



8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal

Ana Patrícia Pires

Lisboa

2018





**8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

Área de Especialização em Enfermagem Nefrológica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal

Ana Patrícia Pires

Orientador(a): Professor(a) Maria Eulália Novais

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Lisboa

2018



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Gostaria de aproveitar este espaço para expressar o meu forte agradecimento para com todos os que de alguma forma me ajudaram a terminar este relatório.

Um especial agradecimento à Prof^a. Eulália Novais que esteve sempre por perto e a quem eu admiro a sua perseverança, rigor e vontade de ir sempre mais longe.

Aos Prof^o. Cristóvão que foi fundamental no tratamento estatístico dos dados.

Aos enfermeiros orientadores, que me acompanharam nos diferentes campos de estágio. Todos diferentes, mas todos profissionais excecionais a cuidar dos doentes que lidam diariamente com a doença renal crónica.

Aos meus colegas que em momentos de exaustão e até algum desnorteamento lá estiveram para me dar a mão.

Agradeço também ao Dr. Francisco Buinho que se demonstrou disponível para me ajudar a contactar os participantes do estudo de investigação.

Aos meus pais que têm estado sempre comigo e são e serão sempre o meu porto de abrigo.

Ao meu filho que ainda tão pequeno foi na realidade a força motriz para tamanha realização.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CDP – Consulta de Diálise Peritoneal

CTR – Consulta de Transplante Renal

CEO – Consulta de Esclarecimento e Opções

CHD – Centro de Hemodiálise

CAV – Centro de Acessos vasculares

CVCP – Cateter Venoso Central Permanente

DC - Disfunção crónica

DRC – Doença Renal Crónica

DP – Diálise Peritoneal

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

HD – Hemodiálise

INE – Instituto Nacional Estatística

I P5 – Internamento Piso 5

LRA – Lesão Renal Aguda

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

RESUMO

Os progressos científicos e o desenvolvimento das sociedades humanas têm contribuído para o aumento da esperança média de vida culminando numa maior incidência de doenças incapacitantes, crónicas e progressivas. A adaptação conseguida pelos indivíduos aos períodos de transição entre saúde/doença é um indicador positivo das intervenções dos enfermeiros.

A doença renal crónica afeta cerca de 8% da população adulta na Europa. Segundo a SPN (2016), existem em Portugal, 19700 doentes em terapia de substituição renal. O transplante renal é reconhecido como o tratamento de 1ª linha, no entanto, a rejeição pode acontecer. Alguns estudos demonstram que a rejeição do enxerto é uma experiência stressante. O processo coping constitui a mobilização de um esforço, através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir esse foco de stress.

O presente relatório reflete as competências do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente da nefrologia e descreve intervenções desenvolvidas na diálise peritoneal, consulta de esclarecimento e opções, centro de transplante renal, hemodiálise e internamento tendo como foco principal o coping dos indivíduos às exigências da doença renal crónica.

O estudo de investigação descrito neste relatório procurou identificar quais as estratégias, estilos e recursos de coping utilizados por indivíduos com a falência do enxerto, há pelo menos um ano. A amostra estudada recorre maioritariamente a estratégias coping centradas na resolução de problemas. Apresenta um estilo coping do tipo autoconfiante e otimista recorrendo à família e agentes de saúde para um coping positivo, eficaz ou funcional. As limitações do estudo relacionam-se com a amostra, pequena e circunscrita a um único centro de transplantação, não serem exploradas as causas da rejeição/falência do enxerto e não permitir a comparação entre a fase imediata e mais tardia da perda do transplante. Os resultados sugerem que o reconhecimento das estratégias, estilos e recursos coping podem ajudar os enfermeiros a delinear planos terapêuticos mais eficazes e personalizados.

Palavras-chave: Paciente; Estratégias de coping; Transplante renal; Rejeição do enxerto

ABSTRACT

Scientific progress and the development of human societies have contributed to an increase in the average life expectancy, culminating in a higher incidence of disabling, chronic and progressive diseases. The adaptation achieved by individuals to the transition periods between health and disease is a positive indicator of nurses' interventions.

Chronic kidney disease affects about 8% of the adult population in Europe. According to the SPN (2016), there are 1,700 patients in renal replacement therapy in Portugal. Renal transplantation is recognized as 1st line treatment, however, rejection may occur. Some studies have shown that graft rejection is a stressful experience. The coping process is the mobilization of an effort, through which individuals will engage in cognitive and behavioral efforts to manage stresses.

This report reflects the competencies of the nurse specialist in the medical-surgical area, which deals with nephrology and describes interventions developed in peritoneal dialysis, consultation of enlightenment and options, renal transplantation center, hemodialysis and hospitalization, with the focus on coping of individuals with the requirements of chronic kidney disease.

The research study described in this report sought to identify which strategies, styles and coping resources used by individuals with graft failure have been for at least a year. The studied sample uses mainly coping strategies focused on problem solving. It presents a self-reliant and optimistic coping style appealing to family and healthcare agents for positive, effective, or functional coping.

The limitations of the study relate to the small, circumscribed sample at a single transplantation center, the causes of graft rejection / failure and the comparison between the immediate and late phase of transplant loss are not explored. The results suggest that recognition of coping strategies, styles, and resources can help nurses devise more effective and customized therapeutic plans.

Keywords: Patient; Coping strategies; Renal Transplant; Transplant rejection

ÍNDICE

	Página:
0. INTRODUÇÃO	14
1. QUADRO CONCETUAL	21
1.1 Da lesão renal ao transplante	21
1.2 Aspetos éticos e socioeconómicos da transplantação renal	26
1.3 Coping	27
1.4 Concetualização teórica de enfermagem	31
2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	33
2.1 Consulta de diálise peritoneal	34
2.2 Consulta de transplante renal	41
2.3 Consulta de esclarecimento e opções	46
2.4 Centro de hemodiálise	53
2.5 Centro hospitalar	57
2.5.1 Centro de acessos vasculares	58
2.5.2 Internamento P5	61
2.5.3 Unidade de cuidados intensivos	65
3 ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	71
3.1 Definição do problema	71
3.2 Metodologia	72
3.2.1 Questão orientadora e objetivos	73
3.2.2 Tipo de estudo	73
3.2.3 Amostra	73
3.2.4 Instrumento de colheita de dados	74
3.2.5 Considerações éticas	75
3.3 Apresentação e análise de dados	75
3.3.1 Apresentação e análise dos resultados	75
3.3.2 Limitações do estudo	89
3.4 Considerações finais do estudo	89
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

Anexos e Apêndices

Anexo I – Avaliação do enfermeiro orientador do centro de DP

Anexo II – Avaliação do enfermeiro orientador da CTR

Anexo III - Avaliação do enfermeiro orientador da CEO

Anexo IV - Avaliação do enfermeiro orientador do CHD

Anexo V – Avaliação do enfermeiro do centro hospitalar

Anexo VI – Ficha de avaliação da ação de formação

Anexo VII – Autorização para o estudo de investigação

Apêndice Nº I – Cronograma do estágio

Apêndice Nº II – Caracterização dos campos de estágio

Apêndice Nº III – DP em UCIP (exposição de uma situação)

Apêndice Nº IV – Ação de formação sobre Stress e Coping na DRCT

Apêndice Nº V – Revisão scoping sobre Locke do cateter de longa duração (permacath) com citrato de sódio vs heparina

Apêndice Nº VI – Ação de formação sobre Locke e penso do cateter de longa duração (permacath)

Apêndice Nº VII – Normas sobre Locke do cateter de longa duração (permacath) e penso do local de inserção do permacath

Apêndice Nº VIII – Questionário utilizado no estudo de investigação

Apêndice Nº IX – Consentimento informado

Apêndice Nº X – Quadros resumo dos testes de hipótese

ÍNDICE DE QUADROS

	Página:
Quadro 1 – Caraterização da amostra	80
Quadro 2 – Correlações entre a idade dos indivíduos, o tempo após a perda do transplante e o tempo de vida do enxerto	81
Quadro 3 – Consistência interna da escala de coping	81
Quadro 4 – Consistência interna da dimensão estratégias de resolução de problemas	81
Quadro 5 – Consistência interna da dimensão estratégias de controlo emocional	82
Quadro 6 – Classificação decrescente das estratégias de coping consoante a frequência de utilização	83
Quadro 7 – Scores	83
Quadro 8 – Estudos comparativos	84
Quadro 9 – Tipos de estratégias de coping utilizadas	85
Quadro 10 – Correlação Spearman entre as variáveis idade, tempo após o TR e tempo de vida do transplante	85
Quadro 11 – Recursos de coping	87
Quadro 12 – Estilos de coping	88
Quadro 13 – Cuidado transicional e coping	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página:
Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos por escalões etários (anos)	76
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por estado civil	76
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos por nível de escolaridade	76
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos por tipo de ocupação atual	77
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos por tipo de ocupação antes do transplante renal e atualmente	77
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos por tempo após perda do enxerto renal (anos)	78
Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos por tempo de vida do transplante renal (anos)	79
Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar	79

INTRODUÇÃO

Os progressos científicos e o desenvolvimento das sociedades humanas nos últimos anos têm contribuído para um aumento das condições de vida, levando a um aumento da esperança média de vida o que se reflete numa maior incidência de doenças incapacitantes, crónicas, incuráveis e progressivas, e que, associado, à atual conjuntura socioeconómica, resulta em mudanças nas necessidades em cuidados de saúde da população, sendo estes mais complexos e requerendo maior exigência.

Durante o meu percurso profissional contatei com inúmeras experiências agudas, crónicas, terapêuticas, formativas entre outras, mas que todas no seu conjunto me permitiram crescer pessoal e profissionalmente. No entanto, como característica natural do ser humano, senti necessidade de aprofundar conhecimentos e de me especializar numa área pela qual sinto particular interesse, a nefrologia, daí ter procurado o Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área referida.

A formação especializada em enfermagem permite, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998), a prestação de cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades atuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco.

Para a OE (2010) o enfermeiro especialista:

“é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (p.2).

O objetivo do estágio relativo ao 3º semestre do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da nefrologia foi adquirir competências de enfermeiro especialista para cuidar de pessoas com alteração da eliminação renal em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua

família em contexto intra e extra-hospitalar e implementar um projeto de investigação, na área do coping nos doentes com falência do enxerto renal, com o intuito de adquirir competências de investigação que me permitam alcançar o grau de Mestre em Enfermagem.

A elaboração deste relatório de estágio, pretende refletir a minha prática e as problemáticas sobre as quais me envolvi, durante o percurso do mesmo. A problemática em estudo está diretamente relacionada com cuidados de enfermagem prestados às pessoas confrontadas com a perda funcional do enxerto renal.

A plataforma de gestão integrada da doença, do Ministério da Saúde, aferiu que a doença renal crónica tem uma prevalência de cerca 10-11% da população adulta nos EUA e cerca de 8% da população adulta na Europa.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016), existem em Portugal, 19700 doentes em terapia de substituição renal. A hemodiálise representa o tratamento que abraça mais doentes embora o transplante renal seja reconhecido por todos como o tratamento de 1ª linha dos indivíduos que sofrem de doença renal crónica terminal.

A SPN (2016) declarou que foram realizados em Portugal em 2016, 513 transplantes renais, 421 dos quais de dadores cadáver e 65 de dadores vivos.

Segundo Franklin (2005), um transplante renal, bem-sucedido, liberta o doente das dificuldades práticas, psicológicas e das restrições da diálise prolongada, nomeadamente: libertação da dependência de uma máquina, saco de líquido, do parceiro, das restrições hídricas e dietéticas e a recuperação do funcionamento sexual e da fertilidade, com a possibilidade de paternidade/maternidade assim como de um estilo de vida quase saudável.

A Associação Portuguesa de Urologia (2016) afirma que 89% dos transplantes funcionam ao fim de um ano e 78% ao fim de cinco anos.

Até 1997, segundo Franklin (2005) o regime imunossupressor mais utilizado era um esquema de “terapia tripla” com ciclosporina, azatioprina e prednisolona. A partir de 2001 apareceram novos agentes imunossupressores como o tacrolimus, o micofenolato de mofetil e o sirolimus. A imunossupressão

contribui para a diminuição da taxa de rejeição e o aumento do tempo de vida do rim transplantado, mas segundo Shallcross (2002), 10 anos após o transplante apenas cerca de 40% dos enxertos se encontram funcionais.

Para Franklin (2005) os mecanismos exatos na rejeição crónica não estão ainda esclarecidos, e podem ser de natureza imunológica ou não imunológica.

A perda da funcionalidade do enxerto renal leva consequentemente ao retrocesso da doença renal crónica, à perda da qualidade de vida e à incerteza em relação ao futuro. Como é que estes indivíduos, ultrapassam a perda da função do enxerto renal? Que métodos/ estratégias coping utilizam para o fazer?

Para Folkman e Lazarus em 1984, o sistema de Coping é baseado no modelo psicológico do ego, construído por uma hierarquia de estratégias que partem de mecanismos inatos/primitivos até à construção madura e racionalizada de mecanismos que permitam dar resposta a um agente stressor ou uma situação de stress.

A perda da funcionalidade do enxerto renal, levando ao retorno da condição de doente renal crónico e à dependência dos tratamentos de hemodiálise, podem desta forma, ser interpretados como agentes de stress, aos quais o indivíduo terá de dar resposta, procurando fazer coping. Kong e Malassiotis em 1999, citam um estudo quantitativo sobre pacientes transplantados, de Sutton e Murphy (1989), em que *“os fatores financeiros e o medo de rejeição do enxerto renal, eram os agentes stressores mais referidos”*.
p.313

Efetivamente o indivíduo transplantado tem de fazer face a inúmeros desafios, sejam: o medo de rejeição do enxerto, um complexo esquema terapêutico e os respetivos efeitos secundários. Após a falência do funcionamento do enxerto renal outros desafios se levantam tais como: a incerteza em relação ao futuro ou lidar novamente com os tratamentos de substituição renal. No entanto não estão ainda bem esclarecidas as estratégias coping a que estes indivíduos recorrem para fazer frente a esta situação.

Como enfermeira especialista acredito ser fundamental identificar que estratégias de coping os indivíduos utilizam para lidar com esta situação, no

sentido de otimizar e adequar a prestação de cuidados da equipa transdisciplinar que os acompanha.

Para Benner, 2001, a aquisição e desenvolvimento de qualquer competência profissional, passa por um percurso de cinco níveis consecutivos de perícia: principiante; avançado; competente; proficiente e perito.

Acredito que as competências adquiridas no estágio que terminou me permitirão desenvolver uma prática baseada na evidência, tendo por alicerce uma cultura científica que me permitirá prestar cuidados de qualidade e assim colocar-me mais próxima do patamar de enfermeira perita.

