



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE NEFROLÓGICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

DA LESÃO RENAL AGUDA

- IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO RIFLE -

AUTOR: FILIPE ALEXANDRE MORGADO RAMOS

ORIENTADO POR: Prof. MARIA SARAIVA

LISBOA, 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE NEFROLÓGICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

DA LESÃO RENAL AGUDA

- IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO RIFLE -

AUTOR: FILIPE ALEXANDRE MORGADO RAMOS

ORIENTADO POR: Prof. MARIA SARAIVA

LISBOA, 2012

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, directa ou indirectamente, me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço de forma muito especial:

À Professora Maria Saraiva, minha orientadora, pela competência científica, por acreditar neste projecto, pela disponibilidade e generosidade durante a sua orientação.

À Enfermeira Teresa Carneiro, por estimular o meu crescimento pessoal e profissional, e por partilhar e envolver-me na paixão e constante vivência desta nobre profissão.

À minha Família, pela educação que me deram, permitindo-me ser a Pessoa que sou.

Aos meus amigos, por me aturarem e partilharmos a essência da amizade.

Aos meus colegas da equipa de Enfermagem da UUM, por todo o apoio.

E finalmente, a ti.

“ Quando se viaja em direcção a um objectivo é muito importante prestar atenção ao caminho. O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar, e enriquece-nos, enquanto o cruzamos.”

Paulo Coelho, in Diário de um Mago.

RESUMO

Sendo a LRA associada a complicações graves de carácter fisiopatológico, a internamentos prolongados com elevados custos de saúde, com aumento das taxas de morbidade e mortalidade, assim como, diminuição da qualidade de vida, foi criada em 2004 a classificação RIFLE com o objectivo de uniformizar conceitos e critérios de diagnóstico da LRA.

Tendo os Enfermeiros um papel activo na da prestação de cuidados, torna-se imperativo produzir conhecimento científico em Enfermagem com o objectivo de prevenir e diagnosticar precocemente a LRA, implementando a classificação RIFLE, para oferecer cuidados competentes e de qualidade suportados numa prática baseada na evidência.

Da análise dos resultados obtidos, a prevalência da LRA em UCI's é de 74%, com uma taxa de mortalidade de 44%. Dos diferentes factores de risco, verifica-se que a exposição a fármacos nefrotóxicos é de 51,9%, dos quais 32,5% referentes à administração de contraste dos exames imagiológicos.

Os resultados obtidos traduzem implicações da LRA no âmbito da profissão de Enfermagem nos domínios da gestão, investigação e formação, justificando uma análise rigorosa e profunda, para não deixar para segundo plano esta problemática, procurando sensibilizar os Enfermeiros para a sua importância e identificar intervenções de Enfermagem para preveni-la.

Torna-se por isso imperativo implementar a classificação RIFLE nas UCI's, para prevenir e diagnosticar precocemente a LRA, contribuindo para os Enfermeiros prestarem cuidados holísticos e de qualidade.

Perante estes achados, torna-se pertinente e importante a presença de um Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico, na área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica, nas UCI's, face à problemática da LRA, no seio da Pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave: Lesão Renal Aguda; Enfermagem; Classificação RIFLE; Prevenção; Diagnóstico Precoce;

ABSTRACT

AKI is known to be associated with severe fisiopathological complications, long staying in hospital, high health related costs, increased morbidity and mortality rates and life quality decreasing. Therefore it was developed in 2004 the RIFLE classification with the objective of unifying concepts and AKI diagnostic criteria.

Nurses have an active role in caring for their patients therefore it's mandatory to develop further nursing scientific knowledge, with the goal of preventing and early diagnosing AKI. The implementation of RIFLE classification will offer a greater quality and competent care supported on evidence based practice.

From data analyses we can realize that the AKI prevalence reaches 74% in the ICU context, with a mortality rate of 44%. Among the different risk factors we can outline the nephrotoxic drugs exposure, reaching 51,9% of the cases, in which 32,5% are referred to imaging exams contrast administration.

These AKI related results have a direct impact in several contexts concerning nursing such as management, investigation and teaching. This impact can justify a rigorous and profound analysis in order to prevent this issue from following to a minor concern, looking forward the nurses awareness to this real problem and identifying the nurses intervention role on preventing them.

Therefore it became vital to implement the RIFLE classification in the ICU context in order to prevent and early diagnose AKI, leading to holistic and quality care provided by the nursing community.

In conclusion, the presence of a medical- chirurgical specialized nurse, more specifically a nephrological nursing became pertinent in specific areas such as ICU's due to the AKI prevalence in patients in ICU's.

Key-Words: Acute Kidney Injury; Nursing; RIFLE Classification; Prevention; Early Diagnosis;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADQI - Acute Dialysis Quality Initiative

AKIN - Acute Kidney Injury Network

ANNA - American Nephrology Nurses Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BH - Balanço Hídrico

CT - Cardio-Torácica

DM - Diabetes Mellitus

EVA - Entidade de Verificação da Admissibilidade

HTA - Hipertensão Arterial

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IRA - Insuficiência Renal Aguda

IRC - Insuficiência renal Crónica

IRct – Insuficiência Renal Crónica estadio terminal

LRA - Lesão renal Aguda

MAR - Modelo de Adaptação de Roy

NTA - Necrose Tubular Aguda

OE - Ordem dos Enfermeiros

PA - Pressão Arterial

PCR - Paragem Cardio-Respiratória

PVC - Pressão Venosa Central

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

TSFR - Técnicas de Substituição da Função Renal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's - Unidades de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. PROBLEMÁTICA	13
3. ÂMBITO DO PROJECTO NA ENFERMAGEM	16
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
4.1. Lesão Renal Aguda	20
4.2. Classificação RIFLE	21
4.3. Modelo Conceptual.....	24
4.3.1. Modelo de Adaptação de Roy.....	25
4.3.2. Modelo Aquisição de Competências de Benner	27
5. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	28
5.1. Resultados	29
5.2. Análise dos Resultados.....	29
6. ENSINO CLÍNICO	31
6.1. Unidade de Transplante Renal (Consultas e Internamento).....	33
6.1.1. Actividades Desenvolvidas.....	35
6.1.2. Aquisição/Desenvolvimento Competências.....	45
6.2. Unidade Cuidados Intensivos Cardio-Torácica	46
6.2.1. Actividades Desenvolvidas.....	47
6.2.2. Aquisição/Desenvolvimento Competências	51
7. IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO RIFLE.....	53
7.1.1. Procedimento.....	53
7.1.2. Método.....	54
7.1.3. Amostra.....	54
7.1.4. Tratamento Estatístico	55
7.1.5. Apresentação dos resultados.....	55
7.1.6. Análise e discussão dos resultados	59
8. QUESTÕES EMERGENTES.....	62
9. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS	69
Anexo I – Quadro com resultados dos artigos da RSL.....	70
Anexo II – Actividades a desenvolver em contexto de Ensino Clínico	73
Anexo III – Cronograma de Actividades.....	78

Anexo IV – Despacho n.º 26951/2007 – EVA	80
Anexo V – Parecer da Enfermeira na avaliação do potencial dador vivo	82
Anexo VI – Colheita de Dados de Dador vivo – Avaliação de Enfermagem	84
Anexo VII – Planeamento da Sessão – Diagnóstico de morte cerebral e manutenção de potencial dador	88
Anexo VIII – Documento de apoio aos formandos	91
Anexo IX – Avaliação de Estágio da Unidade de Transplantes (Consultas)	99
Anexo X – Avaliação de Estágio da Unidade de Transplantes (Internamento)	102
Anexo XI – Avaliação da UCI – Cardio Torácica	105
Anexo XII – Instrução de Trabalho – Classificação RIFLE	108
Anexo XIII – Documento de Apoio e Consulta – Classificação RIFLE	110
Anexo XIV – Planeamento da Sessão – Competências de Enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da LRA – Implementação Classificação RIFLE	113
Anexo XV – Protocolo de Profilaxia da nefropatia de contraste	116

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Critérios RIFLE para a síndrome de LRA	23
Figura 2 - Descritores de Pesquisa da RSL.....	28
Figura 3 - Protocolo de Pesquisa da RSL	29
Tabela 1 - Locais de Estágio	33
Gráfico 1 - Distribuição por género	55
Gráfico 2 - Incidência dos factores de risco da LRA.....	55
Gráfico 3 - Incidência da LRA na admissão e estadio máximo atingido durante o internamento.....	56
Gráfico 4 - Taxa de mortalidade.....	56
Gráfico 5 - Taxa de mortalidade com e sem LRA.....	57
Gráfico 6 - Incidência da LRA nos óbitos, na admissão e estadio máximo atingido	57
Gráfico 7 - Motivos do internamento na UCI	58
Tabela 2 - Incidência da LRA na admissão e estadio máximo atingido, por motivos de internamento.....	58
Gráfico 8 - Adesão dos Enfermeiros à avaliação e registo da Classificação RIFLE	59

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica, área específica de intervenção Enfermagem Nefrológica.

Sendo descrita pela primeira vez em 1951 por Homer Smith, a Lesão Renal Aguda, é associada a complicações graves de carácter fisiopatológico, internamentos prolongados com elevados custos de saúde, aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, assim como, diminuição da qualidade de vida.

Perante estes dados, esta entidade clínica é, no meu entender, merecedora de uma descrição, análise e reflexão, face às constantes subvalorizações até aos dias de hoje, por parte dos profissionais de saúde, incluindo os Enfermeiros.

Assim, o âmbito deste relatório de estágio visa caracterizar a problemática da Lesão Renal Aguda e suas implicações na prestação de cuidados de Enfermagem, propondo-me apresentar, analisar e reflectir sobre a avaliação de Enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da Lesão Renal Aguda, através da implementação da classificação RIFLE.

Este documento visa igualmente, contextualizar experiências e aprendizagens vividas e adquiridas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, como também na aquisição de competências e na afirmação enquanto perito na prestação de cuidados de Enfermagem em diferentes áreas de intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Referindo-me a competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, 2009), parece-me fundamental que este mobilizar, integrar e orquestrar os recursos (saber, saber fazer, saber ser), seja interventivo nas áreas da formação, gestão, qualidade e investigação, integrando os diferentes domínios em áreas de actuação de Enfermagem.

Assim, ao longo do desenvolvimento deste relatório, mantive como objectivos gerais:

- Desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista;

- Desenvolver competências específicas de intervenção de Enfermeiro perito em Enfermagem Nefrológica;
- Implementar a Classificação RIFLE, para avaliação de Enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da Lesão Renal Aguda;

Após esta introdução segue-se a definição da problemática, assim como o âmbito da temática para a profissão de Enfermagem. Posteriormente apresento o enquadramento teórico e o modelo conceptual delineado, visando a prestação de cuidados à luz de um modelo teórico de Enfermagem.

Seguidamente apresento a revisão sistemática da literatura efectuada, para suportar cientificamente uma prática baseada na evidência, das actividades desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, que descrevo em seguida.

A operacionalização do projecto, com a implementação da classificação RIFLE, e a análise dos resultados obtidos, antecedem as questões emergentes identificadas com este projecto, finalizando com uma conclusão e bibliografia consultada para a consecução deste relatório.

2. PROBLEMÁTICA

A Insuficiência Renal Aguda (IRA), até há muito pouco tempo assim designada e presentemente ainda muitos assim a denominam, a Lesão Renal Aguda (LRA) é uma entidade clínica merecedora de uma análise profunda e rigorosa.

Associada a muitas complicações como a hipercaliémia, a acidose metabólica, a sobrecarga hídrica e outras, a LRA é no entanto muitas vezes ignorada ou passada para segundo plano nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's).

Estudos recentes demonstram que a LRA contribui para o aumento do tempo de internamento, com necessidade de internamentos em UCI's, aumento dos custos em cuidados de saúde (Rosner, 2009); diminuição na qualidade de vida (Dirkes, 2011) ; com taxas de incidência de 1-31% e taxas de mortalidade de 19-90% (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006); (Bellomo & al, 2004).

A LRA, sendo de instalação silenciosa, coloca dificuldades de diagnóstico condicionando danos elevados aos mais diferentes níveis.

Associado a esta dificuldade de diagnóstico, acresce a ausência de consenso de critérios de diagnóstico, que permitam olhar de uma mesma forma e intervir objectivamente em qualquer contexto que surja (Dirkes, 2011); (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008).

A recente criação da classificação de RIFLE, foi promovido pela Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) (Dirkes, 2011), que construiu esta classificação e possibilitou aglutinar diferentes equipas de saúde, de forma a dar respostas às novas realidades que esta classificação oferece.

Mais do que identificar, **F** – Failure; esta classificação **RIFLE** tem a vantagem de permitir diagnosticar precocemente, **I** – Injury; indo inclusive mais longe possibilitando prevenir a LRA, **R** – Risk. Permite igualmente avaliar resultados da perda de função renal **L** – Loss e o avanço para IRC terminal **E** – End-stage (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006).

Dados recentes demonstram a grandeza desta identidade. Estudos que utilizaram a classificação RIFLE (Hoste, et al, 2006) permitiram identificar taxas de incidência de LRA de 67%, ao contrário do que demonstravam outros estudos que faziam referência a taxas de incidência entre 6-25% em UCI's (Byrne & Murphy, 2008).

No estudo (Hoste, et al, 2006), verificam-se igualmente variações significativas de taxas de mortalidade entre populações com e sem LRA, mortalidade (26.3%) em

peças com LRA em UCI's, comparativamente com taxas de mortalidade de 5.5% em pessoas que não desenvolvam LRA.

Perante estes achados reforça-se a ideia e identifica-se a necessidade de adoptar e implementar a classificação de RIFLE nas UCI's, com o objectivo de diagnosticar precocemente e minimizar as complicações da LRA (Ricci, Cruz, & Ronco, 2008).

Recomenda-se que pessoas em risco de desenvolver LRA devam ser identificadas, para que se possa de imediato oferecer cuidados de alta qualidade em unidades hospitalares (Lewington & Sayed, 2010). Assim, surge o desafio para os profissionais de saúde, de melhorar a qualidade dos cuidados a prestar a estas pessoas.

Assim, enquanto profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas com necessidades específicas, os desafios não passam, apenas, por implementar uma classificação de prevenção e diagnóstico precoce, mas também de intervir com estratégias e medidas que traduzam respostas eficazes com o objectivo de não só minimizar os prejuízos causados pela LRA, mas contribuir decisivamente para prevenir o seu aparecimento nos casos em que tal possa ser feito.

Geralmente, os Enfermeiros são os primeiros a observar a deterioração da função renal, que implica a necessidade de desenvolver cuidados de Enfermagem adequados (Redmond, et al, 2004), direccionados para esta problemática, garantindo o máximo de oportunidades na prevenção de danos celulares, em muitas pessoas nas quais se suspeite que possam desenvolver LRA (Perkins & Kisiel, 2005); (Redmond, et al, 2004).

Torna-se importante para os Enfermeiros, compreender a fisiopatologia, etiologia, tratamento e factores de risco da LRA, para serem capazes de identificar, intervir precocemente e possivelmente prevenir graves complicações da LRA nas pessoas que se encontrem em risco (Yaklin, 2011).

Com um papel activo e encontrando-se na primeira linha da prestação de cuidados, torna-se imperativo produzir conhecimento científico em Enfermagem com o objectivo de oferecer cuidados competentes e de qualidade suportados numa prática baseada na evidência.

No seguimento desta análise e, com o objectivo de intervir para prevenir e minimizar as complicações da LRA, tenho como centro de toda a intervenção a Pessoa e a Família, assim como, a assumpção da importância da actividade de

enfermagem no seio da equipa multidisciplinar. Destas intervenções surge a minha proposta que visa incidir em duas grandes linhas de orientação, propondo-me a desenvolver duas intervenções que dêem resposta a esta problemática:

- **“Implementação da classificação RIFLE, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA, em UCI”;**

- Definir estratégias de intervenção de Enfermagem, com a construção de conhecimento através de uma Revisão Sistemática da Literatura, que dê resposta à questão: **“ *Em pessoas adultas internadas em UCI's que intervenções de enfermagem são sensíveis na prevenção da LRA?*”**.

3. ÂMBITO DO PROJECTO NA ENFERMAGEM

“A complexidade das situações clínicas faz apelo aos profissionais de Enfermagem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão.”

(Botelho M. A., 2010)

Iniciando com esta premissa, torna-se necessário alicerçar a evidência na tomada de decisão clínica em Enfermagem, através da prática baseada na evidência, com recurso à Ética, e apelar ao encontro entre investigadores criativos e flexíveis e profissionais de Enfermagem conscienciosos e prudentes mediados pela evidência (Botelho M. A., 2010).

A problemática descrita no capítulo anterior, que suporta a elaboração do Projecto de Ensino Clínico, incide e encontra respostas no âmbito da profissão de Enfermagem nos seus documentos reguladores, como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico dos Enfermeiros, as Competências do Enfermeiro de cuidados gerais e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Assim, a Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu, em Setembro de 2002, seis categorias de enunciados descritivos relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

É especialmente importante neste contexto o terceiro enunciado *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”*, sendo elementos importantes face à prevenção de complicações *“a identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social para prescrever, implementar e*

avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na mesma linha de análise, as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pela OE, identificam como princípios chave da prestação e gestão de cuidados, entre outros, *“a aplicação dos conhecimentos e das técnicas mais adequadas na prática de enfermagem; a necessidade de fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados; a interpretação de forma adequada dos dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma protecção de cuidados segura e ainda a obrigação de formular juízos e tomar decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados”.*

Com o mesmo fundamento, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Regulamento n.º 124/2011 publicado no Diário da República.2ª série N.º35 de 18 de Fevereiro, refere que *“os cuidados prestados às pessoas em situação crítica, exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, pelo que os enfermeiros devem desenvolver a competência “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, com o seguinte Descritivo: “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.*

O projecto de implementação da classificação RIFLE na prevenção e diagnóstico precoce da LRA em pessoas em situação crítica, concretiza e encontra o seu fundamento directo no dever de cuidado, previsto na alínea a) do artigo 83.º da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro *“O enfermeiro, no respeito ao cuidado na saúde ou doença assume o dever de co-responsabilizar-se pelo atendimento do individuo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”,* assim como na alínea c) do artigo 82.º do mesmo diploma *“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”.*

Na medida em que os profissionais de Enfermagem fazem diagnósticos de Enfermagem, o objectivo de diagnosticar precocemente nas pessoas, o risco para o desenvolvimento de LRA, concretiza, igualmente, a alínea c) do artigo 91.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, onde, sob a epígrafe “ *dos Deveres para com outras profissões*” se estabelece “que *“Como membro da equipa de saúde o enfermeiro assume o dever de Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre (...), a prevenção da doença, tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”*”.

No que se refere ao objectivo de intervenção neste projecto de Ensino Clínico identificar intervenções de Enfermagem através de uma revisão sistemática da literatura e tendo por base a pergunta formulada por Basto (2009) “*que resultados podem ser esperados na saúde do cliente, relacionáveis com os cuidados de enfermagem?*”, a resposta tem obrigatoriamente de passar pelo reforço das competências de investigação, no sentido de dar resposta ao domínio “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, na competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Tendo como população alvo as pessoas internadas em UCI’s com elevado risco de desenvolverem LRA, enquadro estas intervenções, em obediência ao previsto, nas alíneas a) e b) do artigo 89.º do Código Deontológico onde sob a epígrafe “ *Da humanização dos cuidados*”, se estabelece que “*O Enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assume o dever de, dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*”; e “*Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*”.

Considerando que, nos termos do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (REPE) as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes e que nos termos do seu n.º 3 se consideram interdependentes “*as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum (...)*”. E ainda que, nos termos da alínea c) do n.º 4 do já citado artigo 9.º “*Os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais utilizam técnicas próprias da profissão de Enfermagem com vista à manutenção e recuperação das*

funções vitais, nomeadamente (...), eliminação, (...)”, encontro plenamente fundamentado e justificado o presente projecto de intervenção

Assim, face ao exposto, e tendo como meta uma prática baseada na evidência, as decisões clínicas devem ser fundamentadas com base na evidência científica com vista a promover a qualidade dos cuidados (Craig & Smyth, 2004); (Pearson & al, 2010); (Ordem dos Enfermeiros, 2001), que traduz um dos objectivos que defini para a consecução deste projecto, no âmbito da Enfermagem.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

4.1. Lesão Renal Aguda

A evolução científica acompanha e traduz as mudanças e transformações do mundo global, assim como, a evolução da Medicina e da Enfermagem. Similar a este desenvolvimento encontra-se a terminologia da LRA que se modificou ao longo dos tempos, sendo a designação de LRA extremamente recente.

