saúde.
- Realizar educação sobre os cuidados a ter com o acesso de HD, colocando folha de avaliação de acessos vigente na unidade de HD no processo do doente.
- Diagnosticar problemas ao nível de conhecimentos sobre os cuidados alimentares.

Estabelecer relação com familiar / cuidador principal, envolvendo-o no processo.

- Identificar se há alguma necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar (assistente social, dietista) ou exterior a esta (associação de diabéticos, psicólogo) e proceder ao encaminhamento.

1. A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ESTA UNIDADE SATELITE DE HD.

O termo Consulta de Enfermagem pode ser definido como uma atividade autónoma do enfermeiro, que é baseada em metodologia científica, e que permite a este formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação com o objetivo de reformulação das intervenções de enfermagem no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Carvalho e Cristão, 2012). Ainda para Araújo e Rosas (2008), o termo “consulta de enfermagem” prende-se com avaliação do doente, seguindo os princípios para os quais é competência do enfermeiro, identificar problemas de enfermagem, definir necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do doente, através de evidências, para então desenvolver as ações de enfermagem adequadas. Santos e Oliveira (2004) referem que a consulta de enfermagem é permeada pelas ações educativas em saúde, que possibilita aos doentes condições favoráveis para o desenvolvimento das habilidades para o autocuidado.

Nesta unidade Satélite de HD considero ser pertinente a implementação de uma consulta de enfermagem pois nela são assistidos atualmente cerca 183 doentes, havendo regularmente a entrada de novos doentes predominantemente com um espectro acima dos 60 anos de idade como nos mostra o gráfico do primeiro e segundo trimestres deste ano (anexo I), alguns aparentam elevada dependência associada a comorbilidades. De salientar aqui que a principal doença de base, referida como causa da IRC destes doentes, e que os acompanha posteriormente ao longo do processo de doença por toda a vida é a DM, seguida da HTA (anexo I). Estes dados coincidem com vários autores que referem a DM, HTA e Glomerulonefrite como causas mais comuns da DRC (Horigan, Rocchiccioli, e Trimm (2012). Por sua vez Meaney (2012) refere que com o numero crescente de doentes diabéticos com IRC a realizar TSFR, especialmente a HD os coloca em alto risco para aparecimento de isquemia e ulceras neuropáticas nos pés que podem levar a amputação, conseqüente aumento de dependência e diminuição da qualidade de vida. De acordo com estes resultados vem o

relatório de atividades do ano de 2012 desta unidade de HD (anexo II), que refere a isquemia / necrose dos membros como tendo sido, por 17 vezes a causa de internamento de doentes desta unidade de HD. Meaney (2012) refere ainda que os enfermeiros de HD estão numa posição central para educar e iniciar supervisão de bons cuidados com os pés, em doentes renais, e cita o International Working Group on the Diabetic Foot (2007), para dizer que uma educação e acompanhamento pela equipa multidisciplinar do pé diabético, identificando o risco precoce de problemas, pode reduzir em 85% as amputações de membros. Penso assim fazer todo o sentido que um dos âmbitos da consulta de enfermagem que pretendo implementar, seja a avaliação dos problemas oriundos da diabetes nos doentes da SPD com a devida educação e orientação, para o autocuidado, despiste precoce e encaminhamento do doente se necessário.

Sinto também a falta de um espaço específico de enfermagem nesta unidade, onde possam ser abordados e avaliados todos os parâmetros que afetam o doente para além do tratamento de HD em si, pois como referem Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) o potencial da consulta de enfermagem é destacado como uma estratégia de cuidado importante e muitas vezes resolutive, que se caracteriza por uma ação autónoma do enfermeiro, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de situações evitáveis. Este tipo de avaliação só será verdadeiramente possível com um tempo e espaço próprio, onde seja permitido o estabelecimento de comunicação e uma relação terapêutica de confiança mútua com o doente. Também Carvalho e Cristão (2012) referem que a consulta deve ser um espaço onde se tenta obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, segurança e onde enfermeiro e doente definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde.

Por sua vez Santos, Fernandes, e Oliveira (2012) referem-se ao acolhimento do doente também como uma atitude que o profissional de saúde deve procurar, de modo a ser promotor do vínculo entre profissionais de saúde utentes, e família, gerando relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, proporcionando maior adesão ao tratamento e uma melhor organização dos serviços. Kim, Evangelista, Phillips, Pavlish e Kopple (2010) referem que quando surge o tratamento da DRC, inicia-se uma mudança completa na vida dos doentes, sendo a adaptação um processo complexo, e o sucesso dessa adaptação ao tratamento dependente da adesão do doente ao regime terapêutico. Carvalho e Cristão (2012) defendem

que o enfermeiro tem um papel fundamental no acolhimento e melhoria da qualidade de vida do doente e por isso deve desenvolver competências para o ajudar a aceitar o tratamento e aderir ao plano de cuidados delineados, envolvendo-o no mesmo, pelo que deve alargar o seu campo de competências, indo além da mera realização de técnicas segundo prescrição médica, já que estas só têm fundamento se forem inseridas na relação do conhecimento da pessoa a cuidar.

Castner (2011) refere que os doentes a realizarem HD são comumente afetados por uma infinidade de problemas clínicos que necessitam de avaliação e monitorização contínua, incluindo diabetes, anemia, doença óssea e cardiovascular, desnutrição, complicações com o acesso vascular e gestão de volume hídrico, e que por isso são internados em média, duas vezes por ano por um período estimado de 14 dias. O relatório de atividade desta unidade de HD revela uma realidade de 98 internamentos durante o ano de 2012 (anexo III). Castner (2011) refere ainda que a predominância de internamentos ocorre nos três meses imediatamente após início de HD, o que remete para a importância do acolhimento ao doente, que deve ser realizado com educação para a saúde adequada, reduzindo o risco de problemas imediatos associados ao início de HD e consequente internamento. Freitas et al (2011) referem as complicações dos acessos vasculares como responsáveis por 25% do total de hospitalizações no primeiro ano de tratamento, por sua vez Bento e Brofman (2009) demonstram a importância da consulta de enfermagem, constatando que esta intervenção com carácter educativo e de capacitação ao desenvolvimento de autocuidado, associadas ao tratamento terapêutico adequado, reduzem a frequência de internamento hospitalar dos doentes, sendo representada essa redução por uma diferença significativa, de 81,5% para 18,5%, salientando-se aqui o valor major da consulta de enfermagem nos ganhos em saúde para o doente e para a sociedade.

Segundo Bonner Wellard, e Caltabiano (2008), os doentes renais, especialmente os submetidos a HD, reduziram os seus níveis de aptidão e capacidade para realizarem atividades regulares, estando uma série de doenças e fatores associados, havendo um consequente impacto sobre as rotinas e atividades de vida diária. O encaixar de 4 horas de tratamento três vezes por semana vem por si só alterar grande parte das rotinas dos doentes, sentindo-se estes vulgarmente cansados após o tratamento, revelando incapacidade para tarefas simples. Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) referem ainda que os sintomas apresentados por doentes em

tratamento hemodialítico traduzem-se em diversos graus de limitação: física, de condições de trabalho e emocionais. Estes doentes dependem do tratamento tecnológico avançado para sobreviverem, levando a perdas e limitações no seu quotidiano, e a mudanças bruscas nas suas vidas, de âmbito biopsicossocial, que interferem na qualidade de vida, tornando-os desanimados, desesperados e, muitas vezes, devido a isso ou por falta de orientação, abandonam ou descuidam o autocuidado necessário para garantir melhor qualidade de vida. É assim realçado a necessidade de orientação na adaptação ao novo estilo de vida para que assumam e se corresponsabilizem pela otimização do tratamento da DRC.

Segundo Araújo e Rosas (2008), os doentes procuram a consulta de enfermagem para orientação da prática de autocuidado, sendo que, diante de patologia crónica de alta gravidade, procuram a consulta de enfermagem, para adquirir informações acerca da doença e do tratamento. Santos e Oliveira (2004), por sua vez, encontram resultados satisfatórios na consulta de enfermagem no que respeita à redução de fatores de risco e na otimização dos diagnósticos de enfermagem, destacando a sua importância na redução de complicações para os doentes e na melhoria da qualidade de vida.

Carvalho e Cristão (2012), referem-se à consulta de enfermagem como um lugar privilegiado para o enfermeiro desenvolver cuidados dirigidos ao doente e às suas pessoas significativas, uma vez que este é um espaço excecional para implementar uma postura ativa e autónoma na prestação do autocuidado, pelo que o fornecimento de informação ajustada a cada doente, na consulta de enfermagem, possibilita minorar as consequências e melhor adaptação ao tratamento, promovendo o autocuidado, revelando-se este primordial para que o doente adquira um papel ativo e controlador no processo da doença, devendo por isso assumir destaque central na consulta de enfermagem.

Ainda a ressaltar o valor da consulta de enfermagem, vem o significado que os próprios doentes lhe atribuem. Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, e Lima (2012) relatam que os doentes identificam a consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, de aquisição de informações e de satisfação biopsicossocial, destacam ainda que os doentes percecionam a consulta de enfermagem como diferente da consulta médica, sendo que favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual, marcada pela flexibilidade e informalidade, que proporciona ao doente uma participação ativa no processo de atendimento,

favorecendo a liberdade de expressão, sabendo o enfermeiro ouvir o doente percebendo-o como ser único, de onde ressaltam sentimentos como a valorização, que se refletem na melhor adesão do doente aos cuidados e esquemas terapêuticos, já que estes necessitam de relações de confiança para reduzir o medo, a ansiedade e restabelecer a saúde.

2. ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE NA UNIDADE DE HD

2.1 O que se faz atualmente

Atualmente os doentes que são admitidos nesta unidade de HD são enviados dos serviços hospitalares de nefrologia, podendo terem já induzido a TSFR por HD nos serviços em questão ou podendo iniciar a indução do tratamento nesta mesma unidade. Quando reencaminhados para a unidade de HD é lhes atribuído um médico nefrologista da unidade, que será o seu médico responsável, é lhes marcada então uma consulta de avaliação médica inicial, que costuma acontecer dois ou três dias antes de o doente iniciar HD na clínica, e a partir da qual é definido o seu plano terapêutico. Em nenhum destes passos o enfermeiro está presente, ou tem qualquer conhecimento do processo do doente até este entrar na sala no dia do primeiro tratamento, apenas com uma prescrição médica em processo que não relata em nada a história do doente.

Uma vez em sala de HD, o enfermeiro que fique responsável pelo doente, terá que no decorrer do processo agitado de mudança de turno, e início da nova sessão de HD, conseguir recolher o mínimo de informações suficientes sobre o doente, para garantir que lhe presta os cuidados adequados e lhe inicia o tratamento em segurança. Terá de o fazer em plena sala de tratamento com os outros doentes em redor o que o limitará em questões para não desrespeitar a privacidade do doente, e portanto ficando a conhecer pouco o doente. No caso de o doente ser pouco orientado, e mostrar dificuldade em fornecer informação ao enfermeiro, tem de por vezes chamar-se o médico à sala para se tentar saber dados sobre o doente, algo que se existisse uma consulta de enfermagem, poderia ficar resolvido com inclusão da família na mesma facilitando o conhecimento do doente, ao mesmo tempo que se poderia estabelecer um elo de parceria no cuidar daquele doente. No espaço comum da sala de HD é também mais difícil o estabelecimento de conversas francas e empáticas entre o doente e o enfermeiro, de modo que o doente se sinta confortável para partilhar os seu problemas e preocupações.

Para além de tudo isto os dados de que o enfermeiro toma conhecimento e todo o trabalho de anamnese que possa fazer com o doente, não fica registado em nenhum sítio, não havendo

nenhum instrumento para registo de colheita de dados de enfermagem, o que não beneficia o conhecimento do doente por toda a equipa de enfermagem, e a continuidade de cuidados.

Fica assim patente a falta de um espaço específico de enfermagem e de um tempo próprio nesta unidade para acolhimento e avaliação do doente, sendo que atualmente o primeiro contacto que temos com este é quando este nos chega à sala de HD para realizar o primeiro tratamento, sem dados de enfermagem colhidos anteriormente, apenas com uma prescrição médica no processo clínico, o que torna a nossa atuação meramente prática e técnica, não se praticando a verdadeira essência de enfermagem no seu conceito mais avançado, uma vez que, no momento do tratamento, não há espaço físico nem temporal para conhecer o doente e o seu contexto sociocultural e espiritual. Doss, DePascal e Hadley (2011) referem que, atualmente o modelo de atenção utilizado nas unidades de HD coloca o doente como um elemento com papel passivo, sendo visto como mero recetor do tratamento, com o prestador de serviço clínico como decisor dominante, o atendimento prestado é centrado na doença, isto é, o prestador não faz mais do que prescrever e escolher para o doente aquilo que ele tem de cumprir. Associado a isto, o doente muitas vezes demonstra uma clara limitação de conhecimentos sobre o tratamento que vem realizar.

Esta conjugação leva à necessidade sentida de atribuir ao doente um papel mais ativo no seu processo de doença e de o incluir como parceiro na planificação dos seus cuidados onde deve também ser incluído o seu familiar / prestador de cuidados. Isto pode ser facilitado através da consulta onde pode ser estabelecido um momento de relação terapêutica empática com ambos.

Questionando de modo informal os doentes com grau de orientação mais elevado que mais recentemente iniciaram TSFR nesta unidade: se gostariam de ter tido um momento de acolhimento por parte da equipa de enfermagem, em que o funcionamento da clinica fosse explicado, e pudessem colocar as suas dúvidas iniciais, e eventualmente conhecerem a sala de HD, antes de iniciarem o tratamento nesta unidade?

Todos eles referem que teria sido importante, alguns referem que o primeiro dia foi um dia de grande ansiedade tendo-lhes retirado o sono nas noites anteriores, pois como referiu um doente: “não sabia ao que vinha, e só ouvia dizer que era um tratamento muito difícil. É verdade que não é a coisa mais agradável do mundo, mas se tivesse conhecido este ambiente acolhedor antes, e que são 4 horas em que se podia ver televisão e até comer, não teria andado

tantos dias ansioso... (riu-se).” Outro doente referiu ainda que teria sido importante, para descansar a esposa que andou mais ansiosa do que ele próprio: “ela achava que eu ia sofrer muito com isto, e ainda hoje acha, (passado duas semanas de ter iniciado o tratamento), cada vez que venho para cá está sempre um pouco preocupada e liga varias vezes para saber se está tudo bem, se tivesse falado convosco talvez ficasse mais descansada.”

A consulta de enfermagem com as suas características já referidas poderá, amenizar estas e outras situações vindo de encontro às necessidades dos doentes, e assim melhorar a prestação dos cuidados, possibilitando inclusive aos familiares interessados a serem verdadeiros parceiros de cuidados, podendo interagir com o profissional de enfermagem, em prol da melhor resposta às necessidades do doente.

2.2 O que proponho

Pela sua importância já referida, proponho uma consulta de enfermagem, que possibilite o acolhimento adequado a novos doentes, com um espaço e tempo próprio, onde se possa também realizar uma avaliação de enfermagem periódica com a possibilidade de abordar o doente nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Segundo Pontes (2009) ao abrigo da Joint Commission International (JCI), a avaliação dos doentes deve integrar processos, como: a recolha de informações e dados sobre a condição física, psicológica e social do doente, e sobre o seu historial de saúde; a análise desses dados e informações para identificar as necessidades de cuidados do doente; e por fim o desenvolvimento de um plano de cuidados para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas no doente. Após a avaliação inicial do doente, o processo de enfermagem ganha seguimento, pondo em prática as intervenções de enfermagem planeadas, e a posterior avaliação dos seus resultados.

Ainda segundo a JCI as avaliações dos doentes são recomendadas para considerar a condição de saúde do doente, as suas necessidades de prestação de cuidados, e as suas solicitações ou preferências (Pontes, 2009). Para Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) a avaliação das necessidades de orientação de enfermagem do doente em HD são atribuídas ao autocuidado, também Salvadori, Lamas e Zanon (2008), referem que uma assistência de enfermagem com acurada identificação de problemas biopsicossociais e espirituais do doente pode oferecer condições para o alívio dos sintomas do doente crónico através de intervenções bem estruturadas, sendo para isso necessário que a assistência de enfermagem se guie por uma

teoria que possa contemplar essa avaliação global do doente, como a proposta por Dorothea Orem sobre o autocuidado. Santos, Rocha, e Berardinelli (2011) relacionam esta teoria com as necessidades do DRC afetadas e avaliadas pelo instrumento da qualidade de vida: *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*, referindo que 60,47% dos doentes renais avaliados se encontravam no sistema totalmente compensatório à luz da teoria do autocuidado de Orem. Os autores referem que a pessoa com DRC apresenta necessidades de orientação para o autocuidado em problemas relacionados com terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da HD, acesso artério-venoso, anticoagulação, doenças associadas, prática de atividade física, problemas de saúde emocional, a associação a grupos, atividades de lazer e défices na capacidade funcional por sobrecarga da doença renal. Sendo que a pessoa que detêm um bom conhecimento e informação sobre o tratamento, sabe sobre as suas complicações, como atuar e preveni-las, sendo por isso a educação para a saúde, um importante preditor da melhoria de autocuidado na pessoa com DRC.

Proponho então, para a melhor percepção das necessidades de autocuidado do doente, que a recolha de informação nesta consulta seja realizada através da criação de um instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem direcionado para o doente renal, este instrumento visará alcançar intervenções de enfermagem estruturadas, e para tal procurará ter por base a já referida Teoria do Deficit de Autocuidado de D. Orem por esta apresentar um dos modelos que pode direcionar as ações do enfermeiro e responder as necessidades de autocuidado da pessoa com doença crônica, como refere Salvadori, Lamas e Zanon (2008).

Para um conhecimento mais profundo sobre as verdadeiras necessidades da pessoa com DRC, este Instrumento de colheita de dados, será aplicado conjuntamente com um instrumento padronizado de avaliação do grau de dependência do doente, que permitirá ao enfermeiro avaliar a capacidade do doente para realizar determinadas Atividades de Vida Diária (AVD), percebendo as suas reais necessidades de autocuidado. A aplicação conjunta destes instrumentos visará ainda a gestão de uma adequada e equilibrada distribuição dos doentes por turnos tendo em conta o seu grau de dependência. Similarmente a junção dos dois instrumentos contribuirá para uma maior percepção e análise das necessidades de autocuidado do doente, permitindo a planificação de cuidados de enfermagem estruturados, mantendo por base a teoria do autocuidado de D. Orem.

Salvadori, Lamas e Zanon (2008) referem, que um tipo de desvio de saúde contemplado por Orem é o permanente relacionado com doenças crônicas, encontrando-se por isso diversos trabalhos na literatura que mostram o uso da teoria de Orem em doentes crônicos, necessitando estes de uma assistência de enfermagem efetiva e estruturada para que os sintomas da doença e os seus graus de dependência a longo prazo sejam minimizados ou enfrentados com eficiência, pelo que defendem que a teoria do autocuidado elaborada por Orem parece ser um caminho para alcançar uma assistência de enfermagem mais eficaz, por isto proponho a sua utilização como guia teórico orientador desta consulta.

2.2.1 Teoria do Autocuidado

O autocuidado é o elemento considerado central por Dorothea Orem na sua grande teoria de enfermagem. Para Orem (1993, p. 190), “as pessoas que realizam o seu autocuidado são conhecedoras de si próprias, dos seus estados funcionais e dos cuidados que necessitam. Querem saber, valorizam, investigam, emitem juízos e tomam decisões. Preocupam-se com o rumo para a obtenção de resultados e são capazes de se orientar no seu meio”.

Dorothea Orem, ao longo da sua carreira, obteve vários títulos e realizou vários trabalhos, tendo deixado como marco para a enfermagem a sua teoria geral denominada Teoria do Déficit do Autocuidado, que na realidade é composta por três teorias interligadas: teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do autocuidado e teoria do déficit de autocuidado (George, 2000). A teoria de Orem contempla o paradigma da Integração, que assenta na visão da pessoa como ser biopsicossocial, e espiritual, em que os cuidados de enfermagem devem envolver a pessoa na sua ação, procurando, desta forma, satisfazer as suas necessidades (Silva, 2002). A teoria de Orem inclui-se assim na Escola das Necessidades, procurando-se assistência nas AVD, e no déficit das capacidades para o autocuidado, visando ajudar a pessoa a adaptar-se aos seus problemas, reduzindo esse déficit (Rosa e Basto, 2009, p. 20)

Na sua trilogia de teorias, Orem refere-se à **teoria do autocuidado**, definindo o autocuidado como “a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar “ (George, 2000, p. 84). Para esta teoria Orem estabelece requisitos de autocuidado e classifica-os em três categorias: universal, desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos universais prendem-se com a manutenção da integridade estrutural e funcional física básica do ser humano, como respiração e ingestão suficiente de água e alimento, entre outros; por fim os requisitos de autocuidado no desvio de saúde são

exigidos em condições de doença, ou lesão que pode ser transitória ou permanente (George, 2000, p. 85). Este segundo tipo de desvio de saúde (permanente) está relacionado com doenças crônicas como a DRC, ou as comorbilidades que frequentemente a envolvem como: HTA, e diabetes (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

Orem estabelece seis requisitos para o autocuidado por desvio de saúde, são eles: procura e garantia de assistência adequada; consciencialização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados de doença; execução efetiva de medidas prescritas; consciencialização e atenção, a efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas; modificação do autoconceito (e da auto-imagem), na aceitação de si como estando num estado especial de saúde que necessita de formas específicas de cuidado; aprendizagem da vida associada aos efeitos e condições do estado de doença, bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

A **Teoria do déficit de autocuidado** é por sua vez tida como o núcleo da teoria geral de Orem, pois define quando enfermagem é necessária, isto é, quando a pessoa não tem capacidade para se autocuidar, total ou parcialmente. Esta limitação pode estar presente quando o cuidado necessário exige além da habilidade ou capacidade da pessoa, novos conhecimentos que poderão ser adquiridos através de treino e experiência, ou quando necessita de ajuda para recuperar da doença ou da lesão. Orem estabelece neste domínio cinco métodos de ajuda: “agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar” (George, 2000, p. 86).

Por fim a **Teoria dos sistemas** é direcionada para o tipo de sistema de enfermagem que o enfermeiro necessita pôr em prática, para dar resposta às necessidades resultantes do déficit de autocuidado do doente. Orem estabeleceu três sistemas de enfermagem onde se pode incluir o doente, para dar resposta ao seu autocuidado: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo é incapaz de se autocuidar, estando dependente de outros. No sistema parcialmente compensatório, tanto a pessoa como o enfermeiro desenvolvem ações de cuidar, sendo a limitação restringida a alguns cuidados. No sistema apoio-educação, o

enfermeiro promove o autocuidado da pessoa, fornecendo o conhecimento e orientação necessários ao desenvolvimento de habilidades para autocuidado (George, 2000). Os três sistemas podem ser aplicados a um mesmo indivíduo, o doente pode passar por todos os sistemas num curto período de tempo, não concomitantemente, de acordo com o desenvolvimento de seu estado de saúde (Salvadori, Lamas e Zanon, 2008).

O instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem do doente renal que aqui desenvolvo, e proponho, procurará assim ter por base os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem, investigando no doente fatores pessoais, fatores de autocuidado universais, fatores de desenvolvimento, e os desvios de saúde. A partir dos dados colhidos com base nestes pressupostos espera-se uma posterior análise que leve à identificação de deficits de autocuidado existentes, de modo a dar seguimento à aplicação do processo de enfermagem segundo Orem, direcionando para uma planificação de cuidados de enfermagem que otimize tanto quanto possível o autocuidado da pessoa com DRC (quadro 1).

Quadro 1 – Aplicação da teoria de Orem ao Processo de Enfermagem (George 2000)

Fatores pessoais	Autocuidado de desenvolvimento	Autocuidado universal	Desvios de saúde	Deficits de autocuidado
Dados sociodemográficos pessoais como: idade; sexo; altura; peso; cultura; raça/etnia; estado civil; religião; ocupação.	Necessidades especializadas para o processo de desenvolvimento Novos requisitos de uma condição Requisitos associados a um evento de vida	Requisitos relacionados com necessidades de: ar; água; alimento; eliminação; Atividades de repouso, de interação social, e de solidão; Perigos para a vida e o bem estar Promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano	Referencia de: Condição de Saúde ou lesão. Tratamentos para corrigir a condição.	Resultado da análise da diferença entre as necessidades e as capacidades de autocuidado

O instrumento de colheita de dados e avaliação do doente renal, será estruturado com base em perguntas de resposta rápida, mas que abram mote à educação para a saúde, e ao acolhimento por parte do enfermeiro. Foi ainda solicitada a opinião sobre a sua estrutura à equipa de enfermagem da unidade de HD, tendo sido previamente distribuído um esboço do instrumento pela equipa solicitando, críticas e sugestões, sendo o resultado final o instrumento que aqui se apresenta, e de onde resultou também a ideia de um guia de instruções para facilitar e uniformizar a sua aplicação (anexo III).

3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO DOENTE RENAL

Unidade de Cuidados:

Nome:

Colocar etiqueta de

Processo:

identificação

Data Nascimento:

1- Fatores pessoais e condicionantes básicos:

Nome pelo qual gosta de ser chamado: _____ Idade: _____

Sexo: M ___ F ___ Filhos: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

Profissão: _____ Estado civil: _____

Com quem vive: _____

Prestador de cuidados: Não ___ Sim ___ Parentesco/Nome: _____

_____ Telefone: _____

Peso Seco: _____ Altura: _____ IMC _____ Ganho de peso médio entre diálises _____

Detém conhecimentos sobre a importância do controlo do peso? _____

2- Requisitos de desenvolvimento:

2.1- Doenças da infância: _____

2.2- Doenças familiares: _____

2.3- Aparecimento da doença renal (início do seguimento em nefrologia) _____/_____/_____

2.4- Seguimento da DRC controlado em consulta de nefrologia? _____

2.5- Data de Início de Tratamento com TSFR ____/____/____ Qual _____ Onde _____

2.6- Data de Início de Tratamento com HD ____/____/____ Onde _____

2.7- Data de admissão na clinica ____/____/____ Estado de adaptação _____

2.8- Comorbilidades associadas: HTA _____ Diabetes _____ Cardiovascular _____ doença óssea _____

Outras _____

2.9- Adaptação à DRC (dificuldades, trabalho familia, etc...) _____

2.10- Relacionamento familiar (apoio) _____

3- Requisitos universais para o autocuidado:

3.1- Nível de consciência: Consciente Orientado _____ Consciente Desorientado _____ **

3.2- Capacidade de entendimento: Boa ___ Razoável ___ Pouca ___ * Muito Pouca ___ ** Demência ___ **

3.3- Higiene corporal: Cuidada _____ Descuidada _____ Causa? _____

3.4- Sistema urinário - Urina: Sim _____ Não _____ Volume Médio diário: _____

3.5- Detém conhecimentos sobre a importância do controlo da ingestão de líquidos Sim _____ Não _____

3.6- Sistema intestinal: periodicidade de dejeções _____ (educação sobre alimentos)

3.7- Membros inferiores: Presença de edemas – Sim ___ Não ___ (educação para autocontrolo)

3.8- Alimentação do DRC, Conhecimentos: Sim ___ Não ___ (realizar educação / encaminhar para dietista)

3.9- Hábitos e consumos – Tabágicos: Sim/Nºc. ___/___ Não ___ Etílicos: Sim ___ Não ___

Outros _____

3.10- Sistema sexual e reprodutor: Abordar o doente, perceber as suas preocupações sobre sexualidade, e necessidades de esclarecimento? Desejos em relação à parentalidade?

3.11- Atividades, lazer, repouso: (abordar, e a importância de períodos de lazer e repouso, para o bem estar físico e mental). _____

4- Desvio de saúde:

4.1- Sabe o que é a DRC: Sim ___ Não ___; e a importância de cumprir o plano de HD: Sim ___ Não ___

4.2- Conhecimentos sobre possíveis intercorrências durante o tratamento com HD: Sim ___ Não ___

4.3- Conhecimentos sobre cuidados a ter com o acesso de HD: Sim ___ Não ___

4.4- Conhecimentos sobre a toma e gestão de terapêutica prescrita para ambulatório: Sim ___ Não ___

4.5- Conhecimentos no autocuidado de comorbilidades associadas (DM, HTA, etc): Sim ___ Não ___

Se doente com DM; avalia glicemias: Sim ___ Não ___; Valores Habituais: ___ Cuidados com os pés:

Sim: ___ Não ___; Avaliação dos pés: _____

4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Proponho também a avaliação do grau de dependência do doente nesta consulta de enfermagem, pois como referem Bonner Wellard, e Caltabiano (2008) é importante que o enfermeiro compreenda o impacto da doença renal crónica na capacidade de realizar atividades da vida diária, e a necessidade de introduzir uma avaliação dessas atividades diárias para todos os doentes. Segundo Fonseca e Rizzoto (2008) a aplicação de instrumentos de avaliação do grau de dependência pode ser importante para o diagnóstico, pois identificam e evidenciam problemas, contribuindo para o planeamento dos cuidados de saúde.

Vários são os instrumentos existentes para a avaliação do grau de dependência. Existem várias escalas de diversos autores, adaptadas a situações funcionais mais ou menos específicas, determinando a capacidade e a incapacidade da pessoa de modo global ou especificamente para alguma tarefa. Após alguma análise, a escolha do instrumento de avaliação do grau de dependência incidiu sobre a escala ou índice de Barthel. O índice de Barthel é como refere Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional para a realização das atividades básicas de vida diária, os autores citam Lage (2005) ao referi-la como a escala mais adequada à avaliação das AVD, também referidas por Orem nos seus requisitos universais de autocuidado. Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007) por reconhecerem a importante utilidade deste instrumento na avaliação da população idosa em Portugal, sendo esta a mais vulneravelmente dependente, (que é também a população predominante na clínica (anexo I)), procederam à validação do índice de Barthel para a população portuguesa no ano de 2007. Sendo que a norma da DGS (2011) sobre acidente vascular cerebral, também o reconhece como escala standardizada para avaliação do grau de dependência.

Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), revelam no estudo de validação do índice de Barthel, que este é efectivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96) apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r =$

0,66 e $r = 0,93$, e citam trabalhos de Paixão e Reichenheim (2005) sobre um estudo de comparação com 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, que confirma que o índice de Barthel, possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes. O índice de Barthel é ainda referido por Azeredo, e Matos (2003), como o recomendado para doentes com patologia crónica, pela sua natureza de avaliação de AVD, tendo como concorrente direto o índice de Katz, no entanto este último é expresso em letras sendo mais específico para tarefas determinadas, enquanto o índice de Barthel já quantifica, e oferece uma avaliação mais global entre independente e dependente nas AVD.

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007), citando Mahoney e Barthel (1965), o índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida, são elas: Alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação de avaliação varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas, correspondendo o valor de 60 ao Ponto de Viragem, entre independência / dependência, sendo que os autores referem que com um valor acima de 60, a maioria dos doentes são independentes para cuidados pessoais essenciais como deslocar-se sem auxílio, comer, asseio pessoal ou controlo de esfíncteres, e com valores iguais ou superiores a 85, os indivíduos são habitualmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima. Para Azeredo e Matos (2003) uma pontuação de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência.

O índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais em cada atividade avaliada, permitindo conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades, o que faz com que dois indivíduos com a mesma pontuação global possam necessitar de cuidados diferenciados de acordo com as atividades para as quais demonstrem maior incapacidade. O índice de Barthel, é também apresentado por Araújo, Ribeiro, Oliveira, e Pinto (2007) como sendo fácil nas suas instruções de aplicação e interpretação (anexo IV),

contendo baixo custo de aplicação e pode ser repetido periodicamente permitindo monitorizações longitudinais, e consumindo pouco tempo no seu preenchimento.

Pelas várias razões enunciadas considero que para a fácil, rápida e fidedigna, avaliação do grau de dependência, nesta consulta, o índice de Barthel será adequado.

5 - ESCALA DE BARTHEL (DGS, 2011)

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

6. PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Após a colheita de dados na consulta, e com base no modelo de Orem, proponho ainda uma planificação de cuidados de enfermagem ao doente através da investigação dos fatores pessoais, do autocuidado universal, do autocuidado de desenvolvimento, e da identificação dos desvios de saúde, de onde devem ser analisados os deficits de autocuidado que segundo George (2000) para Orem se traduzem como o resultado da diferença entre as necessidades e as capacidades de autocuidado. Após esta análise o processo de enfermagem, ganha seguimento com a elaboração de um plano de cuidados, em que para Orem o primeiro ponto se traduz pelos diagnósticos de enfermagem onde se determina se a enfermagem é necessária e em que medida, caracterizando-se por determinar os deficits ou riscos para autocuidado do doente. Num segundo ponto após o diagnóstico de enfermagem à luz do modelo de Orem são planificadas metas e objetivos para melhorar o autocuidado do doente, e mediante isso é definido o método de ajuda e identificado o tipo de sistema de enfermagem que o doente necessita podendo ser um sistema de apoio-educação, sistema parcialmente compensatório, ou sistema totalmente compensatório, (George, 2000). Segundo o mesmo autor as metas devem ser congruentes com os diagnósticos de enfermagem para permitir que o doente se torne num agente eficiente de autocuidado. No terceiro ponto do plano de cuidados Orem refere-o como o delinear das intervenções de enfermagem, e a sua implementação efetivando o tipo de sistema de enfermagem definido. Por fim as intervenções de enfermagem implementadas ao doente à luz de Orem devem ainda ser avaliadas tendo por base a evolução do doente nas respostas às suas necessidades de autocuidado, onde similarmente se deve avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem para promover no doente a sua melhoria no autocuidado.

No caso particular desta consulta de enfermagem considero que o plano de cuidados elaborado na primeira consulta deve ser passível se ser avaliado após as intervenções de enfermagem no decorrer da prestação de cuidados do enfermeiro no dia á dia, mas deve merecer uma avaliação global na consulta de enfermagem seguinte, com o tempo e espaço onde é possível discuti-lo melhor, com o doente.

Para melhor compreensão e percepção da apresentação do plano de cuidados de enfermagem à luz de Orem, expõem-se o diagrama a baixo.

Quadro 2- Plano de cuidados baseado na teoria do autocuidado de Orem (George, 2000).

Diagnóstico de Enfermagem	Planificação	Intervenções a implementar	Avaliação da evolução
<i>Baseado nos déficits de autocuidado</i>	<p>A. Metas e objectivos de enfermagem</p> <p>1- <i>Congruentes com o diagnóstico de enfermagem</i></p> <p>2- <i>Baseado nas demandas de autocuidado</i></p> <p>3- <i>Promovam o doente como agente de autocuidado</i></p> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <p>1- <i>Totalmente compensatório</i></p> <p>2- <i>Parcialmente compensatório</i></p> <p>3- <i>De apoio educação</i></p> <p>C- Métodos de ajuda:</p> <p>1- <i>Orientação</i></p> <p>2- <i>Apoio</i></p> <p>3- <i>Ensino</i></p> <p>4- <i>Agir ou fazer por</i></p> <p>5- <i>Proporcionar um ambiente de desenvolvimento.</i></p>	<p><i>Ações enfermeiro-doente para:</i></p> <p>A- Promover o doente como agente de autocuidado</p> <p>B- Preencher as necessidades de autocuidado</p> <p>C- Diminuir as necessidades de autocuidado</p>	<p><i>Eficácia da relação de ações enfermeiro- doente para:</i></p> <p>A- Promover o doente como agente de autocuidado</p> <p>B- Preencher as necessidades de autocuidado</p> <p>C- Diminuir os déficits de autocuidado</p>

Este plano de cuidados depois de elaborado deverá ficar juntamente com o registo da colheita de dados e de avaliação do grau de dependência do doente, sendo colocados no processo do doente para que sejam de fácil consulta pelo enfermeiro, de modo a obter um conhecimento rápido do trabalho já realizado com o doente, saber quais as suas necessidades assinaladas, e as intervenções programadas, para lhes poder dar seguimento, e reformula-las caso considere necessário. O enfermeiro pode dar assim continuidade aos cuidados, e pode também realizar a avaliação após alguma intervenção, sempre que considere oportuno. Para além desta manipulação do plano no decorrer da prestação de cuidados do dia-a-dia, a avaliação e reformulação global do plano deve ser realizado na consulta seguinte em colaboração com o doente.

7. DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO AUTOCUIDADO

Pacheco, Santos e Bregman (2007) referem que o doente que inicia um programa de HD é submetido a muitas mudanças no seu cotidiano, tais como cuidados com a alimentação, controle da ingestão de líquidos, cuidados com a fístula arteriovenosa, além da necessidade de seguir um programa de tratamentos de cerca de 4 horas 3 vezes por semana determinado numa escala cujos dias e horas definidas são imprescindíveis de comparecerem e aderirem. Todas estas mudanças criam necessidades de adaptação e desencadeiam sentimentos de revolta e conflito interior na pessoa, os quais podem interferir na adesão à terapia. Lingerfelt e Thornton (2011) referem que é provável que o aumento do conhecimento do doente sobre DRC permita uma melhor gestão para o autocuidado, incluindo melhoria na alimentação, na adesão à medicação e ao tratamento, com melhores cuidados à FAV. Os autores referem ainda, que uma educação estruturada em várias fases pode melhorar o conhecimento do doente sobre a doença renal terminal e o seu autocuidado.

Mollaoglu, Tuncay, Fertelli, e Yurugen (2012) referem que o nível de ansiedade em relação à FAV, a autoconfiança e o autocuidado melhoraram após a realização de educação para a saúde. E acrescentam que os fatores de risco associados a ansiedade, *stress*, depressão e outras doenças mentais, aumentam com baixos níveis de informação, por outro lado, é expresso que o nível de autocuidado é maior em doentes que têm um elevado nível de capacidade de gestão da doença e, por isso, é essencial que os pacientes sejam educados, e que o seu poder de controlo sobre a doença e a sua orientação para as intervenções terapêuticas sejam aumentadas. Segundo Pacheco, Santos e Bregman (2007) a implementação de um programa de orientação e educação para o autocuidado, apresenta resultados positivos na diminuição da ansiedade do doente em relação ao tratamento, e estimula o seu interesse para o autocuidado com maior adesão ao tratamento, tornando-o participante ativo no seu processo de cuidados de saúde, fazendo-o sentir a responsabilidade por melhorar a sua qualidade de vida.

A pessoa em tratamento dialítico vive assim um conflito diário entre o amor e o ódio à máquina e ao tratamento, tendo consciência de que sem a diálise, não vive, mas, por outro lado, renega dependência dele para viver. É importante que o enfermeiro esteja atento a todos

estes sentimentos ambíguos do doente, fornecendo-lhe o suporte educacional de que este necessita, pois cuidar em hemodiálise vai além de dominar toda a parte técnica envolvida neste cuidado. É preciso olhar para a pessoa em si, e não somente para o lado mecânico que o cerca (Koepe e Araujo, 2008). O enfermeiro sendo o profissional de saúde que mais tempo está próximo da pessoa com DRC, pode e deve desempenhar um papel importante para ajudá-la a desenvolver comportamentos de autocuidado, nesse trabalho Pacheco, Santos e Bregman (2007) reforçam que no decorrer do processo educativo a pessoa seja respeitada na sua totalidade holística dentro do complexo biopsicossocial e espiritual. Os autores referem que o enfermeiro necessita ter, para além de fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos de aspetos que tenham em consideração os sentimentos e desejos dos doentes.

O enfermeiro deve facultar ao doente informação que se traduzam em conhecimentos, objetivando facilitar as mudanças voluntárias para comportamentos saudáveis, devendo dominar temas importantes para a adaptação do doente, e que devem ser abordados na educação para a saúde do doente na consulta de enfermagem (anexo V), para que o enfermeiro perceba o que o doente sabe sobre a sua doença e o seu autocuidado, e possa simultaneamente realizar a educação para a saúde, definindo intervenções futuras, pois será um conjunto elaborado e coerente de intervenções educacionais face ao doente que o devem ajudar a querer, poder, saber escolher e a adotar, de forma responsável e livre, as atitudes e os comportamentos adequados para favorecer a sua saúde. Pacheco, Santos e Bregman (2007) referem ainda que é preciso os doentes terem consciência do seu potencial para se autocuidarem, devendo ser incentivados a não terem uma atitude passiva, mas a tornarem-se protagonistas do seu próprio cuidado, sendo este um ato de cidadania, assim como a educação para a saúde é um direito de cidadania muitas vezes não oferecido pela unidade de saúde por questões económicas, políticas ou até por falta de conhecimento dos profissionais sobre sua importância para favorecer a adesão da pessoa ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida, além de reduzir os custos do sistema de saúde. Desta forma, o papel do enfermeiro é fundamental na educação destes doentes.

8. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS / OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

A realização desta consulta e o seu impacto na melhoria da satisfação das necessidades do doente só será possível com a contribuição de todos os colegas da equipa de enfermagem, e com a sensibilização para a mesma junto da equipa multidisciplinar. Tenciono portanto agir junto da enfermeira chefe, e do diretor clínico da unidade, afim de contar com a colaboração dos mesmos nesta sensibilização dos profissionais, de modo a que o tema seja oportunamente falado numa das reuniões clínicas, que costumam incluir também a enfermeira chefe. Tenciono também realizar formações oportunas junto da equipa de enfermagem sensibilizando especialmente os chefes de turno, sobre a importância da consulta de enfermagem os temas nela a abordar, a importância de utilizar o instrumento de colheita de dados, de avaliação do grau de dependência e o plano de cuidados, explicando o que é pretendido em cada um. Para a fácil utilização destes instrumentos, e para resposta rápida sempre que surja alguma dúvida ao profissional que os está a usar, as linhas orientadoras para a utilização dos mesmos será também colocadas em anexo aos instrumentos.

Inicialmente proponho a realização desta consulta durante um ano, tendo como destinatários os novos doentes admitidos na clinica, bem como os já existentes, sendo que para os primeiros terá como missão o seu acolhimento, e para ambos a missão de uma avaliação holística com desenvolvimento de uma plano de cuidados com base nos pressupostos da teórica Dorothea Orem, tendo como objetivo final a melhoria do autocuidado do doente e consequentes ganhos em saúde e qualidade de vida. Após um ano proponho que esta consulta seja alvo de uma avaliação, quer por parte dos doentes, questionando-os sobre a sua opinião em relação à consulta de enfermagem e o seus benefícios sentidos, quer dos profissionais de saúde, solicitando a sua opinião pessoal sobre a consulta e a sua pertinência, e também por avaliação direta dos ganhos em saúde, por exemplo avaliando os resultados do relatório anual da clinica, onde possa ser percebido se houve diminuição no numero de internamentos anuais por complicações evitáveis através do autocuidado adequado do doente, que esta consulta visa promover.

No que se refere à operacionalização prática desta consulta, a colheita de dados suportada pelos instrumentos apresentados, poderá ser realizada em formato de papel, imprimindo os instrumentos de colheita de dados, ou diretamente em formato digital no computador, sendo que no final os dados devem ficar todos guardados em pastas em formato digital. Também devem ser impressos para serem colocados no processo do doente como fonte de consulta direta e de rápido acesso à planificação de cuidados, promovendo a continuidade de cuidados pelo enfermeiro.

No que respeita o seu espaço físico, proponho que a consulta ocorra num dos dois gabinetes de consulta existentes na clínica, os quais estão frequentemente livres, e mesmo quando usados nunca estão ocupados em simultâneo. Sempre que possível a consulta também deve contemplar uma breve apresentação da sala de tratamentos, acompanhada de explicação do seu funcionamento. O tempo de duração da consulta deverá ser de cerca de 45 a 60 minutos.

No que se refere ao “timing” da consulta, o momento mais oportuno para os doentes que vão iniciar TSFR na clínica talvez seja, no dia em que vem à consulta médica, que por norma é dois ou três dias antes do primeiro tratamento, assim no mesmo momento em que o doente é convocado para a consulta médica poderia ser também agendada a consulta de enfermagem para depois da consulta médica, aproveitando também assim o enfermeiro para avaliar se o doente percebeu o que lhe foi dito na consulta médica. Este “timing” poderá ser o ideal também porque por norma nesta primeira consulta os doentes fazem-se acompanhar dos seus familiares, aproveitando assim o enfermeiro para os incluir na consulta. No que se refere aos doentes já pertencentes a esta unidade de HD, poderá ser agendado entre eles e o enfermeiro um dia e hora oportuna para ambos, em que haja possibilidade de a família/cuidador do doente também poder estar presente.

A consulta deverá ser realizada por um enfermeiro que tenha recebido formação prévia sobre a consulta e tenha consultado este projeto. Em termos dinâmicos, tendo em conta os horários apertados do funcionamento da clínica e para que não seja necessária a vinda de um enfermeiro extra ao rácio atual para a realização específica da consulta, pois como sabemos os tempos são de racionalização de recursos económicos, proponho que a consulta seja realizada pelo chefe de turno após assegurar que todos os doentes a realizar HD nesse turno, iniciaram o tratamento em condições de segurança, isso ocorre em norma até 1 hora após a hora de início

de cada turno. Tal significará a coordenação com a equipa médica para que realizem as suas consultas, de modo a que após à consulta médica o doente não fique à espera da consulta de enfermagem, mas sim possa ser logo atendido pelo enfermeiro.