Também para a EDTNA/ERCA, Associação Europeia dos Enfermeiros de Diálise e Transplante:

“Para o indivíduo com Insuficiência Renal durante as diferentes fases de sua doença, a relação entre o enfermeiro-paciente-família será a base para a promoção e desenvolvimento das melhores estratégias para lidar com a doença e, em consequência, alcançar uma melhor qualidade de vida. Essas estratégias serão implementadas com o apoio de outros profissionais da equipe multidisciplinar.” (1)

A EDTNA/ERCA, citando Baer em 1979, afirma que um enfermeiro que trabalhe na área da nefrologia é *“um profissional que possui conhecimentos suficientes para gerir os cuidados de saúde aos indivíduos com falência renal que possam estar em qualquer estágio da sua terapia contínua.” (1)*

A OE em Portugal não tem um Regulamento de Competências específico para a área da nefrologia, devendo servir como guias orientadores:

- O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

(1) Tradução livre do autor

Em paralelo com as orientações da OE, consideram-se também relevantes as orientações da EDTNA/ERCA para o perfil do enfermeiro que trabalhe na área da nefrologia:

- Comprometer-se em oferecer a melhor qualidade de cuidados aos pacientes e suas famílias
- Dar especial ênfase à relação de suporte, educação, prevenção de complicações, reabilitação para encorajar os doentes à sua independência e autocuidado.
- Colaborar com a equipa multidisciplinar e agir como advogado do doente
- Ser um enfermeiro perito em cuidados na área da nefrologia, contribuído de forma positiva para as necessidades da comunidade, assegurando a dignidade dos doentes, crenças, valores e a sua cultura.
- Intervir como consultor, investigador, agente de mudança e professor, usando as suas competências na prática, no conhecimento e na investigação. Melhorando a qualidade de vida dos indivíduos em condição de doentes renais

As áreas de prática do enfermeiro de nefrologia passam por: centros de hemodiálise, unidades de diálise peritoneal, unidades de transplantação renal, serviços de nefrologia na comunidade, unidades de cuidados intensivos, escolas de enfermagem e lares ou centros de acolhimento para idosos. No que diz respeito à formação contínua, os enfermeiros devem comprometer-se a:

- Estar atentos aos desenvolvimentos nas áreas técnicas e de cuidados que sejam relevantes para as necessidades dos doentes em falência renal
- Manter uma formação deve ser contínua e devem também integrar equipas de educação e investigação para melhorar a qualidade de cuidados na área da nefrologia

Com a finalidade de cuidar da pessoa com doença renal crónica terminal e/ou agudizada e sua família durante e após o processo de disfunção do renal, propus-me alcançar os seguintes **objetivos gerais**:

- Evidenciar o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inserido numa equipa transdisciplinar na prestação de cuidados

de enfermagem à pessoa com DRC e DRC agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar.

- Adquirir conhecimentos específicos na área da gestão do tratamento da pessoa com DRC e sua família.
- Contribuir para a investigação na área da nefrologia evidenciando as estratégias de coping utilizadas pelos indivíduos com falência do enxerto renal.

Como **objetivos específicos** que se integram nos gerais, proponho-me a:

- Contribuir para o desenvolvimento da equipa transdisciplinar
- Promover o trabalho em equipa
- Promover a proteção dos direitos humanos
- Participar em projetos institucionais na área da qualidade
- Capacitar, gerir e priorizar os cuidados
- Demonstrar competências de gestão de cuidados à pessoa com DRC e sua família
- Avaliar as necessidades de saúde da pessoa DRC e sua família
- Promover a adaptação da pessoa com DRC e da sua família à doença e tratamento
- Trabalhar o DRC em sessões de HD
- Educar 1 doente e 1 familiar em DP
- Habilitar o doente e família para avaliar riscos e benefícios do TR
- Evidenciar a importância dos cuidados no pós-TR
- Demonstrar a importância do reconhecimento das estratégias coping para uma melhor adequação de cuidados
- Permitir que os indivíduos e suas famílias expressem os seus receios e angústias
- Demonstrar disponibilidade e empatia para com estes indivíduos e suas famílias
- Suportar a prática de enfermagem com a evidência científica
- Aplicar a escala relativa a estratégias de coping, traduzida, adaptada e testada pelo Profº Cristóvão, a pelo menos 30 indivíduos com falência do enxerto renal, há pelo menos um ano

- Com base na escala aplicada fazer um estudo quantitativo, com avaliação e interpretação dos resultados

A aquisição e o desenvolvimento de competências, assim como o cumprimento dos objetivos a que me propus alcançar, foram conseguidos através de pesquisa bibliográfica pertinente à área em questão e da evidência atual e ainda pela experiência prática na interação com peritos e utentes.

No presente relatório para além da introdução, que inclui a definição e a justificação da problemática, fazem parte também o quadro teórico-concetual que suporta e que ajuda à compreensão da mesma, seguindo-se as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio e o estudo de investigação, com apresentação da problemática, metodologia e apresentação de resultados. Por fim, as considerações finais, nas quais identifico as limitações e constrangimentos, bem como as implicações futuras para a prática.

1. QUADRO CONCEPTUAL

Na sequência do envelhecimento da população a doença em foco neste projeto é a doença renal crónica e as suas formas de tratamento/ palição.

Segundo a plataforma de gestão integrada da doença, do Ministério da Saúde, a doença renal crónica tem uma prevalência de cerca 10-11% da população adulta nos EUA e cerca de 8% da população adulta na Europa. (<http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>).

Perante esta realidade, torna-se fundamental que os enfermeiros procurem atualizar continuamente os seus saberes e desenvolvam competências técnicas e relacionais, para que, sejam capazes de prestar cuidados individualizados e ajustados à pessoa com doença renal e sua família.

1.1 Da lesão renal ao transplante

Os rins executam um grande número de funções vitais, tais como: a filtração dos produtos de excreção transportados pelo sangue, a manutenção do equilíbrio ácido-base e a regulação da pressão arterial.

A lesão renal aguda (LRA) diz respeito a uma perda significativa da função renal, de forma rápida e com o aumento dos níveis de ureia e creatinina plasmática. Pode ser classificada de acordo com a causa: pré-renal, renal e pós-renal.

A LRA “(...) é um problema frequente, ocorrendo em aproximadamente 5% dos doentes internados, sendo a uma das principais causas de mortalidade nos doentes internados.” (Phipps, 2003, p.1670). A sua recuperação depende das doenças subjacentes, da situação do doente e do tratamento durante o período em que o rim não está funcionando.

A doença renal crónica (DRC) instala-se “(...) quando os rins já não são capazes de manter um meio interno que seja consistente com a vida e a lesão dos rins é irreversível.” (Phipps, 2003, p.1680). A transição de um estado saudável para um de doença crónica ou permanente, para a maioria dos

indivíduos, é um processo lento que se pode ir desenvolvendo ao longo de vários anos.

A progressão da DRC ocorre em quatro fases: diminuição da reserva renal, falência renal, insuficiência renal e doença renal crónica terminal. No entanto, na prática estes estádios não estão tão claramente definidos. (Phipps 2003)

Nos diferentes estádios existem algumas componentes comuns, nomeadamente: alteração da regulação do balanço hidro-eletrolítico, alterações nas funções reguladoras do organismo e na retenção de solutos.

Em todos eles existe um compromisso da TFG que vai decrescendo de 40 a 50% do normal até um valor inferior a 10% na fase terminal da doença. No primeiro estádio o doente tem valores de ureia e creatinina normais e está assintomático. Nos estádios seguintes os valores séricos de ureia e creatinina vão subindo. Durante a progressão da doença vai-se instalando a anemia, azotemia e acidose metabólica. Na fase terminal da doença está presente a oligúria e os sintomas de falência renal: falta de ar, náuseas e vômitos, perda de apetite e hipertensão.

Existem diferentes terapias de substituição da função renal, quando os tratamentos iniciais para a doença renal já não são eficazes, considera-se a diálise a longo prazo ou o transplante de rim. A diálise é o processo de extração dos produtos residuais e do excesso de água do corpo. Existem dois métodos de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal. (Sharp [s.d.]

A **hemodiálise** envolve o desvio de sangue do organismo do doente para um dialisador, no qual ocorre a difusão e ultrafiltração e que depois é reencaminhado para a circulação do doente. (Phipps 2003)

Na **diálise peritoneal** o fluído dialisante é instilado para dentro da cavidade peritoneal e o peritoneu torna-se a membrana dialisadora. (Phipps 2003)

Apesar destes modos de tratamento permitirem prolongar a vida dos doentes, há algumas complicações que devem ser consideradas, tanto de cariz físico como de cariz psicológico. *“A depressão é comum, mas normalmente*

subtraída, no paciente na fase final de doença renal e tem sido associada ao aumento da morbidade e mortalidade.” (Battistella, 2012, p.29)

Também Weisbord, et al (2004) afirma:

“Entre os muitos sintomas que são conhecidos por afetar pacientes em diálise crônica, depressão e dor são particularmente comuns. A depressão está presente em 20% ou mais pacientes que recebem hemodiálise e está associada a resultados adversos graves, incluindo hospitalização e morte, reduzindo a capacidade funcional dos indivíduos e a sua qualidade de vida”. (p.158)

Para Moraes, 2016, *“O transplante renal é considerado a melhor opção para o tratamento da DRC (...) uma vez que proporciona melhor perspectiva e qualidade de vida aos transplantados renais.” (p.141)*

Grandes progressos foram conseguidos desde a primeira transplantação de um órgão de cadáver, realizado nos anos setenta. Ainda assim, para Thelan (1996) *“(...) muitos dos problemas estão ainda por esclarecer no campo da transplantação. Pois os órgãos são um recurso escasso, o que restringe as possibilidades de transplantação e o controlo seguro e eficaz do sistema imunitário permanece ilusório”. (p.892)*

A grande vantagem do transplante renal é a reversão de muitas das alterações fisiopatológicas associadas à doença renal, segundo Phipps, 2003: *“O transplante renal elimina a dependência da diálise e necessidade de restrições dietéticas, proporciona a oportunidade de regressar às atividades quotidianas e os seus custos tornam-se menores que os da diálise, após o primeiro ano”. (p.1691)*

Os órgãos para transplante podem ser de doadores cadáveres (indivíduos em morte cerebral – que apesarem de terem compromisso da atividade cerebral mantem em funcionamento os restantes órgãos) ou de doadores vivos (pessoas saudáveis que voluntariamente abdicam de um rim para ser implantado no doente renal).

Segundo Thelan,1996, *“(...) a tolerância ao órgão transplantado pode ser conseguida através da supressão ou da regulação da resposta imunitária normal a organismos estranhos.” (p.892).* Assim, a determinante a longo prazo do

sucesso de qualquer transplante de órgãos é a tolerância do sistema imunitário ao enxerto transplantado.

Os protocolos de imunossupressão variam consoante a instituição e a especificidade do órgão transplantado. O objetivo principal de todos os protocolos é a supressão da atividade das células T auxiliares e citotóxicas, “(...) até 1997, o regime imunossupressor mais utilizado era um esquema de “terapia tripla” com ciclosporina, azatioprina e prednisolona. A partir de 2001 apareceram novos agentes imunossupressores como o tacrolimus, o micofenolato de mofetil e o sirolimus.” (Thomas, 2005 citando Franklin 2005 p.417) O regime triplo de fármacos foi concebido para prevenir a rejeição, mas também para diminuir a toxicidade de cada fármaco.

Num estudo realizado em 2016, sobre a adesão à terapia imunossupressora em transplantados renais, concluiu-se por Moraes, et al, que “Encontram-se níveis mais elevados de creatinina entre os recetores não aderentes (...), mostrando claramente o impacto negativo no enxerto renal quando ocorre o descumprimento da terapia imunossupressora.” Concluindo “A adesão à terapia imunossupressora é fundamental para a sobrevivência do enxerto renal.” (p.147)

Não obstante o sucesso da transplantação o risco de rejeição está sempre presente. A rejeição de um órgão transplantado ocorre quando o tecido é reconhecido como estranho pelo sistema imunitário do recetor. (Thelan,1996) Pode ocorrer em diferentes momentos, com padrões diferentes de agressividade, assim:

Rejeição hiperaguda ocorre em horas após o transplante e resulta em falência imediata do enxerto. O principal mecanismo que desencadeia esta resposta é a ativação da rejeição medida por mecanismos imunitários humorais. Esta resposta rápida do sistema imunitário está relacionada com a presença de anticorpos reativos pré formados, resultantes de exposição anterior ao antígeno. Esta pré-sensibilização pode ser resultante de transfusão sanguínea anterior, gravidezes múltiplas ou transplante anterior de órgão.

Rejeição aguda é normalmente uma combinação de um processo celular com um processo humoral, mediado por anticorpos, que costuma ocorrer entre

os quatro dias ou dois meses pós-transplante. Os sinais clínicos de rejeição aguda são: pirexia, disfunção renal, ganho de peso, baixa de débito urinário, enxerto edemaciado e doloroso, edema maleolar, sintomas gripais.

Rejeição crónica ocorre habitualmente ao fim de meses ou anos de pós-transplante. Mas também pode ocorrer muito mais cedo. Há uma oclusão gradual do lúmen das artérias do rim com fibrose intersticial, o que destrói o enxerto. Os mecanismos exatos na rejeição crónica não estão ainda esclarecidos, e podem ser de natureza imunológica ou não imunológica. Os primeiros sinais de rejeição crónica costumam ser uma perda gradual da função renal, com proteinúria.

O conceito de **disfunção crónica** é amplo, quando confirmado por biópsia renal, podemos estar perante nefropatia crónica do transplante ou rejeição crónica, no entanto caso não haja essa confirmação por exame complementar de diagnóstico, então o termo disfunção crónica, que se define como a *“degradação funcional do enxerto, persistente e progressiva, causada por fatores imunológicos e não-imunológicos. Dentre esses factores os principais são: a rejeição aguda, a toxicidade dos fármacos imunossupressores, a idade (pediátrica ou mais avançada) do dador, o tempo de isquémia, a síndrome de isquémia-reperefusão e a infecção por citomegalovírus.”* (Mota, 2003, p.11)

O tratamento médico conservador na DRCT é a opção de tratamento para a insuficiência renal quando a pessoa decide que a diálise e o transplante não se adequam ao seu caso. Na maior parte dos casos, são indivíduos já muito fragilizados, que não estão dispostos a passar por tratamentos complexos. Algumas pessoas poderão até já ter experimentado esses tratamentos mais complexos, mas encontram-se numa fase em que preferem descontinuí-los.