Antes do século XVIII encontram-se apenas algumas e escassas referências à LRA, onde Galeno faz alusão à supressão de produção de urina, designando-a de bexiga vazia (Eknoyan, 2008). A primeira descrição desta entidade clínica, então denominada de *Ischuria Renalis*, foi definida por William Heberden em 1802 (Srisawat, 2010).

É já no início do século XX que a LRA foi denominada de Doença de Bright aguda, referida por William Osler, no seu livro de 1909, intitulado *William Osler Textbook for Medicine*. (Srisawat, 2010)

No entanto, é o contributo do conhecimento adquirido na Primeira Guerra Mundial, através da medicina militar e do choque traumático, que esta entidade tomou a designação de *War Nephritis*, por Davies et al em 1917. Esta terminologia manteve-se durante toda a Segunda Guerra Mundial até 1941, altura em que Bywaters e Bell definem-na como *Crush Síndrome*, uma vez que conseguem descrever a história natural da doença renal, examinando a patologia do rim e demonstram a lesão tubular.

Este estudo proporcionou o conhecimento básico que se tornou fundamental para o desenvolvimento do princípio do termo IRA durante a década seguinte.

Assim a entidade IRA é descrita pela primeira vez com Homer Smith no texto “The kidney-structure and function in health and disease” de 1951, onde é proposto um termo biomédico nunca anteriormente definido (Kellum et al., 2008). A entidade IRA é descrita pela primeira vez com Homer Smith no texto “The kidney-structure and function in health and disease” de 1951, onde é proposto um termo biomédico nunca anteriormente definido (Kellum et al., 2008).

A IRA tem sido tradicionalmente reconhecida como um rápido declínio na função renal em horas ou dias com incapacidade de regular o equilíbrio hidro-electrolítico e ácido base (Lewington & Sayed, 2010).

Estão reportadas na literatura mais de 35 definições de IRA, o que leva à não existência de um consenso nos critérios de diagnóstico (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008) e o ponto em comum entre as várias definições é o carácter imediato da deterioração da função renal, sendo estas definições, ainda que pontuais, importantes na tentativa de estratificar os doentes (Liño, Álvarez, & Junco, 2007).

As propostas para uniformizar e universalizar a definição e a classificação para a LRA são o resultado de um esforço de colaboração entre Nefrologistas e Intensivistas representantes da ADQI e AKIN (Lewington & Sayed, 2010). Em 2002, a ADQI propõe o termo LRA, para representar todo o espectro da IRA, preferindo o termo lesão, em vez de insuficiência, pois é sentido com mais precisão e reflecte os graus que podem ocorrer previamente antes da falência do rim (Lewington & Sayed, 2010).

Assim, a LRA é definida pela queda abrupta da função renal (Rosner, 2009), com retenção de metabolitos nitrogenados e não nitrogenados (Lameire, Van Biesen, & Vanholder, 2005).

As principais definições instrumentais utilizam critérios centrados nos níveis séricos de creatinina e ureia, na taxa de filtração glomerular, no volume da diurese, na necessidade de TSFR e na etiologia da LRA (Dirkes, 2011; Kellum et al., 2008; Lameire et al., 2005; Liño, Álvarez, & Junco, 2007).

O intervalo considerável sobre os dados de incidência e prevalência da LRA, demonstra lacunas de conhecimento sobre estas taxas, como foi identificado, em 2005, pela *American Society of Nephrology Renal Research Report* (Hsu, et al, 2007), justificando a necessidade de clarificar conceitos.

4.2. Classificação RIFLE

A questão da não uniformização de conceitos e a utilização de critérios diferentes, nos estudos, subestima a verdade no que se refere aos incidentes provocados pela LRA (Hsu, et al, 2007). Assim, a clarificação de conceitos assente em critérios, é fundamental no sentido em que a LRA faz depender o prognóstico do doente (Antonelli, et al, 2010), e pequenas modificações na função renal em doentes hospitalizados encontram-se correlacionados com consequências severas a longo termo (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008).

Face a esta grande diversidade de conceitos e de critérios que tornam de difícil utilização comparativa, foi promovido pela ADQI, em 2005, um quadro de consenso com as características do sistema de níveis de severidade em conjunto com resultados esperados, denominada por Classificação RIFLE (Figura 1) (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008); (Byrne & Murphy, 2010); (Liño, Álvarez, & Junco, 2007).

As características desse sistema são sumarizadas na sigla **RIFLE**, que compõem o espectro de uma síndrome e envolve duas grandes áreas com um total de cinco estádios, a primeira área com três níveis de severidade **Risk** - Risco, **Injury** - Lesão, e **Failure** - Falência, a segunda área focada nos resultados com dois tipos, baseados no tempo de duração da lesão, **Loss** - Perda, quando se verifica uma perda completa da função renal inferior a quatro semanas, e finalmente **End-stage kidney disease** - Estádio terminal de doença renal. (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008).

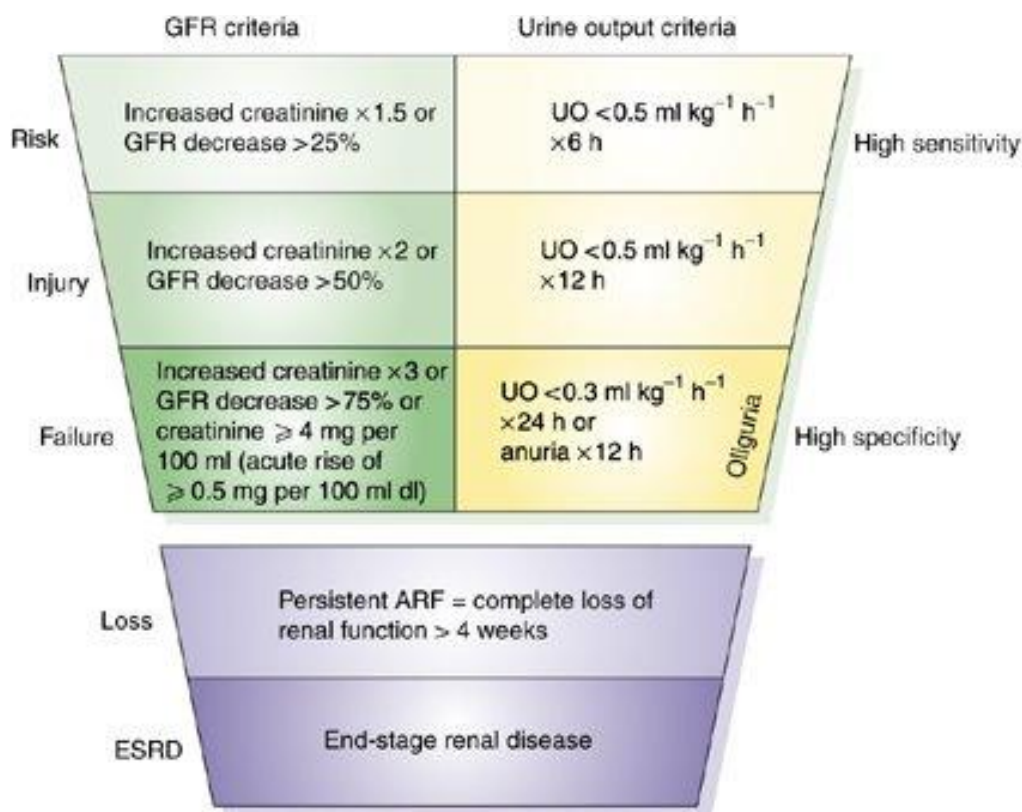
Os três níveis de severidade têm por base dois critérios, o critério da taxa de filtração glomerular, verificado pela concentração da creatinina sérica e o critério da diurese.

Além desta classificação RIFLE, a AKIN desenvolveu outra classificação, baseada nos critérios RIFLE, a que designou de Critérios de Diagnóstico da LRA de AKIN (Byrne & Murphy, 2010).

Optei por implementar a classificação RIFLE, pois vários estudos demonstram que não existe necessidade de implementar uma classificação diferente da RIFLE, bem como, a AKIN não traduz maior sensibilidade e/ou especificidade no diagnóstico da LRA (Bagshaw, George, & Bellomo, 2008); (Lopes, et al, 2008).

Considero igualmente benéfico recorrer à classificação RIFLE, pois a estratificação através das letras, parece-me facilitador da compreensão de todo o mecanismo fisiopatológico da LRA, podendo contribuir para sensibilizar a temática junto das equipas de Enfermagem

Figura 1 - Critérios RIFLE para a síndrome de LRA



Fonte: <http://renalfellow.blogspot.pt/2008/08/aki-criteria.html>

R – Risk (Risco)

Este primeiro estadió dos critérios RIFLE (Risco), poderá ser o mais importante, pois nesta fase, identificá-lo aumenta a consciência dos profissionais de saúde da presença do risco para desenvolver LRA, num momento em que a situação ainda é reversível através da implementação de medidas terapêuticas preventivas (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006).

As dificuldades associadas ao uso da creatinina sérica como único parâmetro para identificar o risco de uma pessoa desenvolver LRA, explica a inclusão das alterações da diurese como critério de diagnóstico. A diminuição da diurese, particularmente no doente crítico, é um dos primeiros sinais que chama a atenção para a diminuição da função renal (Lameire, Van Biesen, & Vanholder, 2005).

I – Injury (Lesão)

Nesta fase, o diagnóstico diferencial entre LRA pré-renal e renal (intrínseca), particularmente a Necrose Tubular Aguda (NTA), torna-se crucial. Apesar dos

critérios RIFLE não darem nenhuma orientação sobre como discriminar entre as duas causas de deterioração da função renal, esta discriminação é extremamente importante para determinar medidas de intervenção específicas a implementar (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006) para minimizar e reverter as causas da lesão renal.

F – Failure (Falência)

Neste estadio, encontramos instalada a IRA propriamente dita, definida como uma necessidade em iniciar TSFR, apesar de ser uma ideia subjectiva. Este estadio implica a presença de complicações da LRA, implicados como critérios para o início das TSFR, tais como, sobrecarga hídrica, hipercaliémia, acidose metabólica e manifestação de sintoma urémicos (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006).

L – Loss (Perda)

Um velho paradigma afirma que as pessoas com LRA que sobrevivem recuperam a sua função renal na sua quase totalidade. No entanto estudos recentes, apontam para pessoas que desenvolveram quadros de LRA necessitaram de TSFR por períodos de tempo elevados, associados a factores pré-existent de IRC, surgindo a necessidade de avaliar resultados baseados no tempo de duração da lesão (Lameire, Van Biesen, & Vanholder, 2005).

Assim, a necessidade de TSFR com um período de tempo superior a quatro semanas, foi definido por perda da função renal.

E – End-stage renal disease (IRC terminal)

A não recuperação da função renal, com necessidade permanente de TSFR, foi definida como este último estadio da LRA, resultando em IRC terminal (Van Biesen, Vanholder, & Lameire, 2006).

4.3. Modelo Conceptual

As teorias para os cuidados de Enfermagem evidenciam uma variedade de factos, aspectos, características e fenómenos que são possíveis reconhecer, mas

cuja dinâmica há que procurar, a partir da maneira como se organizam na realidade da vida das pessoas (Collière, 1999).

A opção por desenvolver e analisar a problemática deste projecto de estágio, à luz do Modelo de Adaptação de Roy (MAR), enquadra-se na relação que esta teoria desenvolve entre a Pessoa e o Ambiente que a rodeia. Esta análise, enquadra-se perfeitamente na Pessoa em situação crítica, em contexto de UCI, uma vez que também aqui, se verifica a presença de estímulos, internos e externos, que influenciam a Pessoa nas suas respostas adaptativas ou não adaptativas, justificando a necessidade de intervenção de Enfermagem.

Assim, o meu propósito passa por, como refere Collière (1999), compreender as bases do conhecimento, a que se refere um quadro conceptual sistematizado; como é que estes conhecimentos se combinam em diferentes situações, de forma a traduzir algo insubstituível ao conteúdo e à aproximação dos cuidados de enfermagem; assim como abrir novas pistas de orientação e reflexão.

4.3.1. Modelo de Adaptação de Roy

Este modelo vê a Pessoa como um sistema adaptável, sujeito a estímulos internos e externos vindos do meio ambiente, que implicam respostas por parte da Pessoa. Quando estas respostas são ineficazes, designa-se por respostas não adaptativas, que ameaçam a Pessoa, justificando a necessidade de intervenção do Enfermeiro, para alterar e minimizar estes estímulos e em conjunto com a Pessoa promover a adaptação.

Sendo o aparecimento da LRA por causas que se encontram conhecidas e descritas na literatura, poderemos identificar essas causas como estímulos que irão contribuir para a LRA e que irão traduzir respostas ineficazes da Pessoa a esses estímulos. Ou seja, a oligúria/anúria, justificam a necessidade de intervenção de Enfermagem para promover a adaptação da Pessoa a este quadro e às complicações que derivam da LRA.

Este Modelo apresenta quatro categorias de modos adaptáveis, que influenciam-se mutuamente, mas caracterizam aspectos específicos da Pessoa, que são eles: Modo fisiológico, Modo de autoconceito, Modo de função na vida real e Modo de interdependência (Roy & Andrews, 2001).

Pessoa

Receptor dos cuidados de Enfermagem em termos de um sistema holístico adaptável, funcionando como um todo, sendo mais do que uma mera soma das suas partes. A Pessoa, tem capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente (Roy & Andrews, 2001).

Ao longo de todo o relatório, quando falo em Pessoa, falo igualmente na sua família ou em alguém que lhe é próximo.

Ambiente

Sendo a Pessoa um sistema adaptável, esta é afectada pelo mundo à sua volta, externa e internamente. Assim, no sentido amplo, este mundo é designado por meio ambiente. Neste Modelo de Adaptação de Roy, o meio ambiente é especificamente conhecido como estímulos, que podem ser focais, contextuais e residuais. É a junção destes estímulos que cria o nível de adaptação, gerando na Pessoa uma resposta, que podem ser adaptáveis ou ineficazes (Roy & Andrews, 2001).

Saúde

Este conceito, encontra-se ainda em fase de desenvolvimento pela autora, no entanto, ela descreve Saúde como um estado e um processo de ser e tornar-se uma Pessoa total e integrada, sendo o que representa a ausência de Saúde seja a falta de integração (Roy & Andrews, 2001).

Enfermagem

A autora vê a Enfermagem como uma disciplina científica orientada para a prática, com actividades específicas que a distinguem de outras disciplinas. O Enfermeiro tem a responsabilidade de ajudar as Pessoas a adaptarem-se às mudanças, tendo a função de identificar níveis de adaptação, capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação, contribuindo com isso, para a Saúde, a qualidade de vida e morte da Pessoa com dignidade (Roy & Andrews, 2001).

4.3.2. Modelo Aquisição de Competências de Benner

Sendo um dos meus objectivos do Projecto, em contexto de Ensino Clínico, adquirir e aprofundar competências, para assegurar que enquanto futuro Enfermeiro Especialista e como preconizado pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2009), *“possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilize em contexto de prática clínica que me permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”*, optei por definir como critérios de avaliação das Competências a adquirir/desenvolver/aprofundar, os estadios definidos por Patricia Benner no seu Modelo de Aquisição de Competência - De Iniciado a Perito (Benner, 2001).

A autora definiu no seu Modelo de Aquisição de Competências, cinco estadios, que se desenvolvem gradualmente com o tempo, os conhecimentos e a experiência. Identificar o estadio inicial relativamente a cada competência que defini, e posteriormente, após análise e reflexão crítica, do meu percurso durante os estágios, possibilitar-me-á auto-avaliar este percurso e identificar o desenvolvimento dessas competências, e procurar afirmar-me enquanto proficiente ou perito.

Os cinco estadios definidos por Patricia Benner (Benner, 2001) são:

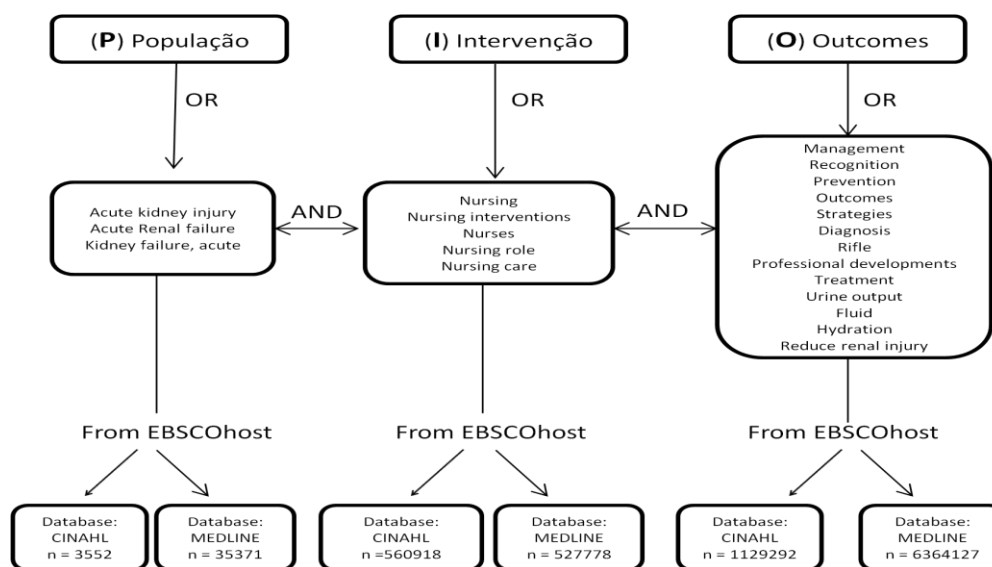
- Iniciado;
- Iniciado Avançado;
- Competente;
- Proficiente;
- Perito.

5. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C]O: “**Em Pessoas adultas internadas em UCI (Population), que intervenções de Enfermagem (Intervention), são sensíveis na prevenção da LRA (Outcomes)?**”

Deste modo, ao pesquisar a literatura científica relevante para a investigação, utilizei o motor de busca EBSCOhost para acesso às bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text*; Tendo como referência a pergunta de investigação em formato PI[C]O, são apresentados na Figura 2, os descritores, assim como, a orientação usada. As palavras foram procuradas em texto integral (Fevereiro/2012), retrospectivamente até 2001, resultando um total de 87 artigos.

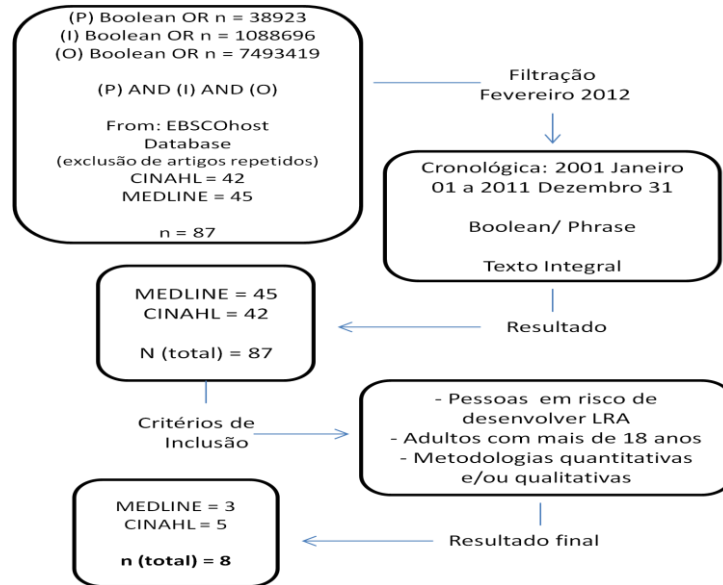
Figura 2 - Descritores de Pesquisa da RSL



Como critérios de inclusão privilegiei os artigos com foco na problemática da LRA, adultos com mais de 18 anos; com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa ou revisões sistemáticas da literatura.

Nos critérios de exclusão inseri artigos repetidos nas duas bases de dados; artigos não disponíveis em texto integral; data inferior a 2001. O percurso metodológico utilizado encontra-se demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Protocolo de Pesquisa da RSL



5.1. Resultados

Para tornar perceptível a metodologia utilizada apresento num quadro (Anexo I) a listagem dos oito artigos, estruturada segundo os níveis de evidência e de forma cronológica, com os resultados que constituíram a essência para a elaboração da discussão e respectivas conclusões desta RSL. Para avaliar os níveis de evidência, utilizei os cinco níveis segundo Cruz & Pimenta (2005).

5.2. Análise dos Resultados

Da leitura e análise destes artigos, posso realçar que é um desafio para os Enfermeiros cuidarem de Pessoas em risco de desenvolverem LRA (Byrne & Murphy, 2010).

Os profissionais de Enfermagem desempenham um papel vital ao identificarem Pessoas em risco de desenvolver LRA (Yaklin, 2011) (Byrne & Murphy, 2008), tendo por isso funções chave na sua prevenção e diagnóstico precoce (Redmond, et al, 2004).