Deste modo a nível material irei necessitar da disponibilidade de um gabinete de consulta; de um computador; dos instrumentos de colheita de dados, em formato de papel, ou digital; de fundamentação teórica adequado à educação do doente e familiar (anexo V).

A nível humano espero contar com: o interesse e colaboração da equipa de enfermagem; colaboração da equipa multidisciplinar; colaboração dos doentes avaliados e respetivos familiares. Pois estes projetos são implementados de uma forma mais eficaz quando os diversos profissionais de saúde responsáveis pelo doente trabalham em conjunto formando uma verdadeira equipa multidisciplinar, pretendendo-se aqui que o enfermeiro ao realizar esta consulta se relacione em multidisciplinariedade com o médico, assistente social, dietista, e se mobilize quando denote a necessidade de alguma valência externa à clinica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. R. G., & Rosas A. M. M. (2008) A Consulta De Enfermagem Para Clientes E Seus Cuidadores No Setor De Radioterapia De Hospital Universitário. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 16(3), 364-369. Acedido a 22/05/2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a11.pdf>
- Araújo, F. Ribeiro, J. L. P. Oliveira, António, O. Pinto, C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*. (2007). 25 (2). Acedido a 15/12/2013. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Azeredo, Z. Matos, E. (2003) Grau de Dependência em Doentes que Sofrem AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. serieIII*. 8 (4) 199-204. Acedido a 13/11/2013. Disponível em: http://www.fm.ul.pt/FMLPortal/UserFiles/File/RFML_4_2003.pdf
- Bento, V.F.R., & Brofman P.R.S. (2009). Impacto da Consulta de Enfermagem na Frequência de internações em Pacientes com insuficiência Cardíaca em Curitiba – Paraná. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro*. 92(6), 490-496. Acedido a 05/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000600013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Bonner, A., Wellard, S. & Caltabiano, M. (2009). Determining patient activity levels in chronic kidney disease. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*. 1 (1): 39-48. Acedido a 28/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010556197>
- Carvalho, J.M. & Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem*

Referência. III série – (7), 103-112. Acedido a 21/05/2013. Disponível em: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=451&codigo=

- Castner, D. (2011). Management of Patients On Hemodialysis Before, During, And After Hospitalization: Challenges And Suggestions for Improvements. *Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*. 38 (4), 319-30. Acedido em 10/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=21928608>
- Doss, S. DePascal, P. & Hadley, K. (2011). Parcerias Enfermeiro – Doente. *Nephrology Nursing Journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 38(2), 115-125. Acedido a 05/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=21520690>
- Fexa, A. Flensnera, G. Christina, E. & Soderhamn, O. (2011). Living with an adult family member using advanced medical technology at home. *Nursing Inquiry*; 18(4), 336–347. Acedido a 06/06/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=22050619>
- Fonseca, F.B. e Rizzoto, M.L.F. (2008). Construção De Instrumento Para Avaliação Sócio-Funcional Em Idosos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 17(2): 365-73. Acedido a 02/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020
- Freitas, C. Silva, F. Matos, N. D. Machado, R. Queirós, J. Almeida, R. & Cabrita, A. (2011). Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro. *Angiologia e Cirurgia Vascolar*, 7(1). Acedido em: 18/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ang/v7n1/v7n1a05.pdf>

- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª Edição., p. 375). Porto Alegre: Artmed.
- Horigan A., Rocchiccioli J., e Trimm D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis. *Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*. 21(3), 158-175. Acedido em: 25/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=22866436>
- Kim, Y., Evangelista, L.S., Phillips, L.R., Pavlish, C., & Kopple, J.D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol37 nº 4. P. 377-393. Acedido a 04/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>
- Koepe, G. B. O., & Araújo, S. T. C. de. (2008). A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(Número Especial), 147–151. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a02v21ns.pdf>
- Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An Educational Project for Patients On Hemodialysis to Promote Self-Management Behaviors of End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 483–490. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22338941>
- Meaney. (2012) Diabetic foot care: prevention is better than cure. *Journal of Renal Care*. 38(Suppl. 1), 90-98. Acedido 03/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011453825>
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., Fertelli, T. K., & Yürügen, B. (2012). Effect on anxiety of education programme about care of arteriovenous fistula in patients undergoing hemodialysis. *The journal of vascular access*, 13(2), 152–156. doi:10.5301/jva.5000013

- Norma da Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção geral da saúde. Nº 054 /2011. P. 1 – 19. Acedido a 18/11/2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Oliveira, S. K. P., Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. M., Moura, A. F. & Lima, F.E.T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn*. 65(1), 155 - 161. Acedido a 18/05/2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Pacheco, G. S. Santos, I. Bregman, R. (2007). Cliente com Doença Renal Cronica: Avaliação de Enfermagem sobre a Competência para o Autocuidado. *Esc Anna Nery revista Enfermagem*. 11(1). 44-51. Acedido a : 15/12/2013, deaponivel em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Pontes, Jorge. (2009). Avaliação inicial do doente, importância e realidade. *Jornadas da Qualidade*. Centro Hospitalar do Alto Ave. 11/2009. Acedido a 22/11/2013. Disponível em: <http://jornadasdaqualidade.files.wordpress.com/2009/11/avaliacao-inicial-do-doente-importancia-e-realidade-jorge-pontes.pdf>
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 13(1), 13–23. Acedido a: 04/05/2013. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)
- Salvadori, A.M. Lamas, J.L.T. e Zanon, C. (2008). Desenvolvimento de Colheita de Dados de Enfermagem para Pacientes com Cancro de Pulmão em Quimioterapia Ambulatorial. *Esc Anna Nery Ver Enfermagem*. 12(1), 130-135. Acedido a 10/01/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a20.pdf>
- Santos, I. Rocha, R.P.F., & Berardinelli, L.M.M. (2011). Necessidade de Orientação de Enfermagem para o Autocuidado de Clientes em Terapia de Hemodialise. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(2), 335-342. Acedido a 23/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200018&script=sci_abstract&tlng=pt

- Santos, M. F. O. Fernandes, M. G. F. Oliveira, H. J. (2012). Acolhimento e Humanização na Visão dos Anestesiologistas. *Rev Bras Anesthesiol.* 62(2), 199-213. Acedido a 17/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a06.pdf>
- Santos, Z. M. S. A. & Oliveira, V.L.M. (2004). Consulta de Enfermagem ao Cliente Transplantado Cardíaco – impacto das ações educativas em saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília.* 57(6), 654-657. Acedido a 15/06/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Silva, D. M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium online - Revista do ISPV.* Viseu. Acedido em: 10/06/2013, Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm

Apêndice II – Análise dos 6 artigos resultantes da
revisão sistemática da literatura.

Tabela 1 Determining patient activity levels in chronic kidney disease

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR	Ann Bonner; Sally Wellard; Marie Caltabiano
	TÍTULO	Determinação dos níveis de actividade do doente com doença renal crónica
	ANO	2008
	FONTE	2009 The Authors. Journal compilation 2009 Blackwell Publishing Ltd
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar os níveis de actividade da pessoa com doença renal crónica. • Perceber se as pessoas com doença renal crónica reduziram os seus níveis de aptidão, e se apresentam uma reduzida capacidade de se envolverem em actividades regulares por causa da doença e de factores relacionados. • Perceber se há um impacto sobre a capacidade de executar rotinas de actividades de vida diária. 	
TIPO DE ESTUDO	Estudo descritivo de corte transversal	
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes são 112 pessoas com doença renal crónica e foram recrutados a partir de uma grande unidade de tratamento renal de um hospital regional que oferece hemodiálise e diálise peritoneal. • Usou-se uma técnica de amostragem por conveniência. • Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais de idade, ser capaz de entender Inglês, e estar disposto a dar o consentimento informado para participar no estudo. • Pessoas com doença renal crónica em estágio pré-diálise com uma Taxa de filtração glomerular <30 ml/min/1.73 m². 	
COLHEITA DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de questionário através de entrevista • Análise bioquímica 	
ANÁLISE DOS DADOS	<p>Os dados foram analisados usando SPSS versão 16 (SPSS Chicago, IL, EUA). As diferenças médias na atividade entre agrupamento de variáveis demográficas foram analisadas com análise de variância e teste t.</p> <p>A correlação de Pearson foi utilizada para avaliar se os níveis de atividade foram menores para pessoas idosas com DRC.</p> <p>A análise da variância foi também utilizada para estudar diferenças nos vários tipos de atividades para grupos de pessoas com DRC, definindo com base na causa da insuficiência renal e o tipo de terapia de substituição renal.</p> <p>O efeito da bioquímica (por exemplo, cálcio, ureia, fosfato) sobre a actividade foi avaliado usando a correlação de Pearson.</p>	
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>Comitês de ética em pesquisa humana do hospital regional e da universidade deram a aprovação ética para o estudo.</p> <p>O estudo não procurou intencionalmente incluir ou excluir pessoas com base na raça.</p> <p>O estudo reconhece e respeita os valores culturais, e cumpre as normas de pesquisa, disponibilizando consentimento informado, que foi assinado e</p>	

<p>RESULTADOS</p>	<p>obtido de todos os participantes antes do início do estudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Havia 112 pessoas com doença renal crónica na faixa etária de 18 - 84 anos (idade média de 55 anos), que concordaram em participar no estudo. • Havia 45 mulheres e 67 homens. Destes 64 eram não-indígenas e 48 eram indígenas. • Em relação ao estado civil, havia 43 (38%) casados, 31 (27%) em união de facto, 14 (12%) numa relação, 13 (11%) viúvos e 11 (10%) divorciados ou separados. • Os participantes deste estudo foram menos ativos do que a população em geral, com as mulheres mais velhas significativamente menos ativas. • Participantes com nefropatia diabética foram significativamente os menos ativos. • Foi encontrada diferença significativa entre os níveis de atividades média e o tipo de substituição renal a que estavam sujeitos, sendo que os doentes submetidos a terapia com hemodiálise são os menos ativos. • Níveis mais baixos de albumina foram também correlacionado com menos atividades.
<p>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</p>	<p>Este estudo fornece evidências de diminuição dos níveis diários de atividade para pessoas com DRC. Existem várias implicações para a prática de enfermagem deste estudo, como a necessidade de definir estratégias para ajudar a manter ou aumentar a atividade cotidiana, pelo que em primeiro lugar, os enfermeiros precisam reconhecer que existe uma redução da atividade nos doentes com DRC, independentemente do tipo de terapia de substituição renal, e que esse nível de atividade reduzida afeta claramente a capacidade para realizar funções básicas da vida diária.</p> <p>Em segundo lugar, avaliações de rotina regular dos níveis de atividade têm o potencial de desencadear intervenções oportunas para otimizar a atividade independente, particularmente na casa.</p> <p>Os enfermeiros de nefrologia têm contacto frequente e por longos períodos com os doentes, encontrando-se numa posição ideal para avaliar níveis de atividade e, em seguida, para fornecer os aspectos relevantes da reabilitação de pessoas com DRC, envolvendo ensino, tutoria e apoio</p> <p>O perfil de atividade humana é um indicador útil para pessoas com doença renal crónica, para demonstrar que há uma redução da capacidade para realizar atividades diárias normais. A avaliação do perfil de atividade humana pode tornar-se uma valiosa ferramenta, relevante para a prática clínica.</p> <p>É particularmente importante que o enfermeiro compreenda o impacto da doença crónica na capacidade de realizar atividades básicas da vida diária, e a necessidade de introduzir uma avaliação de rotina de atividades diárias para todos os doentes renais.</p>

Tabela 2 The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR	Kim, Y., Evangelista, L.S., Phillips, L.R., Pavlish, C., & Kopple, J.D.
	TÍTULO	Adesão à fase final da doença renal. Teste de propriedade psicométricas de doentes a receber hemodialise num centro.
	ANO	2010
	FONTE	Nephrology Nursing Journal, 37(4), 377-393.
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo foi realizado para desenvolver e testar psicometricamente, um instrumento concebido para medir comportamentos de adesão de doentes com doença renal terminal (DRT) recebendo tratamento de hemodiálise (HD) em centros de diálise em Los Angels. • Perceber a importância da adesão ao tratamento, para o sucesso deste. Perceber quais os factores que podem interferir na adesão ao tratamento. 	
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo	
PARTICIPANTES	<p>58 participantes que cumpriram os seguintes critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com diagnóstico de insuficiência renal terminal • A realizarem tratamento com HD há pelo menos três meses. • Receber tratamentos de HD com duração de três a quatro horas por sessão, três vezes por semana. • Terem pelo menos 18 anos de idade. • Ser independente e realizar o autocuidado em atividades (como a capacidade de andar e comer sem ajuda); • Viver num ambiente doméstico • Ser capaz de dar consentimento informado. • Doentes em diálise peritoneal foram excluídos. 	
COLHEITA DE DADOS	Através de questionário com 46 perguntas.	
ANÁLISE DOS DADOS	<p>Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o SPSS (versão 15, SPSS, Inc., Chicago, IL).</p> <p>O Teste-reteste de confiabilidade foi avaliado utilizando coeficientes de correlação entre as frequências de respostas aprovadas na hora 1 e a hora 2 (com um intervalo de dois dias entre os dois tempos) numa amostra aleatória de 10% dos doentes.</p>	
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Os indivíduos que concordaram em participar e preencheram os critérios de inclusão foram informados, e tiveram que assinar consentimento informado.	
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os Cinquenta e oito (58) pacientes que completaram o instrumento, apresentavam uma idade média de 47,64, com um desvio padrão de $\pm 15,11$, tendo uma faixa etária que variou entre 21 e 83 anos. • Apresentavam uma média de tempo em tratamento de HD de $56,01 \pm 60,94$ meses (variando de 3 até 281 meses), desde o início de HD • As principais causas de insuficiência renal incluíam diabetes mellitus hipertensão, e outros (tais como glomerulonefrite, anomalia congênita e doença dos rins poliquísticos). • Os níveis médios das questões mediram diretamente comportamentos de adesão em quatro diferentes áreas do tratamento: adesão à HD; adesão 	

	<p>à medicação; à restrição de fluidos; e aos cuidados com a dieta.</p> <ul style="list-style-type: none">• Quando surge o Tratamento da doença renal, inicia-se uma mudança completa na vida dos doentes. Estes apresentam dificuldade em viajar regularmente para um centro de HD, tomar medicamentos prescritos de forma contínua, restrição hídrica, e têm extensivamente de modificar suas dietas.• O sucesso do tratamento de insuficiência renal terminal depende da aderência do doente ao regime de tratamento exigido.• Apesar da importância da adesão, a qual é definida como a seguir orientação médica ou de saúde, muitos doentes com insuficiência renal terminal que estão em HD não aderem ao recomendado regime de tratamento.• As taxas de não-adesão à HD, à medicação prescrita, à restrição de fluido, e à ingestão dietética, variam de 0% a 32,3%, 1,2% a 81%, 3,4% a 74%, e de 1,2% a 82,4%, respectivamente.• Infelizmente, não-adesão a esses quatro comportamentos podem ter resultados desastrosos em termos de qualidade de vida, aumento da morbidade, custos de saúde e mortalidade• Os dados sociodemográficos dos participantes do estudo, de acordo à adesão ao tratamento HD, medicamentos, restrições de fluidos, e restrições de dieta, dizem-nos por exemplo que doentes casados, ou com maior nível de educação apresentam, melhores níveis de adesão às quatro diferentes áreas avaliadas. (daqui pode-se retirar a importância da educação para saúde ao doente, e a inclusão do familiar nessa educação, de modo a melhorar os níveis de adesão destes.)
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>O instrumento concebido para medir comportamentos de adesão ao estágio terminal da doença crónica em tratamento de HD é fácil de aplicar com aceitável validade e confiabilidade. Além disso, é o primeiro instrumento de auto-relato para lidar com todos os componentes de comportamentos de adesão dos doentes com doença renal terminal a realizarem HD. Este questionário de adesão também fornece aos pesquisadores e prestadores de cuidados, amplas informações, tais como estados clínicos dos pacientes, história relacionada com a sua DRT, e os níveis de percepção e compreensão dos doentes sobre as recomendações de autocuidado que devem ter.</p> <p>Assim, o instrumento é potencialmente valioso para pesquisadores e clínicos que trabalham no campo da doença renal crónica avançada. Sugerindo que a implementação de futuros estudos são necessários em maior amostra.</p> <p>A análise das tabelas de resultados diz que doentes casados, ou com maior nível de educação, apresentam melhores níveis de adesão às quatro diferentes áreas avaliadas. Pode-se retirar ainda como elações, que a educação para saúde ao doente, e a inclusão do familiar nessa educação, assumem extrema importância, de modo a melhorar os níveis de adesão do doente.</p>

Tabela 3 Patient-Nurse Partnerships

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR	Doss, S., DePascal, P., & Hadley, K.
	TÍTULO	Parcerias Enfermeiro - Doente
	ANO	2011
	FONTE	Nephrology Nursing Journal, 38(2), 115-125.
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • O foco deste artigo é a parceria enfermeiro-paciente. • O estudo pretende: explicar os benefícios de envolver os doentes nas decisões sobre a sua saúde; discutir como os enfermeiros podem ajudar a capacitar os doentes para se envolverem no seu próprio autocuidado; • Identificar barreiras que podem dificultar o estabelecimento de uma parceria de sucesso enfermeiro - doente. 	
TIPO DE ESTUDO	Estudo de Caso	
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Três estudos de caso, de três doentes em estágio final da doença renal crónica, a necessitarem de terapia de substituição renal. 	
ANÁLISE DOS DADOS	Análise descritiva de casos clínicos.	
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não referidos.	
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Atualmente, o modelo de atenção utilizado nas clínicas de diálise coloca o doente como um elemento com papel passivo. • O doente é visto como um recetor do tratamento, com o prestador de serviço médico como decisor dominante. • O atendimento prestado é centrado na doença, isto é, o prestador não faz mais do que prescrever, e escolher para o paciente cumprir (ou não). • No entanto, os cuidados de saúde estão a mover-se em direção a um modelo centrado no doente, onde o doente deve assumir um papel mais ativo. • A aplicação deste modelo inclui o doente como um parceiro no desenvolvimento de um plano de cuidados de tratamento, • O prestador e o doente devem colaborar na tomada de decisão pois a evidência indica que os doentes se tornam mais habilitados em conhecimentos sobre a sua doença, e os estados de tristeza / depressão melhoram havendo aumento de auto-estima. • As parcerias enfermeiro - doente reforçam a adesão ao tratamento e medicação. 	
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>As parcerias enfermeiro - doente levam tempo e requerem esforço da parte de ambos. Pode parecer uma tarefa difícil com as demandas colocadas sobre o enfermeiro em ambiente de diálise. No entanto apesar de se mostrar um desafio para cada interveniente, no final a parceria promove no doente um envolvimento na planificação dos cuidados e tomadas de decisão sobre a sua saúde, sendo objecto a melhoria da qualidade de vida do doente.</p> <p>As parcerias de sucesso podem ser um processo que ajudam as pessoas a afirmar o controlo sobre os fatores que afetam suas vidas, pois os doentes irão participar como membro interdisciplinar da equipa e ajudar a decidir as opções de tratamento, contribuindo para desenvolver o seu plano de cuidados, assim como para a avaliação deste.</p>	

Tabela 4 Management of Patients On Hemodialysis Before, During, And After Hospitalization: Challenges And Suggestions for Improvements

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR	Castner, D.
	TÍTULO	Gestão de Pacientes Em Hemodiálise Antes, Durante E após a hospitalização: Desafios E sugestões de melhorias
	ANO	2011
	FONTE	American Nephrology Nurses' Association
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar uma lista de intervenções proactivas dos enfermeiros de hemodialise para melhorar a coordenação dos cuidados, antes durante e após hospitalização. • Discutir estratégias de enfermagem que ofereçam sucesso em capacitar os doentes e os seus cuidadores para o autocuidados, tendo como núcleo básico de atendimento de enfermagem a capacidade de coordenação dos cuidados, planeamento, comunicação e educação. 	
TIPO DE ESTUDO	Estudo de caso	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Nível 3 	
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Mr. C, um doente de 75 anos, sexo masculino a realizar hemodialise 	
COLHEITA DE DADOS	Entrevista	
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes em hemodiálise são hospitalizados em média duas vezes por ano por um período de 14 dias. • Doentes em diálise são comumente afetados por uma infinidade de problemas clínicos que necessitam de avaliação e monitorização contínua, incluindo diabetes, anemia, doença óssea, desnutrição, inflamação, infeção relacionada ao acesso vascular, e gestão de volume hídrico. • O internamento é um preditor de re-hospitalização até 30 dias após a alta hospitalar • A maior taxa de hospitalização em doentes com DRC no estágio 5 ocorre nos três meses imediatamente após o início da diálise. • Programas pilotos com a iniciativa de oferecer aos doentes nos seus primeiros 90 dias de diálise uma educação com metas e estratégias que assegurarem a implementação de melhores práticas de autocuidado, demonstraram resultados positivos ao longo de um período de três anos diminuindo os dias e o número de doentes internados por ano. • Após a alta hospitalar do doente os enfermeiros mostraram-se os maiores responsáveis por uma transição “suave” adequada e segura, na volta para a unidade de diálise. 	
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>Os enfermeiros de Nefrologia podem ter um papel ativo na formação e educação dos doentes sobre o seu autocuidado capacitando-os a serem a sua própria "rede de segurança.</p> <p>Enfermeiros podem levar à implementação de numerosas intervenções proactivas, antes, durante e após a hospitalização de doentes em hemodiálise, para diminuir probabilidade de reinternamento e agravamento das co-morbilidades durante o período de transição entre hospitais e centros</p>	

	<p>de diálise.</p> <p>Os Enfermeiros muitas vezes são os profissionais de saúde que têm mais contato com os doentes a realizar hemodialise, estando numa posição ideal para otimizar a sua avaliação, gestão e monitorização de problemas clínicos e do seu autocuidado.</p>
--	--