Esta opção significa que o tratamento continuará a ser acompanhado por profissionais de saúde, no entanto, o tratamento médico conservador não permitirá prolongar artificialmente a esperança de vida quando os rins falharem completamente. No entanto, para uma pessoa que esteja já bastante fragilizada, a sua esperança de vida com tratamento conservador médico (sem diálise) é semelhante à esperança de vida com diálise. (APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais: (<http://www.apir.org.pt/tratamento-conservador/>).

1.2 Aspetos ético e socioeconómicos da transplantação renal

Como já foi referido o TR é atualmente reconhecido por todos como o tratamento de primeira linha dos doentes portadores de DRC. Desde os primeiros transplantes em 1950, que se progrediu nas terapias de anti-rejeição (no campo farmacológico, com a descoberta de medicamentos imunossuppressores), nas técnicas cirúrgicas e na compatibilidade dos tecidos.

Tudo isto permite que este tratamento seja considerado o que tem melhor relação custo-benefício dentro de todas as TSFR, por permitir uma melhor qualidade de vida dos doentes de forma mais rápida e alargada (Thomas, 2005). Estima-se que a qualidade de vida dos doentes transplantados seja melhor, principalmente relacionada com aspetos físicos e sociais.

À equipa de enfermagem cabe as competências de ensino-aprendizagem para dadores e recetores, com vista ao aumento de habilidades para promover o autocuidado no domicílio, bem como preparar os doentes para o período peri-operatório do transplante (Mendes et al, 2012).

No entanto, de acordo com o Observatório Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a doação e transplantação, *“menos de um décimo das necessidades globais são satisfeitas.”* e para além, *“do sucesso da transplantação ter dado e melhorado a vida de centenas de indivíduos, não pode ser esquecido o lado negro, relativo ao tráfico de órgãos e ao turismo relacionado com a transplantação e à sua consequente comercialização.”* (Danovitch, 2013, p.248)

Em 2008, foi realizada em Istambul uma cimeira internacional sobre o comércio e tráfico de órgãos e turismo de transplante, na declaração final está patente a condenação de qualquer tipo destas atividades.

Um processo de doação de órgãos, de **dador vivo**, é assente nos princípios de honestidade, transparência e verdade entre o potencial dador, o médico e o potencial recetor, sem que haja coerção, sentimentos de depressão ou expectativas irrealistas. Baseado num processo isento avaliado pelo comité de ética de cada centro de transplantação.

Em Portugal, com a publicação da Lei nº22/2007 de 29 Junho, qualquer pessoa pode ser dadora, independentemente de pertencer à família ou não. Quem deseje doar um rim é detalhadamente informada de todo o processo e dos seus riscos. É estudada a sua compatibilidade com a pessoa a quem pretende doar o rim e se se confirmar ter um bom estado de saúde e os dois rins funcionarem, poderá então fazer a doação.

No nosso país, os critérios de transplantação são definidos pelo Ministério da Saúde, e a legislação respetiva diz respeito à Transplantação e Dádiva de Sangue. Funciona o critério de consentimento presumido para a doação em morte, assim quem não se tenha inscrito no RENNDA - Registo Nacional de Não Dadores, é automaticamente considerado como possível dador após a sua morte.

Os indivíduos que aguardam um **rim cadáver** têm os seus dados registados numa lista central computadorizada nos Centros de Histocompatibilidade. Quando há um rim disponível, são comparados os tecidos do “dador” com os das pessoas que estão em lista de espera e o rim é atribuído a quem tiver maior pontuação. Para isso contribui não só a compatibilidade, mas também o tempo de espera e a idade, sendo dada prioridade às crianças.

Relativamente aos aspetos financeiros associados à transplantação real, *“a actividade de transplantação custa muito dinheiro. Porém tratar os doentes com doença renal crónica é ainda mais caro.”*
<https://www.publico.pt/2011/09/20/jornal/transplantes-renais-poupam-milhoes-de-euros-ao-estado-23008207>

Ainda que reconhecidos os benefícios da transplantação a escassez de órgãos é uma realidade, que não se deve deixar abraçar por interesses mercantilistas, por forma a não corromper os princípios de altruísmo e beneficência associados a uma doação livre e desinteressada.

1.3 Coping

Os doentes transplantados quando confrontados com a rejeição/falência do enxerto recorrem a estratégias de coping para fazer frente ao stress provocado pela perda da qualidade de vida que o transplante renal outrora lhes proporcionou.

Para Folkman e Lazarus em 1984, o sistema de Coping é baseado no modelo psicológico do ego, construído por uma hierarquia de estratégias que partem de mecanismos inatos/primitivos até à construção madura e racionalizada de mecanismos. Determinam que coping será um processo adaptativo bem resolvido, o esforço individual de cada um para alcançar resultados bem-sucedidos, perante uma situação de stress ou um agente stressor.

Para se entender Coping como um processo, Folkman e Lazarus (1984) sugerem que:

“observem as alterações que ocorrem ao longo do tempo a partir do momento da perda. Numa fase inicial, por exemplo, após a morte de um ente querido, a pessoa pode parecer estar em choque e negar-se a aceitar a morte. Ou então pode apresentar-se em franca atividade, choroso, ou com uma atitude de esforço e manter as relações sociais e profissionais. Estádios mais tardios geralmente envolvem desencorajamento, depressão seguidos posteriormente pela aceitação e resignação.” (p.141)

Um aspeto importante da concetualização de Lazarus e Folkman (1984) é que:

“o coping é muito mais do que apenas a resolução de um problema. Um coping efetivo tem na verdade outras funções. Não se deve confundir as funções de coping com os seus resultados. A função de coping refere-se ao objetivo que determinada estratégia tem. O resultado refere-se ao efeito dessa estratégia.” (p.149)

Antoniazzi (1998), descreveu o modelo de Coping, de Folkman e Lazarus, como o modelo que envolve quatro conceitos principais:

- a) Coping é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;

- b) A sua função é a gestão da situação stressora, ao invés do controlo ou domínio da mesma;
- c) Os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- d) O processo coping constitui-se na mobilização de um esforço, através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir/minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente;

Já para Rudolph (1995), citado por Antoniazzi em 1998, *“o episódio de coping faz parte de um processo que sofre influência de múltiplas variáveis”* (p.279). Estão envolvidos dois conceitos os moderadores e os mediadores

Os **moderadores** são caracterizados pelas variáveis que afetam a direção ou a intensidade da relação entre uma variável independente e uma variável dependente. Ou seja, do ponto de vista do coping, essa variável será pré-existente e influencia o resultado do coping, essa variável, no entanto não será influenciada pela natureza do stressor ou pela resposta coping. Mais concretamente esses agentes moderadores refletem as características da pessoa (nível de desenvolvimento, género, experiência prévia, temperamento), do stressor (tipo, nível de controlo), do contexto (suporte social), bem como a interação desses fatores.

Os **mediadores**, por seu lado, são os mecanismos através dos quais a variável independente consegue influenciar a variável dependente. No coping, estes mecanismos são: a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção. A diferença em relação aos moderadores, que são pré-existent, é que os mediadores são acionados durante o coping.

“Nas doenças crónicas, as estratégias de enfrentamento têm um papel mediador entre o sujeito, saúde e doença. As estratégias de enfrentamento para as doenças crónicas, devem ter em consideração as suas implicações sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família e dos grupos sociais. É frequente encontrar nos doentes crónicos sentimentos de abandono, desespero, baixa-auto-estima, ansiedade e depressão. Para além disso, os antecedentes do decurso da doença, a interação, a avaliação e a resposta

do indivíduo em relação às ameaças ao seu bem-estar, estas podem moderar o impacto, atrasar ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido.” (Cerqueira 2000, citado por Ravagnani 2007, p.179)

Para Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de coping refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um stressor. Estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função. O coping focalizado na **emoção** é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress, ou é o resultado de eventos estressantes. Estes esforços de coping são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. O coping focalizado no **problema** constitui-se no esforço para intervir na situação que originou o stress, tentando mudá-lo. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando tensão.

Para Weisbord et al, 2004, “(...) *o fato dos DRCT terem numerosas comorbilidades, essas podem afetar a capacidade funcional dos indivíduos, aumentando ainda mais o desafio de coping com a sua doença.*” (p.158)

A prevalência de distúrbios psicológicos, como depressão ou os sintomas depressivos são elevados nestes pacientes (Battistello 2012). A taxa de mortalidade da doença (estimada entre 20 a 25% ao ano, é outro fator que pode desmoralizar os pacientes e comprometer o coping. Existe uma necessidade de estratégias práticas para reforçar e os encorajar a lidar a situação por forma a ajudá-los a adaptarem-se à sua doença.

O objetivo do processo de investigação desenvolvido durante o período de estágio foi determinar quais as estratégias coping mais utilizadas pelos doentes, após a falência do enxerto renal, e dessa forma adequar a minha intervenção como enfermeira especialista, no processo de transição de “quase saudável” novamente para a condição de doente renal crónico terminal.

Nilsson em 2013, ao estudar o Coping relacionado com a perceção do risco de rejeição do enxerto tentou relacionar algumas características clínicas e demográficas específicas dos doentes transplantados, com a perceção do risco de rejeição, isto é, o tempo de acompanhamento, a idade, o género, tipo de órgão e número de rejeições de enxertos tratados, por forma a identificar os

pacientes que pudessem estar em risco de ansiedade severa devido à ameaça percebida do risco de rejeição do enxerto. Constatou que atualmente não há estratégias específicas documentadas para intervenções nos doentes transplantados, conscientes do risco de rejeição do enxerto.

Os esforços para apoiar os indivíduos transplantados para dominarem a ansiedade advinda da percepção do risco de rejeição do enxerto são um aspeto importante nos cuidados de enfermagem no pós-transplante.

Ouellette (2009), concluiu que a falha no enxerto de rim provavelmente será experimentada como um evento perturbador que implica sofrimento. Apesar de um risco importante associado ao transplante de rim, as reações à insuficiência do enxerto renal estão escassamente documentadas na literatura científica. Um melhor entendimento de como as pessoas experimentam a falha do enxerto, do ponto de vista psicossocial, e não apenas de uma perspetiva corporal, é fundamental para oferecer cuidados médicos otimizados.

Também Gill, 2009, afirma *“(...) as dimensões pessoais da falha do enxerto, na perspetiva dos pacientes e seus familiares, estão mal documentadas e, portanto, mal compreendidas. Poucos estudos empíricos exploraram esta área.” (p.115)*

1.4 Concetualização teórica de enfermagem

Atendendo ao que tem sido exposto ao longo do relatório, creio que a forma mais adequada de fazer a concetualização teórica, na vertente da profissão de enfermagem, seja, utilizando os conceitos da Teoria das Transições, desenvolvida em 2001 por Afaf Meleis.

Meleis (2009) define **transição** como um processo de adaptação em situações críticas por mudanças pessoais ou do ambiente. Os doentes com DRCT passam por diversas transições sendo confrontados com a necessidade de adaptação, ajustamento e mudança às diferentes exigências da doença e dos seus tratamentos. Alternam entre períodos de equilíbrio em que quase se consideram saudáveis por períodos de doença aquando da agudização do seu nível de cronicidade.

Os profissionais de enfermagem lidam diariamente com indivíduos que passam por processos de transição, quer seja no que diz respeito à sua condição de saúde/doença, bem-estar ou capacidade para se auto cuidarem.

O foco do estudo de investigação é a transição do transplantado renal de uma situação de quase saudável novamente para a condição de doente renal crónico terminal e as estratégias coping por ele utilizadas.

Existem condições que afetam os processos de transição, nomeadamente: o significado atribuído à experiência, as expectativas construídas, o nível de conhecimento, as competências, o ambiente, o plano emocional e o bem-estar físico.

Como indicadores de transição saudável ou bem-sucedida, Meleis (2009), sugere que exista um sentimento subjetivo de bem-estar, se apresente mestria nos novos conhecimentos/ comportamentos e haja bem-estar, nas relações interpessoais.

Os indicadores de resultado da transição traduzem-se no aumento do nível de mobilidade, a diminuição do nível de dependência, “numa atividade nova tornar-se um hábito”, no retomar da vida social e numa reformulação positiva face ao pedir ajuda.

As terapêuticas de enfermagem que emergiram como promotoras de uma transição saudável foram: promover a consciencialização face às mudanças que estão ou que vão ocorrer, avaliar o nível de dependência e identificar com a pessoa as mudanças e diferenças percecionadas; facilitar a tomada de decisões, proporcionando informação válida para a tomada de decisão; identificar antecipadamente necessidades de mudanças na habitação, avaliar condições habitacionais e avaliar recursos disponíveis; desenvolver competências de autocuidado, instruir e treinar estratégias de autocuidado, advogar, instruir e treinar o uso de produtos de apoio; promover o “tomar conta” – reunir com a família, apoiar na gestão das tarefas, de recursos e produtos de apoio e desenvolver competências para “tomar conta”.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O estágio referente ao 3º semestre do curso de mestrado de especialidade médico-cirúrgica, vertente de nefrologia, foi projetado de forma individual atendendo aos objetivos a alcançar na área do projeto de investigação e também às competências de enfermeiro especialista que desejei desenvolver.

Este estágio deve refletir em parte a minha experiência profissional, o conhecimento dos campos de estágio e os contextos da minha prática clínica, mas também o meu percurso formativo e o meu papel, enquanto aluna, que se pretende proativo e empenhado em desenvolver conhecimento e práticas de enfermagem especializadas e centradas no crescimento e reconhecimento do enfermeiro especialista, bem como, nos cuidados diferenciados ao doente renal.

O estágio decorreu durante 18 semanas, num total aproximado de 525h, entre setembro 2017 e fevereiro de 2018.

Os campos de estágio por mim selecionados, foram quatro, talvez uma decisão arriscada, pois exigiu uma grande capacidade de organização e de adaptação e uma maior definição dos objetivos e competências a adquirir enquanto futura enfermeira especialista.

O primeiro campo de estágio decorreu na consulta de diálise peritoneal, de um hospital central da região da Grande Lisboa (H1).

De seguida passei para um outro hospital de referência (H2), na área da nefrologia, também da região da Grande de Lisboa, onde estive na consulta de transplantação renal e também na consulta de esclarecimento e opções.

O terceiro campo de estágio, foi numa clínica privada de hemodiálise (C1), durante um período de 3 semanas.

O quarto campo de estágio diz respeito a um hospital privado (H3), com algumas parcerias públicas, no que diz respeito à área da nefrologia, abrangeu a área de cirurgia de acessos vasculares, o internamento e a unidade de cuidados intensivos.