Assim, os Enfermeiros têm de estar cientes do novo sistema de classificação da LRA (Yaklin, 2011) (Byrne & Murphy, 2008), a classificação RIFLE, sendo relevante reconhecer a sua importância (Byrne & Murphy, 2010), e recorrer a esta, para diagnosticar a LRA e melhorar os resultados (Dirkes, 2011).

Neste sentido, a principal prioridade na gestão da LRA, passa por conhecer e identificar a etiologia desta (Byrne & Murphy, 2008) (Perkins & Kisiel, 2005), para estabelecer objectivos de tratamento que eliminem a sua causa (Campbell, 2003).

Cuidar da Pessoa com LRA requer um trabalho multidisciplinar (Byrne & Murphy, 2010), sendo os Enfermeiros os primeiros a observar a deterioração da função renal (Redmond, et al, 2004), desempenhando um papel vital na obtenção de respostas positivas em Pessoas com esta patologia (Perkins & Kisiel, 2005).

A gestão da LRA implica assim, intervenções de Enfermagem no equilíbrio hemodinâmico e hídrico (Yaklin, 2011), para manter uma adequada perfusão renal (Dirkes, 2011), através da avaliação da PA, PVC e monitorização do BH (Perkins & Kisiel, 2005). As correcções electrolíticas e regulação do pH, assim como intervenções farmacológicas são extremamente importantes (Dirkes, 2011) (Yaklin, 2011).

Os cuidados de Enfermagem centram-se na Pessoa, onde as intervenções passam por uma adequada gestão nutricional, cuidados de higiene (Byrne & Murphy, 2010) e cuidados à pele, assim como prevenção de infecções (Perkins & Kisiel, 2005).

O Enfermeiro deve ainda ter conhecimentos das complicações inerentes à LRA e observar e interpretar alterações neurológicas relacionando-as com a deterioração da função renal (Redmond, et al, 2004). Deve igualmente identificar grupos de risco, tais como, minimizar exposição a agentes nefrotóxicos (Dirkes, 2011), pessoas submetidas a contraste ou com rabdomiólise, implementando nestes casos, estratégias preventivas como a administração de bicarbonato de sódio e n-acetilcisteína (O' Donovan, 2011).

Nos casos em que surge a necessidade de submeter as Pessoas a TSFR, como técnicas contínuas ou intermitentes, o Enfermeiro deve de prestar cuidados com conhecimentos e competências específicas destas situações, despistando complicações inerentes a estas (Dirkes, 2011) (Yaklin, 2011) (Byrne & Murphy, 2010).

Globalmente, os cuidados de Enfermagem focados na temática da LRA, garantem oportunidades de preveni-la (Perkins & Kisiel, 2005), sendo vital saber o que esta é, e que implicações têm, para que a sua gestão promova cuidados de Enfermagem holísticos (Byrne & Murphy, 2010).

6. ENSINO CLÍNICO

Atendendo a minha vontade de elaborar um projecto, este é, segundo Botelho (1994), uma *“prefiguração exacta e precisa do que pretendemos concretizar. É a passagem do desejo à intenção e desta à acção, mas acção reflectida, esclarecida e planeada”*.

Tendo em conta o referido anteriormente, para a realização do estágio elaborei um projecto que me permitiu ter um papel activo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, conferindo-me a possibilidade de transpor para a prática algumas das necessidades por mim identificadas, para as quais pretendia obter resposta. Ou seja, deu a possibilidade de envolver-me em algo para o qual me sinto motivado e empenhado.

Sendo descrita pela primeira vez em 1951 por Homer Smith, a Lesão Renal Aguda, é uma entidade clínica merecedora de uma descrição, análise e reflexão, face às constantes subvalorizações até aos dias de hoje, por parte dos profissionais de saúde, incluindo os Enfermeiros.

O objectivo do Projecto de Intervenção visava contextualizar objectivos de aprendizagem de forma a promover o desenvolvimento de competências como futuro Enfermeiro Especialista, para cuidar de Pessoas em Situação Crítica, na prevenção e diagnóstico precoce da Lesão Renal Aguda, em Unidades de Cuidados Intensivos.

Este plano de actividades para a prática clínica pretendeu ser um documento orientador para todos os intervenientes do processo de aprendizagem. Pretendia-se que fosse objectivo e pertinente e que pudesse ao mesmo tempo ser dinâmico de forma a poder adaptar-se às especificidades de cada momento do processo de aprendizagem.

Procurou igualmente incidir nas componentes relacionais, científica e técnica como base do desenvolvimento das competências comuns e específicas para a prática da Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica, na prestação de cuidados à Pessoa na área específica de intervenção Nefrológica na afirmação enquanto perito.

Referindo-me a competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, 2009), pareceu-me fundamental que este

mobilizar, integrar e orquestrar os recursos (saberes, saber-fazer, e atitudes) fosse realizado com carácter adaptativo em situações agudas.

Assim, ao longo do planeamento e construção do projecto, mantive como objectivos gerais:

- Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica;
- Descrever e Fundamentar a importância do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica na prestação cuidados à Pessoa em Situação Crítica;
- Conceber a prestação de Cuidados de Enfermagem à luz do Modelo Teórico de Adaptação de Roy;
- Desenvolver um Projecto de Intervenção de interesse científico, para a Pessoa receptora de cuidados, promovendo a Qualidade dos Cuidados prestados.

O Ensino Clínico desenrolou-se ao longo de 18 semanas em três contextos diferentes, com objectivos comuns aos três locais e objectivos específicos para cada um deles. Os objectivos a desenvolver têm como foco *o Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista* emanadas pela OE em 2009 (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e as *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing*, da ANNA em 1999 (ANNA, 1999).

Com vista à concretização do projecto, foi pertinente preparar e planear antecipadamente o mesmo, permitindo vocacionar e direccionar este para o fim ambicionado.

Assim, foi de extrema importância a maximização dos recursos existentes, planeando e gerindo o tempo disponível entre os diferentes intervenientes, com vista, a poder ultrapassar os possíveis obstáculos que surgissem durante o desenrolar do projecto.

Durante a consecução do projecto, recorri a várias pessoas, peritas na área ou implicadas no processo de implementação do mesmo. Realizei diversas entrevistas formais e informais, com Enfermeiros-Chefes dos diferentes serviços, Director da UCI, onde desempenho funções, bem como a Professora orientadora do projecto.

Os locais de Ensino Clínico seleccionados, bem como os referidos períodos de tempo encontram-se apresentados na tabela n.º 1. Os motivos das escolhas por estas valências são apresentados posteriormente.

Tabela n.º 1 - Locais de Estágio

Local Estágio/Serviço	Hospital	Datas
Unidade Transplantes	Hospital Central da região de Lisboa	3 Out. – 2 Nov.
UCI - CT	Hospital Central da região de Lisboa	7 Nov. – 16 Dez.
UCI	Hospital Central da região de Lisboa	2 Jan. – 17 Fev.

Assim defini como objectivos gerais deste Ensino Clínico:

- Desenvolver Competências Comuns de Enfermeiro Especialista nos quatro domínios;
- Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgico na vertente Nefrológica;
- Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
- Implementar a Classificação RIFLE, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA, em UCI;

Para cada ensino clínico defini objectivos específicos e actividades a desenvolver, assim como, recursos humanos e materiais necessários, de forma a atingir os objectivos propostos, definindo indicadores de avaliação (Anexo II).

Elaborei igualmente um cronograma das actividades a desenvolver em cada ensino clínico. (Anexo III).

6.1. Unidade de Transplante Renal (Consultas e Internamento)

O transplante renal constitui uma última esperança de sucesso na recuperação da doença renal crónica em estadio terminal. Associado a esta temática surgem questões de carácter ético-deontológico, vivências e sentimentos únicos que advém

desta situação, bem como dúvidas e especificidades que carecem de uma abordagem objectiva e específica por parte dos profissionais de saúde.

Sendo a transplantação renal a técnica de substituição da função renal preferida pelas pessoas IRCt em programa de diálise, os Enfermeiros nos centros de diálise, são muitas vezes o primeiro recurso para estas pessoas IRCt obterem informação sobre a transplantação renal. No entanto, os Enfermeiros são muitas vezes incapazes ou sentem-se desconfortáveis em responder a questões relacionadas com a transplantação renal (Neyhart, 2009).

Devido à complexidade, a modalidade terapêutica da transplantação renal exige que a equipa de Enfermagem preste cuidados específicos com qualidade e domínio técnico-científico, tornando-se necessário que os enfermeiros sistematizem com as suas acções e planeiem cuidados a prestar à Pessoa submetida a transplante renal (Neyhart, 2009).

Perante esta problemática e face ao meu percurso profissional na área da Nefrologia, identifico a área da transplantação renal, como uma das carências no meu trajecto e que com este ensino clínico visou colmatar, para proporcionar a minha aquisição/desenvolvimento de competências como futuro especialista Médico-cirúrgica na vertente Nefrológica.

Esta escolha da Unidade de Transplantes para o meu estágio, visa igualmente potenciar as funções que desempenho na UCI, na prestação de cuidados de Enfermagem na manutenção dos órgãos da Pessoa em morte cerebral para potencial dador, construindo um pequeno projecto que lhe designei: “Do dador ao receptor” - identificando e aprofundando competências do Enfermeiro Especialista na área da Transplantação.

Desde 1980 até 2009 verificamos um crescente aumento no número anual de pessoas submetidas a transplante renal em Portugal, culminando em 520 pessoas transplantadas no ano de 2009. Podemos registar igualmente o aumento do número de transplantes de dador vivo de 38 no ano de 2006 para 62 no ano de 2009 (Sociedade Portuguesa de Transplantação, 2009).

Perante os achados inicialmente apresentados, estes dados epidemiológicos vêm reforçar a necessidade e importância, não só do profissional de Enfermagem de cuidados gerais na prestação de cuidados a estas pessoas, mas também de promover e proporcionar-se a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da Nefrologia e da transplantação renal.

Assim, defini como objectivos específicos para este campo de estágio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética na área da transplantação renal;
- Gerir cuidados de Enfermagem à Pessoa transplantada e sua família que visem a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa transplantada e família, de forma a promover a sua adaptação e qualidade de vida.

6.1.1. Actividades Desenvolvidas

A Unidade de Transplantação Renal de um Hospital Central da região de Lisboa iniciou o seu programa de transplantação com um dador cadáver em Fevereiro de 1985 e posteriormente com rim de dador vivo em Junho de 1994.

Actualmente esta unidade desenvolve consultas e actividades que me possibilitaram assistir e participar em diferentes momentos que enriqueceram o meu processo de ensino/aprendizagem no âmbito de Pessoas IRCt em programa de transplantação renal, sendo elas:

- Consulta pré-transplante;
- Consulta de Enfermagem de dador vivo pré-transplante;
- Reunião Multidisciplinar médico-cirúrgica;
- Unidade de internamento de transplantação renal;
- Consulta de Enfermagem pós-transplante;

Consulta pré-transplante

As Pessoas IRCt em programa de diálise ou em estadio terminal com provável necessidade de iniciar TSFR, encontram nesta consulta um acompanhamento médico, que tem como objectivo avaliar o estado geral da Pessoa, para potencial transplante renal de dador cadáver, assim como, esclarecimento de dúvidas e clarificação de aspectos relativos à transplantação renal.

Face ao elevado número de Pessoas transplantadas e seguidas em consulta de pós transplante, associado à escassez de recursos humanos de profissionais de

Enfermagem, esta consulta é única e exclusivamente realizada por médicos. No entanto, tive a oportunidade de assistir a várias destas consultas.

Claramente que o acompanhamento médico, apesar de procurar dar respostas a algumas das dúvidas solicitadas pela Pessoa, visa uma avaliação física de um potencial receptor de rim, não sendo totalmente abrangente numa visão holística da Pessoa, nos seus domínios bio-psico-sociais.

As funções de carácter educacional e pedagógicas do Enfermeiro que visam, não substituir mas sim complementar diferentes dimensões de outros profissionais de saúde, estão aqui, no meu entender ausentes, permitindo um vazio, na prestação de cuidados de saúde.

Entendo com isto, a necessidade de se promover diligências no sentido de se aumentar o número de Enfermeiros na unidade, de forma a ser criada uma consulta de Enfermagem pré-transplante em potencial receptor de dador cadáver.

Perante estes achados, falei com a Enfermeira que me orientou o estágio, assim como a Enfermeira-chefe da unidade, que me referiu ter actualmente este problema identificado e reportado às entidades competentes.

Considero que a minha reflexão e identificação deste problema, foi extremamente importante no sentido de me permitir desenvolver competências, pois é neste âmbito que o papel do Enfermeiro especialista é fundamental, dando resposta aos domínios da Gestão de Qualidade e Gestão de Cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2009), concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade, identificando oportunidades de melhoria, assim como, adequar recursos às necessidades dos cuidados, visando a optimização da qualidade dos mesmos.

Consulta de Enfermagem de dador vivo pré-transplante

A transplantação renal de dador vivo teve início neste Hospital Central da região de Lisboa em Junho de 1994. Só neste hospital, no ano de 2010 foram submetidas a transplante renal de dador vivo 17 pessoas.

Este processo tem início na procura da Pessoa IRCT e seus familiares em procurarem alguém compatível e disponível para doar um rim ao seu familiar. Após esta fase preliminar e encontrado um potencial dador compatível, inicia-se um

processo extenso de acompanhamento e avaliações de carácter psicológico e despistando possíveis casos de coação.

Assim, tal como determina a Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, artigo 6º, n.º 2, bem como o Despacho do Ministro da Saúde n.º26951/2007 publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 227 de 26 de Novembro (Anexo IV), a EVA é o organismo a quem cabe a emissão de parecer vinculativo em caso de dádiva e colheita em vida de órgãos para fins de transplante.

Apesar de este parecer ser solicitado pelo responsável da unidade de transplantação, esta unidade, preconiza que cada elemento da equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros, psicólogo e assistente social, emita o seu parecer, para anexar ao pedido a solicitar à EVA.

Com o objectivo de promover a excelência dos cuidados e determinar e elaborar o seu parecer em folha própria para o efeito (Anexo V), é realizada esta consulta de Enfermagem de dador vivo pré-transplante. Esta é constituída por três momentos distintos, onde inicialmente o Enfermeiro entrevista separadamente potencial dador e receptor, terminando com um último momento em que ambas as Pessoas se encontram conjuntamente com o Enfermeiro.

A principal entrevista inicial, centra-se no potencial dador, onde o Enfermeiro realiza uma colheita de dados (Anexo VI) das Necessidades Humanas Fundamentais, caracteriza a situação social, laboral, formação e relação/grau de parentesco com o receptor; avalia a motivação para ser dador e o grau de conhecimentos sobre a transplantação com rim de dador vivo; avalia a história clínica, física e psicológica, para despiste de eventuais problemas de contra-indicação para a transplantação culminando com uma apreciação global.

Nesta consulta com o dador, o Enfermeiro fornece informação à pessoa de forma a capacitá-la para a tomada de decisão autónoma e competente, esclarece dúvidas, identifica eventuais problemas, determinando que não constituem contra indicação para a doação

A possibilidade de assistir e participar em duas destas consultas, foi extremamente importante e realço que as actividades desenvolvidas vão de encontro às *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing* (ANNA, 1999). Estas definem como objectivo: educar e avaliar o dador, procurando que este tome uma decisão informada sobre a doação de órgãos; o potencial dador irá realizar os diferentes exames complementares de diagnóstico, não pondo em

causa a sua saúde; e educar o potencial dador relativamente ao período peri-operatório e planeamento pós-alta, demonstrando capacidades em participar nestes regimes terapêuticos.

No fim de participar nestas consultas, a minha Enfermeira orientadora do local de estágio, perguntou-me se eu consideraria este potencial dador totalmente esclarecido e se a sua tomada de decisão era livre e igualmente esclarecida. Perante esta questão senti e referi de imediato à Enfermeira, a importância e a responsabilidade do profissional de Enfermagem, em dar o seu parecer, face a todos os pressupostos que se encontram em causa nesta situação.

Esta experiência permitiu-me desenvolver competências comuns de Enfermeiro especialista no Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2009), promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assentando um corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências da Pessoa, respeitando os diferentes princípios éticos, nomeadamente o Princípio da Autonomia.

Reunião Multidisciplinar Médico-cirúrgica

A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar que visa dar respostas às diferentes necessidades descritas na literatura que estas Pessoas IRCt e família encontram, de carácter físico, biológico, psicológico e social (Martins & Cesarino, 2005).

Constituída por enfermeiros, médicos nefrologistas e cirurgiões, psicólogos e assistente social, esta equipa multidisciplinar permite e possibilita dar respostas às diferentes necessidades solicitadas pelas Pessoas e famílias, bem como, identificadas pelos diferentes profissionais de saúde.

As competências comuns do Enfermeiro especialista preconizam no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (Ordem dos Enfermeiros, 2009), permitindo-me realçar a importância desta estrutura, visando a capacidade de auto-conhecimento, interferindo no estabelecimento de relações terapêuticas e

multiprofissionais, prestando cuidados de Enfermagem às Pessoas e famílias, de forma a dar resposta às suas necessidades.

No entanto, identifico que esta equipa deveria ser constituída por um nutricionista ou dietista para responder às exigências próprias das Pessoas submetidas a transplante renal, podendo com isso complementar esta equipa multidisciplinar.

Esta equipa multidisciplinar realiza semanalmente uma reunião, designada por Reunião Multidisciplinar Médico-cirúrgica, onde são analisados os casos de transplantação renal de dador vivo, assim como os casos de doação cruzada.

Depois das consultas individuais de cada um dos intervenientes da equipa, são aqui analisados e discutidos os dados recolhidos para se decidir os pares de doação a propor e enviar estas propostas para a EVA.

Realço ainda a prioridade que é dada nas Pessoas que não se encontram em programa de diálise, mas que se encontram num estadio terminal da IRC e provável necessidade de iniciar TSFR, com o objectivo de evitar que estas pessoas iniciem diálise.

A minha participação numa destas reuniões, foi extremamente importante, para realçar a importância do trabalho de equipa que traduz benefícios na Pessoa receptora dos cuidados de saúde, assim como, desenvolver competências no Domínio da Gestão da Qualidade, identificando o papel dinamizador do Enfermeiro no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica preconizado pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Unidade de Internamento de Transplantação Renal

Nesta unidade tive oportunidade de desenvolver actividades que me proporcionaram atingir o objectivo de Prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa transplantada e família, de forma a promover a sua adaptação e qualidade de vida, nas suas diferentes fases: pré, intra e pós transplante.

Um dos momentos marcantes neste estágio foi a oportunidade de vivenciar e acompanhar o processo de transplantação renal de dador cadáver. Neste processo pude prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa que iria ser submetida a transplante renal, prestando cuidados de Enfermagem visando diferentes dimensões da Pessoa, ou seja, prestando cuidados holísticos.

O processo inicia-se com um contacto telefónico para a Pessoa potencial receptora do rim, que imediatamente se desloca para o hospital. À chegada, esta apresentava-se extremamente nervosa e ansiosa, exprimindo com facilidade a vivência destes sentimentos.

Imediatamente prestaram-se cuidados de Enfermagem associados aos cuidados pré-operatórios, assim como, início da toma da imunossupressão e avaliação da função renal, pois se necessário, o candidato realiza uma sessão dialítica pré-operatória.

Para além destas intervenções, desenvolver cuidados específicos neste contexto, fizeram-me reflectir e identificar a necessidade de cuidados de Enfermagem especializados, no âmbito da vertente Nefrológica, justificando a pertinência de um Enfermeiro especialista nesta área.

Apesar da transplantação renal permitir um aumento da qualidade de vida nestas Pessoas, esta situação implica um conjunto de adaptações, em consequência das restrições e alterações que vão interferir nos quatro modos de adaptação sendo através destes, que as respostas se dão e o nível de adaptação pode ser observado (Roy & Andrews, 2001) sendo eles: modo fisiológico; modo de autoconceito; modo de função na vida real; modo de interdependência.

A ambivalência de sentimentos vividos e expressos pela Pessoa, requerem uma intervenção de carácter psico-pedagógico com o objectivo de minimizar estas ambivalências, aproveitando o momento para o Enfermeiro desenvolver uma relação de ajuda e terapêutica, preconizada pelo MAR, que poderá ser determinante posteriormente na adesão ao regime terapêutico na fase pós transplante.

Sendo a comunicação efectiva, entre o Enfermeiro e a Pessoa de quem está a cuidar, esta é importante em todos os aspectos de avaliação do comportamento. Sem essa comunicação efectiva, a eficácia de todas as acções de Enfermagem são questionáveis (Roy & Andrews, 2001).