Tabela 5 Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR Ann Horigan, Judith Rocchiccioli, and Donna Trimm
	TÍTULO Diálise e Fadiga: Implicações para os enfermeiros - A análise do estudo de caso
	ANO 2012
	FONTE Medsurg Nursing
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar os enfermeiros a identificarem e gerirem a fadiga debilitante que afecta frequentemente os doentes com DRC em HD, e têm um forte impacto na sua qualidade de vida.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de caso
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Senhora. R. 33 anos, Africano-americana. • Sexo Feminino • Com diabetes tipo 1, catarata e insuficiência renal terminal, que realiza terapia de substituição renal por hemodiálise à 2 anos.
COLHEITA DE DADOS	Observação e avaliação física do estado de saúde de Senhora R.
ANÁLISE DOS DADOS	Não divulgado
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não divulgado.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • A investigação sugere que a fadiga é um dos sintomas mais comumente experimentados pelos pacientes em diálise. • Prevalência de taxas de fadiga de 60% a 97% (Murtaugh) • Gestão de fadiga e suas causas são importantes para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos doentes de diálise. • Várias condições são associadas à ocorrência de fadiga podendo as causas mais comuns da DRC como a diabetes influenciar. Outras causas incluem hipertensão. • A fadiga é um problema real para doentes em diálise. • Enquanto a causa específica de fadiga permanece desconhecida, várias condições são associados à sua ocorrência. Irregularidades nos resultados de laboratório e os efeitos colaterais de medicamentos podem contribuir para a fadiga
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>Avaliação em enfermagem de fadiga é importante no cuidado de doentes submetido a diálise a fim de melhorar a sua qualidade de vida.</p> <p>Os enfermeiros estão numa excelente posição para rever medicações dos doentes e resultados de laboratório.</p> <p>Os enfermeiros estão também em excelente posição para colaborar com os doente em determinar como utilizar os seus sistemas de apoio e individuais, bem como os pontos fortes para ajudar a aliviar a efeitos da fadiga.</p>

Tabela 6 Living with an adult family member using advanced medical technology at home

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	AUTOR	Angelika Fexa,b, Gullvi Flensnera,b, Anna-Christina Ekb and Olle So ^o derhamna,c
	TÍTULO	Viver com um membro adulto da família usando tecnologia médica avançada em casa
	ANO	2010
	FONTE	Nursing Inquiry 2011; 18(4): 336–347
FINALIDADE DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber qual o significado para o familiar / parente próximo / pessoa significativa que cuida de um membro adulto da família em casa, colabora no seu autocuidado utilizando a longo prazo terapêutica médica avançada como ventilador, dialise peritoneal ou hemodiálise. 	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> • 11 Familiares próximos de doentes adultos que realizavam autocuidado com tecnologia médica avançada em casa, uma das quais hemodialise. • A idade dos participantes variou de 57 a 72 anos, sendo cinco deles com menos de 65 anos, três desses com vida profissional activa. 	
COLHEITA DE DADOS	Entrevista	
ANÁLISE DOS DADOS	Metodologia hermenêutica gademeriana (fenomenologia interpretativa)	
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	O estudo foi aprovado pelo Conselho Regional de Revisão Ética, Go ^o teborg University (Registro n ^o 145-06). E valorizou questões éticas relativas aos princípios de autonomia, beneficência não-maleficência e da justiça (Associação Médica Mundial, Declaração de Helsinque (WMA) 2008; Beauchamp e Childress 2009). Foi facultada carta de informação.	
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • O estudo revelou a necessidade de uma maior atenção de enfermagem ao parente mais próximo e cuidador do doente que usa tecnologia médica avançada em casa. • Existe um aumento do número de adultos cronicamente doentes a realizar o seu autocuidado com diferentes tipos de tecnologia médica avançada em casa como dialise peritoneal e hemodialise. • Existe uma crescente dependência dos familiares na realização do autocuidado do doente, e foi demonstrado na necessidade de apoio dos profissionais de saúde. • A principal interpretação da análise das entrevistas demonstrou a existência de padrões rítmicos de sentimentos de ligação contra separação, e de tristeza com reconciliação entre o familiar e o doente. • Em conclusão, o parente mais próximo assumiu a responsabilidade considerável para o autocuidado. 	
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	O estudo revelou a necessidade de uma maior atenção de enfermagem ao parente mais próximo para melhorar o autocuidado do doente. Neste contexto os profissionais de saúde, devem considerar em que medida o parente mais próximo pode adotar o papel de cuidador informal, e como os cuidados podem ser organizadas para satisfazer as necessidades do doente e do cuidador, articulando-se com o serviço de saúde e o apoio dos profissionais de saúde.	

Apêndice III – Consulta teste de Enfermagem, de
Acolhimento e Avaliação ao Doente em Unidade

3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO DOENTE RENAL

Unidade de Cuidados / Data:

***** / 25 / 01 / 2014 .

Nome: M**

Processo:

*Colocar etiqueta de
identificação*

Data Nascimento: 03/06/1974

1- Fatores pessoais e condicionantes básicos:

Nome pelo qual gosta de ser chamado: M** (diz gostar de ser tratado por "Tu") Idade: 39 .

Sexo: M x F Filhos: uma filha de 16 anos

Escolaridade: 12º ano Religião: Agnóstico

Profissão: Desempregado à 1,5 anos Estado civil: Casado

Com quem vive: Esposa e Filha

Prestador de cuidados: Não x Sim Parentesco/Nome: Se, e quando necessário a esposa

Telefone: *****

Peso Seco: não sabe Altura: 1,74 IMC: 21 Ganho de peso médio entre diálises: não sabe

Detém conhecimentos sobre a importância do controlo do peso? Apenas sabe que não deve engordar muito.

2- Requisitos de desenvolvimento:

2.1- Doenças da infância: Diabetes M. ; Sarampo; Papeira

2.2- Doenças familiares: Mãe: Hipertiroidismo

2.3- Aparecimento da doença renal (início do seguimento em nefrologia) ?? / ?? / 2013 .

2.4- Seguimento da DRC controlado em consulta de nefrologia? desde à 6 meses .

2.5- Data de Início de Tratamento com TSFR: 10 /01/ 2014 Qual: HD Onde: HFF – 3 sessões

2.6- Data de Início de Tratamento com HD : 10 /01/ 2014 Onde : HFF – 3 sessões .

2.7- Data de admissão na clinica: 16/01/2014 Estado de adaptação Em processo de adaptação .

2.8- Comorbilidades associadas: HTA: x Diabetes: x Cardiovascular doença óssea

Outras: Retinopatia Diabética (sente diminuição progressiva da acuidade visual, refere dificuldade em conduzir e ler) .

2.9- Adaptação à DRC (dificuldades, trabalho familia, etc...): Início repentino, com algumas dificuldades em adaptação emocional, mas a mulher e filha têm-lhe dado bastante apoio; sente-se preocupado em relação ao futuro por não ter trabalho, e que agora mais difícil será arranjar .

2.10- Relacionamento familiar (apoio): Tem o apoio da esposa da filha e da sua mãe (o seu pai já faleceu) .

Escala de Barthel (DGS, 2011)

1. Alimentação		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
2. Transferências		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>	0
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
4. Utilização do WC		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input checked="" type="checkbox"/>	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/>	5
Imóvel	<input type="checkbox"/>	0
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
8. Vestir		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Com ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Impossível	<input type="checkbox"/>	0
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/>	0
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	0
TOTAL		100

Segundo a avaliação da escala de Barthel o senhor M é completamente independente nas suas AVD.

PLANO DE CUIDADOS DO SR. M.

Quadro 2- Plano de cuidados baseado na teoria do autocuidado de Orem (George, 2000).

Diagnóstico de Enfermagem	Planificação	Intervenções a implementar	Avaliação da evolução <i>Eficácia da relação de ações enfermeiro- doente para:</i>
<p>25/01/2014</p> <p><i>Deficits de autocuidado no controlo do seu peso seco, e do seu ganho de peso médio interdialítico</i></p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <p><i>1- Que o doente saiba o seu peso seco</i></p> <p><i>2- Que o doente controle o seu ganho de peso interdialítico</i></p> <p><i>3- Que o doente mantenha o seu IMC dentro de valores normais.</i></p> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Ensino - Proporcionar um ambiente de desenvolvimento. 	<p><i>Ações enfermeiro- doente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar ao doente a importância de conhecer o seu peso seco e de este ser mantido dentro de um IMC normal. - Estimular o doente a controlar o seu ganho de peso interdialítico. - Explicar a pertinência do seu ganho de peso interdialítico não ultrapassar os 4% do seu peso seco, ensinando o doente a realizar o cálculo. 	<p><i>A realizar</i></p>
<p>25/01/2014</p> <p><i>Deficit de adaptação à doença, por alterações emocionais, e preocupação com o futuro e com a procura de trabalho.</i></p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Que o doente recupere a sua estabilidade emocional</i> - <i>Que o doente amenize as suas preocupações, em relação ao futuro e à procura de trabalho.</i> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Apoio 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Demonstrar disponibilidade para ouvir o doente</i> - <i>Favorecer a expressão dos seus sentimentos</i> - <i>proporcionar apoio psicológico</i> - <i>Apoiar e encorajar atitude que melhorem a sua auto-estima</i> - <i>Estimular o doente a realizar atividades recreativas no seu dia-a-dia</i> - <i>Reforçar na família a necessidade de apoio ao doente.</i> - <i>Estimular o doente a inserir-se em grupos (por ex: de auto-ajuda.)</i> 	<p><i>A realizar</i></p>

<p>25/01/2014</p> <p>Deficit de acuidade visual, relacionado com retinopatia diabética.</p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que o doente estabilize a sua perda progressiva de visão - Que o doente autocuide a sua diabetes adequadamente, diminuindo a progressão da perda de acuidade visual <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parcialmente compensatório - De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - ensino - Apoio - Agir ou fazer por 	<p>-Orientar o doente para avaliação médica.</p> <p>-Explicar ao doente a importância do controlo da glicémia em valores adequados para limitar a progressão da doença.</p> <p>-avaliar regularmente as limitações visuais do doente.</p> <p>-Apoiar ou fazer pelo doente nas ações em que este tenha dificuldade ou não consiga realizar (ex: Ler)</p>	<p>A realizar</p>
<p>25/01/2014</p> <p>Deficits de conhecimentos sobre controlo de ingestão de líquidos e controlo de edema no membros inferiores</p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que o doente controle a sua ingestão de líquidos de forma eficaz - Que o doente saiba reconhecer um estado de sobrecarga de líquidos, avaliando regularmente os membros inferiores <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino 	<p>-Explicar a pertinência do doente controlar a sua ingestão de líquidos.</p> <p>- explicar que o doente não deve ingerir mais do que 500 ml a mais do que aquilo que urina.</p> <p>-Ensinar a avaliar a presença de edemas nos membros inferiores.</p> <p>-Explicar os riscos de um edema agudo de Pulmão ocasionado por ingestão hídrica elevada.</p>	<p>A realizar</p>
<p>25/01/2014</p> <p>Sistema sexual afetado por perda de desejo sexual</p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que o doente se mantenha sem angústia provocada por este problema. - Que o doente sinta confiança para poder expressar as suas preocupações nesta área. <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio 	<p>-Manter diálogo aberto com o doente sem ser intrusivo.</p> <p>-Ir questionando o doente sobre o bem estar da sua relação familiar</p> <p>- Mostrar-se disponível para que o doente se sinta confiante para desabafar.</p>	<p>A realizar</p>

	- Proporcionar um ambiente de desenvolvimento		
25/01/2014 Deficit de conhecimentos sobre possíveis intercorrências durante o tratamento com HD	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <p>-Que o doente tenha conhecimentos sobre possíveis intercorrências do tratamento de HD</p> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <p>-De apoio educação</p> <p>C- Métodos de ajuda:</p> <p>- Ensino</p>	<p>- Explicar ao doente sem lhe criar receio, as possíveis intercorrências durante o tratamento (hipotensão; hematomas...)</p> <p>- Explicar ao doente a importância de ele estar atento para diminuir a probabilidade destes acontecimentos(chamar o enfermeiro assim que se começa a sentir hipotenso (sono e transpiração), ter cuidado com a mobilização do membro do acesso para evitar hematomas etc.)</p> <p>-Assegurar ao doente a constante presença de um enfermeiro por perto,que assegura o bem estar do doente durante qualquer intercorrência.</p>	A realizar
25/01/2014 Deficit de conhecimentos sobre cuidados a ter com o acesso de HD	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <p>-Que o doente demonstre conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso de HD.</p> <p>-Que o doente cuide adequadamente do seu acesso de HD</p> <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <p>-De apoio educação</p> <p>C- Métodos de ajuda:</p> <p>- Ensino</p>	<p>-Realizar educação para a saúde sobre cuidados a ter com o acesso de HD.</p> <p>- Reforçar a educação sobre os cuidados com o acesso de HD em cada sessão de HD.</p> <p>-Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas que o doente tenha.</p> <p>- Questionar quais os cuidados que o doente tem com o acesso.</p> <p>- Observar e avaliar os cuidados que o doente tem com o acesso durante a sessão de tratamento (lavagem do braço antes da punção, preocupação com a desinfecção e hemostase</p>	A realizar

<p>25/01/2014</p> <p>Deficit de conhecimentos no autocuidado da comorbilidade associada, DM.</p>	<p>A. Metas de enfermagem para o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que o doente demonstre conhecimentos sobre o autocuidado da DM. -Que o doente se autocuide adequadamente no contexto da sua DM <p>B. definição do sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> -De apoio educação <p>C- Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar ao doente a importância de manter as glicémias tão próximas do normal quanto possível, fim de diminuir o risco de comprometimento dos vários órgãos humanos. -Explicar a importância de gerir adequadamente a Tríade, Alimentação, atividade física e medicação, para o controlo das glicémias. -Realizar educação para a saúde sobre dieta diabética, a par da para a IRC. - Estimular o doente a avaliar regularmente a glicémia e a regista-la pa melhor controlo 	<p>A realizar</p>
---	--	---	-------------------

**Apêndice IV – Estrutura Física e Organizacional do
Hospital Central Onde Realizei Estágio.**

Hospital Central – Local de Realização de Estágio

O Hospital central onde desenvolvi estágio iniciou a sua atividade em 1980, nas instalações de uma clínica privada que havia sido desativada no pós 25 de Abril de 1974. Foi imaginado para suprir necessidades nacionais em áreas especializadas de Nefrologia, de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorácica. Desde 2005, o Hospital passou a integrar um Centro Hospitalar em conjunto com outros dois hospitais. Várias reestruturações têm sido desencadeadas desde essa data.

O Hospital possui 154 camas de internamento e é composto pelos serviços de Nefrologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiorácica, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, bem como pelas unidades de Cuidados Intensivos, Imagiologia, Medicina Nuclear, Anestesiologia, Imunohemoterapia e de Patologia Clínica e, ainda, o núcleo de Anatomia Patológica.

Do ponto de vista nefrológico assume o apoio aos diferentes serviços do centro hospitalar a que pertence, bem como aos centros de hemodiálise de ambulatório que se articulam com o centro hospitalar. É um centro de referenciação para transplantação renal e, para além das competências em técnicas depurativas, tem também uma atividade importante de intervenção em acessos vasculares para hemodiálise.

O serviço de Nefrologia do Hospital.

Este serviço atualmente integra as unidades de, internamento, de transplantação renal, de hemodiálise, de LDL-afereze, de diálise peritoneal e a de intervenção em acessos vasculares. Paralelamente, assume as atividades de consulta externa de Nefrologia clínica, de hipertensão arterial, de dislipidémia, de esclarecimento sobre a DRC e opções de tratamento, bem como o seguimento dos doentes transplantados renais, de diálise peritoneal e de hemodiálise. Assume igualmente o apoio diário aos restantes serviços do grupo hospitalar e o atendimento nefrológico não programado, em contexto de urgência (com acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana). Adicionalmente, fundou o ISNI (Instituto Nefrológico de Investigação), associação sem fins lucrativos, permitindo atividades de investigação em Nefrologia básica (dispõe de um biotério) e clínica.

A estrutura do serviço compreende:

- Enfermaria (ou internamento).

Deste faz parte a enfermaria geral que conta com 24 camas (quartos de 2 a 5 camas) para um rácio de 3 a 4 enfermeiros por turno; e duas unidades de cuidados intermédios (UCINT), uma com 3 camas que tem apenas 1 enfermeiro distribuído, e outra com 6 camas das quais uma permite isolamento do doente caso seja necessário, e onde ficam 2 enfermeiros por turno.

- Consulta externa de Nefrologia

Todos os médicos do serviço realizam a sua atividade de consulta externa da especialidade, em gabinetes próprios da área de consulta hospitalar de ambulatório, em horário programado, onde podem ter o apoio de enfermeiros dessa unidade de consulta externa caso necessário.

- Unidade de hemodiálise.

A unidade de hemodialise divide-se por 4 salas, a sala A com 5 postos de dialise com 2 enfermeiros atribuídos; sala B também com 5 postos de dialise e com 2 enfermeiros atribuídos, Sala C com 4 postos de HD para doentes HIV+ com 1 enfermeiro atribuído; e por fim a sala D com um posto de HD para HBV+ com um enfermeiro atribuído. Isto perfaz um total 15 postos de HD para um rácio de 6 enfermeiros distribuídos por 4 salas, destinando-se a prestar TSFR tanto a doentes internados como ao apoio a doentes externos e assumindo também um programa de doentes renais crónicos (cerca de 50) em regime ambulatório. Esta unidade dispõe também da possibilidade de realização de técnica de plasmaferese, LDL-afereze, técnica em que o serviço foi pioneiro.

- Unidade de transplantação renal.

Com início de actividade em 1985, dispõe de gabinetes próprios onde se realizam consultas de Nefrologia, de Cirurgia, de Psicologia, de Enfermagem, de Serviço Social e de Dietética; tem secretariado e arquivo próprios. O internamento dos transplantados efetua-se nos serviços de Cirurgia Geral e de Nefrologia, conforme o período ou a patologia de cada doente.

Têm sido transplantados insuficientes renais de todos os grupos etários, com dador órgãos provenientes de dadores vivos ou de cadáveres. Nos últimos anos transplantaram-se cerca de

60 a 70 doentes por ano. Em 2010 foi atingido o “pico” de 84 doentes. Desde o início de atividade que são aceites recetores com vírus da hepatite B e, mais recentemente, portadores de vírus de imunodeficiência humana.

- Unidade de diálise peritoneal ambulatória.

Iniciada em 1981 no HSC e no País, dispõe de gabinetes de consulta e de apoio de enfermagem próprios. Este programa de diálise inclui Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) e Diálise Peritoneal Automática (DPA) e encontra-se em expansão contando atualmente com cerca de 69 doentes renais.

Núcleo de intervenção em acessos vasculares.

A sua atividade iniciou-se em 2003. Os nefrologistas encarregados destas técnicas dispõem atualmente de uma sala da unidade de Imagiologia especialmente apetrechada para estas intervenções diagnósticas e terapêuticas, que até à pouco tempo se realizavam no próprio Hospital, mas que neste momento estão a ser realizadas noutra hospital do centro hospitalar, por avaria da máquina deste, realçando-se aqui o apoio entre os hospitais do centro hospitalar.

- Sala de biópsias.

Este espaço destina-se não só à realização de biópsias mas também de outros procedimentos invasivos, em condições de assepsia, como a colocação de cateteres venosos centrais inclusive para HD.

- Laboratório do ISNI.

Trata-se do laboratório resultante da associação de profissionais, fundada em 1996, onde são realizadas, atividades de investigação.

Apêndice V – Instruções para utilização do instrumento de colheita de dados e avaliação de enfermagem do doente renal

INSTRUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO DOENTE RENAL GERAIS

O instrumento de colheita de dados e avaliação do doente renal desenvolvido segue os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem, sendo os dados do doente colhidos com base nos: fatores pessoais; fatores de autocuidado universais; fatores de desenvolvimento; e os desvios de saúde, estes dados serão depois alvo de análise de modo a que levem à identificação de deficits de autocuidado (quadro 1).

Quadro 1 – Aplicação da teoria de Orem ao Processo de Enfermagem (George 2000)

Fatores pessoais	Autocuidado de desenvolvimento	Autocuidado universal	Desvios de saúde	Deficits de autocuidado
Dados sociodemográficos pessoais como: idade; sexo; altura; peso; cultura; raça/etnia; estado civil; religião; ocupação.	Necessidades especializadas para o processo de desenvolvimento Novos requisitos de uma condição Requisitos associados a um evento de vida	Requisitos relacionados com necessidades de: ar; água; alimento; eliminação; Atividades de repouso, de interação social, e de solidão; Perigos para a vida e o bem estar Promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano	Referencia de: Condição de Saúde ou lesão. Tratamentos para corrigir a condição.	Resultado da análise da diferença entre as necessidades e as capacidades de autocuidado

ESPECIFICAS

1- Fatores pessoais e condicionantes básicos

O primeiro grupo de questões sobre os fatores pessoais e condicionantes básicos é composto por questões de resposta simples sobre dados sociodemográficos. Aproveitando-se no entanto para se introduzir no final o tema sobre a importância do controlo do peso, se o doente tem consciência dessa importância, se sabe o que é o peso seco e o peso interdialítico devendo o enfermeiro informar o doente para que este tenha noção que o seu ganho de peso entre

dialises não deve ultrapassar os 4% do seu peso seco (quantificando-se esse valor para melhor percepção do doente).

2- Requisitos de desenvolvimento

Ao nível deste grupo é pretendido abordar o doente percebendo a forma de adaptação a novos eventos de vida que marcaram o seu desenvolvimento e possam ter condicionado, ou condicionem a sua saúde, identificando as suas necessidades de autocuidado numa dimensão biopsicossocial e espiritual.

2.1 e 2.2- Deve ser realizada uma breve anamnese ao doente sobre as suas doenças anteriores, bem como da sua família percebendo os processos de adaptação por que já passou, se permanecem necessidades de autocuidado alteradas.

2.3 e 2.4- Deve ser recolhido todo o historial da doença renal, se foi progredindo de forma controlada, seguida em consulta de nefrologia, recebendo o doente educação para a saúde sobre a mesma, e durante quanto tempo, ou se surgiu de forma abrupta, e o doente está ainda no início do processo de adaptação à mesma.

2.5 e 2.6- Deve ser apurado se o doente já realizou outro tipo de TSFR (Dialise peritoneal / transplante renal), quando e onde o iniciou e durante quanto tempo fez essa terapia. Se tiver iniciado HD antes da entrada nesta clinica, perceber durante quanto tempo e onde, Hospitalar ou ambulatório elucidando as diferenças.

2.7- Saber quando o doente iniciou HD nesta clinica, se tiver sido à algum tempo perceber se ele se sente adaptado ao funcionamento da clinica e ao tratamento, e se o integra como fazendo parte da sua vida.

2.8- Identificar quais a comorbilidades associadas à DRC que detém, se está adaptado ao autocuidado das mesmas, realizar educação para a saúde (consultar informação sobre educação para a saúde em anexo ao projeto da consulta de enfermagem).

2.9- Perceber como esta a lidar com a DRC na sua vida, como se adaptou ou se está à adaptar, no que respeita às suas AVDs, trabalho, relação com amigos, atividades de lazer, cumprimento do plano regular de HD.

2.10- Perceber se o doente tem um relacionamento salutar com os seus familiares, se sente que pode contar com o apoio deles, quer emocional, quer na gestão de cuidados necessários como manutenção de um plano alimentar adequado no domicílio, ajuda na gestão da toma de medicação, acompanhamento a consultas e exames quando necessário, entre outros.