Todos os campos de estágio por mim selecionados, dizem respeito a hospitais de referência na área de nefrologia, com a valência da transplantação renal, temática central no meu projeto de investigação, e por isso considerá-los uma mais valia para a minha aprendizagem e crescimento profissional. A clínica

de hemodiálise por mim selecionada justifica-se na medida em que posso também ali, desenvolver uma prática e conhecimentos especializados. Inclusivamente a OE preconiza “a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (p.2) e ainda:

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. (p.2)

Conciliar todos estes campos de estágio com os objetivos e competências de enfermeiro especialista, tempo profissional e familiar foi intimidante, mas a minha força de vontade e resiliência foram uma ajuda fundamental.

O cronograma do estágio encontra-se em anexo, apresentando os campos de estágio e as horas a eles correspondentes (Apêndice I).

2.1 Consulta de Diálise Peritoneal

O Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do H1, divide-se em várias unidades funcionais, sendo uma delas a Diálise Peritoneal. A caracterização do espaço físico onde está alocada a consulta de diálise peritoneal está exposta no apêndice II.

A minha experiência prévia a este estágio com a diálise peritoneal, diz respeito à minha área de intervenção profissional, aquando das situações de lesão renal aguda, decorrentes das intervenções cirúrgicas na área da cirurgia cardiotorácica pediátrica. Sempre num contexto de internamento hospitalar e por um curto período.

Este campo de estágio permitiu-me contactar com doentes adultos, que são cuidadores de si próprios, pois tal como Burdman, 2011, sugere “(...) a técnica de diálise peritoneal é simples, segura, gentil e eficiente.” (p.149)

As intervenções do enfermeiro especialista nesta área visam alcançar a autonomia destes indivíduos.

Um estudo europeu de 2007, dirigido por Basso e Ricci, concluiu que em *“440 participantes ocorreu uma diminuição das terapias de substituição renal contínuas de 86% e um aumento na utilização de Diálise Peritoneal para 30%”*. (p.214)

Em Portugal, segundo a SPN, em 2016, havia cerca de 720 indivíduos em tratamento por Diálise Peritoneal, sendo que 405 estariam em Dialise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) e 315 em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Neste centro em concreto estão 49 doentes em tratamento ativo, sendo que 34 desses fazem DPA.

Para alcançar os objetivos propostos utilizei diferentes recursos e realizei atividades focalizadas na aquisição de competências de enfermeiro especialista.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, procurei promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A integração ocorreu de forma gradual, tendo adquirido conhecimento sobre o espaço físico e a constituição da equipa multidisciplinar.

Observei a intervenção do enfermeiro na unidade, que engloba o apoio ao internamento, consulta externa de rotina e de urgência, ensino da técnica ao doente e familiares e apoio após a colocação do cateter de Tenckoff, sendo que estes doentes estão no internamento de nefrologia ou na cirurgia geral, deslocando-se à unidade de DP quando necessário.

O papel do enfermeiro especialista *“(...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento (...)”* OE, 2010, p.2. Efetivamente a intervenção do enfermeiro é muito focalizada para o ensino e treino dos indivíduos e familiares cuidadores, sendo da sua responsabilidade avaliar a capacidade dos mesmos para a execução da técnica. Podendo daí ser dado o aval para que o tratamento possa ser realizado no domicílio de forma segura.

A unidade de diálise peritoneal possui uma base de dados, construída pelo enfermeiro especialista, onde se registam os dados relativos a todos os doentes afetos a esta unidade, o acesso é restrito á equipa de profissionais da saúde, que possuem uma password para poderem consultar os dados e/ou

acrescentar informação. Desta forma é garantido o sigilo profissional que se enquadra na reserva dos direitos humanos.

Os conteúdos desta base de dados dizem respeito a nome, idade, tempo de tratamento, datas de treino (DP manual ou DP automatizada), datas para repetir os treinos, data de colocação do cateter de Tenckoff, data de troca do prolongamento do cateter de Tenckoff, episódios ocorridos, nomeadamente: peritonites, infeção do orifício de saída, PET – teste de equilíbrio peritoneal e PIA – pressão intra-abdominal.

Esta base de dados é atualizada à medida que se introduzem os dados, permitindo a consulta em tempo real da idade média de doentes, número de doentes mediante o género, número de doentes em tratamento ativo, média de idades, entre outros.

Os protocolos existentes referem-se aos programas de doentes em DP, teste de equilíbrio peritoneal (PET), peritonites e infeção do orifício de saída.

Os registos são efetuados no sistema informatizado do hospital, cuja base estrutural é o sistema CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Este sistema foi desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

Os enfermeiros desta unidade construíram também um “Manual de Apoio ao Doente em Diálise Peritoneal”, que disponibilizam a cada doente em tratamento. É um manual que vai na 4ª versão, foi construído em parceria com a equipe médica e de acordo com as orientações da ISPD, International Society for Peritoneal Dialysis. A OE tem neste momento um grupo de trabalho que pretende desenvolver um guia orientador de boas práticas em diálise peritoneal, em semelhança ao que já existe atualmente para a hemodiálise.

O trabalho em equipa, a partilha de experiências, o esclarecimento de dúvidas e a participação na maioria das práticas do serviço, nomeadamente no ensino da técnica de DP manual ao doente, permitiu-me ganhar confiança e melhorar a minha prática.

O ambiente foi favorável à aprendizagem e a comunicação foi um elemento imprescindível. A comunicação em enfermagem tem importância para

a arte de cuidar. Um processo de comunicação eficaz ocorre através da relação empática entre enfermeiro, paciente e equipa multidisciplinar. “As formas de comunicação no ambiente de enfermagem e a visão das enfermeiras sobre a eficácia dessas formas estão relacionadas” (Meneghin, 1991, p.115). Ter presente esta noção é importante como enfermeira especialista, na medida em que devemos moldar-nos aos contextos, às situações e sobretudo aos doentes e famílias de quem cuidamos.

Tive oportunidade de participar nos ensinamentos sobre a técnica de DP a três doentes, um em esquema de DP manual e os outros em treino para DP automatizada, mediante o estágio de aprendizagem/ensino em que se encontravam e os conhecimentos adquiridos.

No que diz respeito aos ensinamentos existem barreiras que devem ser consideradas pela equipa de enfermagem, nomeadamente:” *Fatores relacionados com a enfermagem: escassez deste recurso humano (...) Em posição oposta como agentes facilitadores são reconhecidos como a formação especializada das enfermeiras para proporcionar ensinamentos clínicos (...)*”. (Karimi, 2016, p.139).

O fato da equipa de enfermagem ser constituída apenas por um elemento fixo e um outro que dá apoio em alguns dias da semana, pode ser considerado uma barreira, pois pode existir falta de coesão na informação disponibilizada aos utentes, no entanto, o enfermeiro deste centro é especialista e desenvolveu um método de ensino que está explícito num plano, que é usado por todos os elementos da equipa.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** colaborei em programas de melhoria contínua da qualidade e procurei criar e manter um ambiente terapêutico seguro

Avaliei as necessidades de saúde da pessoa com DRC. Para permitir ao doente cumprir o tratamento foram esclarecidas dúvidas acerca da técnica e feita a ligação do tratamento com as rotinas diárias, nomeadamente, a realização do penso e prevenção de infeção do orifício.

A observação do ensino ao doente e família permitiu-me compreender a importância da individualização dos cuidados/ensinos, pois as estratégias utilizadas são ajustadas às características específicas dos intervenientes.

A problemática da adesão terapêutica e a repercussão que a falta de adesão assume na saúde pública tem sido largamente investigada. Cabral e Silva, 2010, recorrendo a Bugalho e Carneiro, 2004, identificam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais. As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e da doença, com linguagem clara e objetiva de acordo com o nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. As intervenções comportamentais visam incorporar na prática diária, mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão ao tratamento.

A minha colaboração assertiva com a equipa, doente e família, o recurso ao sistema informatizado para registo das informações sobre o doente, a fundamentação das minhas intervenções recorrendo à evidência científica disponível, contribuíram para a melhoria da qualidade.

Em relação ao **domínio da gestão de cuidados** otimizei o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e adaptei a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Pretendi demonstrar competências de gestão de cuidados à pessoa com DRC e família. Assim, estabeleci um bom relacionamento com a equipa multidisciplinar, o doente e a família. O diálogo com todos os intervenientes foi realizado de forma adequada, exercendo as funções de acordo com o código deontológico: *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (p.3). Assim como, *“cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão”* (p.3) e também *“A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”* (p.11).

A promoção da saúde foi implementada através do conhecimento da realidade dos doentes e família, ao longo do contato com os mesmos na consulta

de rotina e durante os ensinamentos da técnica. *“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”*, (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2015, p.10).

O incentivo à participação nos cuidados relacionou-se com o esclarecimento de dúvidas do doente e família e também ao reforço positivo sobre a aquisição de método e capacidade de identificação/correção de erros.

No **domínio das aprendizagens profissionais** desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade e baseei a prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Tendo em conta a realidade da unidade e a minha realidade enquanto enfermeira numa unidade de cuidados intensivos pediátrica, onde em situações de IRA, realizamos diálise peritoneal, fiz uma exposição apenas informativa (Apêndice III), sobre os cuidados de enfermagem na unidade pediátrica e em parceria com a equipa de enfermagem desta unidade de DP, procurámos encontrar as semelhanças e os pontos divergentes.

Despertou-me a atenção um aspeto divergente, nomeadamente a utilização de heparina no soluto dialisante, medida não utilizada neste centro, apenas e exclusivamente após colocação do cateter de Tenckhoff e se perante a suspeita de obstrução do cateter, procedendo-se à lavagem peritoneal com soluto dialisante contendo 4000UI de heparina por 2L de soluto.

Del Peso et al, 2011, efetuaram um estudo randomizado sobre a utilização da biheparina em doentes com falência da membrana peritoneal no intuito de melhorar a ultrafiltração e concluíram que os seus:

“dados não suportam o uso sistemático de biheparina para o manejo da disfunção da membrana peritoneal em pacientes com DP. Noutros estudos sobre a utilidade desta abordagem em pacientes com insuficiência da ultrafiltração é garantida. A administração intraperitoneal de Biheparina é segura em pacientes com DP, desde que sejam respeitados os procedimentos regulados”. (p.2051)

Burdman, 2011, assume que a DP tem como aspeto vantajoso *“não requer equipamentos especializados, anti coagulação sistêmica, ou circuitos extracorpóreos”*. (p.149)

A realidade é que existem poucos estudos disponíveis sobre a utilização de heparina nos solutos de DP, apesar de se assumir que uma das vantagens é

o fato de se conseguir manter a eficácia do tratamento mesmo sem heparina no circuito, um estudo de revisão da literatura, sobre situações de hemorragia retroperitoneal espontânea em DP afirma:

“Hemorragia retroperitoneal espontânea em diálise tem sido associada a coagulopatia. No entanto, é interessante perceber que os casos de hemorragia retroperitoneal espontânea ocorreram no inverno, com de infecções respiratórias anteriores. Nós levantamos a hipótese de que as manobras de Valsava associadas a tosse poderem ter induzido a trauma” da mesma forma que constatou “haver hemorragia retroperitoneal espontânea na sequência da rutura de um quisto renal, em doentes com doença renal poliquística” (Malek-Marín et al, 2010, p.242)

Desta forma, parece não haver contraindicação na utilização de heparina no soluto dialisante, ou pelo menos não há estudos disponíveis que apontem em direção oposta.

Segundo a OE, 2010, no quadro das competências do enfermeiro especialista, este: *“Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Discute as implicações da investigação. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada”.* (p.10)

O conhecimento adquirido ao longo do estágio foi benéfico para a minha aprendizagem enquanto aspirante a enfermeira especialista e enriquecedor para a minha experiência profissional, conseguindo localizar-me neste centro como eventual colaboradora.

A pesquisa nos processos clínicos, a observação de atitudes e execução da técnica, as respostas dadas às questões feitas sobre o tratamento e a discussão com o enfermeiro orientador acerca das doenças coexistentes nestes doentes, permitiu-me gerir cuidados diferenciados. A ação do enfermeiro especialista deve estar assente em conceitos e conceções teórico-científicas.

Para finalizar, gostaria de salientar que nesta área da nefrologia, o coping pode estar relacionado com os ensinamentos/treinamentos da técnica de diálise peritoneal, com as complicações advindas da manipulação incorreta do cateter de Tenckhoff, da depressão advinda da doença crónica, das idas regulares ao centro, da alteração da imagem corporal, da dificuldade em gerir os tempos de tratamento com a atividade profissional.

Acredito que a minha atitude e postura corresponderam às competências específicas relativas ao desenvolvimento profissional, ao relacionamento interpessoal e à responsabilidade social, que estão inerentes à aprendizagem e à profissão.

A avaliação deste percurso encontra-se em anexo e foi realizada pelo enfermeiro que me orientou durante o estágio (Anexo I).

2.2. Consulta de Transplante Renal

O estágio na consulta de transplante renal decorreu num hospital central (H2) da área da grande Lisboa. A caracterização da zona de consultas de transplantação renal deste centro hospitalar pode ser consultada no apêndice II.

De entre a missão, valores e objetivos estratégicos construídos por esta instituição, gostaria de salientar:

- Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;

Saliento este objetivo pois tive oportunidade de assistir à preocupação em manter a confidencialidade, a qualidade e a capacidade de personalizar a consulta de acordo com cada indivíduo.

Em 1986, a OMS definia qualidade como: a comparação de como o nível de cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como o nível desejado de cuidados.

A equipa de enfermagem das consultas de transplantação renal segue as Normas de Procedimentos em Enfermagem (Consulta de Nefrologia Transplante Renal – Pós Primeira Consulta e Consulta de Nefrologia Transplante Renal – Pós Consulta Subsequente, elaboradas pela equipa de enfermagem deste centro, em 2016, e cujos objetivos são:

- Definir princípios orientadores na prestação de cuidados ao utente transplantado renal, durante o seu atendimento na Unidade de Transplantação Renal;
- Dotar os enfermeiros de competências para a prestação de cuidados ao utente transplantado renal, durante o atendimento;

- Uniformizar os registos da Consulta de Enfermagem de Nefrologia Transplantação Renal
- Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao utente transplantado renal;
- Prevenir complicações;

Este estágio permitiu-me desenvolver e adquirir competências de enfermeiro especialista nos quatro domínios das suas competências:

No **domínio da prática profissional, ética e legal** participei no trabalho da equipa multidisciplinar e promovi práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A integração no serviço permitiu-me conhecer o espaço e as intervenções de enfermagem mais frequentes, bem como a equipa multidisciplinar. As normas existentes da unidade, já anteriormente referidas, são relativas à consulta de enfermagem de pós-transplante, 1ª vez e subsequente.