Além dos cuidados prestados à Pessoa, tornou-se evidente e procurei também envolver e acompanhar a família em todo este processo. A família é igualmente sujeita a aspectos de ordem educacional, onde fazemos uma recolha de informações procurando saber se têm balança, termómetro, esfigmomanómetro, pois será necessário no período após a alta, assim como, pedir escova de dentes e lâmina de barbear novas. Procuramos também junto da família compreender que

sentimentos e dúvidas se encontram presentes com o objectivo de os envolver nos cuidados e no processo de acompanhamento do transplante.

Todas estas e outras actividades desenvolvidas deram cumprimento às recomendações preconizadas pela ANNA na *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing* (ANNA, 1999).

Se todo o período de espera é reconhecido como um momento de vivência de vários sentimentos, a ida para o bloco operatório, enche-se igualmente de momentos stressantes e sentimentos que deixam dúvidas e incertezas na Pessoa, que se tranquilizam com o acompanhamento pelo Enfermeiro até ao bloco operatório, promovendo também nesta situação, a relação de ajuda.

A possibilidade de assistir à intervenção cirúrgica de transplantação renal, proporcionou outro momento relevante no meu estágio, que permitiu-me experienciar igualmente um conjunto de sentimentos e dúvidas, de dimensões e contextos diferentes ao da Pessoa. Esta experiência contribui igualmente para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto futuro Enfermeiro especialista.

Desde todos os cuidados peri-operatórios prestados à Pessoa, tive oportunidade de ver a preparação do rim a enxertar, observando os cuidados específicos no transporte e armazenamento, assim como, aspectos de natureza Ético-legal.

Posteriormente a observação do procedimento cirúrgico permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos de ordem teórica, bem como, esclarecer dúvidas junto da equipa cirúrgica e de enfermagem do bloco operatório, contribuindo esta experiência para elevar este estágio para patamares extremamente elevados.

Durante o estágio, foram realizados quatro transplantes, todos de dador cadáver, que me permitiram prestar cuidados de enfermagem à Pessoa transplantada no pós-operatório imediato e tardio, contribuindo para atingir os objectivos propostos e adquirir e aprofundar competências de Enfermeiro Especialista na vertente nefrológica.

Os cuidados de Enfermagem pós-operatórios direccionam-se na monitorização e vigilância dos parâmetros vitais, associado à instabilidade hemodinâmica, com necessidade de reposição de fluidos. Assim, a vigilância destes parâmetros e da diurese, balanço hídrico, avaliação da PVC, são extremamente importantes na prevenção e diagnóstico precoce de complicações, tais como, disfunção precoce do enxerto, infecção, obstrução do tracto urinário, linfocele, fistula das vias urinárias,

hematomas, trombose da artéria e veia renal, estenose da artéria renal e rejeição aguda (Ding, 2010), desenvolvendo intervenções preconizadas pela ANNA na *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing* (ANNA, 1999).

Ao longo do internamento na unidade de transplantes, a introdução precoce de momentos de educação para a saúde e sua adaptação a esta nova realidade são determinantes na adesão da Pessoa ao regime terapêutico e estratégias a desenvolver na adaptação ao seu novo ciclo.

Sendo o receptor dos cuidados de Enfermagem a Pessoa, no enquadramento da problemática, a Pessoa transplantada, teve a responsabilidade de ajudar as pessoas a adaptarem-se às mudanças implicadas no processo como preconiza Roy e Andrews (2001).

Por este motivo a unidade desenvolveu uma folha de registos, onde constam as diferentes temáticas a abordar no ensino, bem como a sua ordenação ao longo do internamento, tendo em consideração as capacidades individuais da Pessoa, tornando-se um processo único de Pessoa para Pessoa. As temáticas a abordar e que constam neste documento são a terapêutica imunossupressora, registos de ingeridos eliminados (BH), sinais de rejeição, sinais de infecção e posição solar, registo de sinais vitais, alimentação, actividade sexual e retorno à vida profissional.

Estas actividades de carácter educacional, foram por mim realizadas, sendo estes momentos extremamente motivadores para mim, ao desempenhar um papel activo, contribuindo decisivamente para a adesão da Pessoa, assim como, contribuindo para adquirir competências de futuro Enfermeiro Especialista na vertente nefrológica.

Perante esta experiência na unidade de transplantes considero estes cuidados e conhecimentos determinantes na qualidade dos cuidados a prestar à Pessoa submetida a transplante, pelo que considero importante a presença de um Enfermeiro Especialista no acompanhamento destas situações.

Com esta experiência dos três períodos de pré, intra e pós-operatório, considero ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da gestão de qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2009), considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e prevenir incidentes, actuando proactivamente promovendo o bem-estar e gerindo o risco.

Consulta de Enfermagem pós-transplante

A primeira consulta de Enfermagem envolve um momento determinante, onde o Enfermeiro das consultas estabelece contacto, promovendo a construção de uma relação de ajuda, com estas Pessoas que será determinante a longo prazo, perdurando o tempo de vida do enxerto.

Assim, tive oportunidade de assistir a duas destas consultas, que se desenrolam por um período nunca inferior a noventa minutos, sendo identificados os conhecimentos prévios da Pessoa, validada a aprendizagem já realizada pela Pessoa transplantada durante o internamento e realizada uma colheita de dados de Enfermagem.

Esta experiência foi extremamente interessante, pois uma das consultas que assisti, foi da Sr.^a em que acompanhei todo o processo pré, intra e pós-operatório, ficando visível, uma maior proximidade e empatia, permitindo quebrar barreiras iniciais.

Posteriormente são abordadas temáticas e que irão ser aprofundadas ou reforçadas, de acordo com os comportamentos e dúvidas apresentados pela Pessoa transplantada. As temáticas de carácter obrigatório e reforçadas nesta fase são a importância do uso da máscara, por um período nunca inferior a três meses, não fechar as portas a um eventual regresso à diálise, pois o rim enxertado não é eterno, mantendo por isso os cuidados ao acesso vascular caso o tenha.

É igualmente reforçado a importância de se fazerem sempre acompanhar do livro do Transplantado, da importância de tomarem a terapêutica, fazendo ensinamentos para informar para que serve essa terapêutica e a importância dos imunossupressores e suas complicações. Destaca-se a necessidade de avaliar e registar os sinais vitais duas vezes dia, assim como, o peso e realizar o balanço hídrico diário.

Também nesta fase, surge a necessidade de estas pessoas se adaptarem a uma nova realidade, pois se anteriormente tinham restrição hídrica, nesta fase são incentivados a ingerir quantidades de líquidos que visam evitar complicações. Por esse motivo, são igualmente abordadas as principais complicações tardias e seus sinais de alerta, para os quais as Pessoas têm de estar despertas (infecção respiratória e urinária; rejeição; desidratação).

O ambiente, como um dos conceitos principais do MAR é entendido como o mundo interior e exterior da pessoa. Este ambiente de mudança estimula a pessoa transplantada, a criar respostas adaptáveis ou ineficazes (Roy & Andrews, 2001). Nesta perspectiva foi importante identificar quais os estímulos que actuavam sobre a pessoa, de modo a perceber/identificar a razão para esta apresentar respostas ineficazes, nos modos adaptativos do MAR.

São ainda abordadas temáticas como alimentação, protecção solar, exercício físico e actividade sexual.

Neste sentido e, à luz do MAR, os profissionais de Enfermagem devem identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência; identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação (Roy & Andrews, 2001), ou seja, procurei identificar respostas não adaptativas e intervir através de programas de educação e envolver-me continuamente com a pessoa de quem estava a cuidar.

As consultas seguintes são marcadas de acordo com a identificação por parte dos Enfermeiros de necessidades, justificando um aumento na frequência das consultas e um acompanhamento mais apertado para promover a adaptação da Pessoa.

As consultas de Pessoas que são acompanhadas há mais anos, são mais desfasadas, existindo no entanto uma linha telefónica disponível, para esclarecer dúvidas e encaminhar em casos de complicações antecipadamente.

Os Enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de programas de educação à Pessoa transplantada (Ding, 2010), não sendo um factor único, mas considero que um correcto acompanhamento de Enfermagem com programas educacionais, pode ser considerado como um indicador de qualidade e adopção de hábitos de vida saudáveis tendo com isso, aumento de sobrevida do enxerto renal e concomitantemente maior qualidade de vida.

Em síntese, a eficácia com que os Enfermeiros podem auxiliar a pessoa, na promoção da adaptação, depende da compreensão da situação e colaboração do Enfermeiro com a Pessoa (Roy & Andrews, 2001).

Formação: Diagnóstico Morte Cerebral e Manutenção de Potencial Dador de Órgãos

Como referido anteriormente, tinha definido como um dos objectivos, desenvolver um projecto que designei do Dador ao receptor, pois no desempenho das minhas funções no meu serviço, a prestação de cuidados ao potencial dador, esgotava-se na continuidade e no conhecimento que tínhamos destes cuidados.

Durante um momento informal em conversa com a Enfermeira-chefe, falei deste meu interesse, por esta temática, ao que prontamente ela se mostrou interessada na realização de uma acção de formação sobre a temática do Diagnóstico de morte cerebral e manutenção de potencial dador de órgãos, para os profissionais da unidade, construindo pontes entre os dois lados da transplantação.

Assim, após o planeamento da sessão (Anexo VII), realizei uma acção de formação onde abordei a temática da legislação sobre a doação; a morte cerebral, critérios e provas de diagnóstico; questões éticas implícitas na situação; cuidados de Enfermagem na manutenção do potencial dador; e articulação destes cuidados com o Código Deontológico dos Enfermeiros.

No final da sessão, distribui um pequeno documento que redigi para o efeito (Anexo VIII).

6.1.2. Aquisição/Desenvolvimento Competências

Com a realização deste Ensino Clínico, penso ter conseguido integrar conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para atingir os objectivos propostos e me tornar perito na prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa transplantada enquanto Enfermeiro Especialista.

Assim, considero ter adquirido/desenvolvido competências de Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, adquirindo conhecimentos desta natureza, importantes para a prestação de cuidados à Pessoa transplantada, desenvolvendo uma prática profissional e respeitando os direitos humanos.

Relativamente aos domínios da gestão da qualidade e da gestão dos cuidados, fui capaz de mobilizar conhecimentos teóricos para a prática clínica, desenvolvendo

competências que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, na gestão de um ambiente seguro aos diferentes níveis, pré, intra e pós transplante.

Igualmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, fui capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, relevando a minha dimensão com a relação com a Pessoa transplantada e sua família, realçadas nas avaliações que me foram efectuadas.

Finalizando, desenvolvi competências baseando a minha praxis clínica e especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento, recorrendo a bibliografia pertinente e às *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing*, emanadas pela ANNA (ANNA, 1999).

Reforçando as minhas reflexões e análises, este estágio teve um momento final onde foi efectuada uma avaliação por parte dos orientadores do campo da prática clínica, referente às actividades desenvolvidas, quer nas Consultas (Anexo IX), quer na unidade de internamento (Anexo X).

Com o término do estágio, após análise e reflexão considero ter adquirido/desenvolvido competências para prestar cuidados à Pessoa transplantada e sua família, enquanto futuro Enfermeiro Especialista, na área específica de intervenção de Nefrologia, ao nível de Proficiente, segundo o modelo de aquisição de competências (Benner, 2001).

6.2. Unidade Cuidados Intensivos Cardio-Torácica

Encontram-se identificadas muitas deficiências nos cuidados prestados a Pessoas que desenvolveram LRA nas UCI's, estando igualmente reportados que somente 50% destas receberam bons cuidados (Lewington & Kanagasundaram, 2011) ou seja, cuidados adequados para esta problemática.

Considerada uma complicação grave no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, a LRA está associada ao aumento da mortalidade, morbidade e permanência nas UCI's, especialmente nos casos que requerem a necessidade de recorrer a TSFR (D'Onofrio, 2010).

Torna-se importante reconhecer a inter-relação, entre a disfunção do sistema cardíaco com o sistema renal, e que um pode levar à disfunção do outro (Byrne & Murphy, 2008).

Estes achados, reforçam a gravidade da problemática previamente apresentada e consolidam a escolha do segundo local de estágio, uma Unidade de Cuidados Intensivos, Cardio-Torácica de um Hospital Central da região de Lisboa, com o objectivo de me possibilitar desenvolver competências de Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica.

Também, a opção deste local visa conhecer novas realidades no âmbito dos Cuidados Intensivos, que proporcionem e complementem experiências ao meu percurso profissional, com o objectivo de desenvolver competências na prestação de Cuidados Enfermagem à Pessoa em situação crítica e identificar intervenções desenvolvidas no âmbito da prevenção da LRA.

Assim, defini como objectivos específicos para este campo de estágio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética na dimensão Nefrológica da Pessoa em Situação Crítica em UCI.
- Gerir cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família que visem a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com ênfase na dimensão Nefrológica.
- Prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa e Família, que vivenciem processos complexos de doença crítica ou falência multi-orgânica.

6.2.1. Actividades Desenvolvidas

Visando explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de Enfermagem, recorri aos enunciados descritivos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001) para descrever as actividades desenvolvidas neste campo de estágio.

A prevenção de complicações

Na prestação de cuidados à Pessoa submetida a cirurgia cardio-torácica, rapidamente me apercebi da presença de diferentes factores de risco, aos quais a Pessoa se encontra exposta, potenciando o risco de desenvolver LRA.

A cirurgia cardíaca, a hipotensão, a hipovolémia, a diminuição do débito cardíaco, assim como, o contacto com toxinas intrínsecas (destruição muscular) ou

extrínsecas (fármacos), foram factores que identifiquei, aumentando o risco de desenvolver LRA de causas pré ou intra-renais.

Segundo o MAR, o ambiente inclui condições, circunstâncias e influências que envolvem e afectam o desenvolvimento e o comportamento, sendo estes factores estímulos que podem ser focais, contextuais e residuais (Roy & Andrews, 2001).

Ao identificar estes factores de risco, não estou mais do que a identificar estes estímulos, e ao altera-los, seja a Pessoa ou o Enfermeiro, estamos a capacitar a Pessoa para lutar efectivamente (Roy & Andrews, 2001).

Assim, pude na prestação de cuidados à Pessoa e na reflexão de vários casos clínicos, identificar intervenções e estratégias de Enfermagem (independentes e interdependentes), que visam prevenir ou minimizar os riscos, indo de encontro às intervenções identificadas e descritas na RSL efectuada sobre esta problemática.

As respostas ao serem ineficazes ao ambiente em mudança, traduzindo a não adaptação, evidenciam a necessidade de intervenção do Enfermeiro (Roy & Andrews, 2001).

Com estes momentos pude adquirir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009), ao assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes, assumindo-me como facilitador nos processos de aprendizagens.

Com estas experiências e vivências pude realçar e justificar junto dos profissionais de Enfermagem da unidade, que muitas das intervenções efectuadas são intervenções que visam não só a função cardíaca, mas também a prevenção da LRA, através da identificação de factores de risco e causas (Byrne & Murphy, 2010), num contexto de prestação de cuidados holísticos à Pessoa.

O bem-estar e o autocuidado

Durante o estágio nesta UCI, constatei a ausência de uma escala de avaliação da dor, assim como, de uma ausência nos registos de Enfermagem sobre esta temática.

Considero a avaliação e monitorização da Dor, o quinto sinal vital, e o seu respectivo registo extremamente importante e relevante, pois as pessoas têm direito

a cuidados que valorizem o bem-estar e a qualidade, dimensões a que não é estranha a ausência de dor.

Neste sentido, proceder a esta avaliação, monitorização, registo e continuidade ao longo dos turnos é um dos aspectos que não abdiquei, assim como, incentivei os pares a promover esta medida e desenvolver intervenções de Enfermagem mediante os dados avaliados.

Sabemos igualmente que as complicações inerentes à LRA traduzem sinais e sintomas, vividos e expressos pela Pessoa, que dificultam o seu bem-estar, tais como, sobrecarga hídrica, edema pulmonar, dispneia, hipertensão arterial, síndrome urémico, náuseas e vómitos, hipercaliémia, alterações cardíacas, acidose metabólica (Byrne & Murphy, 2008).

Neste contexto, tive oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a TSFR, quer técnicas contínuas quer intermitentes. Sendo um momento, onde mais do que adquirir competências nesta área, visto no serviço onde desempenho funções prestar cuidados e ter contacto com estas técnicas, proporcionou-me a hipótese de partilha de saberes e experiências entre diferentes UCI's, visando a melhoria contínua dos cuidados.

Considero também importante, realçar o desenvolvimento de intervenções, tais como, cuidados de higiene e hidratação de mucosas e pele, decorrentes da desidratação e prurido da síndrome urémico. Procurei reforçar junto da equipa de Enfermagem, a importância dos cuidados de visam o bem-estar e o conforto da Pessoa, minimizando o risco de desenvolver úlceras de pressão, que traduzem igualmente um indicador de qualidade dos cuidados.

Estas actividades proporcionaram-me desenvolver competências no domínio da gestão da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009), reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão de práticas, assim como, criar e manter um ambiente seguro, imprescindível para a efectividade terapêutica e prevenção de incidentes, decorrentes das TSFR, bem como, das complicações da LRA.

A satisfação do cliente

Este enunciado vem ao encontro de um dos meus objectivos de estágio, no respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza da Pessoa.

A filosofia e objectivos das UCI's passam por avaliar continuamente as funções vitais, vendo a pessoa no seu holismo, reconhecendo precocemente e antecipando as situações de agravamento, com recurso a equipamentos tecnológicos adequados que para além de nos ajudarem no diagnóstico nos ajudam também nas intervenções e respectiva avaliação.

Não obstante, com a evolução do conhecimento passámos a ter à disposição um conjunto de meios de diagnóstico e tratamento eficazes, que permitem prolongar a vida das Pessoas e podem na fase final da vida, levar a intervenções médicas desnecessárias porque não trazem benefício à Pessoa.

Quando se reconhece que uma Pessoa, apesar da terapêutica que lhe é instituída ou de outras que porventura lhe sejam administradas, caminha para a morte próxima, ou seja, quando se reconhece que a situação é irreversível, o respeito pela dignidade da pessoa humana proíbe-nos de desencadear ações que, mais do que lhe prolongar a vida, lhe prolonga a morte.

Quando assim acontece, fala-se de obstinação terapêutica ou encarniçamento terapêutico, ou mesmo futilidade terapêutica, sancionadas pelos códigos deontológicos dos médicos e dos enfermeiros, pois essas intervenções conduzem, a uma agonia prolongada, sem qualquer benefício para a Pessoa, aumentando desnecessariamente o seu sofrimento.

No estágio, deparei-me com duas situações semelhantes na obstinação terapêutica, através do incrementar de medidas invasivas, inclusive, técnicas dialíticas, o que me possibilitou reflectir e reconhecer que a melhor actuação dos cuidados, tem por base o interesse da pessoa, definindo como objectivo a promoção da adaptação nos quatro modos, contribuindo através disso para a saúde da Pessoa e sua qualidade de vida (Roy & Andrews, 2001) , atingindo com empenho os melhores cuidados prestados em situações onde a vida pode ser salva.

No entanto, quando não existe possibilidade de manter a vida, a actuação deve ter como objectivos a prestação de cuidados destinados à atenuação do sofrimento (Santos, 2001) e proporcionar uma morte com dignidade (Roy & Andrews, 2001).

Parece-me que estamos num momento longínquo, ao ser ainda difícil conseguir distinguir mas igualmente perceber quando passamos de um processo de tratamento, para um processo de acompanhamento da morte, mas de uma morte vivida com dignidade.

O acompanhamento da família é extremamente importante em todo este processo, de modo a ajudá-la a vivenciar a etapa de fim de vida do seu familiar, de modo a que não se sintam desamparados, e que não sintam que se desistiu da Pessoa, mas apenas que se investiu num outro sentido, mantendo as portas abertas para a continuação do cuidar.

Com o evoluir da profissão para patamares elevados, inerente ao objectivo da melhoria da qualidade dos cuidados, no seio da tomada de decisão, torna-se, no meu ponto de vista, fulcral que o pensamento ético caminhe na prática da Enfermagem.

Desta forma, ao falar em tomada de decisão, importa falar em decisões clínicas ética e cientificamente fundamentadas e suportadas, sendo óbvio, que o Código Deontológico dos Enfermeiros evidencia-se como um pilar essencial para a prática dos cuidados (Sousa, in Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Não posso deixar de realçar a importância das competências do Enfermeiro Especialista na área de Nefrologia, mas também que este deve mobilizar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos. Existem ligações importantes a serem feitas para que haja a possibilidade dos enfermeiros com competência na área nefrológica possam desenvolver, igualmente, competências nos cuidados de suporte e paliativos renais (Noble, 2008).