3- Requisitos universais para o autocuidado

Os requisitos universais prendem-se com a manutenção da integridade estrutural e funcional básica do ser humano, que George (2000) refere como incluindo as atividades da vida diária, desde a respiração, a ingestão suficiente de água e alimento, eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre solidão e interação social, entre outros.

3.1 e 3.2- Neste grupo começa por se avaliar o estado de consciência e orientação, sendo pertinente incluir a família ou cuidador principal caso o doente seja pouco orientado. O mesmo acontece para a capacidade de entendimento do doente quando: pouca, muito pouca ou apresentando este demência.

3.3- Quando se avalia a acuidade da higiene do doente, mais do que isso deverá ser percebido o estado de autoestima do doente, e a preocupação que tem com o seu cuidado pessoal. O enfermeiro também deverá tentar perceber se o doente dispõe de recursos, para se autocuidar na sua higiene e cuidar do seu aspeto.

3.4 e 3.5- A avaliação do sistema urinário deverá ser oportuna para introduzir a educação para a saúde sobre a ingestão de líquidos, e a importância de o doente ir contabilizando se ainda urina ou não para essa gestão (consultar informação sobre educação para a saúde em anexo ao projeto da consulta de enfermagem).

3.6- No que se refere ao sistema intestinal, o facto do doente renal ter de restringir acentuadamente o aporte de líquidos, faz com que possa ocorrer obstipação, será importante perceber as dificuldades do doente, realizar educação sobre alimentos que facilitem a eliminação, eventual toma de laxantes, e o encaminhar para o médico se necessário.

3.7- Se o doente tiver edemas no, averiguar se acumula muito peso interdialítico, ou se não consegue atingir o peso seco durante o tratamento. Alertar o doente para a importância do autocontrolo avaliando os membros inferiores, para prevenir situações complexas de edema agudo do pulmão, e internamentos subjacentes.

3.8- No que se refere á alimentação deverá ser percebido o que o doente sabe sobre o seu autocuidado iniciar a educação para a saúde sobre os aspetos mais pertinentes do tema, como o controlo do peso, controlo de alimentos ricos em potássio, controlo de sal, etc. (consultar informação sobre educação para a saúde em anexo ao projeto da consulta de enfermagem).

3.9- Perceber se o doente tem hábitos e consumos, se apresenta dependência de alguma substância que comprometa o seu autocuidado. Realizar educação para a saúde sobre os riscos associados à dependência de substâncias, possíveis interações e incompatibilidades com a medicação prescrita, e o risco, do acumular de produtos tóxicos dessas substâncias por ausência de eliminação pelo rim.

3.10- A dimensão sexual, pode assumir caráter de pertinência elevada na vida das pessoas, especialmente quando está afetada, o que acontece frequentemente à pessoa com DRC, ainda assim este tema é pouco valorizado e abordado pelos profissionais de saúde junto do doente. É importante o enfermeiro perceber, quais as necessidades do doente nesta área, como isso afeta o seu dia-a-dia, e se das intervenções que o enfermeiro possa traçar para melhorar o autocuidado nesta área o encaminhamento para o médico é aprovado pelo doente.

3.11- No que se refere ás atividades de lazer e repouso, é importante o enfermeiro perceber, como a DRC passou a afetar as atividades recreativas do doente, estimulando a prática de atividades que o doente goste, para que esta doença não se torne um peso que altere drasticamente a sua vida não permitindo o seu bem estar biopsicossocial.

4- Desvio de saúde

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde são exigidos em condições de doença, ou lesão de onde podem resultar medidas médicas para diagnosticar ou corrigir a condição (George, 2000).

4.1- É importante que o doente tenha uma noção mínima do que é a doença que o afeta, tendo consciência que deve ter a responsabilidade de buscar para si mesmo o tratamento possível e adequado, comprometendo-se e cumprindo o plano terapêutico, de modo a garantir que a assistência médica lhe é prestada de modo apropriado.

4.2- Perceber se o doente tem conhecimento sobre possíveis intercorrências durante o tratamento como hipotensão, terminar o tratamento acima ou a baixo do peso seco, por ter

sido mal pesado no início do tratamento ou por erro de cálculo, hematoma no acesso, coagulação do sistema, etc... É importante que para cada intercorrência abordada o enfermeiro realize aporte educacional de como o doente deve agir, para minimizar o seu efeito (consultar informação sobre educação para a saúde em anexo ao projeto da consulta de enfermagem).

4.3, 4.4, e 4.5- Perceber o que o doente sabe e a sua preocupação sobre o autocuidados a ter com o acesso de HD, com gestão de terapêutica, e com as comorbilidades associadas, e realizar aporte educacional oportuno (consultar informação sobre educação para a saúde em anexo ao projeto da consulta de enfermagem).

Apêndice VI – Fundamentação teórica de apoio à
Educação para a Saúde da Pessoa com DRC.

FUNDAMENTAÇÃO TEORICA DE APOIO À EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA PESSOA COM DRC.

ESCLARECIMENTO DO QUE É A DRC COMO SE MANIFESTA, COMO PODE SER TRATADA

É de importância relevante que o doente tenha oportunidade de conhecer os contornos da sua doença através de um profissional de saúde, que simultaneamente lhe faça um aporte educacional sobre a mesma, ao invés de conhecer a doença apenas pelo que pesquisa por si muitas vezes oriundo de fontes duvidosas. O doente deve ter conhecimento que a DRC de um modo geral, se caracteriza pela perda progressiva e irreversível da função renal que evolui ao longo de 5 estádios ou níveis até chegar à estádio terminal onde é necessário TSFR, sendo que por ser progressiva e silenciosa, na maioria das vezes só é diagnosticada no estádio 5 ou estádio terminal, exigindo de imediato a TSFR (Queirós, Dantas, Ramos, e Jorge, 2008). Ao longo da evolução da doença o organismo readapta-se e vai compensando, mas quando a função renal se reduz até 15 a 10% do normal, torna-se impossível viver sem TSFR (Ribeiro et al(2008). Na atual trilogia de opções, o transplante renal é considerado o tratamento ideal para a DRC, mas na falta de disponibilidade ou na impossibilidade deste para doentes que não reúnam condições , as modalidades substitutivas existentes são a Diálise aperitoneal DP, e a HD, sendo que esta ultima continua a ser a de maior prevalência em todo o mundo (Sousa, 2012). Um exemplo destes dados pode observar-se no Brasil, em que dos doentes que realizam TSFR, 90,6% são submetidos a HD (Sousa, Silva, Bezerra, Freitas, e Miasso, 2013). Também, Kim, Evangelista, Phillips, Pavlish, e Kopple (2010) referem que a HD é a TSFR mais comum em indivíduos com IRCT. Sendo esta a realizada na SPD pelo que na consulta de acolhimento ao doente é importante que o enfermeiro explique a este de forma simples assertiva e adequada ao entendimento de cada doente, em que consiste a TSFR por HD, e como decorre este tratamento nesta unidade.

O doente deve saber também que passando ele a necessitar de TSFR, esta é essencial à manutenção da sua vida, pelo que deve ser realizada de forma regular, cumprindo o plano prescrito, de modo a diminuir as manifestações da doença que se devem: à incapacidade dos rins eliminarem substâncias tóxicas produzidas pelo organismo como produtos azotados

nitrogenados não proteicos, as tão faladas ureia e creatinina que o doente ouve comumente, sendo que o aumento da ureia no sangue pode levar a um conjunto de sinais e sintomas denominado uremia ou síndrome urémica caracterizado por: vômitos, diarreia, letargia, tremores musculares, convulsões, hipertensão, coma, hemorragia gastrointestinal, estomatites ulcerativas, hálito com odor amoniacal e eventuais estados de anorexia (Ribeiro et al 2008). Os mesmos autores referem que a IRC nesta forma mais avançada interfere com as funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, causando alterações do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base, levando a acidose metabólica, hipercaliemia, hiperfosfatemia, diminuição da produção de eritropoietina e consequente anemia, distúrbio hormonal como hiperparatiroidismo, entre outros, o que ressalta a importância do doente cumprir o plano terapêutico a ele adequado.

No que respeita às causas da IRC são várias as causas, mas de um modo geral podem-se dividir em pré renais (antes ou acima do rim), como por exemplo, problemas circulatórios que levam a isquemia renal; causas renais que resultam de doenças que afetam diretamente o rim, sejam elas glomerulopatias, hipertensão arterial, ou nefropatia diabética, lesões hereditárias como doença renal poliquística; e causas pós-renais (após ou abaixo dos rins), como por exemplo uma obstrução do trato urinário (Queirós, Dantas, Ramos, e Jorge, 2008).

Ribeiro et al (2008) referem-se ainda às causas da IRC como resultantes de doenças primárias que afetam diretamente os rins, e doenças sistêmicas que afetam secundariamente os rins, referindo que de todas a e glomerulonefrite primária, a nefropatia diabética, e hipertensão, estão cotadas como as causas mais comuns da insuficiência renal terminal em todo o mundo, sendo que a SPD não foge à regra como demonstra o gráfico da causas da IRC dos doentes admitidos, sendo importante que o doente se responsabilize pelo autocuidado destes estados patológicos para não penalizar mais a sua qualidade de vida.

A DRC provoca frequentemente um sentimento de exclusão e isolamento social no doente, Queirós, Dantas, Ramos, e Jorge (2008) referem que a IRC em si e a TSFR levam a adaptações e mudanças no estilo de vida conflituosos e no cotidiano do doente e da família, estas mudanças podem levar o doente a sentir-se diferente e excluído por ser proibido de comer certos alimentos, ter a ingesta hídrica limitada, necessitar continuamente de TSFR que é para muitos pesada, quer física que psiquicamente, fazendo também parte dela a toma continua de medicação dolorosa como injetáveis. Neste sentido torna-se pertinente que o

doente não se sinta um alvo solitário de uma doença que pode ter este efeito nefasto, devendo por isso ter a informação que o crescimento da DRC de 20 a 25% na última década, a faz ser cada vez mais reconhecida como um importante problema de saúde pública, reunindo em torno da sua investigação e melhoria contínua de cuidados, muitos profissionais de saúde (Zoccali, Kramer e Jager, 2010).

Para reduzir o sentimento de isolamento e exclusão social, Queirós, Dantas, Ramos, e Jorge (2008) referem ainda que o doente deve ser incluído em actividades socio-educativas para que desenvolvam conhecimento sobre a IRC e o seu tratamento, e assim adquiram espaço e segurança para desenvolverem o seu autocuidado, e melhorarem a adesão à TSFR.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE CUIDADOS COM O ACESSO DE HEMODIALISE

A pessoa a realizar hemodialise, depende permanentemente de um acesso vascular para viver, de onde podem advir complicações associadas. Linardi, Bevilacqua, Morad, & Costa (2004), referem ser de extrema importância que os profissionais adquiram competências para avaliar e diagnosticar todas as alterações que podem ocorrer com o acesso de hemodialise, a deteção precoce de alterações do funcionamento possibilita a tomada de medidas e intervenções com implementação de ações de prevenção e controle ajustadas.

As opções disponíveis de acessos para HD, são a Fístula Arteriovenosa (FAV), a Prótese Arteriovenosa (PAV) e Cateter Venoso Central (CVC). Destas opções a FAV fornece o acesso vascular mais próximo do ideal, com taxas de patência mais elevadas, menor custo de construção e manutenção e menor número de complicações. A menor morbidade associada à FAV justificou a recomendação, pelas *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative guidelines*, da utilização deste acesso em pelo menos 50% dos doentes incidentes e 40% dos doentes prevalentes em HD (Freitas et al (2010).

No caso de construção de acesso vascular PAV ou de preferência FAV, é importante que previamente o enfermeiro ensine sobre os cuidados imediatos após a construção do acesso. Cuidados estes que se querem ideais ao desenvolvimento adequado do acesso e que permitam a sua maturação o mais rápida possível para que possa ser utilizado. Devendo-se:

“manter o braço elevado para favorecer a circulação de retorno e evitar a presença de edema, evitar curativos circunferenciais ajustados, avaliação do fluxo sanguíneo diário e realizar exercícios de

compressão manual para acelerar e melhorar a performance do acesso. Ainda, a fístula não deve ser utilizada até estar completamente madura, pois a utilização precoce é uma das maiores causas de complicações e perda do acesso venoso” (Reinas, Nunes e Matos, 2012, p.509)

Os autores supracitados mencionam que a FAV necessita de um tempo de 4 a 6 semanas, para maturar e se observarem condições de cicatrização e desenvolvimento da veia de forma a ser puncionada com agulhas de grande calibre. Acrescentam que o ideal será esperar cerca de 3 meses. Referem também que o risco do acesso desenvolver infecções e hematomas se deve em parte ao facto de ser puncionado repetidas vezes, sendo necessário uma constante vigilância, pelo que após retirar as agulhas, é necessário realizar compressão dos locais de punção com força suficiente para evitar sangramento e permitir a passagem do sangue, até se dar a hemóstase. Caso a compressão seja realizada por um período de tempo curto, pode levar ao aparecimento de hematomas e de pseudo-aneurismas, devido ao extravasamento de sangue. Após serem retiradas as agulhas, deve ser aplicada compressão com gaze por aproximadamente 5 minutos, ou até se dar a hemóstase completa, evitando, assim, sangramento e formação de hematomas. Desta forma, o enfermeiro deve explicar ao doente a importância de efetuar a compressão e como a realizar (Reinas, Nunes e Matos, 2012). Após a hemóstase, deve-se aplicar os pensos levemente compressivos, sendo que se utilizado adesivo, este não deve ser aplicado em circulares, para evitar garrotar o membro (Ribeiro et al 2009).

O enfermeiro deve educar ao doente que, no caso de hemorragia dos locais de punção em casa, este deve procurar fazer imediata hemóstase com precisão nos locais de punção, ou pedir ajuda a familiar / cuidador para tal, no caso de persistência da hemorragia, deve dirigir-se ao centro de diálise ou ao hospital mais próximo (Reinas, Nunes e Matos, 2012).

No caso de ocorrer hematoma, deve-se aplicar gelo ou água fria nas primeiras 24 horas para favorecer a vasoconstrição do local e diminuir o extravasamento subcutâneo e, após as 24 horas, deve-se aplicar saco de água quente, ou banho de água quente associado a pomadas heparinóides, para ajudar a reabsorver o hematoma. Os hematomas repetidos e de grande extensão podem prejudicar a utilização da FAV, quer temporária, quer permanentemente se levar à trombose da mesma. (Reinas, Nunes e Matos, 2012)

O doente deverá ser educado, a palpar o acesso diariamente para detetar presença de frémito, a protegê-lo de traumatismos, e a lavar o braço com sabão neutro imediatamente antes da punção para realizar HD. Deve ser ensinado sobre os sinais de alerta de infeção, e da

importância de comunicar à unidade de diálise o mais atempadamente possível, para que se possa atuar (Paiva e Lima, 2008). O enfermeiro deverá também educar o doente a não permitir que exerçam pressão no membro da FAV (como evitar avaliação de tensão arterial), que puncionem o membro para colher sangue, assim como evitar o uso de pulseiras, relógios ou roupas apertadas no braço do acesso. Deve evitar também carregar pesos com o membro da FAV, ou dormir sobre o mesmo (Morsch e vicari,2006 citados por Bobsin, 2009).

Na abordagem ao doente com Acesso de hemodialise, o enfermeiro deverá ter também em consideração, a gestão emocional do doente em relação à sua imagem corporal, Richard e Engebretson (2010) referem que o estigma do acesso vascular, especialmente a aparência do acesso, afeta a autoimagem, e condiciona as atividades, uma vez que uma pessoa com um sinal corporal que é incomum ou não esperado, é colocada numa categoria social diferente, sendo associado muitas vezes a comportamento desviante ou desonroso. A pessoa estigmatizada pode ter várias respostas, para tentar alterar ou corrigir o estigma, isto pode leva-lo a ocultar o acesso vascular, a querer renega-lo, ou levar o doente a isolar-se para evitar desconforto social. É por isto importantíssima a educação para a saúde que faça o doente aprender a lidar e aceitar o seu acesso, reconhecendo-lhe a valor essencial à manutenção da sua qualidade de vida.

As inúmeras complicações que implicam, em muitos casos, a perda do acesso, realização de um novo acesso, uso de antimicrobianos, baixo fluxo sanguíneo, trombozes, aneurismas, edema, isquemia, sobrecarga cardíaca com a não realização de hemodiálise e, conseqüentemente, agravamento clínico do doente, fazendo-nos perceber o grande risco provocado pela falta de conhecimentos e orientações por parte do doente com IRC. Como refere Reinas, Nunes e Matos (2012), a base para a minimização destes factos é a educação para a saúde, e doentes bem orientados quanto a seu próprio autocuidado.

Com base nos pressupostos referidos a mera avaliação do Acesso pelo enfermeiro em sala de diálise não faz sentido, sem um adequado aporte educacional sobre os cuidados que o doente deve ter com o acesso, sendo lugar privilegiado para o fazer a consulta de acolhimento ao doente, devendo ser reforçada esta educação para saúde sempre que o doente seja reavaliado em consulta. Após o aporte educacional sobre o acesso, nesta consulta poderá ser desde logo atribuída a folha de avaliação de acesso de diálise protocolada para cada acesso, e vigente na clinica no momento.

AUTOCAUIDADO E A ALIMENTAÇÃO DO DOENTE RENAL

Uma parte importante do plano terapêutico da pessoa com DRC é a dieta, provocando muitas vezes frustração no doente, pelas suas restrições alimentares e hídricas.

Segundo a NKF (2007) o doente renal, deve ter ao alcance um profissional de saúde que o oriente no planeamento de como usar os alimentos certos nas quantidades certas, sendo muito importante que este saiba usar a quantidade correta de calorias e proteínas, e também de nutrientes como sódio, fósforo, cálcio, potássio, vitaminas e minerais bem como dos líquidos, de modo a manter um peso corporal saudável, ou a lidar com necessidades especiais de alimentação como no caso da dieta diabética. Ainda segundo a NKF (2007) as necessidades e restrições alimentares da pessoa com DRC variam com a evolução da doença e o nível ou estágio da função renal, o que reforça a necessidade de acompanhamento e orientação constante de um profissional.

Para Zambra e Huth (2010) a pessoa que realiza o tratamento dialítico e depende da hemodiálise para se manter viva, depende também muito de um adequado plano nutricional para o sucesso da diálise, sendo este importante no controle dos níveis séricos de ureia, creatinina, potássio, sódio, fósforo e na prevenção e tratamento de edemas.

Zambra e Huth (2010) citam Martins e Riella (2001) para referir que um dos grandes determinantes da mortalidade e morbidade do doente em hemodiálise é o estado nutricional tendo influência na eficácia da diálise. Segundo os autores há uma inter-relação significativa entre estes dois fatores, pois os doentes que são bem dialisados e possuem um adequado estado nutricional apresentam melhorias significativas. Assim é de extrema importância que o doente renal em hemodialise tenha uma dieta orientada para evitar desequilíbrio eletrolítico e o edema, mantendo o consumo adequado de valor energético diário, em calorias e proteínas.

Pela pertinência da dieta no doente Hemodialisado, Cabral, Diniz e Arruda (2005), referem a importância da avaliação do estado nutricional do doente, sugerindo para isso a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), que nesta consulta será avaliado através do instrumento de colheita de dados do doente, seguindo os valores de referência da Ordem Mundial de Saúde (OMS), Nesta avaliação os autores referem que o estado de hidratação pode influenciar significativamente a avaliação, devendo por isso ser usado o “peso seco” do doente, ou seja de pós diálise.

É importante que o profissional que visa promover o autocuidado no doente saiba que as mudanças do padrão alimentar e comportamental se revelam um grande desafio para o doente e família, devendo por isso retirar do plano alimentar apenas os alimentos que possam ter resposta significativa, contra o risco nutricional apresentado pelo doente, e ainda assim mediante o conhecimento dos valores séricos do doente, colocar a possibilidade de, se o consumo de determinado alimento for relevante para o bem estar emocional do doente, recomendar o seu consumo esporádico em pouca quantidade, e em média 4 a 6 horas antes da sessão de hemodiálise (Zambra e Huth, 2010).

Diante do exposto esta gestão nutricional pormenorizada deve ser realizada por um profissional específico, nutricionista ou dietista como acontece na SPD, no entanto pelas varias implicações que o fator nutricional tem no doente renal em HD, torna-se importante uma parceria de toda a equipa de saúde promovendo o bem estar do doente, pelo que o enfermeiro, dever possuir também conhecimentos competentes sobre esta área a fim de reencaminhar situações que considere pertinentes, e a fim de educar o doente para o autocuidado nutricional. Abordam-se assim sucintamente alguns constituintes nutricionais importantes na dieta do IRC.

PROTEINAS

Zambra e Huth, (2010) citam Cuppari (2005), sobre as recomendações de energia para quem se submete a TSFR por hemodiálise, referindo que para a manutenção de peso o doente deve ingerir o valor estimado de 30-35kcal/kg/dia, para aumento de peso o valor ideal varia de 35-50kcal/kg/dia, e para a redução de peso o valor estimado varia de 20-30kcal/kg/dia. Nos doentes com mais de 60 anos, parece ser suficiente uma ingesta de energia de aproximadamente 30kcal/kg/dia. Das calorias ingeridas 50-60% devem ser de hidratos de carbono, e 30-35%. Lipídeos, visando a poupança de proteínas para a formação proteica tecidual, sendo importante esta gestão adequada de hidratos de carbono e lipídios, para que as proteínas não sejam usadas como fonte energética sofrendo depleção durante a hemodialise.

Segundo a NKF (2007) a ingesta correcta de proteínas é importante para a saúde do doente, sendo responsável por formar músculos, restaurar tecidos e combater infeções, recomendando que preciso o doente consumir diariamente proteínas das duas fontes existente: a fonte animal, como ovos, peixe, frango, carnes vermelhas, produtos lácteos e queijo; e a fonte vegetal, como verduras e cereais.

FÓSFORO

Porém, alguns alimentos ricos em proteína possuem elevado teor de fósforo, um elevado nível de fósforo pode provocar irritação na pele e perda de cálcio dos ossos enfraquecimento destes, a retenção de fosforo no organismo diminui ainda a capacidade de excretar potássio (Zambra e Huth, 2010).

Segundo a NKF (2007) a recomendação passa por diminuir a quantidade de alimentos com alto teor de fósforo visando reduzir a quantidade de fósforo no sangue. O fósforo é encontrado em grandes quantidades em produtos de laticínio, como leite, queijo, pudim, iogurte, apresentando-se como uma boa forma de reduzir a quantidade de fósforo na dieta o uso de cremes sem leite e de determinados substitutos do leite. Também esta presente elevado teor de fosforo em feijões e ervilhas secas, lentilhas, nozes e pasta de amendoim, e em bebidas como chocolate quente, cerveja e refrigerantes de cola.