O respeito pela privacidade e singularidade do doente foi garantida tendo em conta o ambiente físico da consulta externa e as normas vigentes da unidade, tendo obtido a autorização para a minha presença nas consultas. Mesmo sendo a minha presença autorizada pelos indivíduos em consulta, pude notar algum constrangimento quando eram abordadas temáticas de foro íntimo, tais como a sexualidade e relações familiares conturbadas.

De acordo com os Direitos do Doente (DGS, 2011, p.10), alínea 11 “*a prestação de cuidados de saúde efetuasse no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade*”, o que significa que qualquer ato de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efetuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, consentindo o doente com a sua presença.

A perceção do impacto do tratamento no doente e na família foi primordial na observação das diferentes consultas.

É pertinente salientar que os enfermeiros acompanham o doente com DRC desde que entram em lista de espera para o TR até ao pós-operatório tardio a nível ambulatorio, estabelecendo uma relação empática e singular com esses doentes.

Apesar de ter sido um estágio maioritariamente de observação e ser em regime de consulta externa, adquiri conhecimentos inerentes aos objetivos delineados.

A prática profissional vivenciada através da discussão das situações, do esclarecimento de dúvidas e da observação das consultas por parte das diferentes enfermeiras, permitiu-me ter uma visão diferenciada dos cuidados, o que alargou os horizontes do meu processo de aprendizagem.

No **domínio da gestão de cuidados** demonstrei competências de gestão de cuidados à pessoa com DRC e família.

O contacto com doentes e familiares, nos diferentes contextos de consulta, foi o aspeto fulcral da minha aprendizagem na área específica da transplantação renal. O contato com outros elementos da equipa multidisciplinar permitiu-me esclarecer dúvidas e partilhar experiências.

Em termos de gestão de cuidados, adquiri conhecimentos relativos às normas existentes e ao modelo organizativo da instituição, o que me facilitou na orientação e encaminhamento dos doentes para os diversos serviços conforme as suas necessidades.

Para além disso aprendi a consultar a folha de follow-up das consultas de pós transplante, onde está descrito todo o historial dos doentes.

Predominou a observação durante a consulta de enfermagem, sendo esporádica a minha ação com o doente e a família, no caso de específico de esclarecimento sobre informações clínicas, medicação e sinais de rejeição.

Quanto ao **domínio das aprendizagens profissionais** procurei basear a praxis clínica especializada em sólidos e vários padrões de conhecimento e também estudei o coping da pessoa com DRC e da família à doença e ao tratamento.

Por forma a melhorar a minha prestação profissional na área da transplantação renal, tive de aprofundar conhecimentos teorico-científicos. Uma maior apreensão do saber determinou um maior à vontade na prestação de informações ao indivíduo e a família. Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (OE, 2011).

Esta unidade dispõe de um Manual de Informação Pré Transplante Renal com informações para os doentes e família, elaborado pela equipa multidisciplinar em 2016.

O diálogo com as diferentes enfermeiras da unidade permitiu-me esclarecer dúvidas, especificamente na área do transplante renal com dador vivo e consulta pós-transplante.

Os processos de aprendizagem são dinâmicos, não se extinguem no tempo, embora possam passar por diferentes fases consoante o período de desenvolvimento de cada um. Não se cingem ao ambiente escolar, mas multiplicam-se nas relações interpessoais do dia-a-dia, quer em ambiente social, familiar e/ou profissional.

Os focos de stress, identificados nestes indivíduos, através de conversa em ambiente de consulta, sem um guia estruturado são: o horário terapêutico e os efeitos secundários da terapia imunossupressora.

Foi interessante constatar as estratégias que utilizam para fazer coping, aos focos de stress referidos. Por exemplo a utilização de despertador no telefone pessoal para não falhar tomas e também o uso do guia do doente transplantado onde a cada consulta se atualiza a terapêutica (dosagem e horário). Na maioria das vezes estratégias de coping centradas na resolução de problemas e não no controlo das emoções.

Desta forma procurei ensinar estratégias para lidar com a gestão terapêutica e os efeitos secundários da mesma. Sugerindo que para otimizar a terapêutica anti hipertensora deveriam fazer a avaliação da tensão arterial e perceber se tinham alcançado os valores desejados, e para reduzir os edemas posturais dos membros inferiores deveriam usar meias de contenção e fazer elevação dos membros.

Considero também relevante o conhecimento obtido a partir da história clínica dos doentes, na consulta de pós-transplante, através da pesquisa de informação nos processos clínicos e no sistema informatizado dos registos de enfermagem.

Quanto ao **domínio da melhoria contínua da qualidade** avaliei as necessidades de saúde da pessoa com DRC e identifiquei situações de stress e coping no DRC e sua família.

A observação da interação enfermeira-doente/família possibilitou detetar estratégias eficazes na relação com a pessoa com DRC e a família, permitindo assim a aquisição de competências para a prática futura.

Corllet em 2015 defende que as interações do binómio, enfermeira supervisora/ enfermeira supervisionada ou enfermeira / doente ou família deve assentar num “ (...) *modelo baseado na **reflexão crítica** e implica competências de **escuta ativa, compreensão mútua, interação programada e intencional para criar uma relação de suporte.***” (p.90)

Adianta também que: “(...) *relações mais interativas promovem a construção de sistemas de suporte mais bem-sucedidos e que ambos os intervenientes se devem responsabilizar pelos resultados. A interação conjunta, a relação estabelecida e a motivação são fundamentais para que os envolvidos se sintam seguros.*” (p.101)

Durante o período de estágio não houve oportunidade para participar em consultas pré-transplante de dador vivo (dador e recetor), por não ter havido nenhum agendamento, apenas pude participar em consultas de follow-up pós transplante e em consultas de pós-transplante 1ª vez.

Foi muito importante perceber em que aspetos fundamentais assentam os ensinamentos destas consultas: dos cuidados a ter com a pele, a dieta e hidratação (balanço hídrico) e as alterações emocionais, hormonais, físicas e claro a terapêutica imunossupressora.

A avaliação, sobre o meu desempenho, neste campo de estágio foi realizada pela enfermeira orientadora e encontra-se no anexo II.

2.3 Consulta de Esclarecimento e Opções

O espaço físico da consulta de esclarecimento e opções deste centro hospitalar é comum à consulta de diálise peritoneal. A caracterização do espaço físico da unidade pode ser consultada no apêndice II.

Houve necessidade de fazer alguns ajustes a este percurso, por se constatar que a consulta de Esclarecimento e Opções, decorre apenas uma vez por semana com a agravante que durante espaço temporal, do estágio um

feriado coincidiu precisamente à quarta-feira. Assim sendo, na realidade assisti apenas a uma consulta de EO médica e participei apenas numa consulta de EO de enfermagem.

No entanto devo ressaltar que no primeiro centro hospitalar (H1), foi-me permitido participar em consultas de esclarecimento e opções, que se realizavam diariamente, após a hora do almoço, havendo geralmente entre 2 a 3 consultas diárias. Assim consegui observar a intervenção do enfermeiro especialista nesta consulta, com a vantagem de poder fazer um paralelismo entre os dois centros hospitalares.

Tentando aproveitar toda a carga horária, no H2, foi-me permitido desenvolver atividades de enfermagem na Unidade de Diálise Peritoneal e visitar o serviço de internamento de cirurgia, que acolhe os doentes transplantados renais. Ressalvo que esta necessidade de reajustar os objetivos e as estratégias para os alcançar, não foi limitador, mas sim amplamente positivo, uma vez que me permitiu compreender a articulação entre os diferentes serviços do hospital e as atividades desenvolvidas pelas diferentes equipas de enfermagem, no âmbito da transplantação renal, o que considero uma mais valia para a minha formação como enfermeira especialista e também na ampliação de conhecimentos na temática do estudo de investigação.

Relativamente ao **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** gostaria de realçar a capacidade de se transmitir informação aos indivíduos e famílias que procuram a consulta de esclarecimento e opções, de uma forma assertiva, procurando ser claro e objetivo e sem procurar indicar qual a melhor opção de tratamento para o indivíduo, resguardando o seu direito de opção consentida e esclarecida.

Admiro a forma como as consultas foram conduzidas, em ambos os hospitais, nomeadamente no que diz respeito à não emissão de juízos de valor e procurando sempre o esclarecimento de dúvidas deixando oportunidade para se criarem pontes de relação profissional entre enfermeiro e indivíduo/família, mesmo numa fase posterior à consulta.

Em cada consulta é disponibilizado um exemplar da Norma da DGS nº 017/2011 de 29/09/2011, que o doente deve ler pausadamente em casa e que a decisão final, sobre a modalidade de tratamento, é apenas sua.

As consultas de esclarecimento e opções em ambos os hospitais são setoriais, quero dizer com isto, que apesar de envolverem uma equipa multidisciplinar: médico, enfermeiro, nutricionista e assistente social, os profissionais não interagem entre si, não havendo interdisciplinaridade. Apenas podem se assim o entenderem consultar os registos de uns e outros.

No entanto, existe uma preocupação de partilha de informações, ainda que em contexto informal entre o binómio médico-enfermeiro, mas não suportada por nenhuma reunião formal conjunta e com a total exclusão dos outros profissionais, nutricionista e assistente social.

A primeira consulta é feita com o médico que disponibiliza a informação teórica sobre a anatomofisiologia renal, a doença, causas, sinais e sintomas e os diferentes tipos de tratamento: Diálise Peritoneal, Hemodiálise e Transplante Renal. No final é feita a marcação de uma segunda consulta, pedindo-se ao doente que tome a sua decisão em família e que regresse depois já com o consentimento informado assinado.

Segue-se a consulta de enfermagem, no H1 esta é logo a seguir à do médico, ou seja, no mesmo dia. No H2 a consulta de enfermagem é marcada com um intervalo mínimo de 15 dias, o que permite talvez, que o doente tenha oportunidade para partilhar informações com a família e reorganizar o seu pensamento por forma a levar dúvidas mais consistentes à consulta de enfermagem.

Em ambos os hospitais as consultas de enfermagem são similares à consulta médica, estando estruturadas da mesma forma, abordando as temáticas referidas anteriormente. Ambas as equipas de enfermagem, tanto no H1 como no H2 seguem a consulta seguindo um suporte digital em power point, que tem imagens relevantes sobre a doença, tratamentos, cateteres e acessos vasculares, o que me pareceu ser extremamente facilitador para enfermeiro e doente. Possuem também outros dispositivos como os próprios cateteres e cicladoras, utilizadas na DPCA que os doentes podem ver e manusear.

Como futura enfermeira especialista o que mais me despertou na prática especializada dos enfermeiros foi a capacidade que detém de abordar os problemas dos seus doentes de uma forma ética e profissional, pois repetidamente tanto doentes como famílias tentaram transferir a tomada de decisão para os enfermeiros.

Foi positivo o fato de ter tido oportunidade de fazer estágio nesta área de intervenção da nefrologia, em dois centros hospitalares diferentes, não consigo demarcar diferenças substanciais na atuação das equipas de enfermagem o que de alguma forma denota o profissionalismo e a especialização de ambas as equipas.

Refletindo agora sobre as minhas intervenções de futura enfermeira especialista, sei estar apta para esclarecer dúvidas aos utentes/famílias, no entanto não creio que tenha ainda a destreza ética e profissional para lidar com os dilemas humanos e sociais dos doentes que procuram esta consulta.

Gostaria ainda de salientar neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que foi com alguma apreensão que constatei que em ambos os hospitais, o Tratamento Médico Conservador da Doença Renal Crónica é na grande maioria das vezes renegado para segundo plano, sendo apenas enumerado, mas não apresentado como uma opção de tratamento.

A norma nº 017/2011 apresenta:

*“Sem prejuízo da observância do direito de o doente optar livremente pela modalidade terapêutica. O **tratamento conservador médico** não é uma alternativa às outras modalidades, encontrando-se reservado para situações graves, de mau prognóstico de vida, em que a diálise não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores”.*
(p.30)

Questiono: O tratamento conservador médico é ou não é uma opção de tratamento? Esta alternativa de tratamento, na norma, é apresentada como modalidade terapêutica ainda que a mesma ressalve que o possa ser apenas em casos excecionais, em situações em que o tratamento interventivo (diálise e transplantação) não se encontre indicado ou não possa ser realizado. No entanto o objetivo da norma é dotar os indivíduos de poderem optar livremente pela modalidade terapêutica que melhor se ajusta à sua realidade física, familiar,

social, profissional. Assim será legítimo como enfermeira especialista não abordar esta modalidade de tratamento? Não se estará à partida a tomar já algum tipo de decisão pelo doente?

Quanto ao **domínio da melhoria contínua da qualidade**, em ambos os hospitais não existe nenhuma norma específica que oriente a intervenção dos profissionais de enfermagem na consulta de esclarecimento e opções. Existe apenas e tal como referi anteriormente uma apresentação em power point, que foi elaborada pela equipa de enfermagem e que disponibiliza informação útil, clara e pertinente sobre a anatomofisiologia renal, doença renal, causas, sinais e sintomas e modalidades de tratamento.

Houve necessidade de fazer um ajuste aos objetivos e atividades a desenvolver neste campo de estágio e dessa forma tive oportunidade passar pelo no serviço de internamento de cirurgia do H2, serviço de acolhimento para o doente transplantado, foco importante para o meu estudo de investigação.

No serviço de cirurgia existe uma Unidade de Transplantação Renal que dispõe de 3 camas. Se a lotação for ultrapassada existe a possibilidade de se ocupar a cama e isolamento da Unidade de Cuidados Intermédios existente no mesmo serviço de internamento.

A Unidade de Transplantação Renal dispõe de um Manual de Procedimentos de Enfermagem ao Utente Submetido a Transplante Renal, que vai na segunda edição tendo sido revisto pela última vez em 2016. Foi elaborado por duas enfermeiras peritas nesta área e que assumem funções de coordenação no serviço em questão.

Este manual é interpretado pela instituição como uma Norma para Procedimentos de Enfermagem e tal como todas as normas, o seu objetivo é orientar e uniformizar as intervenções de enfermagem aos doentes transplantados renais.

A informação disponibilizada neste manual incide sobre os cuidados de enfermagem no acolhimento do recetor e também se for o caso, do dador, nas situações de doação viva. Os exames que devem ser realizados pré transplante, cuidados de higiene e informações relevantes como: contato telefónico, data do último tratamento de hemodiálise ou em caso de diálise peritoneal em que fase

do ciclo está, pois, o indivíduo deve seguir para o bloco operatório após a fase de drenagem e sem soluto dialisante no espaço peritoneal.