6.2.2. Aquisição/Desenvolvimento Competências

Com este ensino clínico, penso ter atingido os objectivos delineados para o mesmo, tendo conseguido integrar e desenvolver conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, na área específica de intervenção Nefrológica.

Considero ter desenvolvido competências de Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade, ética e legal, aprofundando conhecimentos desta natureza, assentando no domínio ético-deontológico.

Ainda neste domínio, considero importante o papel activo e determinante do Enfermeiro Especialista na área de Nefrologia, sendo que esta questão carece de maior profundidade na aquisição de saberes e conhecimentos na área da Pessoa em Situação Crítica.

No que se refere aos domínios da gestão da qualidade e gestão dos cuidados, consolidei competências na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e promoção de um ambiente seguro, gerindo cuidados, ao otimizar a equipa de Enfermagem na articulação com a família e restante equipa multidisciplinar.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvi o autoconhecimento e baseei a praxis clínica através da RSL efectuada, colaborando como agente activo no campo da investigação em Enfermagem.

Reforçando as minhas reflexões e análises, este estágio teve um momento final onde foi efectuada uma avaliação por parte do orientador do campo da prática clínica, referente às actividades desenvolvidas (Anexo XI).

Com este campo de estágio considero ter consolidado competências na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, na gestão de cuidados da Pessoa em risco de desenvolver LRA e sua família. Consegui identificar e justificar a pertinência do Enfermeiro da Especialista Médico-cirúrgica, na área específica de intervenção nefrológica, em contexto de UCI, tornando-me perito na área de intervenção segundo o Modelo de Aquisição de Competências (Benner, 2001).

7. IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO RIFLE

O último ensino clínico realizou-se na UCI de um Hospital Central da região de Lisboa, onde desempenho funções. Esta UCI é uma unidade polivalente, que tem como principais utentes Pessoas em Situação Crítica com patologias do foro médico, cirúrgico, neurotrauma, sepsis e outras.

O objectivo deste ensino clínico na UCI passou evidentemente, pela Implementação da Classificação RIFLE, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA, tendo para tal definido os seguintes objectivos:

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na melhoria da qualidade dos cuidados;
- Gerir cuidados de Enfermagem específicos do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico, na área específica de Nefrologia, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

7.1.1. Procedimento

Sendo a Implementação da Classificação RIFLE, o projecto de intervenção do meu estágio, defini e apresento neste relatório a problemática da LRA e o respectivo interesse no âmbito da profissão de Enfermagem. Com a construção de um quadro conceptual e o recurso a um modelo teórico de enfermagem, pude posteriormente desenvolver um conjunto de actividades que visaram a implementação da classificação.

Inicialmente reuni com a Enfermeira-Chefe e o Director da unidade, onde apresentei o meu projecto, justificando o seu interesse para a UCI, mas particularmente os potenciais benefícios para as Pessoas receptoras de cuidados e a profissão de Enfermagem. Reforcei ainda, que para operacionalizar este projecto, não seria necessário acrescentar custos com recursos humanos e materiais.

Ressalvando igualmente que estariam a ser respeitados aspectos de natureza ética e legal, junto das Pessoas e dos profissionais de Enfermagem, após análise e

reflexão do projecto, por parte dos meus superiores, e face às questões implicadas, foi autorizado, pela pertinência do estudo, sendo aceite a sua implementação.

Por questões de natureza do rácio e elevada carga horária, foi decidido, não implementar a classificação nas Pessoas internadas nos cuidados intermédios, restringindo-se nesta fase inicial somente aos cuidados intensivos. O objectivo desta decisão passou por evitar inviabilizar a implementação da classificação em toda a unidade.

No entanto, ressalvo e realço, que as Pessoas internadas em cuidados intermédios apresentam igualmente risco de desenvolver LRA, justificando igualmente a necessidade futura de implementar a classificação RIFLE a estas Pessoas.

Assim, elaborei uma instrução de trabalho (Anexo XII), para uniformizar procedimentos junto da equipa de Enfermagem, promovendo igualmente a sua adesão à classificação.

Sendo a classificação de RIFLE sujeita a consulta e análise de diferentes critérios, elaborei um documento de consulta e apoio, para ficar nas salas de internamento da UCI, onde consta os critérios de avaliação, assim como tabelas por mim elaboradas, para os enfermeiros consultarem e facilitar a correcta classificação nos diferentes estadios (Anexo XIII).

Seguidamente, para dar a conhecer e implementar a Classificação RIFLE, realizei cinco sessões formativas (Anexo XIV), a cada uma das equipas de Enfermagem.

Finalmente, após as sessões formativas, iniciou-se a Implementação da classificação RIFLE, na UCI, oficialmente a 1 de Dezembro de 2011.

7.1.2. Método

Este trabalho é definido como um estudo descritivo, em contexto natural com controlo à posteriori, em tempo transversal, e quanto à recolha de dados, é primário através da consulta dos processos clínicos.

7.1.3. Amostra

No que diz respeito à amostra é não probabilística. Constituída por 77 pessoas internadas numa UCI, durante o período compreendido entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012. Foram excluídas as Pessoas com IRC em estadio

terminal, em programa de técnicas de substituição da função renal; pessoas com menos de seis horas de internamento; e pessoas internadas nos cuidados intermédios.

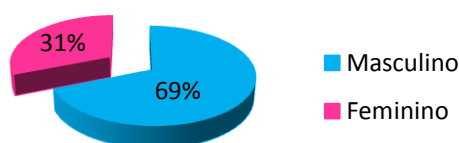
7.1.4. Tratamento Estatístico

Apliquei a estatística descritiva para o tratamento dos dados recolhidos. Utilizei como medida de tendência central a média, e como medida de dispersão o desvio padrão.

7.1.5. Apresentação dos resultados

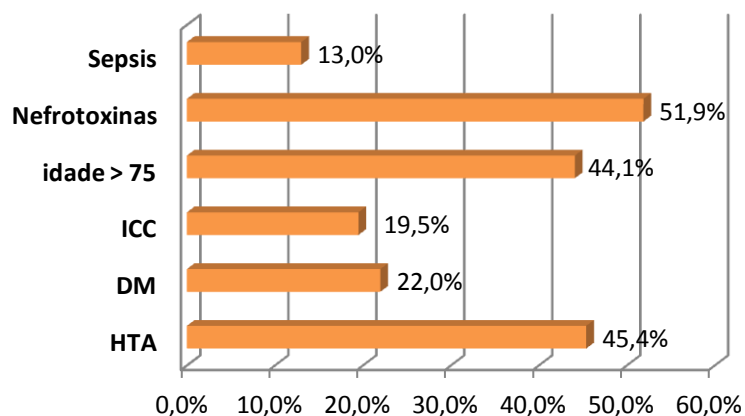
Os resultados obtidos dizem respeito a uma amostra de 77 Pessoas, sendo que no gráfico n.º 1 podemos ver a sua distribuição por género, tendo estas, uma média de idades de 65,1, com idades compreendidas entre os 19 e os 88 anos.

Gráfico n.º 1 - Distribuição por género



No que respeita aos factores de risco descritos na literatura (Hoefield & al, 2011), podemos verificar no gráfico n.º 2, a incidência dos diferentes factores de risco da amostra.

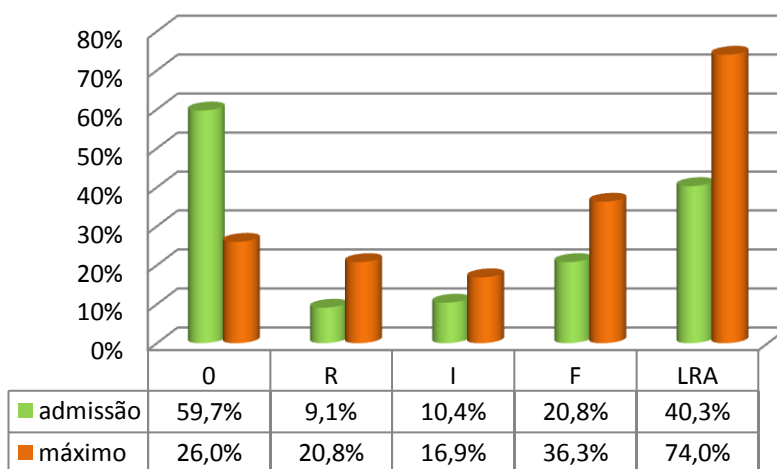
Gráfico n.º 2 - Incidência dos factores de risco da LRA



Os principais factores de risco identificados são a exposição a fármacos nefrotóxicos (51.9%, dos quais 32.5% referentes ao contraste); HTA (45.4%) e idade > 75 anos (44.1%).

Segundo os critérios da classificação RIFLE, podemos verificar no gráfico n.º 3 a incidência da LRA na admissão, comparando com a incidência e prevalência do estadió máximo ao longo do internamento.

Gráfico n.º 3 - Incidência da LRA na admissão e estadió máximo atingido durante o internamento



A progressão da LRA durante o internamento na UCI, apresentada no gráfico n.º 3 demonstra a presença de 40,3% de pessoas na admissão com LRA. No entanto, durante o internamento, constata-se um aumento para 74% de pessoas que apresentaram um episódio de LRA. Verifica-se igualmente, um aumento na incidência em todos os estadios definidos pelos critérios da classificação RIFLE.

Relativamente à taxa de mortalidade, apresento os valores no gráfico n.º 4, assim como, no gráfico n.º 5 a comparação da taxa de mortalidade entre pessoas que desenvolveram e não desenvolveram LRA.

Gráfico n.º 4 - Taxa de mortalidade

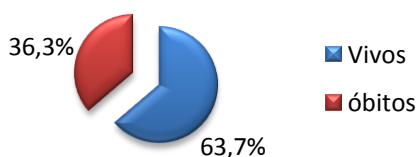
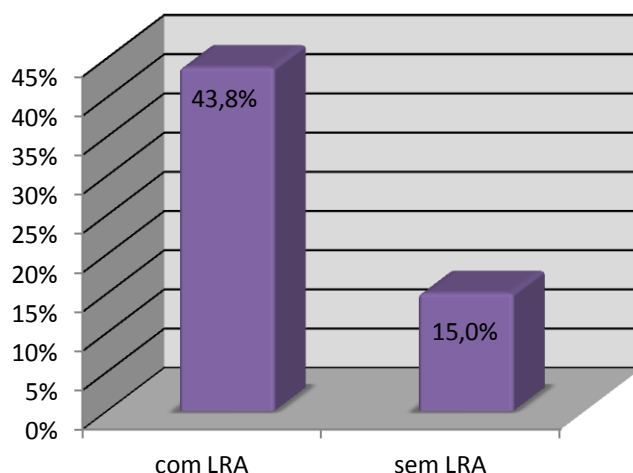
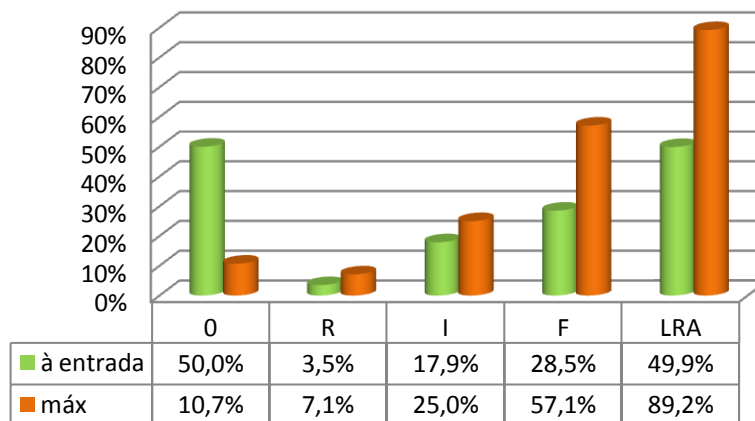


Gráfico n.º 5 - Taxa de mortalidade com e sem LRA



Com uma taxa de mortalidade de 36.3%, posso realçar, que dos óbitos, 89.2% desenvolveram LRA, durante o internamento, em pelo menos um dos estadios segundo os critérios da classificação RIFLE (gráfico n.º 6).

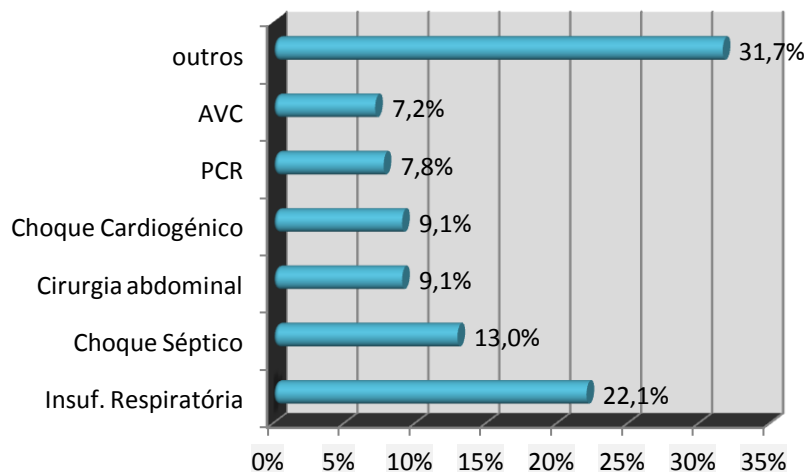
Gráfico n.º 6 - Incidência da LRA nos óbitos, na admissão e estadio máximo atingido



Nas pessoas que acabaram por falecer, verifica-se que na admissão 50% não apresentam LRA, mas que ao longo do internamento, desenvolvem-na, com um aumento em todos os estadios, culminando em 89.2% de pessoas com LRA até à data da sua morte.

No gráfico n.º 7, podemos verificar as principais causas que motivaram o internamento na UCI.

Gráfico n.º 7 - Motivos do internamento na UCI



Na tabela n.º 2, estão apresentados a incidência da LRA na admissão e ao longo do internamento, pelos estadios segundo os critérios de RIFLE, distribuídos pela causa do internamento na UCI.

Tabela n.º 2 - Incidência da LRA na admissão e estadio máximo atingido, por motivos de internamento

	Insuf. Respirat.		Choque Séptico		Cirurgia abdominal		Choque Cardiogénico		PCR		AVC	
	Admissão	Máximo	Admissão	Máximo	Admissão	Máximo	Admissão	Máximo	Admissão	Máximo	Admissão	Máximo
O	70.6	23.5	0	0	57.1	57.1	14.3	0	83.3	33.3	100	40
R	5.9	17.6	10	0	14.3	14.3	28.6	14.3	16.6	66.6	0	20
I	11.8	23.5	20	0	0	0	28.6	57.1	0	0	0	40
F	11.8	35.2	70	100	28.6	28.6	28.6	28.6	0	0	0	0
LRA	29.5	76.3	100	100	42.9	42.9	85.6	100	16.6	66.6	0	60
Óbitos		47		60		14.3		14.3		66.6		60

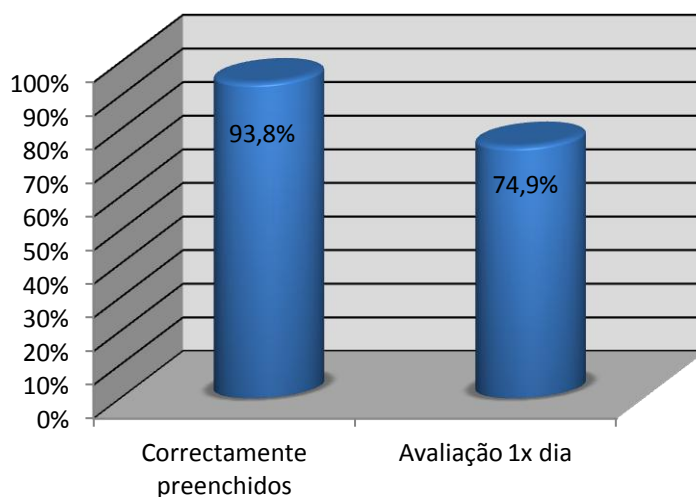
Valores apresentados em %

Da análise da tabela n.º 2, realço que a totalidade das pessoas admitidas com choque séptico e cardiogénico, desenvolveram LRA. Igualmente a totalidade das Pessoas com choque séptico atingiram o estadio F, segundo os critérios da classificação RIFLE.

Destaco ainda que nas restantes principais causas de internamento, à admissão a maioria não apresenta LRA, mas ao longo do internamento instala-se a LRA, existindo um aumento em todos os estadios RIFLE, com excepção das Pessoas submetidas a cirurgia abdominal, que não apresentam qualquer alteração.

No que diz respeito à adesão dos profissionais de Enfermagem da UCI, à avaliação e registo dos critérios da classificação RIFLE, podemos analisar os dados no gráfico n.º 8.

Gráfico n.º 8 - Adesão dos Enfermeiros à avaliação e registo da Classificação RIFLE



Do gráfico n.º 8, posso referir que a avaliação dos critérios da classificação RIFLE, foi correctamente efectuada por 93.8% do Enfermeiros. No que se refere à ocorrência de uma avaliação e registo pelo menos por uma vez no dia, por parte dos Enfermeiros, atingimos uma taxa de 74.9%.

7.1.6. Análise e discussão dos resultados

Da análise dos resultados obtidos, importa salientar que na admissão à UCI apenas 40.3% das Pessoas apresentam LRA, mas que ao longo do internamento estes valores atingem um máximo de 74% de prevalência de LRA na unidade, semelhante aos dados de 67% do estudo de Hoste, et al (2006).

É igualmente de salientar, dos dados obtidos, um aumento da incidência de LRA nos diferentes estadios, segundo os critérios da classificação RIFLE, apresentando valores ainda superiores aos do estudo de Hoste, et al (2006).

Da análise das taxas de mortalidade, destaco a elevada taxa de mortalidade em Pessoas com LRA (43.8%), comparativamente com os 15% de taxa de mortalidade de Pessoas sem LRA.

Os dados obtidos, reforçam a importância de monitorizar os critérios de diagnóstico da classificação RIFLE, no sentido de diagnosticar precocemente ou mesmo prevenir a LRA e as complicações que dela advém, como definiu Ricci, Cruz, & Ronco, 2008.

Neste contexto, tal como preconizado por Roy & Andrews (2001), os Enfermeiros encontram-se numa posição excelente, devido ao contacto frequente com a Pessoa, para avaliar os comportamentos evidentes que indicam respostas corporais ineficazes. Assim, se os Enfermeiros tiverem conhecimentos dos estímulos que influenciam o equilíbrio, estes, podem prever e prevenir potenciais desequilíbrios (Roy & Andrews, 2001, p. 228).

Se existem causas de internamento onde parece não ser possível evitar a evolução para estadios F, como verificamos no choque séptico (100%) ou no choque cardiogénico, os dados obtidos demonstram que na admissão, em causas como a insuficiência respiratória, a PCR ou o AVC, os valores de incidência de LRA são baixos, podendo-se nestes casos, minimizar e prevenir a evolução para estadios mais elevados de LRA.

Dos diferentes factores de risco reportados pela literatura por Hoefield, et al, (2011), podemos verificar que a exposição a fármacos nefrotóxicos é de 51.9%, sendo que destes 32.5% são referentes ao contraste dos exames imagiológicos.

Com estes dados, identifico a necessidade de despertar a equipa de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar para promover cuidados específicos na profilaxia da nefropatia de contraste, através da estratificação do risco e desenvolvimento de estratégias preventivas como preconizado por O' Donovan (2011), implementando o protocolo em vigor na unidade (Anexo XV), mas por vezes esquecido.

Sendo responsabilidade dos Enfermeiros ajudar as Pessoas a adaptarem-se às mudanças, identificando o nível de adaptação, capacidades de resistência e

dificuldades (Roy & Andrews, 2001, p. 41), é evidente que os Enfermeiros devem de intervir para promover a adaptação na prestação de cuidados à Pessoa com LRA.

No que implica à utilização dos critérios da classificação RIFLE, por parte dos profissionais de Enfermagem, verifica-se uma correcta utilização em 93.8%. Estes dados, podem espelhar a acessibilidade e facilidade de utilizar esta classificação no diagnóstico precoce e prevenção da LRA.

Finalmente, no que diz respeito à adesão da equipa de Enfermagem, verifico que 74.9% das Pessoas internadas na UCI, tiveram uma avaliação e registo, pelo menos uma vez no dia, dos critérios da classificação RIFLE, demonstrando uma elevada adesão dos profissionais de Enfermagem a este instrumento de avaliação diagnóstica e a esta problemática da LRA.

8. QUESTÕES EMERGENTES

Com o terminus deste projecto e deste estágio, não se encerram portas, mas sim, perspectivam-se novos desenvolvimentos na temática e continuidade do trabalho, até então realizado.