SÓDIO

Segundo NKF (2007) é notável a relação comum entre insuficiência renal, HTA e sódio, sendo muitas vezes este ultimo o responsável pelas anteriores, pelo que é necessário adequar a quantidade de sódio na dieta da pessoa, e se necessário a sua redução, o doente deverá ser educado a selecionar alimentos que têm baixo teor de sódio. Os doentes devem ser orientados para diminuir o consumo de alimentos industrializados, e quando o faça é importante que esteja desperto para ler os rótulos dos alimentos de modo a comprar os com mais baixo teor de sódio, estando ele presente em grandes quantidades, em alimentos da industria que possuem sal de cozinha adicionado, como: tempero, com molho de soja, molho com alho ou cebola, a maioria dos alimentos enlatados e alguns alimentos congelados, alimentos para viagem carnes processadas, como presunto, bacon, salsicha/linguiça, aperitivos salgados, como batatas fritas e bolachas. Zambras e Huth (2010) ressaltam que os substitutos de sal industrializados são compostos essencialmente por cloreto de potássio, portanto não são boa alternativa, pois podem causar hipercaliémias. Os autores referem ainda que a ingesta diária de sódio para pessoas com DRC deve ser de 1-1,5g/dia, visando promover o controle da pressão arterial, da ingestão de líquidos, e assim o ganho de peso interdialítico, que não deve ser maior de 3-5% do peso seco

Uma alternativa possível ao uso de sal podem ser plantas aromáticas e especiarias frescas ou secas para melhorar o sabor dos alimentos. Também pode ser usado um pouco de tempero com pimenta ou sumo de limão espremido para melhorar o sabor.

POTÁSSIO

O potássio tem responsabilidade importante no funcionamento adequado dos músculos especialmente o do coração, sendo que o seu excesso ou a falta no sangue podem ser bastante perigosos, por isto a recomendação da sua restrição deve ser específica para cada doente e depender dos valores séricos, e da depleção urinário que o doente ainda mantenha. Contudo, o doente em hemodialise tem tendência a diminuir fortemente o volume urinário, ou mesmo a não urinar, sendo fácil e comum o acumular de potássio sérico, por isto Zambra e Huth (2010), recomendam a diminuição de alimentos ricos em potássio, e que os alimentos com casca devem ser descascados, e os que podem ser cozinhados para além de descascados devem ser picados, deixados de molho por algumas horas, e, logo após, cozidos em duas águas, sendo esta trocada após boa fervura inicial, e desprezada após segunda fervura ou cozimento final.

CÁLCIO

O cálcio tem importante função na manutenção de ossos fortes, no entanto alimentos que são boas fontes de cálcio também têm alto teor de fósforo, pelo que segundo a NKF(2007), para manter os níveis de cálcio e fósforo equilibrados e prevenir a descalcificação óssea, o doente precisará seguir uma dieta que limite os alimentos ricos em fósforo já referida, e ainda utilizar quelantes de fosfato, ao mesmo tempo poderá precisar de suplementos de cálcio e de vitamina D para a sua fixação em prescrição específica pelo médico.

LÍQUIDOS

Para o doente no estágio terminal da DRC a realizar TSFR, a ingestão de líquidos está geralmente muito condicionada, tendo como objetivo evitar o aumento exagerado de peso interdialítico acima dos 4 a 5%, o aparecimento de edemas, e de HTA.

No entanto em virtude da baixa ingestão de líquidos e fibras e pouca atividade física durante a dieta, é frequente ocorrer obstipação intestinal nos doente de hemodiálise. Pelo que segundo Zambra e Huth (2010), é recomendada a ingesta diária de fibras na dieta de 20 a 25g, podendo ainda ser associados laxativos no caso de insucesso com a ingestão de fibras, mas devendo-se

manter o cuidado com o aumento da ingestão hídrica. A recomendação diária de líquidos é assim de 500 ml a mais do que o volume da urina em 24 horas, devendo apenas ser aumentada a ingestão hídrica em casos como diarreia e transpiração excessiva.

Das estratégias que a pessoa com DRC pode usar para controlar a sede, ressalta-se a já referida diminuição de consumo de sódio, o uso de pedras de gelo, ou água bem fria, deixando estar algum tempo na boca antes de deglutir, também a racionalização de um pequeno volume de água para o dia. O profissional deve alertar também o doente para o consumo de sopas, tendo estas por norma um elevado volume hídrico.

DIABETES E A DIETA

É importante que o doente renal diabético saiba que a alimentação é um elemento base também no controlo da diabetes, fazendo parte da tríade que inclui o cumprimento da medicação e atividade física, dependendo os valores glicémicos do equilíbrio destes três fatores. Segundo a NKF (2007) uma pessoa com DRC que já cumpra uma dieta diabética irá adaptar-se mais facilmente à dieta prescrita ao doente renal. Continua a ser no entanto pertinente que o enfermeiro alerte o doente para a contínua importância do doente cumprir esta dieta, sendo um fator muito importante, na gestão do autocuidado da dieta, o autocontrolo da glicémia no domicílio, alimentando-se consoante os níveis de glicémia, e onde deverá também ter peso pertinente, a medicação administrada e a atividade física, devendo o doente entender esta relação.

Doente Renal Comorbilidades e o Autocuidado

De acordo com Ribeiro, et al (2008) o doente com IRC, apresenta alterações de base sistémica com múltiplas funções de homeostasia alteradas, relatam no entanto como doenças associadas mais prevalentes na população com IRC estudadas, as já referidas HTA, e DM, os autores referem que na literatura mais de 30% dos doente que iniciam diálise são ou virão a desenvolver diabetes, sendo que a morbidade e mortalidade nestes é substancialmente maior que nos não-diabéticos, constatando-se por mais doenças cardiovasculares e infeções como causa de morte. Por sua vez a HTA tem também importante responsabilidade na morbidade e mortalidade acelerando a aterosclerose e precipitando também complicações cardiovasculares.

Os autores supra citados referem também que a maioria dos doentes em HD está acima dos 40 anos amentando a vulnerabilidade a morbilidades com a idade. Dos cerca de 183 doentes assistidos atualmente na SPD, predomina um espectro de idades acima dos 60 anos, como nos mostra o gráfico do primeiro e segundo trimestres do ano transato (anexo xxx), o que concorre para que tendencialmente estes doentes apresentem alguma dependência associada a comorbilidades. De salientar que também aqui na SPD a principal doença de base, referida como causa da IRC destes doentes, e que os acompanha posteriormente ao longo do processo de doença por toda a vida é a diabetes, seguida da HTA (Anexo II). Estes dados coincidem com vários autores que referem a Diabetes, Hipertensão e Glomerulonefrite como causas mais comuns da DRC (Horigan, Rocchiccioli, e Trimm (2012). Por sua vez Meaney (2012) refere que com o numero crescente de doentes diabéticos com IRC a realizar TSFR, especificamente a HD os coloca em alto risco para aparecimento de isquemia e úlceras neuropáticas nos pés que podem levar a amputação, conseqüente aumento de dependência e diminuição da qualidade de vida. De acordo com estes resultados vem o relatório de atividades do ano transato da SPD (anexo III), que refere a isquemia / necrose dos membros como tendo sido, por 17 vezes a causa de internamento de doentes desta unidade de HD. Meaney (2012) refere ainda que os enfermeiros de HD estão numa posição central para educar e iniciar supervisão de bons cuidados com os pés, em doentes renais, e cita o International Working Group on the Diabetic Foot (2007), para dizer que uma educação e acompanhamento pela equipa multidisciplinar do pé diabético, identificando o risco precoce de problemas, pode reduzir em 85% as amputações de membros.

Ainda segundo Ribeiro et al 2008, tendo em conta o envolvimento sistémico que ao IRC acarreta, os cuidados a estes doentes não se devem extinguir na TSFR, mas sim envolve-los de forma ampla, incluindo desde psicoterapia, direcionamento nutricional, e controle das doenças associadas, bem como orientações adequadas sobre a DRC, o tratamento e autocuidado, procurando sempre envolver a equipa multidisciplinar.

Penso assim fazer todo o sentido que um dos âmbitos da consulta de enfermagem que pretendo implementar, seja a avaliação dos problemas associados, especialmente os oriundos da diabetes, com a devida educação e orientação, para o autocuidado, despiste precoce discussão com a equipa multidisciplinar, e encaminhamento do doente se necessário.

DISFUNÇÃO SEXUAL E A IRC

Um tema delicado e ainda pouco abordado com o doente, e que os envolve numa percentagem relevante, é a disfunção sexual. Segundo Nóra, Zambone e Junior (2009), os primeiros estudos sobre o tema datam da década de 70, e até então diversos trabalhos mostraram uma alta prevalência de disfunção sexual em doentes com IRC, manifestada de maneira mais pronunciada no homem por diminuição da libido e disfunção erétil, chegando os autores a referirem a existência de estudos que apontam que até cerca de 90% dos doentes com IRC, são alvos de alguma disfunção sexual. Para Morales, Rolo e Sá (2001) a prevalência das disfunções sexuais nos doentes com IRC é variável consoante o grau da doença, podendo ir desde 9% em doentes pré-dialíticos até 70% nos doentes em diálise, e resulta de problemas multisistémicos, onde são envolvidos vários fatores etiopatogénicos: endócrinos por alterações do eixo hipotálamo-hipófise-gónada; vasculares por alterações do lúmen e fluxo arterial; neurogénicos devido a neuropatias periféricas autonómicas e do tecido cavernoso por degenerescência de colagénio do endotélio e tecido muscular liso dos corpos cavernosos. Das causas patológicas faz parte não só a IRC como as doenças associadas nomeadamente a hipertensão, a hipercolesterolemia, e a diabetes. Também o cansaço, tão vulgar nestes doentes, relacionado com alterações eletrolíticas, com anemia, stress e depressão, que podem frequentemente estar presentes, constituem fatores coadjuvantes podendo ainda coexistir iatrogenia medicamentosa. Existe assim uma multiplicidade de fatores responsáveis não só pela disfunção erétil como pelas perturbações da libido e da fertilidade. Segundo os autores acontece frequentemente disfunção erétil nos homens, anomalias menstruais nas mulheres e diminuição da libido e da fertilidade em ambos os sexos, estando para além de fatores orgânicos, fatores psíquicos e sociais na origem do problema, resultantes da perda de qualidade de vida inerente à IRC.

Tendo em conta esta multifatorialidade de causas, a disfunção sexual no doente com IRC mostra-se como um problema complexo, pelo que, como refere Rodrigues et al (2011) o profissional enfermeiro deve assumir papel importante no conhecimento do doente renal, pois o seu conhecimento é essencial no que diz respeito às orientações adequadas ao doente, para este responder melhor à condição crónica e às limitações que ela pode desencadear, sendo que quando o enfermeiro tem a habilidade de entender o que o doente sente no seu interior, tende a prestar cuidados que se tornam mais satisfatórios e, conseqüentemente tendem a ser assistidas não só as necessidades visíveis, mas também aquelas que se encontram encobertas, num foro mais íntimo.

Rodrigues et al (2011) referem assim que a prestação de cuidados do enfermeiro deve revelar-se importante no desenvolvimento de comportamentos empáticos e atividades que auxiliem o doente na vivência e na aceitação das modificações ocasionadas pela condição crônica, explicando ao doente os diversos sentidos e significados da sexualidade, pois se é verdade que esta depende do contexto e da cultura em que o individuo está inserido, é também bem verdade que esta não se esgota pela expressividade do ato sexual em si, devendo o enfermeiro orientar o doente a valorizar os restantes aspetos socioemocionais e culturais de uma relação como a atenção, carinho e preocupação com o outro.

É assim importante que o enfermeiro enquanto avalia o doente crie empatia com este de modo a delicadamente abordar as suas preocupações sexuais, questionando-o sobre a vontade de a sua necessidade sexual afetada ser alvo de cuidados específicos, promovendo o seu encaminhamento para a equipa médica, afim de o seu plano terapêutico ser alterado, e a sua disfunção erétil seja tratada se possível.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabral, P., Diniz, A. & Arruda, I. (2005). Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *Revista Nutrição*. Campinas. Acedido em 09/12/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-52732005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pT
- Freitas, C. Silva, F. Matos, N. D. Machado, R. Queirós, J. Almeida, R. & Cabrita, A. (2010). Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro. *Angiologia e Cirurgia Vasculard*, 7(1). Acedido em: 18/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ang/v7n1/v7n1a05.pdf>
- Horigan A., Rocchiccioli J., & Trimm D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis. *Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*. 21(3), 158-175. Acedido em: 25/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=22866436>
- Kim, Y., Evangelista, L.S., Phillips, L.R., Pavlish, C., & Kopple, J.D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol37 nº 4. P. 377-393. Acedido a 04/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>
- Meaney. (2012) Diabetic foot care: prevention is better than cure. *Journal of Renal Care*. 38(Suppl. 1), 90-98. Acedido 03/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&sid=689f9023-87cf-4fe8-97bf-2a5e0ae9f7ed%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011453825>
- Morales, J., Rolo, F. & Sá, H. (2001). Disfunção Erétil e Insuficiência renal crônica. *Acta urológica portuguesa*. Acedido em 14/01/2014. disponível em: <http://www.apurologia.pt/acta/3-2001/Dissf-erec-insuf.pdf>

- National Kidney Foundation. (2007). *Sobre Insuficiência Renal Crônica. Guia para Pacientes e Familiares*. Acedido a 18/05/2013. Disponível em www.kidney.org
- Nóra, R., Zambone, G. & Junior, F. (2009). Avaliação da qualidade de vida e disfunções sexuais em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico em hospital. *Arq Ciênc Saúde*. Acedido em 16/01/2014. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID357.pdf
- Queirós, M., Dantas, M., Ramos, I. & Jorge, M. (2008). Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Acedido em 09/12/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/06>
- Ribeiro, R. C. H. M. et al. (2008). Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 21(Número Especial), 207-211. Acedido a 23/06/2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023831013.pdf>
- Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11–17. Acedido a 05/04/2013. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252012000100003&script=sci_arttext
- Zambra, B. & Huth, A. (2010). Terapia nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista contexto & saúde*. EDITORA UNIJUÍ Acedido em 14/01/2014 Disponível em: <file:///C:/Users/Filipe/Downloads/1480-6117-1-PB.pdf>
- Zoccali, C. Kramer, A. Jager, K. (2010) Chronic kidney disease and end-stage renal disease—a review produced to contribute to the report ‘the status of health in the European union: towards a healthier Europe’. *NDT (Nephrology Dialysis Transplantation)*. vol 3, 213 – 224. Acedido a 28/05/2013. Disponível em: <http://ckj.oxfordjournals.org/content/3/3/213.full>

ANEXOS

Anexo I – Avaliação dos enfermeiros orientadores
de estágio em cada área de intervenção.

Avaliação do estágio no Serviço de Internamento de Nefrologia



AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Aluno tem uma avaliação bastante positiva no Ensino Clínico, apresentando juízo crítico relativamente às funcionalidades do serviço, mostrou interesse e perspicácia no pensamento do doente nas várias valências.
Apresenta capacidade de execução técnica, responsabilidade profissional e relações humanas excelentes.
Demonstra conhecimentos e capacidade de gestão ao nível dos cuidados de enfermagem.
A sua avaliação qualitativa é excelente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data: 1/02/2014

Orientador

H^{es}. Luz Nascimento

Data: 1/02/2014

Estudante

Jose Ferreira da Silva

Assinatura

H^{es}. Luz Mendes Rosa do Nascimento

Jose Silva

Avaliação do estágio na Unidade de Transplante Renal.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Sr. Enfermeiro José Billa colaborou nas intervenções de Enfermagem na Unidade de Transplantes renal revelando conhecimentos e competências adequadas e grande responsabilidade no cuidar de pessoa com doenças renal crónicas, tendo demonstrado uma evolução qualitativa ao longo do estágio.

Destacou-se a sua grande motivação para vivenciar todas as experiências que a unidade lhe podia proporcionar, demonstrando sempre grande interesse e empenho.

Demonstrou também grandes competências relacionais, mantendo muito boas relações profissionais com a equipa de saúde e muito fácil integrado no grupo de trabalho, assim como estabeleceu uma excelente relação com o utente e família.

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

Data: 14/12/13

Orientador

Assinatura

Data: 17/12/13

Estudante

D.ª Nácia Mendes Aspinheiro Silva
José Ferreira da Silva

Assinatura
José Billa

Avaliação do estágio na Unidade de Dialise Peritoneal.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O José realizou o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal entre Novembro e Dezembro, durante 7 dias, de forma assídua e pontual.

Embora a Diálise Peritoneal era uma novidade para si demonstrou sempre disponibilidade para realizar actividades inerentes à DP e foi colocando dúvidas pertinentes.

Como o seu projecto de estágio é a criação de uma “Consulta de Enfermagem de acolhimento ao doente em Unidade Satélite de Hemodiálise”, mostrou-se sempre interessado em todas as temáticas relacionadas com o funcionamento e particularidades inerentes quer á consulta de DP, quer á consulta de Nefrologia_Opções.

Desenvolveu boa relação quer com a equipa da UDP, quer com os doentes da unidade.

Classifica-se com a menção de Muito Bom.

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

Data: 08/12/13

Data: 08/12/13

Orientador
Estudante

Elsabete Costa

José Ferreira da Silva

Assinatura

Elsabete Costa
José Ferreira da Silva

Avaliação do estágio na Unidade Satélite de Hemodialise.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O SR ENFERMEIRO JOSÉ SILVA, REVELA CONHECIMENTOS PROFISSIONAIS ATUALIZADOS E APLICA ESSES CONHECIMENTOS COM RIGOR. NO FUNCIONAMENTO DA SALA DE HEMODIÁLISE AGE COM INDEPENDÊNCIA, RESOLVENDO COM DISCERNIMENTO OS PROBLEMAS QUE SE DESEMPANAM. REVELANDO MÉRITAS SITUACIONAIS, PROMPTIDÃO E SENTIDO

CRÍTICO.

NAMÉIS REAÇÕES PROFISSIONAIS MUITO BOAS, COM TODA A EQUIPE DA SALA, DE REALIZAR A SUCESSO (IMPLEMENTAÇÃO) DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE APOIO AO DOENTE EM MEIO DE DIÁLISE. EM RESUMO, UM EXCELENTE PROFISSIONAL

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data: 14/02/14

Orientador

Manuel Centinho Carreira

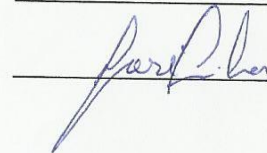
Assinatura



Data: 14/02/14

Estudante

José Ferreira da Silva



Anexo II – Programa da formação “Educação do Doente Diabético”

FUNDAMENTAÇÃO:

✚ A intervenção dos profissionais de saúde deverá ser facilitadora do processo de mudança, adesão e manutenção de comportamentos saudáveis, tendo em conta a individualidade de cada um, reconhecendo que o elemento mais importante no processo terapêutico é o próprio doente

OBJECTIVOS:

✚ Que os participantes sejam capazes de identificar e valorizar a importância do desenvolvimento de capacidades na Educação do Doente Diabético

Formadoras:

Elsa Ramos Relvas Pires

Enfermeira Graduada, Responsável, no HSC, pela Consulta de Enfermagem ao Doente Diabético

Isabel Amado

Enfermeira Graduada, Responsável, no HEM, pela Consulta de Enfermagem ao Doente Diabético

METODOLOGIAS

Apresentação teórica em PowerPoint.

Técnica expositiva e interrogativa.

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE

DURAÇÃO DA ACÇÃO

6 Horas

Núcleo de Formação do HSC

Luzia Ribeiro

Telefone: 210433308 Ext. 3308

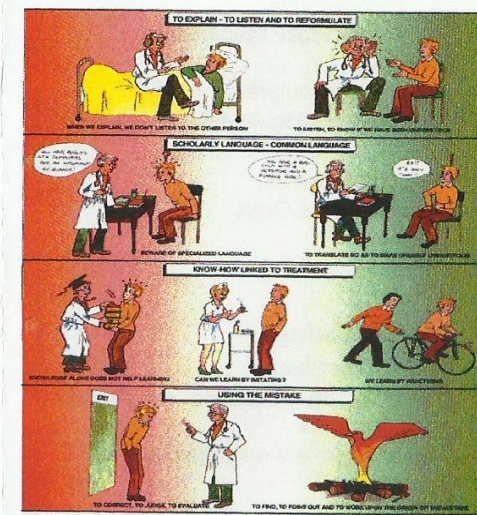
Telemóvel: 961371542 Ext. 73308

Mail: ljribeiro@chlo.min-saude.pt



Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos Núcleo de Formação

Educação do Doente Diabético



Realização

19 de Novembro de 2013
HSC – Sala de Formação – (piso 1)
9:00h às 16:00h

9:00/10:00 – Apresentação da formação
Introdução e objetivos

Classificação da diabetes

Critérios do diagnóstico da diabetes

10:00/11:00

As complicações da Diabetes

- Agudas:
 - a. Hipoglicémia
 - b. Cetoacidose Metabólica
- Crónicas:
 - a. Microvasculares
 - b. Macros vasculares

Terapêutica da diabetes

- Antidiabéticos Orais
- Insulinas

Educação terapêutica

- Sua importância
- Técnicas de Educação da Pessoa com Diabetes
- A motivação e a negociação

10:30/11:00 - Pausa café

11:00/13:00

A Consulta de Enfermagem

- Objetivo
- Papel da Enfermeira
- 1º Atendimento
- Atendimento de seguimento

Áreas de Intervenção na Educação:

- ✚ Alimentação
 - a. Fracionamento
 - b. Padrão alimentar

- ✚ Exercício Físico
 - a. Sua importância
 - b. Benefícios
 - c. Relação com a terapêutica

- ✚ Cuidados aos pés
 - a. Higiene e hidratação
 - b. Cuidados com meias e sapatos
 - c. Uma atenção especial às unhas
 - d. Sinais de alarme

- ✚ Autovigilância do doente diabético:
 - a. Sua importância no equilíbrio metabólico
 - b. Apresentação de dispositivos de determinação de glicémia
 - c. Registos de autovigilância
 - d. Autovigilância vs autocontrolo

13:00/14:00 - Pausa almoço

- ✚ *Insulinoterapia*
 - a. O que é a insulina
 - b. Autoadministração
 - c. Dispositivos e suas vantagens
 - d. Locais de administração
 - e. Ajuste de doses
 - f. Conservação da insulina

- ✚ *Hipoglicémia*
 - a. Sinais e Sintomas
 - b. Como evitar
 - c. Como corrigir

- ✚ Sessões práticas de simulações de sessões de Educação a Doentes com Diabetes, segundo os vários temas abordados durante o curso

- ✚ (Avaliação da formação)

Anexo III – Certificado da frequência nas jornadas de enfermagem
“Colheita de Órgãos e Transplantação em Portugal

2^{as} Jornadas

Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hosp. S. José
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE



COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTAÇÃO em PORTUGAL

24-25 OUTUBRO 2013
AUDITÓRIO CAMÕES . LISBOA

certificado

A Organização das 2^{as} Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital S. José, CHLC-EPE, que se realizaram nos 24 e 25 de Outubro de 2013, no Auditório Camões, em Lisboa, certifica que:

José Ferreira da Silva

Esteve presente nas jornadas, como participante.