Após o contato telefónico do Instituto Português do Sangue e da Transplantação o recetor deve seguir quanto antes para o centro hospitalar para o qual está referenciado, mesmo que seja madrugada. Assim sendo nem sempre os doentes estão preparados em termos de higiene e jejum. Estas são questões importantes que devem ser abordados pela equipa de enfermagem quando os indivíduos chegam ao hospital.

Já no pós-transplante renal o manual em questão disponibiliza informação sobre exames a realizar, nomeadamente, análises, ecografia renal e renograma. Cuidados de enfermagem ao transplantado renal com cateter venoso central, sonda naso-gástrica, dibe epidural, algália e dreno tipo redivac. As intervenções de enfermagem ao doente cirúrgico visam sempre promover a autonomia precoce do indivíduo ao retorno das suas atividades de vida normais.

Desta forma, os ensinamentos sobre a forma como os indivíduos vão reajustar a sua nova realidade de transplantado renal e a sua terapêutica imunossupressora ao seu contexto domiciliário, familiar e social é feito tão precocemente quanto possível.

A equipa de enfermagem segue este manual, como guia orientador, mas ajusta as suas intervenções de acordo com as características dos doentes, pois, se para um doente poderá fazer sentido começar a fazer ensinamentos logo ao segundo dia, outros há em que a abordagem tem de ser mais diferenciada sendo por vezes necessário a participação de alguém de referência para aquele indivíduo. Nesta instituição, em média, o internamento pós-transplante dura cerca de 10 dias.

Relativamente ao **domínio da gestão dos cuidados** a alta do doente transplantado é dada pela equipa médica e de enfermagem e a consulta de follow-up pós transplante fica agendada para as 48h após alta. Esta consulta é feita por outra equipa de enfermagem no serviço de consultas externas do hospital.

A gestão da preparação para a alta requer alguma perícia da equipa de enfermagem que deve conseguir durante o curto tempo, que corresponde ao

internamento, instruir e formar os indivíduos acerca da terapêutica imunossupressora, dos cuidados com a alimentação e de higiene e também sobre o balanço hídrico.

Desta forma apresentado, até parece ser relativamente simples, mas é muita informação e o momento de regressar a casa, ainda que possa ser algo positivo acresce de focos de stress, pois as dúvidas, na realidade só surgem quando o doente chega a casa e o enfermeiro não está.

A equipa de enfermagem tem de ser consistente em relação às informações disponibilizadas e aos ensinamentos. Por forma a facilitar esta gestão de cuidados de enfermagem e a disponibilização de informação, o hospital em questão oferece a cada doente transplantado um livro – O Manual do Doente Transplantado.

Este manual deve acompanhar o doente transplantado em cada consulta médica e de enfermagem, para além da sua identificação pessoal, consta um pequeno resumo histórico da Unidade de Transplantação Renal, os contactos úteis, a terapêutica imunossupressora, efeitos secundários, cuidados com a alimentação, cuidados de higiene, balanço hídrico e sinais de rejeição do enxerto renal.

O doente é ensinado a preencher o quadro de balanço hídrico e deve diariamente registar o seu peso, glicémia (se for diabético), tensão arterial, volume de ingestas e volume de perdas. Isto permite que a equipa de enfermagem consiga ter uma visão global sobre aquele indivíduo e assim direccionar as suas intervenções.

Gerir cuidados de enfermagem em regime ambulatorio requer uma grande perícia por parte dos enfermeiros. A relação empática e assertiva dos profissionais para com os indivíduos é o ponto fulcral para se manter um bom acompanhamento destes doentes.

Devo realçar também que neste centro hospitalar são realizadas reuniões clínicas multidisciplinares, com médicos nefrologistas, enfermeiros e psicólogos onde são discutidos os casos que requerem mais atenção por parte da equipa, seja por motivos clínicos, de adesão terapêutica, questões sociais entre outras. Durante a minha passagem por este centro hospitalar não tive oportunidade de

assistir a estas reuniões visto que grande parte da equipa médica se encontrava ausente num congresso da área da nefrologia.

No **domínio das aprendizagens profissionais** procurei basear a minha prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Pelo fato do estágio ter decorrido por um período de 120h e em vários serviços, propus-me desenvolver uma ação formativa sobre “Stress & Coping na Doença Renal Crónica Terminal”. Fiz a apresentação com recurso à plataforma informática Power Point (Apêndice IV), que demorou cerca de 30 minutos, para uma plateia de profissionais de enfermagem, mas também de assistentes operacionais.

Os objetivos da sessão foram:

- Definir stress e coping
- Apresentar tipos de coping
- Enumerar estratégias de coping
- Enquadrar coping na doença renal crónica
- Sensibilizar os enfermeiros para as estratégias coping usadas pelos doentes renais crónicos terminais.

A sessão tinha também como objetivo identificar na prática de enfermagem, de que forma registamos as intervenções relativas ao Stress e Coping. Foi interessante perceber que apesar do hospital ter um sistema informatizado baseado na CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que contempla o Stress e o Coping como diagnósticos, a equipa de enfermagem parecia desconhecer esse fato, verbalizando que nunca tinham levantado esse diagnóstico e desconheciam quais as intervenções de enfermagem associadas. Acredito que esta ação de formação possa ter potenciado uma mudança de comportamentos na equipa de enfermagem. Não tive em tão curto espaço de tempo forma de validar esta minha crença.

A plateia reconheceu a pertinência desta temática identificando algumas realidades efetivas nos seus contextos profissionais, quer a nível da transplantação renal, como da diálise peritoneal, mas também ao nível dos profissionais que cuidam de doentes crónicos.

A avaliação sobre o meu desempenho neste campo de estágio, foi realizada pela minha enfermeira orientadora e encontra-se no anexo III.

2.4 Centro de Hemodiálise

A caracterização do centro de hemodiálise, da equipa multidisciplinar e da população de doentes podem ser consultadas no apêndice II.

Foi difícil conciliar os turnos com o enfermeiro orientador, visto que a sua atividade profissional na hemodiálise é paralela à sua atividade no centro hospitalar e por isso os turnos que disponibiliza para o centro de hemodiálise estão dependentes do horário do hospital.

A concretização dos objetivos foi feita através de várias atividades e utilizando diversos recursos que me permitiram adquirir as seguintes competências:

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** contribui para o desenvolvimento da equipa multidisciplinar, promover o trabalho de equipa e a proteção dos direitos humanos.

As atividades que desenvolvi passaram pela integração no serviço, através do contato, interação e cooperação com toda a equipa multidisciplinar.

Tive acesso às normas e protocolos que são emanados pelo departamento de formação e qualidade da empresa gestora deste centro de hemodiálise.

Realço as seguintes: Informação acolhimento aos doentes; Direitos e Deveres dos Doentes; Filosofia dos cuidados; Registo e Follow-Up dos incidentes clínicos; Product Quality Steering Group; Medidas Gerais para controlo de infeções; Precauções Standard e Práticas Seguras no Local de Trabalho; Código de Conduta; Objetivos e Metas de Qualidade e Ambiente; Manual Diaverum; Conformidade com a legislação e regulamentos de saúde; Monitorização e vigilância das fístulas arteriovenosas; Guião de formadores (Suporte Básico de Vida).

Pelo que me foi dado perceber as orientações são dadas pela “casa mãe” na Suécia e depois as equipas de trabalho em cada país, ajustam as normas de

acordo com as suas realidades legislativas e socioeconómicas. A grande maioria das normas tinha sido elaborada em 2012 e revista em 2016.

Quanto à **melhoria contínua da qualidade** os meus objetivos foram participar em projetos institucionais na área da qualidade; promover a adaptação da pessoa com DRC e da sua família à doença e tratamento; permitir que os indivíduos e suas famílias expressem os seus receios e angústias; demonstrar disponibilidade e empatia.

Senti que esta é uma prática comum no centro, onde se faz um esforço para coordenar os tratamentos de acordo com as necessidades dos utentes. Refiro-me por exemplo a uma jovem estudante de 18 anos, que por ainda ser estudante não consegue estar na clínica nas horas certas que correspondem ao turno intermédio (12:30 – 17:30h) sendo-lhe permitido começar o tratamento num horário ajustado às suas atividades escolares.

O fato de existir também um horário noturno, ainda que corresponda a um tratamento mais prolongado, cerca de 6h, mas que para os utentes, profissionalmente ativos é francamente mais vantajoso na medida em que podem manter a sua atividade profissional sem interrupções.

Para além disso achei muito interessante que o centro disponibilize rede Wi-Fi aos utentes, pois para os utentes mais jovens a tecnologia virtual é uma realidade intrínseca. Alguns ocupam o tempo de tratamento fazendo pesquisas na internet, ou mantendo o contato com família e amigos através das redes sociais. Interpreto isto como *“procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”*. (OE, 2010, p.3)

Ainda na melhoria contínua da qualidade esforcei-me para cumprir a prescrição terapêutica, no que diz respeito ao fluxo de bomba, objetivo de ultrafiltração, heparinização do circuito extracorporeal, vigilância hemodinâmica dos utentes e vigilância da tolerância ao tratamento.

Todos estes aspetos são influentes no que concerne à eficácia dialítica e à manutenção da homeostasia destes indivíduos.

Por exemplo num indivíduo cujo cateter tipo Permacath, não tem um bom débito do ramo denominado arterial, fazer a inversão dos lumens, ou seja, utilizar

o ramo venoso para a bomba de sangue e o ramo arterial para o retorno de sangue pode ser uma medida determinante para garantir um tratamento sem interrupções e que culmine num tratamento eficaz sem prejuízo analítico ou hídrico para o utente. Mesmo sabendo que a inversão dos lumens implica uma maior taxa de recirculação de sangue.

Na vertente do **domínio da gestão dos cuidados** procurei capacitar, gerir e priorizar os cuidados e demonstrar competências de gestão de cuidados à pessoa com DRC e família. Assim, detive conhecimento e compreensão das políticas existentes na unidade e apliquei-as.

Procurei alcançar conhecimento do funcionamento dos monitores de tratamento, com os quais não tinha tido qualquer contato prévio, refiro-me ao monitor Artis physio da Gambro e o monitor Surdial da Nipro. Este foi efetivamente um desafio, que consegui superar, pois tenho presentes os princípios básicos de tratamento de hemodiálise e hemodiafiltração uma vez que faço tratamentos de substituição da função renal a indivíduos internados no serviço onde exerço a minha atividade profissional.

A comunicação foi eficaz com toda a equipa, valorizada pela tomada de decisão em conjunto, de forma a promover a saúde e a incentivar o doente à participação nos seus cuidados, nomeadamente na adesão terapêutica.

Foi promovida a integridade física e a segurança pessoal do doente posicionando-o de forma confortável, de acordo com os equipamentos existentes, realizando ensino sobre o funcionamento dos mesmos a fim de melhorar o conforto durante a sessão, sem interferir no tratamento. Também de destacar a promoção do direito à igualdade, permitindo cuidados semelhantes a todos os doentes tendo em conta o espaço físico da unidade e as práticas específicas e a equipa onde estive inserida. Mais especificamente o permitir a entrada dos doentes para a sala aquando da autorização do chefe de sala, e garantir que o fizessem de forma ordeira e se pesassem com a balança devidamente calibrada.

Também me foi permitido introduzir dados específicos do doente no monitor bem como a punção com agulhas de fístulas arteriovenosas e de próteses (PTFE).

Realizei os registos no decorrer do tratamento e no final da sessão de diálise, recorrendo à plataforma informática: Diaverum Dialogue – IRIMS – plataforma para profissionais.

Ao longo de todo o estágio colaborei na prestação de cuidados e na gestão do serviço de acordo com as responsabilidades e competências do enfermeiro orientador, que substitui a enfermeira chefe durante as suas ausências.

Em relação ao **domínio das aprendizagens profissionais** mais uma vez, procurei deter consciência de mim enquanto futura enfermeira especialista e basear a praxis clínica em sólidos e vários padrões de conhecimento.

Cabrito (2009) referiu *“Aprender até morrer, sentença velha de séculos, é a proposição que norteia percursos e que dá à aprendizagem ao longo da vida a sua real dimensão, a de educação permanente.”* (p.10). Não será também esta uma sentença para o enfermeiro especialista, no esforço profissional de alcançar uma prática baseada na evidência científica?

As atividades por mim desenvolvidas ao longo deste percurso no centro de hemodiálise permitiram-me adquirir conhecimentos e saberes decorrentes da necessidade de informação, bem como da partilha de experiências com os pares e esclarecimento de dúvidas como todos os profissionais que contactei.

Tive consciência da minha influência pessoal na prática, permitindo estabelecer um bom ambiente de trabalho e uma relação profissional facilitadora da minha aprendizagem e integração no serviço.

Como enfermeira especialista tenho o dever de aprimorar a minha capacidade de avaliar o meu raciocínio, elucidando os meus colegas à mesma prática, no sentido da qualidade nos cuidados.

Durante o estágio debati com o enfermeiro orientador e a enfermeira chefe as implicações da investigação, no que diz respeito à utilização de citrato de sódio 4% para manter a permeabilização dos cateteres de hemodiálise de longa duração.

Desta forma realizei uma revisão scoping acerca da utilização de heparina vs. citrato de sódio a 4% no locke dos cateteres de longa duração (Permacath). Desta pesquisa resultaram 34 artigos e destes 34 apenas 5 artigos estavam em texto integral disponível e eram relativos ao locke do cateter.

Da análise desses 5 artigos, resulta que, de uma forma geral é reconhecido que a anti coagulação com citrato de sódio parece ser mais vantajosa, quando comparada com a anti coagulação com heparina. A análise e as conclusões desta revisão Scoping encontram-se no apêndice V.

A investigação científica pretende gerar conhecimento com impacto no desenvolvimento da disciplina e na transformação da prática e foi esse o objetivo desta revisão scoping.

Em conclusão, considero que os objetivos delineados foram bem-sucedidos, devido à evolução gradual dos conhecimentos e prática clínica especializada ao longo do estágio, elevando positivamente a minha realização pessoal e profissional.

Acredito que o meu empenho foi fundamental para alargar e estimular novos conhecimentos, especificamente na utilização de citrato de sódio no locke dos cateteres de longa duração.

A avaliação deste percurso encontra-se em anexo e foi realizada pelo enfermeiro que me orientou ao longo do estágio (Anexo IV).

2.5 – Centro hospitalar

O último campo de estágio foi desenvolvido no H3, um centro hospitalar de gestão privada, na área da Grande Lisboa e foi escolhido porque o meu estudo de investigação, incide sobre os doentes transplantados renais, nomeadamente os que destes perderam a funcionalidade do enxerto renal e as estratégias de coping a que recorreram. O H3 fez cerca de 1500 transplantes renais desde 1980, ainda que, atualmente os números de transplantação sejam francamente mais reduzidos, continua a acompanhar em consulta os doentes aqui transplantados.