A Implementação da Classificação RIFLE na UCI (âmbito deste projecto de intervenção) insere-se num projecto mais alargado, sobre a temática da LRA e as competências dos Enfermeiros na prevenção e diagnóstico precoce, dividido em três etapas, com tempos de consecução distintos.

Após este projecto, implementei a classificação RIFLE na UCI, procurando identificar dificuldades na sua utilização, assim como, avaliar a adesão dos Enfermeiros a esta.

Posteriormente, consegui caracterizar a população da UCI, relativamente à LRA, procurando identificar factores e populações de risco. Pretendo ainda aumentar o número da amostra, de forma a ser mais representativa, recolhendo dados estatísticos mais significativos.

Pelo facto do período de recolha de dados, não ser o período crítico de admissão de politraumatizados, procurarei posteriormente caracterizar a LRA nesta população, face à problemática da rabdomiólise junto destes.

Como continuidade do trabalho, numa terceira etapa, procurarei investigar intervenções de Enfermagem, na gestão dos cuidados à Pessoa com LRA, particularmente a importância da hidratação oral/entérica e se esta pode prevenir ou minimizar a evolução da LRA.

Paralelamente, com o objectivo específico em construir conhecimento científico, procurarei desenvolver e aprofundar competências do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico na área específica de intervenção de Nefrologia, na construção de pontes com os cuidados paliativos em UCI's.

Com os resultados obtidos, reforço e projecto esta entidade clínica, a LRA, como uma temática a aprofundar, face às implicações que desta advém. Para tal, dou enfoque ao contributo do Enfermeiro Especialista na área específica de intervenção Nefrológica, para prevenir e diagnosticar precocemente, minimizando os riscos das Pessoas com LRA, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das Pessoas, melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, promovendo a excelência dos cuidados, inerente ao Código Deontológico dos Enfermeiros.

9. CONCLUSÃO

Esta etapa culmina com a elaboração deste relatório, onde procurei espelhar o meu crescimento pessoal e profissional, de forma a ser possível ao seu leitor identificar as minhas reflexões e críticas, que visam uma construção positiva de todas as partes envolvidas, a Pessoa (receptora de cuidados), Eu e a Enfermagem.

Mais do que barreiras, as dificuldades e constrangimentos percebidos ao longo deste percurso, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Todo este percurso permitiu-me desenvolver competências específicas de Enfermagem, possibilitando basear a minha práxis clínica, enquanto Enfermeiro Especialista, perito, nos domínios da Ética, da gestão e qualidade dos cuidados, da formação e da investigação.

Os resultados obtidos, demonstram as elevadas taxas de incidência e prevalência da LRA nas UCI's, reforçando a importância que esta entidade clínica tem na actualidade, como o aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, traduzindo implicações no domínio da gestão, justificando uma análise rigorosa e profunda para fazer face a esta realidade.

Com este relatório reforço a importância que a LRA traduz na vida e qualidade de vida, justificando a pertinência em desenvolver competências dos profissionais de Enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa com LRA, com o objectivo de prestar cuidados de qualidade que visem promover a vida e a qualidade de vida.

Com vista a esta qualidade dos cuidados, este relatório demonstra a evolução desta temática, no domínio da investigação, tornando-se imperativo aprofundar conhecimentos e realizar estudos de investigação no âmbito da Enfermagem, para produzir conhecimento científico de forma a basear a prática clínica em sólidos padrões de conhecimento científico.

Torna-se evidente que os profissionais de Enfermagem não se encontram sensibilizados e esclarecidos sobre as implicações da LRA para a prática dos cuidados, reforçando a necessidade de promover e desenvolver momentos de formação, para que esta problemática deixe de ser considerada secundária, mas sim demonstrar a sua importância e relevância no seio da saúde actualmente.

Tendo os Enfermeiros um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como, na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, deverá a sua tomada de decisão ser igualmente suportada através do

recurso a escalas, instrumentos e classificações, pelo que me parece evidente e imperativo implementar a classificação RIFLE nas UCI's para prevenir e diagnosticar precocemente a LRA, contribuindo para os Enfermeiros prestarem cuidados de saúde e de Enfermagem de qualidade.

Mobilizar conhecimentos, reflectir experiências vividas e agregar o passado, o presente e o futuro, tornam-se premissas fundamentais na construção deste relatório e no planeamento de projectos futuros, contribuindo para a consecução dos objectivos inicialmente definidos.

Tendo como objectivo de Enfermagem, a promoção da adaptação como contributo para a Qualidade de Vida (Roy & Andrews, 2001), os resultados alcançados com este relatório demonstram, como implicações para a prática clínica, a importância das intervenções que o Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico, na área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica, pode desenvolver com vista a esta adaptação, demonstrando a sua importância nos domínios da ética, gestão, qualidade dos cuidados e formação, inerentes ao Código Deontológico dos Enfermeiros, no seio das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNA. (1999). *Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing*. Thousand Oaks: ANNA.
- Antonelli, M., & al, e. (2010). Year in review in Intensive Care Medicine 2009: I. Pneumonia and infections, sepsis, outcome, acute renal failure and acid base, nutrition and glycaemic control. *Intensive Care Medicine* , Vol. 36 (2). Fev., pp. 196-209.
- Bagshaw, S. M., George, C., & Bellomo, R. (2008). A comparison of the RIFLE and AKIN criteria for acute kidney injury. *Nephrology Dialysis Transplantation* , Vol. 23. Jul., pp. 1569-1574.
- Bellomo, R., & al, e. (2004). Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Critical Care* , Vol. 8 (4). Ago., pp. 204-212.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, J. R. (1994). A pedagogia de projecto. *Enfermagem em Foco* , Vol. 14. Fev/Abr., pp. 35-37.
- Botelho, M. A. (2010). Evidência e ética - editorial. *Pensar Enfermagem* , Vol. 14 (2). Dez., p. 1.
- Byrne, G., & Murphy, F. (2008). Acute kidney injury and its impact on the cardiac patient... first in a series. *British Journal of Cardiac Nursing* , Vol. 3 (9). Set., pp. 416-422.
- Byrne, G., & Murphy, F. (2010). The role of the nurse in the management of acute kidney injury. *British Journal Of Nursing* , Vol. 19 (3). Fev., pp. 146-152.
- Campbell, D. (2003). How acute renal failure puts the brakes on kidney function. *Nursing* , Vol. 33 (1). Jan., pp. 59-64.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, lda.
- Craig, J. V., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

- Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências: aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , Vol. 13 (3), pp. 415-422.
- Ding, D. (2010). Post Kidney Transplant Rejection and Infection Complications. *Nephrology Nursing Journal* , Vol. 37 (4). Jul., pp. 419-426.
- Dirkes, S. (2011). Acute kidney injury: not just acute renal failure anymore? *Critical Care Nurse* , 31 (1), Fev., pp. 37-49.
- D'Onofrio, e. a. (2010). RIFLE criteria for cardiac surgery-associated acute kidney injury: risk factors and outcomes. *Congestive Heart Failure (Greenwich, Conn.)* , Vol. 16 (1). Jul., pp. 32-36.
- Hoefield, R., & al, e. (2011). Preventing acute kidney injury: identifying risk and reducing injury. *British Journal of Hospital Medicine* , Vol. 72 (9). Sep., pp. 492-496.
- Hoste, E., & al, e. (2006). RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. *Critical Care* , Vol. 10 (3).
- Hsu, C., & al, e. (2007). Community-based incidence of acute renal failure. *Kidney International* , Vol 72 (2). Jul., pp. 208-212.
- Kellum, J., Bellomo, R., & Ronco, C. (2008). Definition and classification of acute kidney injury. *Nephron. Clinical Practice* , Vol. 109 (4)., pp. 182-187.
- Lameire, N., Van Biesen, W., & Vanholder, R. (2005). Acute renal failure. *Lancet* , Vol. 365. Jan., pp. 417-430.
- Lewington, A. P., & Sayed, A. (2010). Acute kidney injury: how do we define it? *Annals Of Clinical Biochemistry* , Vol. 47 (1). Jan., pp. 4-7.
- Lewington, A., & Kanagasundaram, S. (2011). *Clinical Practice Guidelines - Acute Kidney Injury*. Obtido em 2012, de The Renal Association: www.renal.org/guidelines
- Liño, F., Álvarez, L., & Junco, E. (2007). Definiciones de insuficiencia renal aguda. *Nefrología* , Vol. 27 (3), pp. 3-14.
- Martins, M., & Cesarino, C. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana* , Vol. 13 (5). Sep., pp. 670-676.
- Neyhart, C. D. (Mai/Jun de 2009). Patient questions about transplantation: a resource guide. *Nephrology Nursing Journal* , 36 (3), pp. 279-286.

- Noble, H. (2008). Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease. *British Journal of Nursing* , Vol. 17 (8)., pp. 498-504.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O' Donovan, K. (2011). Preventing contrast-induced nephropathy part 2: Preventive strategies. *British Journal of Cardiac Nursing* , Vol. 6 (1). Jan., pp. 6-10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. OE.
- Pearson, A., & al, e. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Referência* , II Série, n.º12. Mar., pp. 123-133.
- Perkins, C., & Kisiel, M. (2005). Utilizing physiological knowledge to care for acute renal failure. *British Journal Of Nursing* , Vol. 14 (14). Jul/Ago., pp. 768-773.
- Redmond, A., & al, e. (2004). Acute renal failure: recognition and treatment in ward patients. *Nursing Standard Royal College Of Nursing (Great Britain)* , Vol. 18 (22). Fev., pp. 46-53.
- Ricci, Z., Cruz, D., & Ronco, C. (Dez. de 2008). Response to 'The RIFLE criteria and renal prognosis in acute kidney injury'. *Kidney International* , 14 (11), pp. 1492-1493.
- Rosner, M. H. (2009). Acute kidney injury: turning the tide. *Current Drug Targets* , Vol. 10 (12), Dez., pp. 1165-1668.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Santos, A. (2001). Ética nas unidades de cuidados intensivos. In L. Larcher, & e. al, *Novos desafios à bioética* (pp. 244-248). Porto: Porto Editora.
- Sociedade Portuguesa de Transplantação. (2009). *Transplantação em Portugal*. Gabinete do registo de Rim da SPT.

- Van Biesen, W., Vanholder, R., & Lameire, N. (2006). Defining acute renal failure: RIFLE and beyond. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology* , Vol. 1 (6) Nov., pp. 1314-1319.
- Yaklin, K. M. (2011). Acute Kidney Injury: An Overview Of Pathophysiology and Treatments. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association* , Vol. 38 (1). Jan/Fev., pp. 13-18.

ANEXOS

Anexo I – Quadro com resultados dos artigos da RSL

Apresentação dos Resultados da RSL

N.º	Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Nível de Evidência	Principais Resultados
1.	Dirkes (2011) Acute kidney injury: not just acute renal failure anymore? <i>Critical Care Nurse</i>	Definir e discutir a LRA; Compreender a classificação RIFLE; Discutir estratégias preventivas e de tratamento da LRA	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Recorre à classificação RIFLE é importante para identificar a LRA e melhorar os resultados; ↳ Algumas das intervenções para prevenir a LRA são: manter uma adequada perfusão renal; avaliação da PIA; monitorizar a exposição a nefrotóxicas; estratégias farmacológicas; e recurso a TSFR;
2.	Yaklin, K. M. (2011). Acute Kidney Injury: An Overview Of Pathophysiology and Treatments. <i>Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association</i>	Definir LRA; Discutir a fisiopatologia, incluindo as três causas de LRA; Identificar factores de risco da LRA; Descrever opções terapêuticas da LRA;	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↳ O enfermeiro desempenha um papel vital identificando pessoas em risco e intervir precocemente na LRA; ↳ É importante identificar o estágio da LRA usando a classificação RIFLE; ↳ As actuais opções terapêuticas são: gestão hemodinâmica e hídrica; considerações nutricionais; intervenções farmacológicas; intervenções nas TSFR;
3.	Kate O'Donovan (2011) Preventing contrast-induced nephropathy part 2: Preventive strategies <i>British Journal of Cardiac Nursing</i>	Discutir estratégias a implementar para identificar o risco de NIC; Considerar o papel dos enfermeiros na prevenção da NIC;	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↳ É importante identificar as pessoas que estão em risco de desenvolver NIC; ↳ Os enfermeiros devem implementar estratégias preventivas na NIC, tais como: hidratação através de fluidoterapia; administração de bicarbonato de sódio e n-acetilcisteína; ↳ A NIC está associada a um aumento da morbilidade e mortalidade;
4.	Byrne, G., & Murphy, F. (2010) The role of the nurse in the management of acute kidney injury. <i>British Journal Of Nursing</i>	Definir o papel dos enfermeiros na gestão da LRA	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↳ É um desafio para os enfermeiros cuidarem de pessoas sob risco de desenvolverem LRA, implicando uma monitorização constante; ↳ É vital saber o que é a LRA, e a gestão desta para promover cuidados holísticos. ↳ A gestão da LRA implica intervenções, tais como: gestão fluidos; gestão electrolítica; gestão acidose metabólica; gestão sistema imunitário; gestão nutricional; gestão cuidados higiene; gestão da educação da pessoa; prevenção da LRA; prestação cuidados nas TSFR; ↳ É importante reconhecer a classificação RIFLE no diagnóstico da LRA; ↳ Cuidar da pessoa com LRA requerer um trabalho multidisciplinar;
5.	Byrne, G., & Murphy, F. (2008)	Definir a importância da disfunção renal nos doentes cardíacos.	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Os enfermeiros têm de conhecer factores de risco e identificar pessoas em risco de desenvolver LRA; ↳ Os enfermeiros têm um papel vital na monitorização de sinais e sintomas de LRA;

	Acute kidney injury and its impact on the cardiac patient... first in a series. <i>British Journal of Cardiac Nursing</i>	Definir a importância do papel do enfermeiro na gestão da LRA.			<ul style="list-style-type: none"> ↪ Os enfermeiros têm de estar cientes do novo sistema de classificação da LRA (Classificação RIFLE). ↪ 30% de LRA são possíveis de prevenir; ↪ A principal prioridade na gestão da LRA é identificar a causa desta; ↪ Intervenções de Enfermagem são: correcção do volume; avaliação do débito urinário e monitorização electrolítica; controlo da infecção; suporte nutricional; ↪ Prestar cuidados à pessoa sob TSFR.
6.	Perkins e Kisiel (2005) Utilizing physiological knowledge to care for acute renal failure. <i>British Journal Of Nursing</i>	Fornecer aos Enfermeiros indicadores para despistar precocemente a LRA, através da utilização de conhecimentos fisiopatológicos, para prevenir a lesão renal.	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Os enfermeiros desempenham um papel vital em obter respostas positivas em pessoas com LRA. ↪ Cuidados de Enfermagem focados nesta temática, garantem oportunidade de prevenir a lesão renal. ↪ Os enfermeiros devem de conhecer e identificar a etiologia da LRA; ↪ Intervenções a desenvolver: manter uma adequada PA; otimizar a oxigenação; avaliar o débito urinário; monitorizar o BH; monitorizar a PVC; administração de diuréticos; regulação do pH; suporte nutricional adequado; cuidados à pele; controlo da infecção; prestação cuidados à pessoa submetida a TSFR.
7.	Redmond, A., et al (2004) Acute renal failure: recognition and treatment in ward patients. <i>Nursing Standard Royal College Of Nursing (Great Britain)</i>	Identificar estratégias de Enfermagem para cuidar de Pessoas com ou sob o risco de desenvolver LRA. Definir opções terapêuticas de Enfermagem em Pessoas com LRA.	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Os enfermeiros desempenham funções chave na prevenção e diagnóstico precoce da LRA. ↪ Os enfermeiros são os primeiros a observar a deterioração da função renal. ↪ Identificar pessoas em risco de desenvolver LRA; ↪ Intervenções descritas passam por: BH; avaliação débito urinário; ressuscitação hídrica; prevenção da infecção; observar e interpretar aspectos fisiológicos; promover a higiene oral e cuidados à pele; observar e interpretar alterações neurológicas e relaciona-las com a deterioração da função renal.
8.	Campbell (2003) How acute renal failure puts the brakes on kidney function <i>Nursing</i>	Compreender várias causas e as consequências dos efeitos da LRA, para prestar cuidados de enfermagem.	n = 0	V	<ul style="list-style-type: none"> ↪ O objectivo do tratamento da LRA passa por eliminar a sua causa; ↪ Surgem múltiplos efeitos sistémicos, derivados da LRA; ↪ Intervenções passam por adequada manutenção de fluidos e electrólitos; remoção produtos tóxicos; suporte nutricional e suporte emocional;

Anexo II – Actividades a desenvolver em contexto de Ensino Clínico

Actividades a desenvolver em Contexto de Ensino Clínico

	Competências / Objectivos	Actividades	Recursos	Indicadores Avaliação
A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal				
1.	Desenvolver uma prática profissional e ética na área da transplantação renal;	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o papel do Enf.º na liderança de forma efectiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade específica destes casos; - Consultar aspectos ético-legais, relacionados com a Transplantação em Portugal; - Incorporar novos elementos do enquadramento jurídico enquanto Enf.º Especialista Médico-Cirúrgica, na área específica; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.º Chefe Serviço; - Enf.º Orientador; - Enf.º GCCT; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legislação; - Protocolos; - Pesquisa Bibliográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve estratégias de resolução em parceria com a Pessoa; - Participa na construção da tomada de decisão; - Promove o respeito pela Pessoa à sua escolha e autodeterminação;
B. Domínio da Gestão da Qualidade				
2.	Gerir cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada e Família que visem a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação e articulação de fundamentos teórico-práticos na prestação de Cuidados à Pessoa transplantada; - Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; - Identificar oportunidades de melhoria; - Identificar critérios de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem; - Envolver e avaliar revisão de práticas em relação aos resultados; - Conhecer o circuito de Transplantação desde o dador ao receptor; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eq. Enfermagem; - Enf.º Orientador; - Prof.ª Tutora; - Enf.º Chefe; - Enf.º GCCT; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar Guidelines; - Pesquisa Bibliográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acede à evidência clínica para avaliação da qualidade; - Estabelece prioridades de melhoria e propô-las; - Promove a consciência equipa pelo respeito à identidade cultural; - Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros;

C. Domínio da Gestão dos Cuidados				
3.	Prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada e família, de forma a promover a sua adaptação e a qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação cuidados de Enfermagem específicos da vertente Nefrológica à Pessoa Transplantada Renal, nas diferentes fases do processo (pré, intra e pós); - Envolver a família na prestação de cuidados; - Implementar o Processo de Enfermagem segundo um Modelo Teórico na prestação de cuidados; - Conhecer e participar nos programas educacionais nas fases pré, intra e pós transplante; - Elaborar registos claros, concisos e com rigor científico de forma a promover a continuidade dos cuidados, dando visibilidade ao cuidados do Enf.º Especialista; - Identificar e caracterizar medos, receios e expectativas da Pessoa ao Transplante Renal; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa e Família (pessoa significativa); - Enf.º Orientador; - Eq. Enfermagem; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folhetos informativos; - Registos de Enfermagem; - Standards e guidelines (ANNA); 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à Pessoa transplantada e Família; - Colabora nas decisões da Eq. Multiprofissional; - Intervém melhorando a informação no processo de cuidar e avaliar as mesmas; - Promove um ambiente positivo e favorável à prática;
A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal				
4.	Desenvolver uma prática profissional e ética na área da Pessoa Crítica em UCI;	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o papel do Enf.º na liderança de forma efectiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade específica destes casos; - Consultar aspectos ético-legais, relacionados com o encarniçamento terapêutico; - Incorporar novos elementos do enquadramento jurídico enquanto Enf.º Especialista Médico-Cirúrgica, na área específica; - Promover a protecção dos direitos humanos; - Se necessário, realização de actividade formativa, na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fase terminal com LRA; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.º Chefe Serviço; - Enf.º Orientador; Prof.ª Tutora; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legislação; - Código Deontológicos; - Pesquisa Bibliográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve estratégias de resolução em parceria com a Pessoa; - Participa na construção da tomada de decisão; - Promove o respeito pela Pessoa à sua escolha e autodeterminação, respeitando os princípios éticos;