Comissão Organizadora

Directora do GCCT - CHLC, EPE
Enfermeira Maria da Cruz Palma



Anexo IV – Certificado da frequência no Simpósio da Sociedade Portuguesa de Transplantação intitulado “Da Doação e Colheita de Órgãos à Transplantação”

Da **DOAÇÃO** e
COLHEITA de
ÓRGÃOS à
TRANSPLANTAÇÃO

6-7 DEZEMBRO 2013
Sana Lisboa Hotel - Lisboa



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOSÉ FERREIRA DA SILVA

Participou no Simpósio “**Da doação e Colheita de Órgãos à Transplantação**”, que decorreu nos dias 06 e 07 de Dezembro de 2013, no Sana Lisboa Hotel - Lisboa.

Ana França
Coordenadora Nacional
da Transplantação (IPST)

Ricardo Matos
Presidente SPCI

Fernando Macário
Presidente da SPT

Organização



Anexo V – “Critérios gerais para transplante renal”



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

CIRCULAR NORMATIVA

N.º: 15/GDG
Data: 07/09/2009

Assunto: Normas de selecção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver

Para: Conhecimento aos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT) e Centros de Histocompatibilidade; Unidades de Transplantação; Coordenadores Hospitalares de Doação

De: Director – Geral da ASST

Os rins para transplantação são um bem da comunidade, destinando-se a doentes que, com este gesto, podem melhorar a sua sobrevivência e qualidade de vida.

A escolha do par dador-receptor deve seguir os critérios que melhor se adequem à sobrevivência e melhoria da qualidade de vida dos doentes, devendo actualizar-se sempre que o estado da arte o recomendar, respeitando os princípios do risco benefício, da equidade, transparência e acessibilidade, bem como da ética médica.

À Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação compete o exercício das funções de regulação, normalização, controlo e fiscalização da actividade de colheita, análise, manipulação, armazenamento e distribuição de órgãos, tecidos e células de origem humana, bem como garantir a qualidade e segurança destas actividades definindo e implementando medidas de controlo adequadas à prevenção de doenças transmissíveis, de acordo com os artigos 2.º, 8.º e 9.º do Decreto Regulamentar n.º 67/2007, de 29.05.

Assim, determina-se o seguinte:



MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação



CIRCULAR NORMATIVA

I – Critérios gerais para transplantação renal

- 1 – Os candidatos a transplantação renal podem efectuar a inscrição simultânea em duas unidades de transplantação, devendo indicar a unidade pela qual têm preferência.
- 2 – A cada candidato é atribuído um grau de urgência clínica, actualizado pelo médico da consulta pré-transplante das unidades em que o candidato está inscrito.
- 3 – No caso de haver divergência nos graus de urgência indicados pelas duas unidades, será considerado o de maior urgência.
- 4 – Existem dois graus de urgência activa: muita urgência (SU) e urgência (U2).
- 4.1 – Considera-se em SU o doente em insuficiência renal crónica terminal, sem possibilidade de construção de acesso vascular definitivo e no qual a diálise peritoneal não é possível.
- 4.2 – O doente poderá clinicamente ser considerado em contra-indicação temporária (CT) numa das unidades onde está inscrito. Nessa situação, compete aos centros de histocompatibilidade informar a outra unidade.
- 4.3 – O doente em contra-indicação definitiva (CD) em duas unidades de inscrição deverá ser retirado da lista de espera.

II – Critérios clínicos e laboratoriais

- 1 – Para cada candidato, a transplantação só é considerada se existirem cumulativamente com o dador:
 - 1.1 – Compatibilidade no sistema ABO;
 - 1.1.1 – A distribuição dentro do sistema ABO deverá ser prioritariamente isogrupal, excepto para crianças ou doentes com grau de urgência SU, sensibilização (PRA) superior a 80%;
 - 1.2 – A compatibilidade no sistema Rh é considerada no caso de haver imunização conhecida para antígenos deste sistema;
 - 1.3 – *Crossmatch* antilinfocitário negativo por citotoxicidade com o último soro.
 - 1.4 – Nos casos em que não houver alossensibilização anterior conhecida com especificidade para antígenos do dador.

CIRCULAR NORMATIVA

São definidos os seguintes critérios de pontuação a aplicar na selecção do par dador –receptor:

Critério	Pontos
Incompatibilidades HLA (*):	
A) Sem incompatibilidade A, B e DR (<i>Full house</i>)	12
B) Sem incompatibilidade B e DR	8
C) Uma incompatibilidade B ou DR	4
D) Uma incompatibilidade B e uma em DR	2
E) Mais de duas incompatibilidades B e DR	1
Pré-sensibilização:	
PRA \geq 80%	8
PRA \geq 50%	4
Tempo de espera desde o início da diálise:	
Cada mês	0,1
Idade:	
Menos de 11 anos	5
De 11 a 18 anos	4
Retransplante:	
Cada mês desde o reinício de diálise (estes doentes não perdem a antiguidade em lista por perda do enxerto nos primeiros três meses após o transplante)	0,1
Diferença de idade entre dador e receptor:	
Dador $>$ 60 anos Receptor $<$ 55 anos	0
Dador $<$ 40 anos Receptor $>$ 55 anos	0
Restantes grupos	4

(*) As incompatibilidades para o locus HLA-A servirão como critério de desempate em caso de igualdade pontual. Atribui-se um ponto em caso de haver zero incompatibilidades para o locus HLA-A.

III – Selecção do par dador-receptor

A selecção do par dador-receptor deve seguir a seguinte ordem:

1 – Selecção ao nível nacional:

1.1 – No caso do dador de idade inferior a 18 anos, deverá ser feita selecção nacional para doentes pediátricos, sendo aceitável como compatibilidade mínima a existência de duas identidades no sistema HLA, das quais uma em DR.

CIRCULAR NORMATIVA

- 1.2 – A selecção será também feita ao nível nacional no caso dos doentes em SU.
- 1.3 – Em caso de transplante multiórgãos, a alocação será também ao nível nacional, segundo as regras seguintes:
- 1.3.1 – O rim que acompanha em transplantes múltiplos outros órgãos do mesmo dador, de acordo com a prioridade nacional reconhecida no regime de alocação, deve ser objecto de compensação pelo Gabinete que o recebeu mediante entrega do primeiro rim de qualidade equivalente, excepto no caso de transplante duplo de pâncreas e rim.
- 1.3.2 – O conceito de qualidade equivalente referido no número anterior comporta uma diferença de idade dos dadores não superior a dez anos no intervalo entre os vinte e os cinquenta, e exclui rins com condicionantes anatómicas ou outros tipos de lesões, bem como rins considerados sub-óptimos.
- 2 – Selecção ao nível regional:
- 2.1 – Com excepção das situações previstas no número anterior, a selecção de cada rim é efectuada primeiro a nível regional, depois ao nível nacional e por último ao nível internacional.
- 2.2 – Na selecção a nível regional, um dos rins será atribuído à unidade de transplantação do hospital de colheita, de preferência para um doente hiperimunizado da sua lista ou, se tal não for possível, para o receptor mais pontuado a nível regional.
- 2.3 – O outro rim será atribuído a um receptor hiperimunizado da região ou, se tal não for possível, para o receptor mais bem pontuado a nível regional.
- 2.4 – Os candidatos inscritos em lista de espera com SU têm prioridade sobre os anteriores e poderão ser transplantados sem qualquer identidade HLA;
- 2.5 – Os candidatos a transplantação multiórgão têm prioridade sobre outros candidatos, excepto para doentes em SU e receptores pediátricos.
- 2.6 – Quando o dador tiver menos de 30 anos, as crianças com idade inferior a 18 anos entram sempre no grupo de selecção, seguindo os critérios comuns aos outros doentes, mas com prioridade sobre esses doentes;
- 2.7 – Para desempate em caso de igualdade pontual, para além do locus HLA-A será considerado sucessivamente o maior valor do PRA e o tempo em diálise.

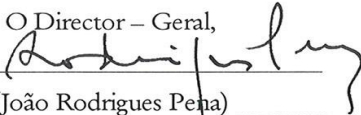
CIRCULAR NORMATIVA

3 – Selecção ao nível internacional – Após ter sido feita a selecção nacional e regional de acordo com o descrito nos números anteriores e se não tiver sido encontrado um receptor, deverá ser feita a oferta ao nível internacional.

IV – Disposições finais

- 1 – Todo o processo de distribuição de rins deverá ser realizado de forma que a unidade de inscrição do doente a quem é oferecido um órgão decida da sua aceitabilidade no prazo máximo de uma hora.
- 2 – Por convocação da ASST, deverão as unidades de transplantação, os gabinetes de coordenação e os centros de histocompatibilidade efectuar reuniões com periodicidade mínima anual com o fim de discutir e definir critérios clínicos e logísticos, de acordo com o estado da arte e com as necessidades da organização ou de adequação a circunstâncias específicas.
- 3 – Os centros de hemodiálise devem enviar os soros para estudos de virologia trimestralmente para os centros de histocompatibilidade.

O Director – Geral,



(João Rodrigues Pena)

Anexo VI – Complicações Pós-Transplante Renal

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL

As principais complicações no pós-transplante podem ser cirúrgicas (relacionadas com as anastomoses vasculares e urológicas), e/ou médicas (processos infecciosos ou imunológicos). É necessário que o despiste seja feito tão precoce quanto possível para minimizar a gravidade das situações.

Uma das complicações mais frequentes, a necrose tubular aguda, que está relacionada diretamente com a disfunção precoce do enxerto, muitas vezes atribuída ao tempo de isquémia fria nos transplantes com enxerto de cadáver. Caracteriza-se por uma oligoanúria e/ou parâmetros da função renal alterados. Nesta fase o doente poderá ter que realizar sessão de hemodiálise.

COMPLICAÇÕES VASCULARES:

Trombose da artéria renal - ainda que pouco frequente é uma situação que implica actuação cirúrgica imediata. Caracteriza-se por dor súbita na região do enxerto e anúria. O diagnóstico confirma-se através de eco-doppler do enxerto renal que deverá mostrar ausência de fluxo no enxerto renal.

Trombose da veia renal - pouco frequente, está associada a uma angulação ou estenose da

anastomose, compressão por hematoma ou linfocele; com necessidade de tratamento cirúrgico imediato. Manifesta-se entre três a nove dias após o transplante e pode ocorrer oligoanúria ou anúria súbita, hematúria, dor e aumento de volume no enxerto. O diagnóstico é feito por eco-doppler.

Linfocele - Esta complicação pode manifestar-se por pequenas coleções que resolvem espontaneamente ou de maiores dimensões, estas manifestam-se entre os 15 e os 180 dias de pós transplante. O diagnóstico é feito por ecografia. É feita a monitorização do volume e características da drenagem aspirativa, e sempre que indicado é realizada a colheita do líquido de drenagem para exame bioquímico e bacteriológico, para confirmação do diagnóstico. No linfocele não infetado, e de maiores dimensões, o tratamento passa por uma drenagem cirúrgica, a marsupialização.

COMPLICAÇÕES UROLÓGICAS:

As principais complicações urológicas estão relacionadas com a anastomose ureterovesical.

Fístula urinária, manifesta-se precocemente por um aumento e alteração do líquido de drenagem aspirativa. Após colheita deste líquido para análise bioquímica, mostra níveis de ureia, creatinina e potássio, compatíveis com as da urina. O tratamento desta complicação passa por manter a drenagem vesical prolongada.

Estenose do uretero - manifesta-se por alteração dos valores da função renal, ocorre uma diminuição da diurese e podem estar presentes sinais de infeção. O tratamento pode ser colocação de stent ou reimplantação do uretero.

COMPLICAÇÕES MÉDICAS:

Dentro destas complicações as mais graves são a rejeição e a infeção.

Rejeição – Uma das complicações mais temidas pós transplante. A rejeição é uma reação imunológica do organismo recetor com o órgão transplantado.

É de importância primordial estar desperto para o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, para que o diagnóstico seja feito tão precoce quanto possível, para assim ser instituído o tratamento e sua eficácia.

Manifesta-se por dor no local do enxerto, hipertermia, aumento de peso, hipertensão arterial, aumento dos níveis séricos de creatinina e ureia. O diagnóstico é confirmado por biopsia percutânea do enxerto.

Dependendo do momento em que aparece a rejeição e atendendo às características clínicas e histológicas esta pode ser:

Rejeição Hiperaguda - aparece em minutos ou horas após o transplante, é irreversível. Atualmente com a realização do cross-match antes do transplante o aparecimento deste tipo de rejeição é raro.

Rejeição aguda humoral - aparece entre o segundo e o quinto dia pós transplante. Ocorre uma lesão grave vascular. O tratamento é feito com imunoglobulina antilinfocitária.

Rejeição aguda celular - frequentemente aparece entre a primeira semana e o terceiro mês após transplante. O tratamento consiste em administração de bolus (pulsos) de corticóides e intensificação da imunossupressão.

Rejeição crónica - rejeição tardia, que pode surgir seis meses ou um ano após o transplante e normalmente leva à perda progressiva do enxerto.

Infeção – responsável por importantes taxas de morbidade e mortalidade nos indivíduos transplantados.

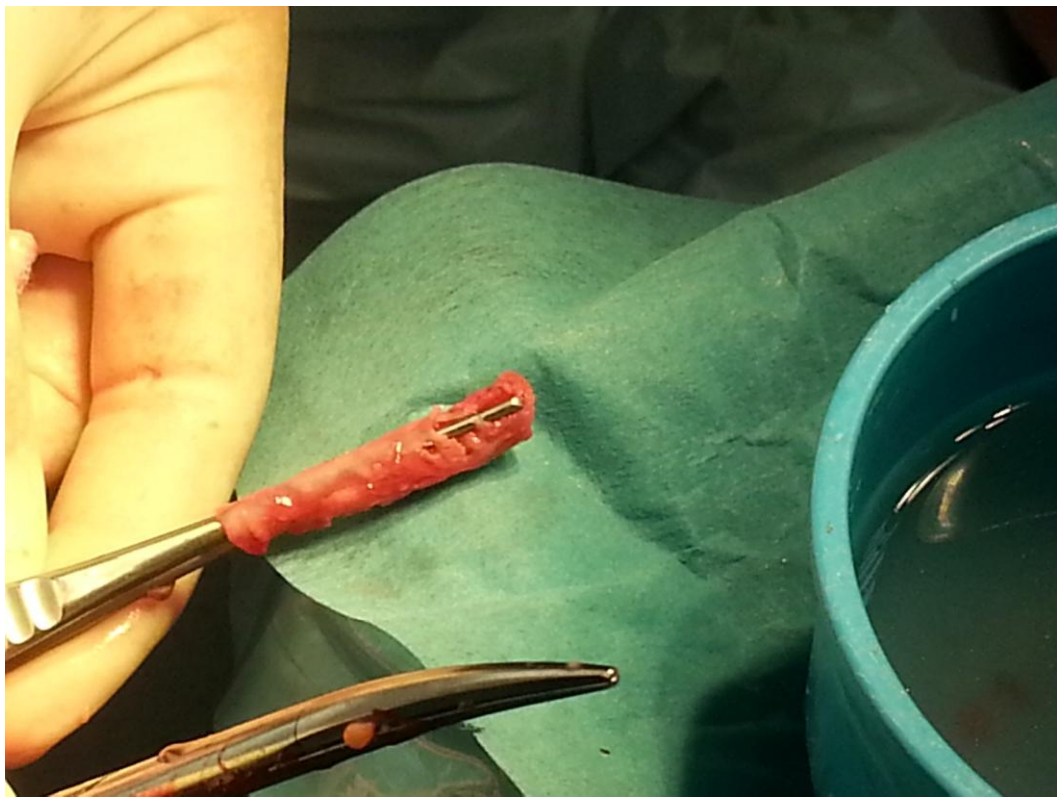
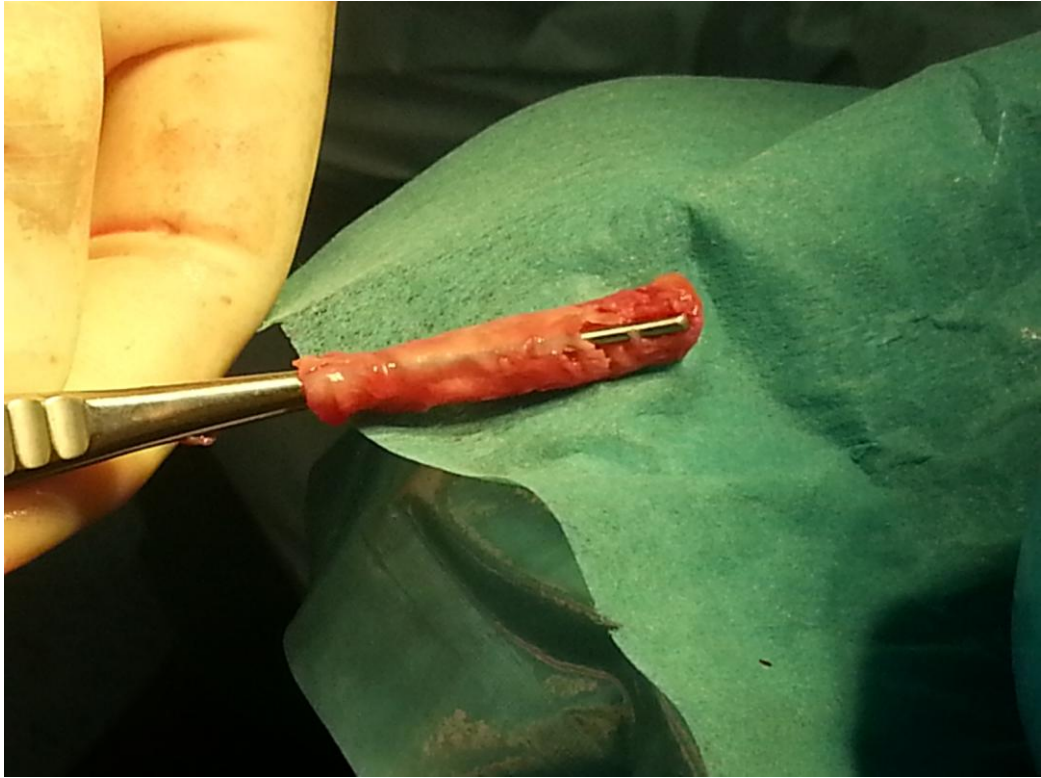
No primeiro mês pós transplante as infeções estão relacionadas com infeção existente no dador, existente no pré transplante (exemplo- hepatite B), infeção da ferida operatória, sendo as mais frequentes a infeção urinária e respiratória.

Entre o 1º e o 6º mês, são mais frequentes as infeções virais (CMV, a mais importante e frequente no transplante renal) e urinárias bacterianas.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES

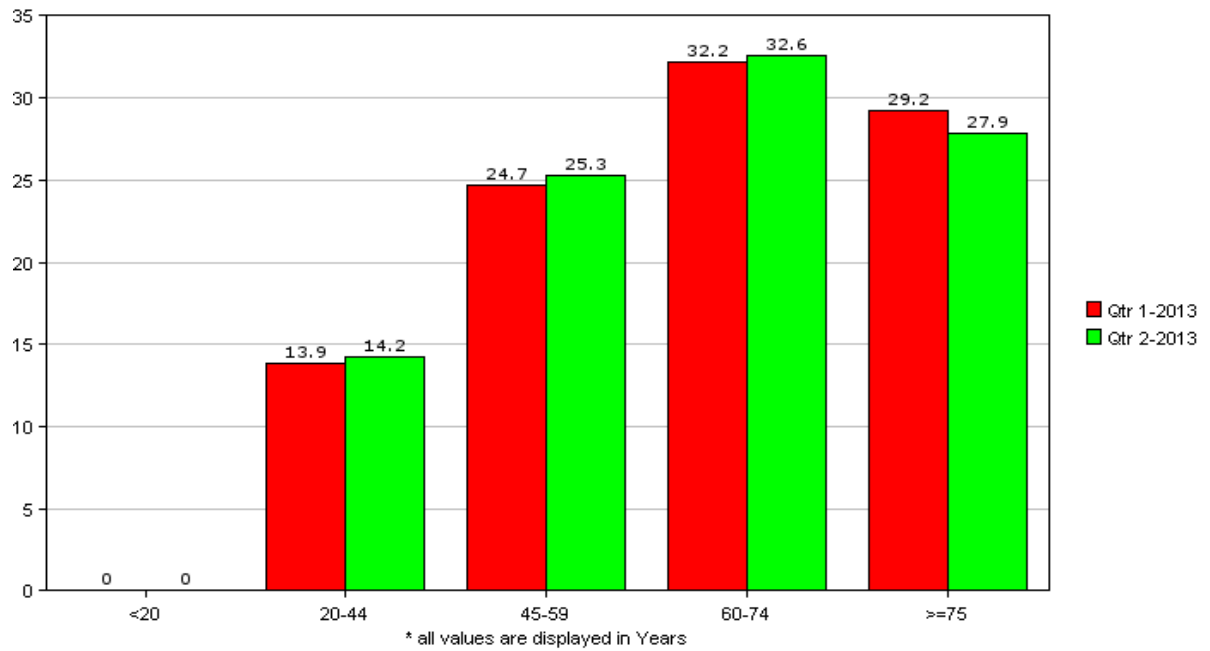
- Monitorização de sinais vitais com a frequência ajustada ao indivíduo e a cada situação;
- Avaliação e valorização da dor;
- Monitorização do débito urinário e características;
- Valorização da história clínica do indivíduo (existência de diurese residual pré transplante)
- Notificação de imediato ao nefrologista e/ou cirurgião se alguma alteração (despiste de complicação médica e / ou cirúrgica)
- Administração de terapêutica;
- Registo rigoroso de todos os parâmetros monitorizados e avaliados pelo enfermeiro;
- Avaliação e registo do peso diário;
- Apoio emocional ao indivíduo e família.

Anexo VII – Secção de Prótese Arteriovenosa, danificada por multiperfuração de punção com agulha de dialise na mesma área.