Este centro hospitalar concedeu-me a autorização para proceder ao estudo de investigação e permitiu-me consultar a base de dados destes doentes e assim selecionar um grupo de doentes que pudesse participar de forma esclarecida e consentida.

Selecionei este local de estágio também porque acolhe doentes abrangidos por um acordo com uma cadeia de clínicas de gestão também privada, no domínio da hemodiálise, que encaminham para este centro hospitalar os seus doentes que necessitam de avaliação e intervenção clínica ao nível do seu acesso vascular.

2.5.1 – Centro de Acessos Vasculares

Um dos primeiros passos para o tratamento dos doentes com DRC terminal é a construção ou implantação de um acesso vascular (AV) e a sua manutenção. O AV para HD pode ser classificado em duas categorias: AV temporário (cateter venoso central provisório, com preferência de colocação na veia jugular interna direita) e AV de longa duração (que engloba cateter venoso central de longa duração ou permanente – CVCP, fístula arteriovenosa – FAV, ou prótese arteriovenosa – PTFE). Referindo as linhas orientadoras de European Best Practice Guidelines (2007) a FAV deve ser preferencial sobre a PTFE e esta deve ser preferida sobre os CVCP.

A composição da equipa levantou-me algumas interrogações. Pude constatar que o doente é recebido e acolhido pela equipa de secretariado do hospital, encaminhado para a sala de espera e depois para o gabinete de consulta médica sem nunca ser observado ou abordado por qualquer elemento de enfermagem.

No caso de ser necessária a intervenção cirúrgica são os assistentes operacionais que preparam o doente para ir para o bloco operatório. Só no bloco operatório, são recebidos pela equipa de enfermagem afeta à sala de intervenção, enfermeira instrumentista e enfermeira circulante. O doente é colocado na marquesa e sucedem-se os procedimentos de acordo com a intervenção determinada pela equipa médica.

O ritmo de trabalho é tão intenso que a equipa de enfermagem se limita a recolher alguma informação num breve diálogo antes do início da intervenção, e que na maioria das vezes apenas procura saber a que horas foi a última refeição, horário do próximo tratamento de hemodiálise e se o doente tem dores.

O processo clínico que acompanha o doente foi todo ele preparado pelo secretariado e nele constam o Histórico de Prescrições, Relatório Médico, História Clínica Atual, Antecedentes Pessoais e os relatórios médicos de consultas e intervenções anteriores desde que realizadas no centro hospitalar em questão.

Não existe qualquer registo de enfermagem assim como não acompanha o doente nenhuma nota de enfermagem relativa à intervenção e aos cuidados pós intervenção. A equipa de enfermagem limita-se a fazer o consumo de material em sistema informatizado. O doente segue para domicílio com um relatório médico que deverá entregar apenas ao médico assistente da clínica onde faz as suas sessões de hemodiálise.

Este campo de estágio despertou em mim muitas questões ao nível da **ética e das responsabilidades profissionais**. Será que estes doentes são avaliados de uma forma holística, ou contra tudo aquilo que lutamos em anos de afirmação profissional não estaremos ainda ancorados num modelo biomédico e mercantilista que secciona o doente de todas as suas dimensões biopsicossociais, para se cingir apenas ao foco da intervenção cirúrgica?

"O paciente, seja como indivíduo ou como parte de uma família ou grupo, tem múltiplas necessidades. (...) podem ser de natureza psicológica, física e / ou social, com dinâmica interação entre e dentro dessas áreas" (Bergman, 1983 citado por ERCA/EDTNA, 1999)

De que forma me posso posicionar e que medidas posso tomar como enfermeira especialista? Como fazer ver e fazer valer a importância do acompanhamento destes doentes? A equipa de enfermagem deste centro reconhece esta grave lacuna, mas remete a sua responsabilidade apenas e só para a administração hospitalar.

"A enfermeira especialista na área da nefrologia é vital para o cuidado total desses indivíduos. A complexidade da doença renal requer a entrega de cuidados para atender uma grande variedade de necessidades físicas, sociais e psicológicas." (ERCA/EDTNA, 1999)

Durante o período em decorreu o estágio procurei afirmar-me enquanto futura enfermeira especialista e desenvolvi competências no âmbito da **melhoria da qualidade** e da **gestão dos cuidados**.

Procurei fazer o acolhimento do doente assim que este chegava ao bloco operatório. Fazia a sua admissão no sistema informatizado da Glint, baseado na CIPE – classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, acrescentando informações úteis que fossem para além das recolhidas pelo secretariado, tais como: Conhecimento do seu processo saúde /doença; Antecedentes pessoais; Medicação habitual; Pessoa significativa; Padrão cognitivo/preceptivo; Tegumentos; Mobilidade; etc.

Os indivíduos revelaram muita preocupação em relação á dificuldade em manter contato com as famílias e em relação ao horário de tratamento nas clínicas de hemodiálise que poderia ter de ser ajustado em resultado da intervenção que viesse a ser realizada. Desta forma fui por mais do que uma vez, o elo entre estes indivíduos, os seus familiares e as clínicas.

Procurei desenvolver atitudes de conforto e encorajamento a pessoa a viver melhor, utilizando as minhas capacidades na prestação de cuidados globais preocupada com a pessoa como ser holístico. Quem pretende prestar cuidados de enfermagem holísticos e humanísticos, deve ser capaz de cuidar e tratar. (Pacheco, 2002)

Este campo de estágio ajudou-me a desenvolver competências também na área da observação e diagnóstico de enfermagem ao nível das complicações relacionadas com os acessos vasculares. Foi importante aprender a observar o acesso e a auscultá-lo (Ver, Ouvir e Palpar). Observar o membro do acesso, ver a coloração das extremidades, avaliar a temperatura e o tempo de preenchimento capilar. Despistar o ingurgitamento de vasos acessórios. Se estão presentes edemas, hematomas ou feridas perto dos locais de punção. Relevante também aquilo que o doente diz sobre o seu acesso, ele que é o seu principal cuidador e que o observa e vigia diariamente.

“O enfermeiro tem atuação contínua e direta com o paciente (...), o que possibilita a oportunidade de planejar intervenções educacionais para capacitá-lo a cuidar da sua fístula, tornando-o apto a compreender seu funcionamento e o objetivo das medidas de

precaução que devem ser adotadas para evitar sua falência.” (Maniva, et al, 2010, p.154).

A minha prestação procurou ensinar o doente a cuidar e observar o seu acesso vascular e instruí-lo sobre o que fazer caso surgissem complicações.

2.5.2 – Internamento P5

A descrição deste serviço, da equipa de enfermagem e dos doentes internados encontra-se no apêndice II.

Neste serviço é relevante o fato de não existir nenhum sistema de classificação de doentes, o que de alguma forma os deixa vulneráveis a um desequilíbrio na distribuição dos elementos de enfermagem, desta forma nenhum doente tem um enfermeiro responsável e seu plano de cuidados é gerido por todos ou por ninguém pois também este aspeto não é supervisionado por nenhum elemento de enfermagem em concreto.

O sistema de classificação de doentes consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, pretende otimizar a distribuição dos enfermeiros, dando particular atenção aos elementos responsáveis por doentes com maior grau de dependência, necessitando de maior número de horas de cuidados, ou os elementos com menor experiência com vista a necessitarem de colaboração.

Este sistema tem como objetivos: otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planear cuidados, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço, identificar as necessidades em recursos de enfermagem, adequar a dotação dos quadros de pessoal.

Como futura enfermeira especialista procurei desenvolver competências na área da **gestão de cuidados** e da **melhora contínua da qualidade** e desta forma fiz alguma pesquisa sobre de que forma se pode iniciar um sistema de classificação de doentes num serviço misto, que tanto tem doente de foro médico como doentes cirúrgicos.

A existência de enfermeiros especialistas na equipa de enfermagem deste serviço, todos na área da enfermagem médico-cirúrgica na vertente na nefrologia, representou para mim uma mais valia. No entanto, pelo que me foi dado perceber, as suas intervenções enquanto especialistas são limitadas, cingindo-se apenas às suas intervenções individualizados na prestação e gestão de cuidados aos seus doentes, não sendo chamados a intervir nas áreas da formação, ou na área da gestão de cuidados dos grupos.

A chefia do serviço está em mudança pelo que acredito ser possível uma alteração nesta forma de estar, pelo menos ao nível do reconhecimento de papéis, ainda que de forma informal, pois a nível financeiro a instituição não contempla na sua legislação a carreira de enfermeiro especialista.

A passagem por este campo de estágio permitiu-me também reconhecer as problemáticas vividas pelo doente crónico.

A doença é uma marca deixada no nome, no corpo, na vida e na morte. O diagnóstico nomeia um mal e faz do doente um “morto vivo” que o matou provisoriamente com o estigma da doença, deixando os seus vestígios, trazendo profundas modificações na vida das pessoas. O sofrimento invoca significados desde força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, despertando emoções que podem ser positivas ou negativas (Kovács, 1996; Rodrigues e Cardoso, 1998).

Como enfermeira especialista não me posso alhear ao impacto financeiro inerente aos tratamentos das doenças crónicas, Vytenis Andriuskaitis, comissário europeu para a saúde e segurança alimentar, afirmou que: *“mais de meio milhão de pessoas em idade ativa morrem prematuramente de doenças crónicas na União Europeia todos os anos. Isto representa um enorme custo para a sociedade e a economia – 115 mil milhões de euros em produtividade perdida e grandes despesas dos sistemas de saúde.”*

(<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/21/sns-proximidade-futuros-passos/>).

Acedido a 21/11/2017)

O foco das minhas intervenções neste campo de estágio foi o doente transplantado, nomeadamente as estratégias coping utilizadas pelo doente com falência da funcionalidade do enxerto.

Estes doentes ficam em quartos individualizados e cumprem-se as regras de barreira ditadas para o isolamento de tipo, protetor. Esta instituição hospitalar desenvolveu um conjunto de normas que derivam do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA 2015).

Como futura enfermeira especialista procurei criar e manter um ambiente terapêutico seguro e desta forma cumpro as normas vigentes no hospital relativas aos isolamentos. Senti também a necessidade de ser elemento de referência no que diz respeito a este aspeto, para os elementos de enfermagem em integração no serviço, esclarecendo-lhes dúvidas e dando-lhes conhecimento sobre as normas vigentes. Também me pareceu ser importante abordar neste mesmo sentido doentes e familiares.

Durante o período em que decorreu o estágio pude intervir junto de doentes que estavam em período de falência crónica do enxerto renal e por isso numa nova fase de readaptação à sua doença renal crónica terminal.

Enquanto enfermeira desenvolvi uma relação terapêutica com estes doentes ainda transplantados, mas com necessidade de retomar tratamentos de substituição da função renal, nomeadamente a hemodiálise. Consegui identificar que numa fase inicial o principal foco de stress é a incerteza em relação ao futuro e posteriormente a necessária opção e adaptação aos tratamentos: hemodiálise ou diálise peritoneal.

Durante o estágio constatei que durante o período de internamento os recursos de coping mais utilizados são a família e amigos para apoio emocional. Relativamente às estratégias de coping, parecem recorrer ao controlo das emoções.

É importante, como enfermeira envolver o doente e a família na dinâmica dos cuidados, para se garantir uma evolução positiva, no seu processo de readaptação a esta nova fase da sua vida.

Meleis com a teoria de médio alcance das transições, facilita uma visão mais profunda. É fundamental que a pessoa em transição esteja atenta às mudanças que estão a decorrer de forma a envolver-se nelas (Meleis et al, 2000).

A definição mais comum de transição é: *“A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos*

resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente". (Chick e Meleis, 1986, p.25)

Os enfermeiros preparam os doentes para a transição e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do doente (Meleis et al, 2000).

Através da minha abordagem e da elaboração dos diagnósticos de enfermagem tive perceção do deficit de conhecimentos e as dúvidas e inseguranças que o doente apresentava relacionados com a sua situação futura.

O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que vivem transições. Pois trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007).

Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis, et al, 2000).

Como enfermeira estive sensibilizada para a preparação da alta, iniciando o ensino desde o momento da admissão, continuando durante o período de internamento, mas perdendo depois a possibilidade de manter este acompanhamento após a alta do doente, o que mais uma vez me levantou questões do foro das **responsabilidades profissionais**, quem acompanhará estes doentes após a alta que pontes poderão ser construídas para manter/garantir o acompanhamento destes indivíduos?

Será apenas a carta de enfermagem onde se revelam apenas os dias de internamento, os diagnósticos de enfermagem realizados e as intervenções de enfermagem que se mantem em aberto, suficiente? Onde se enquadram as enfermeiras da especialidade? Estarão estas profissionais nos quadros dos centros de saúde ou das clínicas de hemodiálise disponíveis para cuidar e orientar estes indivíduos?

A meu ver em cada centro de saúde ou unidade de gestão familiar, deveria haver um enfermeiro de referência para a área da nefrologia, tal como existe para o doente diabético ou para o doente hipertenso. O SNS prevê que em 2019 *“os utentes com vários problemas de saúde vão passar a ter um plano individual de cuidados que estará acessível aos vários profissionais de saúde, um projeto*

que deverá ser generalizado a todo o país em 2019”. Acedido a 21 de novembro de 2017 (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/21/sns-proximidade-futuros-passos/>). Será que este projeto pretende englobar os doentes renais crónicos, nos diferentes estádios da sua doença?

É importante conhecer as necessidades dos doentes e familiares, mas não se poder ter só em conta os aspetos relacionados com a incapacidade física dos doentes, pois também a capacidade dos doentes e familiares de se adaptarem à nova situação é fundamental.

O doente transplantado, alcançou uma qualidade de vida, perdida durante o período de doente renal crónico terminal. O impacto da perda da independência outrora adquirida pode ser: catastrófica para o quotidiano do indivíduo e sua família. Os enfermeiros têm um papel muito importante neste processo de readaptação, devem ser consideradas as mudanças que existem nas suas vidas e as limitações que os tratamentos de hemodiálise acarretam.

2.5.3 – Unidade de Cuidados Intensivos

No apêndice II, pode ser analisada a caracterização deste serviço assim como a descrição da equipa de enfermagem que o compõe.

A equipa de enfermagem tem um papel importante ao cuidar em cuidados intensivos. Juntamente com todo o aparato tecnológico indispensável à vigilância hemodinâmica do doente, procurei como futura enfermeira especialista nunca descuidar o cuidar do doente e da família estabelecendo uma relação empática e de interajuda. Thelan, 1996 descreve a *enfermeira de cuidados intensivos como alguém que tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas ao tempo e situação do doente*.