B. Domínio da Gestão da Qualidade				
5.	Gerir cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família que visem a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação e articulação de fundamentos teórico-práticos na prestação de Cuidados à Pessoa com Falência Renal e Multi-orgânica; - Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; - Identificar oportunidades de melhoria; - Identificar critérios de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem, inclusive, nas TSR; - Envolver e avaliar revisão de práticas em relação aos resultados; - Identificar necessidades formativas, sobre os cuidados Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com TSR; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eq. Enfermagem; - Enf.º Orientador; - Prof.ª Tutora; - Enf.º Chefe; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar Guidelines; - Pesquisa Bibliográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acede à evidência clínica para avaliação da qualidade; - Estabelece prioridades de melhoria e propô-las; - Promove a consciência equipa pelo respeito à identidade cultural; - Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros;
C. Domínio da Gestão dos Cuidados				
6.	Prestar cuidados de Enfermagem à Pessoa e Família, que vivenciem processos complexos de doença crítica ou falência multi-orgânica;	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de Enfermagem específicos da vertente Nefrológica à Pessoa em UCI, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA; - Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista da vertente Nefrológica à Pessoa em situação crítica, sob TSR; - Envolver a família na prestação de cuidados; - Implementar o Processo de Enfermagem segundo um Modelo Teórico na prestação de cuidados; - Adequar recursos às necessidades da Pessoa e Família; - Elaborar registos claros, concisos e com rigor científico de forma a promover a continuidade dos cuidados, dando visibilidade ao cuidados do Enf.º Especialista; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa e Família (pessoa significativa); - Enf.º Orientador; - Eq. Enfermagem; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portfólio; - Registos de Enfermagem; - Standards e guidelines (ANNA); 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica e sua Família; - Identifica focos de instabilidade; - Caracteriza a importância Enf.º Especialista na área Nefrológica na UCI; - Colabora nas decisões da Eq. Multiprofissional; - Intervém melhorando a informação no processo de cuidar e avaliar as mesmas; - Promove um ambiente positivo e favorável à prática;

B. Domínio da Gestão da Qualidade				
7.	Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na melhoria da qualidade dos cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver acção formativa a todos os Enfermeiros da UCI, abordando a temática da LRA e apresentar a classificação RIFLE; - Implementar a classificação RIFLE, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA, em UCI; - Definir protocolo de serviço, para avaliação e monitorização da classificação RIFLE; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eq. Enfermagem; - Enf.º Orientador; - Prof.ª Tutora; - Eq. Multidisciplinar; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica; - Protocolos/Normas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisa e comunica resultados obtidos; - Caracteriza a população da UUM, relativamente à LRA; - Desenvolve Supervisão Clínica - Desenvolve medidas para a segurança de dados e registos;
C. Domínio da Gestão dos Cuidados				
8.	Gerir cuidados de Enfermagem específicos do Enf.º Especialista vertente Nefrológica, à Pessoa em situação crítica e sua Família;	<ul style="list-style-type: none"> - Intervir melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e avaliar o processo de cuidar; - Desenvolver competências de Supervisão Clínica, e implementa-la junto da Equipa de Enfermagem para promover a qualidade dos cuidados prestados; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eq. Enfermagem; - Enf.ª Chefe; - Pessoa e Família; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos de Enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Caracteriza a importância Enf.º Especialista na área Nefrológica na UCI; - Colabora nas decisões da Eq. Multiprofissional;
D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais				
9.	Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade, baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Definir estratégias de intervenção de Enfermagem, com a construção de conhecimento através de uma Revisão Sistemática da Literatura, que dê resposta à questão: “ Em pessoas adultas internadas em UCI’s que intervenções de enfermagem são sensíveis na prevenção da LRA?”. - Desenvolver um estudo Investigação, sobre a temática da LRA e as competências Enf.º Especialista, vertente Nefrológica, em contexto UCI; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof.ª Tutora; - Enf.ª Chefe; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bases de Dados; - Pesquisa Bibliográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Assenta processos de tomadas de decisão e intervenções em padrões de conhecimento; - Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica; - Investiga e colaborar em estudos de Investigação;

Anexo III – Cronograma de Actividades

Cronograma

Actividades	Outubro				Novembro					Dezembro		Janeiro				Fevereiro		
	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 30	31 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 4	5 a 11	12 a 16	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 5	6 a 12	13 a 17
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		

Legenda:

	Unidade Transplantes
	UCI – CT
	UCI

Anexo IV – Despacho n.º 26951/2007 – EVA

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Ministro****Despacho n.º 26 951/2007**

A Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, que alterou a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, e procedeu à transposição parcial para a ordem jurídica nacional da Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádava, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana na parte respeitante à dádava e colheita de tecidos e células de origem humana, estabelece no n.º 3 do artigo 6.º que a admissibilidade da dádava e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA).

Nos termos do n.º 2 do artigo 6.º-A da referida Lei, a criação da EVA em todos os hospitais onde se realize a colheita em dadores vivos é feita por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta conjunta do conselho de administração do hospital e da Organização Portuguesa de Transplantação (OPT).

O Decreto Regulamentar n.º 67/2007, de 29 de Maio, criou a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST), que, nos termos do artigo 17.º, sucede nas atribuições da OPT, que se extinguiu.

Nestes termos e em cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 6.º-A da Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, determino:

Artigo 1.º**Objecto**

1 — É criada a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante, adiante designada por EVA, nos seguintes Hospitais:

- a) Hospital Garcia de Orta, E. P. E.;
- b) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.;
- c) Hospital de Santa Maria, E. P. E.;
- d) Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.;
- e) Hospital de São João, E. P. E.;
- f) Hospitais da Universidade de Coimbra;
- g) Hospital de Curry Cabral;
- h) Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

2 — A EVA é o organismo a quem cabe a emissão de parecer vinculativo em caso de dádava e colheita em vida de órgãos ou tecidos não regeneráveis para fins terapêuticos ou de transplante.

Artigo 2.º**Composição**

1 — A EVA tem uma composição multidisciplinar e é constituída por três membros da Comissão de Ética para a Saúde (CES), que não estejam envolvidos em programas de transplantação.

2 — A composição da EVA está sujeita a homologação pelo conselho de administração do estabelecimento hospitalar respectivo.

3 — Nos casos de ausência, falta ou impedimentos dos membros, cabe ao director clínico, ouvido o presidente da CES, designar os substitutos.

4 — Cabe ao director clínico do estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita para transplante designar os membros da respectiva EVA, sob proposta do presidente da CES.

Artigo 3.º**Mandato**

1 — O mandato dos membros da EVA é coincidente com o mandato da CES.

2 — Em caso de cessação do mandato, os membros da EVA mantêm-se no exercício das suas funções até à tomada de posse dos novos membros.

Artigo 4.º**Funcionamento**

A EVA funciona em permanência, na dependência e como secção da CES do estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita para transplante.

Artigo 5.º**Emissão de parecer**

1 — A emissão de parecer a que se refere o n.º 2 do artigo 1.º é solicitada à EVA pelo responsável da unidade de transplantação

ou por quem este designe, que propõe o par dador-receptor para o acto de colheita e transplantação.

2 — O parecer assume sempre a forma escrita e é comunicado à equipa de transplante em tempo útil, bem como à CES e ao conselho de administração do hospital.

3 — A EVA pode solicitar o apoio de outros técnicos ou peritos para efeitos da tomada de decisão, sempre que considere necessário.

Artigo 6.º**Confidencialidade**

Os membros da EVA estão obrigados a manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos que apreciem ou que tomem conhecimento no desempenho das suas funções, mesmo quando estas cessem.

Artigo 7.º**Imparcialidade**

No exercício das suas funções, os membros da EVA actuam com total imparcialidade, estando impedidos de intervir em decisões submetidas à EVA quando se encontrem em alguma das situações previstas no artigo 44.º do Código do Procedimento Administrativo.

Artigo 8.º**Remuneração**

Os membros da EVA desenvolvem as suas funções a título gratuito, sem prejuízo do reembolso das ajudas de custo decorrentes das suas reuniões, bem como dos pareceres que sejam solicitados nos termos do n.º 3 do artigo 5.º do presente despacho.

Artigo 9.º**Relatório anual**

A EVA elabora, no final de cada ano civil, um relatório sobre a sua actividade, que deverá ser remetido ao conselho de administração do estabelecimento hospitalar respectivo, que dele dará conhecimento à Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST).

Artigo 10.º**Disposição final**

Em tudo o que for omissão no presente despacho são aplicáveis as disposições do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio.

9 de Novembro de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

**Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.****Sub-Região de Saúde de Santarém****Despacho (extracto) n.º 26 952/2007**

Por despacho de 25 de Outubro de 2007 do coordenador sub-regional, no uso da subdelegação de competências, foi a Isilda Alves Cordeiro, enfermeira-chefe a exercer funções no Centro de Saúde de Coruche, autorizada a prorrogação do regime de horário acrescido para o período de 22 de Novembro a 31 de Dezembro de 2007, cessado se entretanto as necessidades que o determinaram forem supridas.

6 de Novembro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde**Despacho (extracto) n.º 26 953/2007**

Por despacho da vogal do conselho de administração da Administração Regional de Saúde do Norte de 31 de Maio de 2007, foram ratificadas as renovações dos contratos de trabalho a termo certo, celebrados ao abrigo do n.º 3 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de Março, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 68/2000, de 26 de Abril, por urgente conveniência de serviço, pelo período de três meses, com os auxiliares de apoio e vigilância Maria Conceição Silva Dias, Manuel Silva Campos, Manuel Carlos Neves Barroso Carvalho e Manuel Fernandes Costa, com início em 30 de Novembro de 2006.

14 de Novembro de 2007. — O Presidente do Conselho de Administração, *Torcato José Soares Santos*.

2611065571

Anexo V – Parecer da Enfermeira na avaliação do potencial dador vivo

**PEDIDO DE PARECER À ENTIDADE DE VERIFICAÇÃO DE ADMISSIBILIDADE
PARA TRANSPLANTAÇÃO (E.V.A.)**
(Lei 22/2007 e Despacho 26951/2007)

PARECER DA ENFERMEIRA

Referente ao:

DADOR

- 1.A Enfermeira realizou uma consulta ao dador para:
 - caracterização da situação social, laboral, formação e relação/ grau de parentesco com o receptor;
 - avaliação da motivação para ser dador e grau de conhecimentos sobre transplantação com rim de dador vivo
 - avaliação da história clínica, física e psicológica, para despiste de eventuais problemas de contra indicação para transplantação
 - apreciação global
- 2.O Dador foi informado sobre os pontos em que tinha deficit de conhecimento e esclarecidas as dúvidas
- 3.Os eventuais problemas identificados, após a realização de exames auxiliares de diagnóstico e consultas médicas não constituem contra indicação para doação
- 4.Observações

..... dede

A Enfermeira (assinatura)
(nome)

Anexo VI – Colheita de Dados de Dador vivo – Avaliação de Enfermagem

COLHEITA DE DADOS DE DADOR VIVO

AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA



NOME
MORADA
TELEFONE CASA MÓVEL OUTRO
DATA NASC IDADE SEXO
PARENTESCO HABILITAÇÕES LITERÁRIAS
PROFISSÃO

TRABALHA SIM NÃO REFORMADA DESEMPREGADA

TEM FAMÍLIA ? SIM NÃO

MARIDO / MULHER
OUTROS DEPENDENTES

PLANEIA CONSTITUIR FAMÍLIA OU TER MAIS FILHOS NO FUTURO ? SIM NÃO

VIVE COM A SUA FAMÍLIA ? SIM NÃO
SE NÃO, ONDE ?

PODE ESTAR 4 A 6 SEMANAS SEM TRABALHAR, SEM QUE ISSO AFECTE O SEU EMPREGO ?
SIM NÃO

NOME DO RECEPTOR

I
PORQUE QUER SER DADOR ?

SABE O QUE É O TRANSPLANTE DE DADOR VIVO ? SIM NÃO INFORMADO

CONSIDERA QUE TEM INFORMAÇÃO SUFICIENTE ? SIM NÃO INFORMADO

CONHECE OS BENEFÍCIOS QUE A TDV PODE TRAZER PARA O RECEPTOR ? SIM NÃO

CONHECE A TAXA DE SUCESSO NA TDV ? SIM NÃO INFORMADO

CONHECE TODOS OS PASSOS QUE ENVOLVEM A DOAÇÃO, INCLUINDO AS ANÁLISES
E EXAMES, A OPERAÇÃO E O PERÍODO DE RECUPERAÇÃO ? SIM NÃO INFORMADO

CONHECE OS RISCOS QUE ENVOLVEM DOAÇÕES EM VIDA, QUER FÍSICOS QUER
EMOCIONAIS ? SIM NÃO

II
SENTE-SE EMOCIONALMENTE PREPARADO ? SIM NÃO

QUAL O IMPACTO (SE HOVER) QUE A DOAÇÃO PODE CAUSAR NO SEU RELACIONAMENTO
COM O RECEPTOR ?

ESPERA TER ALGUMA FORMA DE COMPENSAÇÃO, NEM QUE SEJA EMOCIONAL, PELA
DOAÇÃO ?

COMO É QUE PENSA QUE VAI REAGIR SE O RECEPTOR NÃO CUMPRIR COM AS INDICAÇÕES DADAS PELA UTR (NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO, BEBER ÁLCOOL, FALTAR ÀS CONSULTAS, FUMAR, ETC) ?

DURANTE ESTE PROCESSO DE DOAÇÃO TEM ALGUÉM COM QUEM FALAR (FAMÍLIA, AMIGOS) PARA O AJUDAR NESTA EXPERIÊNCIA, OU ESTÁ A FAZER TUDO SÓZINHO?

DISCUTIU A SUA DECISÃO DE SER DADOR COM A SUA FAMÍLIA ? SIM NÃO

A SUA FAMÍLIA ESTÁ DE ACORDO COM A DECISÃO ? SIM NÃO NÃO SABE

EMBORA A TAXA DE SUCESSO DA TDV SEJA ALTA, PODE ACONTECER QUE O RECEPTOR PERCA O RIM AO FIM DE POUCO TEMPO. COMO ACHA QUE VAI REAGIR?

III

SENTE-SE EM FORMA ? SIM NÃO

FAZ UMA DIETA/ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA E SAUDÁVEL ? S N

COM MUITOS VEGETAIS E FRUTA ? S N

E UMA INGESTÃO DIMINUIDA DE SAL GORDURAS E AÇÚCAR ? S N

MANTEM-SE EM FORMA FAZENDO PELO MENOS 30 M DE EXERCÍCIO POR DIA ?

TEM OU TENTA MANTER O PESO IDEAL ?

BEBE MUITA ÁGUA ?

FUMA ? NÃO SIM QUANTOS POR DIA?

JÁ ALGUMA VEZ FUMOU ?

COSTUMA BEBER ÁLCOOL ?

QUE TIPO DE BEBIDA ?

QUANTAS AO FIM DE SEMANA OU SOCIALMENTE ?

GLOBALMENTE CONSIDERA QUE BEBE: NADA POUCO MODERADAMENTE MUITO

JÁ ALGUMA VEZ CONSUMIU DROGAS ?

DURANTE QUANTO TEMPO ?

IV

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?

JÁ FEZ ALGUMA TRANSFUSÃO DE SANGUE ?

JÁ ALGUMA VEZ ESTEVE INTERNADO ?

TEVE OU TEM ALGUMA DOENÇA CONHECIDA (TUBERCULOSE)?

TEVE OU TEM CONHECIMENTO DE TER ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS MÉDICOS :

DIABETES SIM NÃO

HIPERTENSÃO SIM NÃO

DOENÇA DO CORAÇÃO SIM NÃO

DOENÇA PULMONAR SIM NÃO

DOENÇA RENAL SIM NÃO

NEOPLASIA SIM NÃO
MALÁRIA SIM NÃO
SAÚDE MENTAL/PSIQUIÁTRICA SIM NÃO
VARIZES SIM NÃO
PROBLEMAS DE COAGULAÇÃO SIM NÃO

TEM ACTUALMENTE ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS :

DIFICULDADE A RESPIRAR SIM NÃO
DOR NO PEITO SIM NÃO
EDEMAS NOS M. INF. SIM NÃO
PERDA DE PESO SIM NÃO
DOR DE ESTÔMAGO SIM NÃO
NÁUSEAS SIM NÃO
CEFALEIAS SIM NÃO
FADIGA/CANSAÇO SIM NÃO
DOR NOS BRAÇOS OU PERNAS SIM NÃO
DORES ÓSSEAS/ARTICULARES SIM NÃO
PROBLEMA CUTÂNEO/DOENÇA DA PELE SIM NÃO

TEM CONHECIMENTO DE TER ALGUMA ALERGIA ? SE SIM, A QUÊ ?

.....

TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO ? SE SIM, O QUÊ ?

.....

V

SABE QUE EM QUALQUER ALTURA DO PROCESSO DE DOAÇÃO, PODE DESISTIR DO MESMO
POIS TEM O DIREITO DE DECIDIR QUE NÃO QUER DOAR ? INFORMADO

VI

PESO ALTURA

PULSO..... TENSÃO ARTERIAL

VII

APRECIÇÃO GLOBAL:

EXCELENTE CANDIDATO BOM RAZOÁVEL

.....
.....
.....

DATA

ASSINATURA

**Anexo VII – Planeamento da Sessão – Diagnóstico de morte cerebral e manutenção
de potencial dador**

Planeamento da Sessão

Tema: Diagnóstico de Morte Cerebral e Manutenção de Potencial Dador de órgãos.

Caracterização do grupo: Equipa de Enfermagem de uma Unidade de Transplantes de um Hospital Central da região de Lisboa;

Data: 19 de Outubro de 2011

Hora: 12h 30m

Duração: 30m

Formador: Filipe Ramos

Objectivos:

- Caracterizar a legislação relativamente à colheita de órgãos;
- Definir morte cerebral e os critérios de morte cerebral;
- Identificar e caracterizar princípios éticos implícitos na temática;
- Caracterizar o papel do Enfermeiro na manutenção do potencial dador de órgãos em morte cerebral;
- Enquadrar a temática da morte cerebral com o Código Deontológico dos Enfermeiros;

Conteúdos	Estratégias		
	Método/Técnica	MAV	Tempo
<p>1- Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Apresentação do formador; ➔ Apresentação do tema; ➔ Apresentação dos objectivos; 	Expositivo		3'
<p>2- Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Apresentar legislação relativamente à colheita de órgãos; ➔ Definir morte cerebral e os critérios de morte cerebral; ➔ Caracterizar as provas de morte cerebral; ➔ Apresentar questões éticas sobre a temática e princípios éticos implícitos; ➔ Apresentar objectivos na manutenção do potencial dador de órgãos; ➔ Apresentar a regra dos 100; ➔ Caracterização dos cuidados de Enfermagem na manutenção do potencial dador e sua família; ➔ Fundamentação da temática com o Código Deontológico dos Enfermeiros. 	Expositivo / Participativo		15'
<p>3- Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Resumo; ➔ Debate acerca da informação transmitida; ➔ Esclarecimento de dúvidas; ➔ Entrega documento de apoio. 	Participativo		12'

Anexo VIII – Documento de apoio aos formandos



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

- Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica -

- Vertente Nefrológica -

Diagnóstico Morte Cerebral

E

Manutenção de Potencial Dador de Órgãos

Autor:

Filipe Alexandre Morgado Ramos

Lisboa, 19 de Outubro de 2011

Em Portugal a Lei que regulamenta a Colheita de Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana, é a lei n.º 12/93 de 22 de Abril (DR n.º42, 1ª Série de 21/02/83).

Segundo a legislação anteriormente descrita a Confidencialidade e a Gratuitidade são pilares da mesma. O anonimato do dador e receptor está previsto, proibindo assim a revelação da identidade de ambos. Para além disso a dádiva de órgãos ou tecidos é assumida como gratuita, não devendo nunca ser remunerada e viabilizando o seu comércio.

Relativamente à colheita de órgãos em cadáveres, a lei (Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 Setembro) pronuncia-se sobre os potenciais dadores *“todos os cidadãos nacionais e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado a sua qualidade de não dadores”*, ao RENNDA, tornam-se todos aqueles que não tenham manifestado perante o Ministério da Saúde a sua qualidade de não dador, potencial dador.

A colheita de órgãos em Portugal está organizada da seguinte forma: cabe ao Governo regulamentar a organização e funcionamento do RENNDA. A Lusotransplante é responsável pela monitorização dos resultados, ou seja, “Cross-Match” entre dadores e receptores e terapêutica imunológica. Existem ainda os Gabinetes de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação (GCCOT) responsáveis pela coordenação dos vários elementos envolvidos na colheita e transplante de órgãos sediados:

- Hospital São João;
- Hospital de Santo António;
- Hospital Universitário Coimbra;
- Hospital São José;
- Hospital Santa Maria;

A legislação relativa à colheita e transplantação de órgãos integra a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada em Diário da República 1ª Série B, n.º 2345 de 11 de Outubro de 1994, referente aos critérios de morte cerebral e que se torna vital para que se possa determinar que o doente é um possível dador.