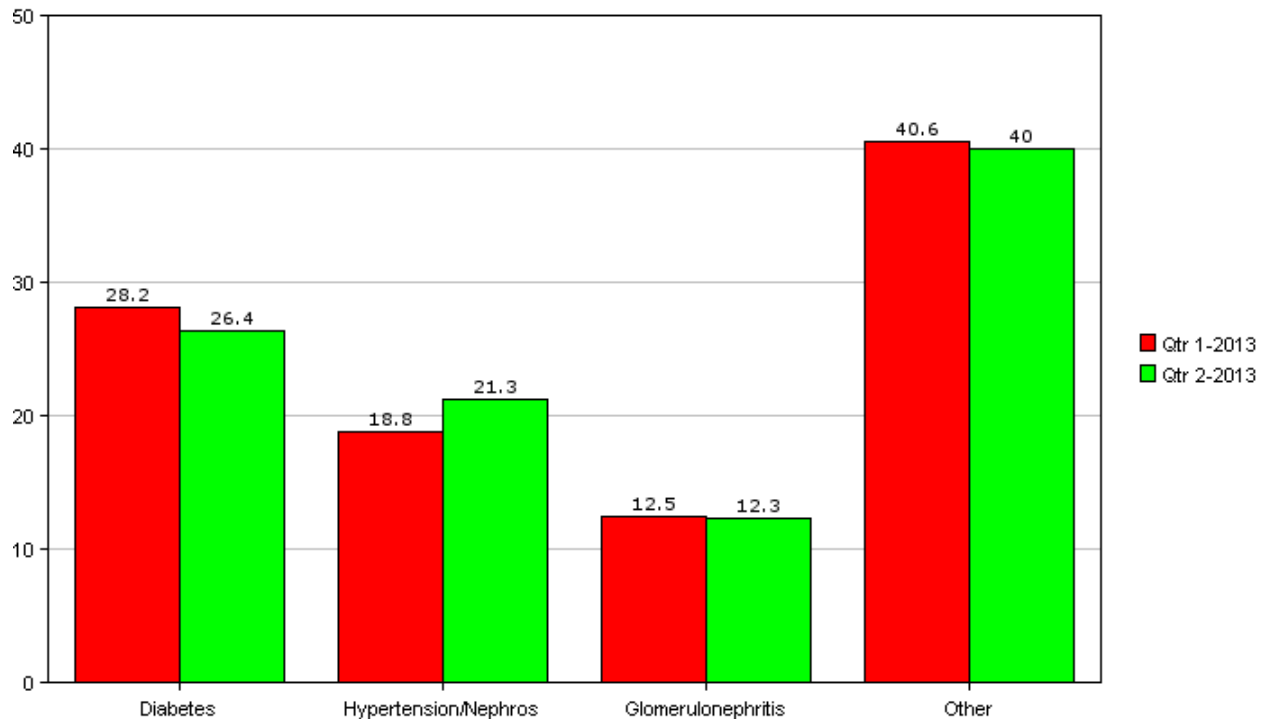


Anexo VIII – Dados Estatísticos da unidade de HD.

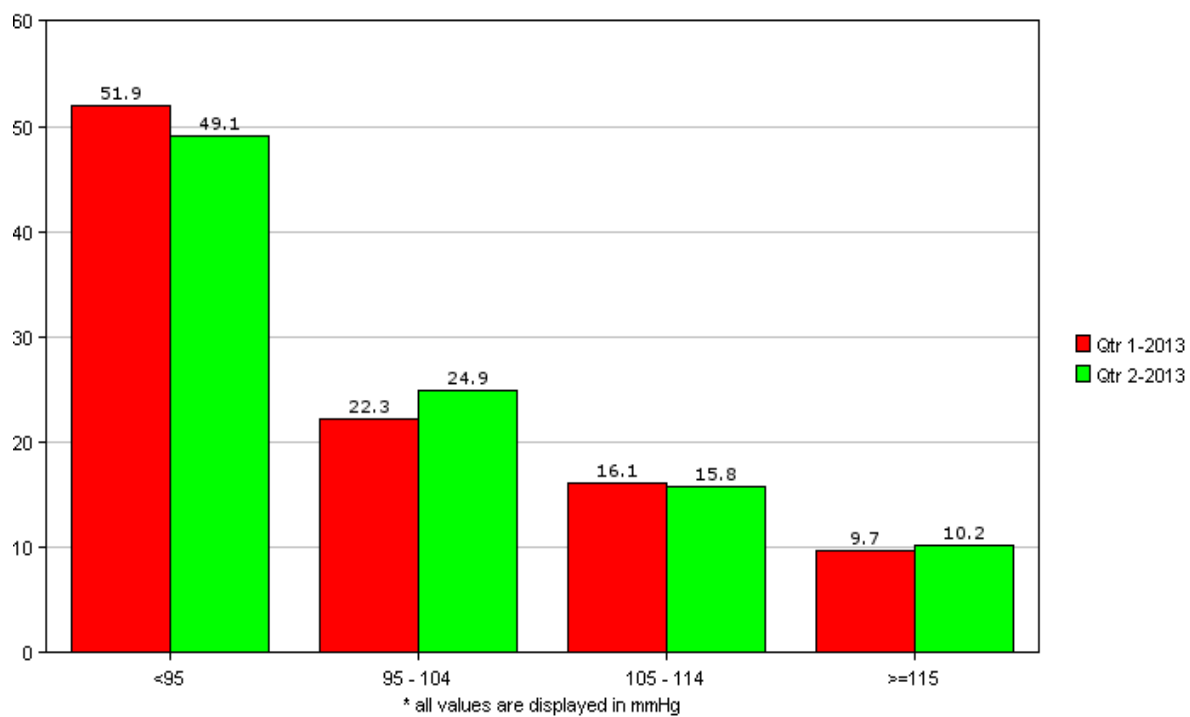
Média de idades dos doentes em Hemodialise na unidade de HD no 1º e 2º trimestre de 2013 (% por Idade).



Causas da IRC, nos doentes desta unidade de HD.



Tensão Arterial Media dos doentes da unidade de HD, 1º e 2º trimestre de 2012.



Anexo IX – Relatório Anual de Atividades da Unidade de HD

RELATÓRIO ANUAL DE ACTIVIDADES

(segundo o Despacho nº 14391/2001 – DR II série nº 158 de 10 de Julho de 2001
– Anexo I)

UNIDADE:

SPD - AMADORA

DIRECTOR CLÍNICO:

DR. DOMINGOS MACHADO

ANO A QUE SE REFERE O RELATÓRIO:

2012

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE SEGUNDO O D-L 505/99:

UNIDADE DE HEMODIÁLISE PERIFÉRICA DE CUIDADOS DIFERENCIADOS

VALÊNCIAS PROSEGUIDAS NA UNIDADE:

1. HEMODIÁLISE ALTO FLUXO

1. Equipamento técnico da Unidade, específico e não específico, por técnica dialítica e pelas suas variedades

1. 27 monitores Nikkiso DBB-05
3 monitores AK200 S

2. Água para hemodiálise

2.1 Alterações e reparações do sistema

- 0 (Zero)

2.2 Exames bacteriológicos efectuados

Pesquisa de LAL (Limulus Amoebocyte Lysate) e de UFC (Unidades Formadoras de Colónias) com periodicidade mensal, nos seguintes pontos:

- Na água após a segunda osmose inversa
- Na água do final do retorno do anel de distribuição
- No dialisante de 2 monitores

2.2.2 Número e listagem dos exames bacteriológicos fora dos parâmetros de qualidade recomendados

- 10 (Dez)
- 6 monitores
- 2 retorno anel distribuição
- 1 - 1ª Osmose
- 1 - 2ª Osmose

2.3 Análises Químicas da Água para Hemodiálise

Janeiro – Química Completa

Alumínio;Antimónio;Arsénio;Bário;Berílio;Cádmio;Cálcio;Cloro Total;Chumbo;Cobre;Crómio;Flúor;Magnésio;Mercúrio;Nitrato; Potássio;Selénio;Sódio;Sulfato;Tálio;Zinco;Condutividade;pH

Agosto – Química ligeira

Alumínio; Fluoreto;Nitrato;Sulfato;Condutividade,pH

2.3.1 – Nº e listagem das análises químicas com resultados fora dos parâmetros recomendados

- 0 (Zero)

- 0 (Zero)

3. Movimento de doentes

a) Doentes em tratamento a 31 de Dezembro do ano anterior:

I. Número total de doentes

II. Número de doentes em hemodiálise ou técnicas afins:

α) Total

β) Em hemodiálise convencional

γ) Em hemodiálise de alto fluxo

δ) Em hemodiafiltração

ε) Em hemofiltração

b) Doentes em tratamento a 31 de Dezembro do ano em análise:

I. Número total de doentes

II. Número de doentes em hemodiálise ou técnicas afins:

α) Total

β) Em hemodiálise convencional

γ) Em hemodiálise de alto fluxo

δ) Em hemodiafiltração

ε) Em hemofiltração

c) Doentes admitidos durante o ano:

I. Número total de doentes admitidos

II. Número de novos doentes (doentes que iniciam tratamento substitutivo)

39

III. Número de doentes transferidos de outras unidades:

α) Total

5

β) Que se encontravam em hemodiálise ou técnicas afins

3

γ) Que se encontravam em diálise peritoneal

0

δ) Transferidos de unidades de transplantação

2

d) Doentes transferidos para outras unidades durante o ano:

I. Número total de doentes transferidos

23

II. Que se encontravam em hemodiálise ou técnica afim para se manterem em hemodiálise ou técnica afim

17

III. Que se encontravam em hemodiálise ou técnica afim para iniciarem diálise peritoneal

0

IV. Que se encontravam em hemodiálise ou técnica afim para serem transplantados

6

e) Número de doentes que suspenderam terapêutica depurativa por recuperação da função renal e que assim se mantêm a 31 de Dezembro do ano em análise:

I. Total

0

II. Que se encontravam em hemodiálise ou técnica afim

0

f) Número de doentes falecidos durante o ano:

I. Total

II. Que se encontravam em hemodiálise ou técnica afim

4. Caracterização da população dialisada

a) Por sexos a 31 de Dezembro do ano em análise

I. Número de mulheres

II. Número de homens

b) Média de idades a 31 de Dezembro do ano em análise

c) Doentes com idade igual ou superior a 65 anos:

I. Número a 31 de Dezembro do ano anterior

II. Número de admitidos

III. Número de falecidos

IV. Número de transferidos

V. Número dos que recuperaram a função renal e assim se mantêm a 31 de Dezembro

VI. Número a 31 de Dezembro do ano em análise

d) Doentes com idade inferior ou igual a 15 anos:

I. Número a 31 de Dezembro do ano anterior

II. Número de admitidos

III. Número de falecidos

IV. Número de transferidos

V. Número dos que recuperaram a função renal e assim se mantêm a 31 de Dezembro

VI. Número a 31 de Dezembro do ano em análise

e) Doentes diabéticos:

I. Número a 31 de Dezembro do ano anterior

II. Número de admitidos

III. Número de falecidos

IV. Número de transferidos

V. Número dos que recuperaram a função renal e assim se mantêm a 31 de Dezembro

VI. Número a 31 de Dezembro do ano em análise

1-15

5. Marcadores de eficácia dialítica nos doentes em hemodiálise ou técnicas afins

a) Taxa de extracção da ureia (URR)

I. Descrição do protocolo de colheita de amostras de sangue para determinação deste parâmetro

II. 1-(U DD/U AD)

III. Média no final do ano 0.77

IV. Desvio padrão no final do ano 0.063

b) K t / V (respostas facultativas)

I. Descrição do protocolo de colheita de amostras de sangue para determinação deste parâmetro

Colheita na diálise a meio da semana

II. Descrição ou designação da fórmula de cálculo

SP Kt/V (DAUGIRDAS 96)

III. Média no final do ano 1.81

IV. Desvio padrão no final do ano 0.398

6. Marcadores de anemia

a) Valores de hemoglobina (g / dL):

I. Média no final do ano 11.32

II. Desvio padrão no final do ano 1.35

b) Valores de ferritinemia:

- I. Média no final do ano
- II. Desvio padrão no final do ano

c) Consumo de eritropoietina no final do ano:

- I. Número de doentes submetidos a tratamento com EPO
- II. Dose média (em Un / Kg / semana)
- III. Desvio padrão (em Un / Kg / semana)

7. Marcadores de impregnação alumínica em doentes em hemodiálise ou técnicas afins

a) Valores de aluminémia (em $\mu\text{g} / \text{L}$):

- I. Média no final do ano
- II. Desvio padrão no final do ano

b) Número de doentes que, no final do ano, apresentaram aluminémia superior ou igual a $40 \mu\text{g} / \text{L}$

c) Número de doentes que, ao longo do ano, apresentaram alguma vez aluminémia superior ou igual a $40 \mu\text{g} / \text{L}$

8. Incidência e prevalência da infeção pelo HBV em unidades de hemodiálise

a) Descrição do protocolo de pesquisa de HBsAg

- b) Incidência anual da infecção pelo HBV avaliada pela resolução da seguinte fórmula

0

$$\frac{(\text{Novos HBs ano})}{(\text{HBs neg Dez}) + (\text{Novos HBs ano})/2 + (\text{Out neg})/2 - (\text{In neg})/2} \times 100$$

(Novos HBs ano) – número de seropositivações ocorridas ao longo do ano na unidade de hemodiálise

(HBs neg Dez) – número de doentes da unidade de hemodiálise a 31 de Dezembro do ano correspondente que sempre foram HBsAg negativos

(Out neg) – número de doentes da unidade de hemodiálise que sempre tinham sido HBsAg negativos e que saíram da unidade (por transferência, por mudança de modalidade terapêutica, por morte ou por abandono da terapêutica) ao longo do ano

(In neg) – número de doentes que entraram na unidade de hemodiálise ao longo do ano e que sempre foram HBsAg negativos.

- c) Prevalência da infecção pelo HBV em Dezembro do ano anterior avaliada pela resolução da seguinte fórmula:

0

(HBsAg+) X 100

(Total)

(HBsAg+) – número de doentes da unidade de hemodiálise HBsAg positivos em Dezembro do ano anterior

(Total) – número total de doentes da unidade de hemodiálise em Dezembro do ano anterior

- d) Prevalência da infecção pelo HBV em Dezembro do ano em relato avaliada pela resolução da seguinte fórmula:

0

(HBsAg+) X 100

(Total)

(HBsAg+) – número de doentes da unidade de hemodiálise HBsAg positivos em Dezembro do ano em relato

(Total) – número total de doentes da unidade de hemodiálise em Dezembro do ano em relato

9. Incidência e prevalência da infecção pelo HCV em unidades de hemodiálise

a) Descrição do protocolo de pesquisa de anti-HCV

Antes de iniciar HD + Pesquisa Mensal + No regresso ao Centro após realização de sessão dialise fora

b) Incidência anual da infecção pelo HCV avaliada pela resolução da seguinte fórmula:

0

$$\frac{(\text{Novos HCV ano})}{(\text{HCV neg Dez}) + (\text{Novos HCV ano})/2 + (\text{Out neg})/2 - (\text{In neg})/2} \times 100$$

(Novos HCV ano) – número de seropositivações ocorridas ao longo do ano na unidade de hemodiálise

(HCV neg Dez) – número de doentes da unidade de hemodiálise a 31 de Dezembro do ano correspondente que sempre foram anti-HCV negativos

(Out neg) – número de doentes da unidade de hemodiálise que sempre tinham sido anti-HCV negativos e que saíram da unidade (por transferência, por mudança de modalidade terapêutica, por morte ou por abandono da terapêutica) ao longo do ano

(In neg) – número de doentes que entraram na unidade de hemodiálise ao longo do ano e que sempre foram anti-HCV negativos.

c) Prevalência da infecção pelo HCV em Dezembro do ano anterior avaliada pela resolução da seguinte fórmula:

3.592

(HCV+) X 100

(total)

(HCV+) – número de doentes da unidade de hemodiálise anti-HCV positivos em Dezembro do ano anterior

(Total) – número total de doentes da unidade de hemodiálise em Dezembro do ano anterior

d) Prevalência da infecção pelo HCV em Dezembro do ano em relato avaliada pela resolução da seguinte fórmula:

2.325

(HCV+) X 100

Total

(HCV+) – número de doentes da unidade de hemodiálise anti-HCV positivos em Dezembro do ano em relato

(Total) – número total de doentes da unidade de hemodiálise em Dezembro do ano em relato

10. Mortalidade e suas causas

a) Mortalidade anual global dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins, resolvendo a seguinte fórmula:

6.3

$$\frac{11 \text{ (Mortos)}}{(\text{Vivos Dez}) + (\text{Mortos})/2 + (\text{Out})/2 - (\text{In})/2} \times 100$$

(Mortos) – número de doentes falecidos durante o ano

(Vivos Dez) – número de doentes vivos e em tratamento na unidade a 31 de Dezembro do ano em análise

(Out) – número de doentes que saíram da unidade (por transferência ou por abandono do tratamento) durante o ano em análise

(In) – número de todos os doentes (novos ou não) que entraram para a unidade durante o ano em análise

- b) Causas de morte dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins codificadas segundo listagem publicada no DR II SÉRIE nº 158 de 10 de Julho de 2001 - AnexoI

Códigos	Designação	Nº	%
011	Isquémia ou enfarto do miocárdio	6	55
022	Acidente vascular cerebral	2	18
023	Hemorragia gastro-intestinal	2	18
031	Infecção Pulmonar	1	9

11. Morbilidade e suas causas

- a) Morbilidade anual dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins, avaliada pela expressão Internamentos / doente . ano:

0.56

$$\frac{(N^{\circ} \text{ int}) 98}{(\text{Vivos Dez}) + (\text{Mortos})/ 2 + (\text{Out})/ - (\text{In})/ 2} = 172$$

(Nº int) – número total de internamentos ocorridos durante o ano nos doentes em hemodiálise ou técnicas afins

(Vivos Dez) – número de doentes vivos e em hemodiálise ou técnicas afins na unidade a 31 de Dezembro do ano análise

(Out) – número de doentes que, durante o ano em análise, mudaram de modalidade terapêutica ou saíram da unidade (por transferência ou por abandono do tratamento)

(In) – número de doentes (novos ou não) que, durante o ano em análise, iniciaram ou reiniciaram na unidade hemodiálise ou técnicas afins

- b) Morbilidade anual dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins, avaliada pela expressão N° dias internamento / doente . ano:

8.1

$$\frac{(\Sigma \text{ dias int})}{(\text{Vivos Dez}) + (\text{Mortos})/2 + (\text{Out})/2 - (\text{In})/2} = \frac{1395}{172}$$

(Σ dias int) – somatório dos dias de internamento ocorridos durante o ano nos doentes em hemodiálise ou técnicas afins

(Vivos Dez) – número de doentes vivos e em hemodiálise ou técnicas afins na unidade a 31 de Dezembro do ano em análise

(Out) – número de doentes que, durante o ano em análise, mudaram de modalidade terapêutica ou saíram da unidade (por transferência ou por abandono do tratamento)

(In) – número de doentes (novos ou não) que, durante o ano em análise, iniciaram ou reiniciaram na unidade hemodiálise ou técnicas afins

- c) Causas de internamento dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins, segundo listagem publicada no DR II SÉRIE n^o 158 de 10 de Julho de 2001 – Anexol

Códigos	Designação	N^o	%
001	Acesso vascular	11	11.4
010	Isquemia ou Enfarte Agudo do miocárdio	7	7.1
012	Disritmia não metabólica	4	4.1
013	Insuficiência Cardíaca	1	1
020	Hipertensão arterial	2	2.0
021	Acidente Vascular Cerebral isquémico	7	7.1
024	Isquémia ou infarto mesentérico	1	1
025	Isquémia/Necrose dos membros	17	17.3
031	Pneumonia	7	7.1
032	Outras infecções pleuropulmonares	1	1
034	Insuficiência respiratória	4	4.1

048	Patologia vias biliares	1	1
049	Pancreatite	1	1
052	Hemorragia digestiva	4	4.1
054	Processos inflamatórios crónicos tubo digestivo	2	2
055	Hernia da parede abdominal	1	1
059	Apendicectomia	5	5
061	Pielonefrite aguda	2	2
063	Neoplasia das vias urinárias	1	1
066	T. SNC	1	1
079	Outra patologia genito-urinária	3	3.1
080	Fractura não patológica	2	2
089	Outra patologia óssea	1	1
090	Hemorragia	1	1
109	Outras infecções não codificadas	1	1
110	Descompensação Diabética	1	1
120	T. Tiroide	1	1
122	Convulsão	4	4.1
999	Outras causa de internamento	4	4.1

d) Morbilidade anual dos doentes em hemodiálise ou técnicas afins, avaliada pela expressão N° doentes internados / total doentes . ano:

0.44

$$\frac{(\text{Doentes int})}{(\text{Vivos Dez}) + (\text{Mortos})/2 + (\text{Out})/2 - (\text{In})/2} = \frac{77}{172}$$

(Doentes int) – número de doentes em hemodiálise ou técnicas afins que sofreram um ou mais internamentos durante o ano

(Vivos Dez) – número de doentes vivos e em hemodiálise ou técnicas afins na unidade a 31 de Dezembro do ano em análise

(Out) – número de doentes que, durante o ano em análise, mudaram de modalidade terapêutica ou saíram da unidade (por transferência ou por abandono do tratamento)

(In) – número de doentes (novos ou não) que, durante o ano em análise, iniciaram ou reiniciaram na unidade hemodiálise ou técnicas afins

12. Consultas de nefrologia

a) Número total de consultas de nefrologia efectuadas e registadas durante o ano.

b) Consultas / doente . ano, resolvendo a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Cons nefro}) 399}{(\text{Vivos Dez}) + (\text{Mortos})/2 + (\text{Out})/2 - (\text{In})/2} = 2.3$$

(Cons nefro) – número total de consultas de nefrologia efectuadas e registadas a doentes em diálise

(Vivos Dez) – número de doentes vivos e em tratamento na unidade a 31 de Dezembro do ano em análise

(Out) – número de doentes que saíram da unidade (por transferência ou por abandono do tratamento) durante o ano em análise

(In) – número de todos os doentes (novos ou não) que entraram para a unidade durante o ano em análise

13. Transplantação renal

a) Número de doentes em lista “activa” de espera para transplantação renal a 31 de Dezembro do ano anterior.

b) Número de doentes transplantados durante o ano em relato.

- c) Número de doentes em lista “activa” de espera para transplantação renal a 31 de Dezembro do ano em relato.

48

14. Outros aspectos considerados relevantes

_____, ____ de _____ de _____

O Director Clínico

Anexo X – Instruções de aplicação da Escala de Barthel.

ESCALA DE BARTHEL – INSTRUÇÕES (DGS, 2011)

GERAIS

- O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer.
- O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.
- A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.
- As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.
- Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.
- Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.
- Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.
- Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

- **Intestino** (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente”.

Ocasional = uma vez por semana.

- **Bexiga** (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “continente”.

- **Higiene Pessoal** (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

- **Alimentação**

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho.

- **Transferências**

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

- **Mobilidade**

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

- **Vestir**

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho

- **Escadas**

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

- **Banho**

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio

(DGS - Norma nº 054/2011 de 27/12/2011)