Morte Cerebral

O coração era considerado o órgão nobre essencial à vida, o primeiro a viver e o último a morrer, na antiguidade clássica.

Com o passar dos séculos, percebeu-se a importância e a função do cérebro, e surgiu a necessidade de definir a morte cerebral face à evolução das técnicas de reanimação, de suporte ventilatório e hemodinâmicas nas UCI's. Ao surgir a morte cerebral equacionou-se a doação de órgãos e a realização de transplantes.

Assim, considera-se morte cerebral quando estamos perante uma perda definitiva e irreversível das funções cerebrais relacionadas com a existência consciente.

Existem vários critérios que têm que ser seguidos para que se possa certificar uma morte cerebral. Esta certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua consequente irreversibilidade.

Os critérios de morte cerebral estão regulamentados pela Declaração da Ordem dos Médicos e requer:

- Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade (recomendando-se habitualmente no adulto um intervalo entre provas > 2 h;
- A execução das provas de morte cerebral deve ser executada por dois médicos Especialistas em Neurologia, Neurocirurgia ou com experiência em cuidados intensivos;
- Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer às equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à Unidade ou Serviço em que o doente esteja internado.

O diagnóstico da morte cerebral deve ser considerado apenas 6 horas depois do início do coma, após obtenção de estabilidade hemodinâmica, preferencialmente, em ambiente de cuidados intensivos. Deve ser referido que a hipotermia pode simular morte cerebral, dado a resposta pupilar à luz pode desaparecer quando a temperatura central é menor que 32°C e os restantes reflexos do tronco cerebral poderem estar diminuídos. Aquando das provas a temperatura deverá ser > 34°C.

Embora o diagnóstico de morte cerebral deva ser sempre realizado na ausência de fármacos depressores do Sistema Nervoso Central, um diagnóstico clínico de morte cerebral pode ser feito se os níveis de fármacos não se encontrarem elevados.

Estas provas avaliam os seguintes parâmetros:

A – Actividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos;

B – Respostas e reflexos dos nervos cranianos:

- Reflexos fotomotores – não reactividade das pupilas à luz, independentemente do tamanho;
- Reflexos oculocefálicos – movimentos dos olhos solidários com a rotação da cabeça (olhar de boneca);
- Reflexos oculovestibulares – ausência de resposta ocular à estimulação dos tímpanos após injeção de 10ml de SF gelado no canal auditivo;
- Reflexos corneopalpebrais – ausência de encerramento da pálpebra como resposta à estimulação directa da córnea;
- Reflexo faríngeo – ausência de gag ou tosse durante a aspiração traqueal;

C – Movimentos respiratórios espontâneos após 8m em apneia;

Questões Éticas

A problemática da colheita e transplantação de órgãos reflecte questões éticas relativas à experimentação no corpo humano, às decisões políticas relacionadas com a saúde e, em sentido mais amplo, questionar os limites do conceito da dignidade humana.

Princípio da Dignidade Humana – o Ser Humano tem sempre de ser considerado na sua dignidade da pessoa, mesmo após de se encontrar em morte cerebral, continua a ser um Ser Humano.

“...respeito pela Dignidade da Pessoa Humana que impõe que os interesses e o bem-estar do Ser Humano devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade e da ciência” (Nunes e Serrão, 1998)

Princípio da Confidencialidade – consagrado na lei

“...assegurar o direito ao anonimato que em relação ao dador, quer no que se refere ao receptor” (Parecer sobre transplantes de tecidos e órgãos do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida)

Princípio da Gratuitidade – consagrado na lei

“ a doação do órgão ou tecido tem em qualquer caso, de ser um acto gratuito no sentido de não ser lucrativo como forma de servir a pessoa, todas as pessoas, com isso se prevenir os riscos sociais graves, decorrentes da comercialização”

Princípio da Solidariedade

Princípio da Não-Descrição

Princípio da Autonomia – A colheita de órgãos tem de passar pelo consentimento do dador e do receptor, assim sendo, está presente a noção de consentimento informado.

Manutenção do Dador órgãos em Morte Cerebral

A manutenção do Dador passa por atingir os seguintes objectivos:

- Manter uma boa perfusão arterial;
- Oxigenação adequada;
- Manter temperatura;
- Prevenir/Tratar infecções;
- Corrigir alterações da coagulação;
- Manutenção do equilíbrio electrolítico;

Cumprir a **Regra dos 100**:

- TA sist > 100 mmHg;
- Diurese horária > 100ml/h;
- PVC > 10 cmH₂O;
- Pa O₂ > 100 mmHg;
- Hg > 10 g/dl;
- Glicémia > 100 mg/dl;

Os **Cuidados de Enfermagem** inerentes são:

- Colheita de Dados;
- Monitorização dos Sinais Vitais;
- Hidratação das córneas;
- Vigiar diurese;
- Promover a Dignidade e a Privacidade;
- Apoio à Família;

Código Deontológico dos Enfermeiros

Esta temática encontra-se fundamentada nos seguintes artigos do Código Deontológico dos Enfermeiros:

- Artigo n.º 78 – Princípios Gerais – n.º1 – *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*.
- Artigo n.º 85 – Dever do Sigilo – *“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...)”*.
- Artigo n.º 87 – Do respeito pelo doente terminal – *“Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”*.
- Artigo n.º 89 – Da humanização dos cuidados – *“Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”*.

Bibliografia

- Diário da República n.º 94, 1ª Série A de 22.04.93 – Lei n.º12/93 de 22 de Abril – Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana.
- Diário da República n.º 223, Série A de 26.09.1994 – Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro – Registo Nacional de Não Dadores.
- Diário da República n.º 235, Série B de 11.10.1994 – Declaração da Ordem dos Médicos – Critérios de Morte Cerebral.
- Diário da República – Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro – Código Deontológico dos Enfermeiros.
- **“Procedimento em caso de potencial dador – UCI’s”**. Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação do Hospital de São José. 2006.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui. **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto Editora. Porto. 1998.

Anexo IX – Avaliação de Estágio da Unidade de Transplantes (Consultas)

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Luís Morgado Ramos Instituição: HSC-CHLO Serviço: C-Externo, Unidade Transplante de Rim
Efectuado de 3/10/11 a 2/11/11 Docente: _____ Orientador: Ana Carolina Sequeira

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<i>Muito Bom</i>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<i>Excelente</i>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<i>Excelente</i>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<i>Excelente</i>

O Docente: _____ Orientador: Sequeira Data: 27/10/11

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Sr. enfermeiro Filipa Ramos colaborou nas intervenções de educação na unidade de Transplante Renal revelando conhecimentos profundos e atualizados, grande motivação, interesse, criatividade e grande responsabilidade no cuidar de pessoa com doença renal crónica.
Planeou e executou um ato de prática em serviço (diagnóstico de morte cerebral e manutenção de potência dos órgãos) onde revelou grandes competências nesta problemática, tendo constituído um mais valor para a equipa de enfermagem de unidade, permitindo-lhe desenvolver novas competências.
Ao longo do estágio destaca-se a grande motivação para vivenciar todas as experiências que a unidade lhe podia proporcionar, demonstrando grandes competências relacionais, tanto com a equipa de saúde, como 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: 27/10/11

Orientador

D.º N.º Maria Espirito Silva

Assinatura

[Assinatura]

Data:

Estudante

Filipa Ramos

[Assinatura]

Anexo X – Avaliação de Estágio da Unidade de Transplantes (Internamento)

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Filipe Alexandre Morgado Ramos **Instituição:** CHLO-HSC Serviço: Cirurgia Geral/Unidade Transplante Renal

Efectuado de 03/ 10/ 2011 **a** 02/ 11/ 2011 **Docente:** _Prof.^a Maria Saraiva **Orientador:** Maria João Marques

Parâmetro a avaliar	0 – 4	5 – 9	10 – 13	14 – 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	16
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	17
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	17
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	18

O Docente: _____ **Orientador:** _Maria João Marques

Data: 18 / 11 / 2011

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Filipe revelou ao longo do estágio responsabilidade, grande capacidade na realização de intervenções para dar cumprimento ao seu Projecto inicial. Demonstrou iniciativa quer na prática diária na prestação directa de cuidados, quer na realização de trabalho extra, dando uma visão da sua prática de cuidados, o que foi muito gratificante também para a equipa de Enfermagem.

Colaborou na prestação de cuidados ao indivíduo submetido a transplante renal desde o internamento até alta hospitalar.

Conseguiu demonstrar conhecimentos, e fazer uma excelente ligação da sua prática diária, no que diz respeito à manutenção do potencial dador de órgãos e perceber a dinâmica do transplante, neste caso, de transplante de rim, dando ênfase à importância do papel do Enfermeiro em todo este processo.

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

Data: Orientador

Assinatura

Data: Estudante

Anexo XI – Avaliação da UCI – Cardio Torácica

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Filipe Barbosa Ramos Instituição: ASC - CHLO Serviço: UCI - Cardo - DEXICA
Efectuado de 10 / 11 / 2011 a 16 / 12 / 2011 Docente: _____ Orientador: Paulo Correia

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	18
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	18
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	19
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	20

O Docente: _____ Orientador: Paulo Jorge Correia Data: 16 / 12 / 2011

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O formando demonstrou ao longo do estágio muito boas competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, envolvendo conhecimentos na área da ventilação mecânica invasiva, avaliação hemodinâmica com recurso a dispositivos invasivos, terapêutica de suporte de vida; na prestação de cuidados ao doente sujeito a cirurgia cardiotorácica, incluindo dispositivos como o balão intra-aórtico e assistência ventricular externa; e doentes com técnicas de substituição da função renal (HDFVVE e hemodialise). O estudante soube demonstrar a importância do enfermeiro especialista na vertente Nefrológica, com base na reflexão dos vários casos clínicos durante o estágio, tendo apresentado um projecto pertinente neste contexto para a prevenção da lesão renal aguda e as estratégias de intervenção dos enfermeiros. Por ter demonstrado ao longo do estágio competências técnicas, científicas e relacionais que se fizeram integrar-se rapidamente na equipa de Enfermagem deste serviço, avaliei o formando Filipe Ramos em Excelente.

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: 16/12/2011

Orientador

PAULO JORGE CORREIA

Assinatura

Paulo Jorge Correia

Data:

Estudante

Anexo XII – Instrução de Trabalho – Classificação RIFLE

	Classificação RIFLE

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Esta instrução de trabalho pretende operacionalizar a implementação da Classificação RIFLE, com o objectivo de prevenir e diagnosticar precocemente a Lesão Renal Aguda, na Pessoa em Situação Crítica.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de Enfermagem da UUM;

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



O – sem LRA
R – Risk
I – Injury
F - Failure

Nota: recorrer ao folheto de apoio que se encontra na primeira gaveta das salas para classificar os estadios de LRA, segundo a classificação RIFLE

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	30/11/2011	Filipe Ramos	2013	1

Anexo XIII – Documento de Apoio e Consulta – Classificação RIFLE

R isk

I njury

F ailure

L oss

E nd-stage

**Critério
Creatinina
Taxa Filtração Glomerular**

Aumento Crt. x1.5
Diminuição TFG > 25 %

Aumento da Crt. x2
Diminuição TFG > 50 %

Aumento Crt. x3
Diminuição TFG > 75 %
Crt. > 4 mg/dl

Perda completa
da função renal
> 4 semanas

Estadio final
da doença
renal
> 3 meses

R

I

F

L

E

**Critério
Débito Urinário**

DU < 0.5ml/kg/h
x6h

DU < 0.5 ml/kg/h
x12 h

DU < 0.3 ml/kg/h
x24 h ou
Anúria x12h

Elaborado por Filipe Ramos (2011)
Adaptado de Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI, 2004)

Creatinina - Valor Basal Estimado				
Idade \ Raça	Homens		Mulheres	
	Cauc.	Negra	Cauc.	Negra
20-24	1.3	1.5	1.0	1.2
25-29	1.2	1.5	1.0	1.1
30-39	1.2	1.4	0.9	1.1
40-54	1.1	1.3	0.9	1.0
55-65	1.1	1.3	0.8	1.0
> 65	1.0	1.2	0.8	0.9

(Bellomo e Ronco, 2004)

mg/dl Valor Basal Creatinina	Aumento da Creatinina		
	x 1.5	x 2	x 3
0,8	1.2	1.6	2.4
0,9	1.35	1.8	2.7
1	1.5	2.0	3.0
1,1	1.65	2.2	3.3
1,2	1.8	2.4	3.6
1,3	1.95	2.6	3.9
1,4	2.1	2.8	> 4
1,5	2,25	3	> 4

(Filipe Ramos, 2011)

Peso vs. Débito urinário / hora												
Peso Kg. \ Déb. Ur.	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
	0,3 ml	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42
0.5 ml	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75

(Filipe Ramos, 2011)

Anexo XIV – Planejamento da Sessão – Competências de Enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da LRA – Implementação Classificação RIFLE

Planeamento da Sessão

Tema: Implementação da Classificação RIFLE, na prevenção e diagnóstico precoce da LRA

Caracterização do grupo: Equipas de Enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos;

Data: 21, 22, 23, 25 e 29 de Novembro de 2011

Hora: 16h 30m

Duração: 45m

Formador: Filipe Ramos

Objectivos:

- Definir o conceito de Lesão Renal Aguda (LRA);
- Descrever a Problemática da LRA em contexto das UCI's;
- Descrever a anatomo-fisiologia do aparelho Renal;
- Caracterizar as diferentes etiologias da LRA;
- Caracterizar a problemática da LRA no âmbito da Profissão de Enfermagem;
- Compreender as competências de Enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da LRA;
- Apresentar e Explicar a Classificação de RIFLE, para a sua implementação na UUM, enquadrada num Protocolo de actuação;

Conteúdos	Estratégias		
	Método/Técnica	MAV	Tempo
1- Introdução <ul style="list-style-type: none"> ➔ Apresentação do formador; ➔ Apresentação do tema; ➔ Apresentação dos objectivos; 	Expositivo		3'
2- Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ➔ Evolução cronológica do conceito; ➔ Problemática da LRA; ➔ Apresentação classificação RIFLE; ➔ Anatomo-fisiologia renal; ➔ Etiologia da LRA; ➔ Importância classificação RIFLE na prevenção e diagnóstico precoce; ➔ LRA no âmbito da Enfermagem; ➔ Intervenções de Enfermagem ➔ Explicação da Classificação; ➔ Apresentação protocolo de intervenção; 	Expositivo / Participativo/ Demonstrativo	Data-show	35'
3- Conclusão <ul style="list-style-type: none"> ➔ Resumo; ➔ Debate acerca da informação transmitida; ➔ Esclarecimento de dúvidas. 	Participativo		7'

Anexo XV – Protocolo de Profilaxia da nefropatia de contraste

PROTOCOLO DA PREVENÇÃO DA NEFROPATIA INDUZIDA PELO CONTRASTE (NIC)

A administração de contraste radiológico pode levar a uma forma de lesão renal aguda, habitualmente reversível. Na maioria dos casos, não ficam sequelas permanentes, mas existe alguma evidência, de que o seu desenvolvimento, se associa a pior prognóstico. Define-se como um declínio agudo da função renal, com aumento na SCr (creatinina sérica) > 25% do valor de base ou um aumento superior a 0,5 mg/dL, às 24 a 48 horas após a injeção de contraste radiológico. Não existe terapêutica específica, devendo tratar-se como qualquer outra causa de necrose tubular aguda, com especial atenção sobre a fluidoterapia e sobre o equilíbrio electrolítico. A melhor terapêutica para a NIC é a prevenção.

Doentes em risco de NIC

- Em doentes emergentes, em que a exposição ao contraste não pode ser adiada, a presença de um ou mais factores de risco indica a instituição empírica de medidas profiláticas:
 - Factores de risco não relacionados com o doente: tipo de contraste (hiperosmolaridade, iónico, viscosidade e volume).
 - Factores de risco relacionados com o doente: definidos pela seguinte escala de risco

Factores de Risco	Score
Hipotensão	5
BIA	5
Insuf. Cardíaca	5
Idade > 75 anos	4
Anemia	3
Diabetes	3
Volume de contraste	1 por cada 100 ml
Creatininemia > 1,5 mg/dl	4
OU	
TFGe < 60 ml/min/1,73m ²	2 se 40-60 4 se 20-40 6 se <20

Score de risco	Risco de NIC	Risco de necessidade de Diálise
≤ 5	7,5%	0,04%
6 a 10	14,0%	0,12%
11 a 16	26,1%	1,09%
≥ 16	57,3%	12,6%

Doentes de baixo risco passam a ser considerados de alto risco se:

- sépsis;
- sob medicação nefrotóxica que não possa ser descontinuada;
- enfarte agudo do miocárdio;
- oligúria;
- injeção intra-arterial de contraste.

Hipotensão = TA sistólica < 80 mmHg durante pelo menos 1 hora com necessidade de suporte aminérgico nas 24 horas peri-procedimento;

BIA = Balão intra-aórtico;

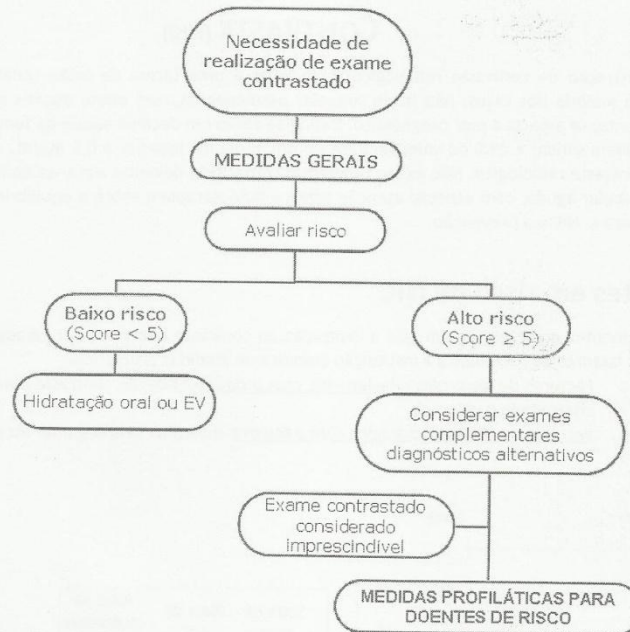
Insuf. Cardíaca = Classe III/IV NYHA e/ou história de edema agudo do pulmão;

Anemia = hematócrito < 39% para sexo masculino e < 36% para sexo feminino;

TFGe = taxa de filtração glomerular estimada

Adaptado de Mehran R *et al.* A Simple Risk Score for Prediction of Contrast-Induced Nephropathy After Percutaneous Coronary Intervention. Journal of the American College of Cardiology 2004, 44(7):1394-1399

Intervenções



Adaptado de Goldberg J, Matezky S. Nephropathy induced by contrast media: pathogenesis, risk factors and preventive strategies. CMAJ 2005, 172(11): 1461-1471

Medidas gerais:

1. Suspende nefrotóxicos 24-48 horas antes da injeção de contraste e até 24 horas após a mesma – inclui-se terapêutica diurética;
2. Evitar contraste de alta osmolaridade¹;
3. Administrar contraste na menor concentração possível.

Hidratação:

Para todos os doentes em risco

- **Bicarbonato 1.4%** 3ml/Kg 1 hora antes do procedimento e continuar a um ritmo de 1ml/kg/h até 6 horas após a injeção de contraste
- **Cloreto de sódio 0.9%** 1ml/Kg/h, pelo menos 2 mas preferencialmente 6 a 12 horas antes do procedimento e continuar por 6 a 12 horas após a administração de contraste.
- A duração da administração de fluidos deve ser directamente proporcional ao grau de insuficiência renal (ou seja, deve ser maior para doentes com insuficiência renal mais grave)

N-acetilcisteína

Administrar 1200mg (preferencialmente entérico)² de 12/12 horas, 24 horas antes e 24 horas após a injeção de contraste; se exame urgente, 1200mg bólus e.v. 1 hora antes do exame seguido de 1200mg 12/12 horas nas 24 horas após injeção de contraste.

Técnicas de substituição renal

Se doença renal crónica com clearance de creatinina <15ml/min (estádio V) e se acesso vascular de hemodiálise presente:

- HF ou HDFVC 4-8 horas antes e até 18-24 horas após exposição ao contraste (volume filtrado 1000-1500 ml/h, heparina 1000 U/h).

¹ Contraste usado na Imagiologia do Hospital São José – Ioversol (meio de contraste não-iónico, de baixa osmolaridade); contrastes usados na Cardiologia do Hospital de Santa Marta – Iopromida (não iónico, baixa osmolaridade), Iopamidol (não iónico, baixa osmolaridade) e Iodixanol (não iónico, iso-osmolar)

² Potencial risco de reações anafiláticas com administração de N-acetilcisteína e.v.