No pós-operatório imediato alguns destes doentes chegam à UCI com ventilação invasiva e/ou com instabilidade hemodinâmica, com perfusão de inotrópicos necessitando muitas vezes de técnicas dialíticas contínuas, por lesão renal aguda ou por falência multiorgânica.

Uma enfermeira de cuidados intensivos tem um papel preponderante no despiste de complicações, valorizando as queixas, sinais e sintomas que o doente possa apresentar, através de uma observação constante e pela monitorização de parâmetros vitais.

Prestar cuidados ao doente em situação de médio e alto risco, obrigou-me a uma aquisição e atualização permanente de conhecimentos, avaliação e reflexão sobre a prática diária, com o objetivo de melhorar as competências individuais. Sempre que prestei cuidados de enfermagem ao doente independentemente do seu estado de consciência, promovi a comunicação através do toque ou palavras. Tocar, falar, estar presente ainda que em silêncio, são formas de comunicação que visam proporcionar o conforto e segurança e contribuem para o estabelecimento da interação enfermeiro/doente.

Enquanto enfermeira enquadrada numa equipa, as exigências do trabalho em grupo foram uma realidade, o respeito para com todos os elementos, um valor fundamental, conseguido através de uma comunicação assertiva. Ou seja, procurei trabalhar em colaboração e respeito mútuo nas diversas dificuldades e responsabilidades que foram surgindo. (Koemer, et al, 1986)

Isto só é possível porque existiu uma liderança eficaz, ou seja, a capacidade para promover a ação coordenada, com vista ao alcance dos objetivos organizacionais (Gomes, 2000). É um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objetivos. (Fachada, 1998) A liderança está relacionada com as competências de comunicação e de transmissão de ideias e é um fenómeno de influência interpessoal.

O trabalho em equipa tem especificidades e dificuldades muito próprias. É importante que se trabalhe a motivação da equipa, para que se crie uma estrutura que permita manter um nível de motivação que ajude a ultrapassar as dificuldades que possam surgir. A motivação reflete-se na qualidade dos cuidados de enfermagem e na eficiência institucional. (Federico e Leitão, 1999)

A dinâmica da equipa está relacionada com a sua interação e alcance de objetivos, essenciais nomeadamente a participação equilibrada de todos os elementos e a responsabilização de cada membro. Colaborei com a enfermeira

chefe na verificação de falhas de material, equipamentos, medicação e reposição dos mesmos. Realizei também testes de verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação.

É sem dúvida o local onde a nossa atuação tem de ser, em paralelo com a restante equipa multidisciplinar, rápida e efetiva de forma a garantir segurança e qualidade dos cuidados.

Fui igualmente responsável pela integração de novos elementos no serviço definindo estratégias de aprendizagem, através de reuniões informais. Tentei incentivar todos os elementos a participar e colaborar na formação permanente em contexto de serviço, mantendo-os sempre atualizados, para que procurassem desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências, com o objetivo de prestar cuidados de excelência.

Também fui responsável pela orientação de vários alunos. A orientação de alunos é importante na medida em que a relação desse binómio assenta na partilha de experiências e de aprendizagem. Por isso exerci funções de supervisão. Entende-se que o supervisor deverá fazer desenvolver nos formandos um conjunto de capacidade e atitudes com vista à excelência e qualidade dos cuidados. Neste processo o supervisor deve acompanhar de perto, em ligação à prática profissional dos seus formandos. (Alarcão e Tavares, 2003) A supervisão clínica é uma forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais. ([www.http://supervisão-clinica-na-enfermagem](http://supervisão-clinica-na-enfermagem)) Acedido a 06/01/2018.

Durante o período do estágio realizei duas ações de formação, na área da nefrologia. Estas ações de formação foram direcionadas aos enfermeiros de todos os serviços do hospital, pois todos eles contactam com doentes renais. Para além disso e durante o percurso que fiz pelos diferentes campos de estágio consegui perceber que existem diferenças na abordagem do doente renal crónico e ao nível da manipulação dos cateteres de longa duração, utilizados por alguns destes doentes.

Esta variedade de procedimentos suscita dúvidas e insegurança. Daí a minha preocupação em desenvolver competências da área das **aprendizagens profissionais**, procurando também a **melhoria da qualidade de cuidados**.

As temáticas abordadas foram:

“Penso do local de inserção e “locke” do cateter de longa duração (Permacath)” no apêndice VI, da qual resultou a elaboração de duas normas disponíveis no apêndice VII:

- Norma sobre a realização do penso do cateter de longa duração (Permacath)
- Norma sobre o “locke” do cateter de longa duração (Permacath)

Ambas as normas visam informar sobre as melhores práticas da evidência científica, normatizar procedimentos e reduzir riscos inerentes à manipulação do cateter de longa duração.

Nas ações de formação estiveram presentes enfermeiros e alunos de enfermagem, cerca de 9/10 em cada sessão. No final, de cada uma, foi-lhes solicitado que preenchessem uma ficha de avaliação (anexo VII), utilizada na instituição, relativa ao programa e funcionamento da ação.

Dos itens avaliados, por exemplo, objetivos delineados, pertinência dos conteúdos, utilidade dos temas abordados, grau de satisfação, resposta às expectativas, contributo para o desempenho, motivação/participação, trabalhos/exercícios/atividades, relacionamento entre participantes, documentação apresentada, progressos na sua aprendizagem, entre outros, numa escala de 1 a 4, a média manteve-se acima dos 3,5, ou seja, o feedback foi positivo, no entanto apenas saberei se realmente contribui para a mudança de formas de estar na instituição a médio/ longo prazo. Embora a qualidade dos cuidados possa ser examinada a partir das perspetivas de estrutura, processo e resultado, os resultados são elementos essenciais de qualquer programa de garantia de qualidade ou aperfeiçoamento de qualidade. Os resultados são as mudanças, favoráveis ou adversas, no estado de saúde real ou potencial, de pessoas, grupos ou comunidades. (Johnson, et al, 2004)

Devo ainda realçar aquele que foi o meu desempenho mais direto na área específica da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica na vertente da

nefrologia, pois contatei diretamente com indivíduos que necessitam de técnicas de substituição da função renal, nomeadamente hemodiafiltração-veno-venosa contínua e hemodiálise. Fiz parte do grupo de enfermeiros responsável por estes doentes e desta forma no âmbito da minha ação como futura enfermeira especialista fiz um livro de ocorrências onde todos registamos informação relevante (identificação do doente, tipo de acesso e localização, anti coagulação, objetivo de ultrafiltração e tipo de desinfeção realizada ao monitor de diálise).

Durante o período de estágio tive oportunidade de realizar sessões de plasmaferese, por complicação do estado de saúde de uma doente ali internada por anemia hemolítica, não sendo uma prática corrente no serviço.

A plasmaferese é um processo em que se recorre a um circuito extracorporeal e um filtro para remover elementos específicos do plasma, como anticorpos e imunocomplexos autólogos. Este procedimento é realizado com recurso aos mesmos aparelhos utilizados para realizar hemodiafiltração venovenosa contínua, não sendo propriamente uma terapia relacionada com a função renal. No entanto, esta técnica foi direcionada para os elementos da equipa de enfermagem já familiarizados com as técnicas de substituição da função renal, atribuindo-lhes uma responsabilidade/competência acrescida.

Devo também referir o trabalho que desenvolvi no âmbito do projeto relacionado com o novo sistema de comunicação e informatização do processo clínico do doente, do hospital. Desta forma pegando nas orientações da CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem identifiquei dentro do diagnóstico de enfermagem “Alteração do Equilíbrio Hidro-Eletrolítico”, as possíveis atitudes terapêuticas: Diálise Peritoneal, Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua e hemodiálise. Dentro destas atitudes terapêuticas defini algumas intervenções de enfermagem, por exemplo: vigiar penso, colaborar com o médico, explicar procedimentos, monitorizar tratamento, otimizar cateter venoso central, verificar análises.

Considero que a CIPE facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos

cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas.

Tive inúmeras oportunidades de aprendizagem que procurei explorar de forma a crescer enquanto pessoa e profissional desenvolvendo uma curva de evolução crescente e enriquecedora.

O acolhimento e a segurança do doente estiveram presentes ao longo do estágio. O ambiente de acolhimento, as condições de conforto, a capacidade de escuta, o respeito foram aspetos que tive em conta e que favoreceram o estabelecimento de uma relação de confiança fundamental em qualquer processo de transição ou coping dos indivíduos.

A avaliação da enfermeira orientadora acerca do meu desempenho, encontra-se no V anexo.

3. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito das competências de enfermagem na área de investigação, desenvolvi um estudo de investigação do tipo quantitativo, que resultou da aplicação de um questionário (Apêndice Nº VIII).

Pretendi *“estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas.”* (Fortin, 2006, p.30)

3.1 Definição do problema

A grande vantagem do transplante renal é a reversão de muitas das alterações fisiopatológicas associadas à doença renal, *“(...) elimina a dependência da diálise e necessidade de restrições dietéticas, proporciona a oportunidade de regressar às atividades quotidianas (...)”*. (Phipps, 2003, p.1691)

Os doentes transplantados quando confrontados com a rejeição/falência do enxerto reconhecem esta fatalidade com um momento de stress e recorrem a estratégias de coping para lidar com a perda da qualidade de vida que o transplante renal outrora lhes proporcionou.

Os profissionais de enfermagem são elementos fundamentais na perspectiva do cuidado transicional, procurando orientar e acompanhar estes indivíduos de acordo com aquele que seja o seu estilo de coping.

O estudo em causa pretende evidenciar as estratégias coping utilizadas por esses indivíduos e ajudar as equipas de enfermagem a estruturar planos de cuidados ajustados ao processo de transição saúde/ doença.

3.2 Metodologia

Depois de solicitada e concedida a devida autorização foi utilizado um questionário construído e testado por Cristóvão em 1999.

O instrumento utilizado por Cristóvão em 1999, foi construído a partir da Jalowiec Coping Scale, com 60 itens de avaliação. Por ser uma escala muito extensa, houve necessidade de a abreviar e o autor construiu uma escala inicial com 38 itens, mas após o teste de consistência interna (Alfa de Cronbach) $\alpha = 0.39$, houve necessidade de fazer novo ajuste por forma a não ficar comprometida a confiabilidade da escala. Foi construída nova escala com 21 itens conseguindo-se um teste de consistência interna de $\alpha = 0,82$. No entanto, por haver uma proposição com uma correlação abaixo do valor ideal, esta acabou por ser eliminada, resultando então uma escala definitiva apenas com 20 itens de avaliação e que foi a mesma utilizada neste estudo de investigação.

Este instrumento de colheita de dados foi aplicado a indivíduos com perda da funcionalidade do enxerto renal há pelo menos um ano, convidados a participar de forma voluntária e consentida.

Os indivíduos foram contactados inicialmente por via telefónica, tendo sido explicado de uma forma breve e clara o objetivo do estudo. Após a sua autorização foi-lhes enviado por correio: o pedido de consentimento informado e o questionário que depois devolveram ao remetente.

A confidencialidade foi garantida e foi-lhes também explicado que a não participação no estudo não resultaria em nenhum efeito sobre o acompanhamento no centro hospitalar. Mesmo que decidissem participar poderiam a qualquer momento até à publicação dos dados desistir.

3.2.1 Questão orientadora e objetivos

O principal objetivo deste estudo foi identificar quais as estratégias de coping mais utilizadas por indivíduos que tiveram de lidar com a falência do

enxerto renal. Tentar perceber os estilos e os recursos de coping da população de indivíduos ex-transplantados renais, com falência da funcionalidade do enxerto há pelo menos um ano.

Existem estudos disponíveis acerca desta temática, mas apenas se cingem às estratégias de coping utilizadas pelos indivíduos após o transplante renal e não após a falência do enxerto.

3.2.2 Tipo de estudo

Foi escolhido um estudo do tipo quantitativo por considerar ser possível medir e controlar as características físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, independentemente da situação em que se encontram os participantes. (Fortin 2006)

Para além disso Seaman (1987, p.5), citado por Fortin em 2006, definiu a investigação científica como *“(...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, no mundo que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.”*

3.2.3 Amostra

O estudo foi realizado num centro de transplantação renal na área da grande Lisboa. Foi usada uma amostra de conveniência de 30 indivíduos, escolhidos a partir da população de ex-transplantados renais do respetivo centro.

Foram selecionados apenas indivíduos capazes de ler e escrever português, maiores de dezoito anos, com rejeição/falência renal há pelo menos um ano e que aceitassem participar no estudo, através do consentimento informado, apresentado no Apêndice Nº IX.

3.2.4 Instrumento de colheita de dados

Foi utilizado um questionário, que se divide em quatro partes. Na primeira parte é feita uma breve exposição do objetivo do estudo onde se pede a colaboração esclarecida, consentida e voluntária do participante.

A segunda parte diz respeito a aspetos sociodemográficos da amostra. A terceira refere-se às estratégias de coping utilizadas para lidar com a falência do enxerto renal.

Do instrumento testado pelo professor Filipe Cristóvão, aquando do seu mestrado sobre “Stress, coping e qualidade de vida em doentes com insuficiência renal crónica terminal em hemodiálise”, foi utilizada apenas a parte do questionário relativa às estratégias de coping, escala adaptada e testada com um alfa de Cronbach de 0.82.

A cada uma das vinte estratégias de coping em estudo, os indivíduos deveriam atribuir uma posição numa escala psicométrica ordinal, tipo Likert, que variou entre os scores: *Quase Sempre (4)*; *Algumas Vezes (3)*; *Poucas Vezes (2)* ou *Quase Nunca (1)*, a que melhor corresponde ao seu estilo. A cada modo foi atribuído um valor entre 1 e 4 por ordem da frequência de utilização da estratégia apresentada.

Para cada posição foram apresentadas apenas 4 posições alternativas, com scores que variaram entre 1 e 4. Esta opção de haver apenas 4 alternativas pretendeu evitar os efeitos indesejáveis que podiam resultar quando os participantes se refugiassem numa posição neutra.

Na última parte do questionário o indivíduo pode expor por escrito outras formas de lidar com a situação em foco neste estudo. Estas declarações serão classificadas através de análise de conteúdo, para classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios relacionados com a temática. (Bardin, 2009)

3.2.5 Considerações éticas

O objetivo do estudo foi apresentado ao diretor do centro hospitalar, à direção de enfermagem e ao comité de ética, que após ponderação conjunta deram o consentimento para a realização do mesmo. (Anexo X)

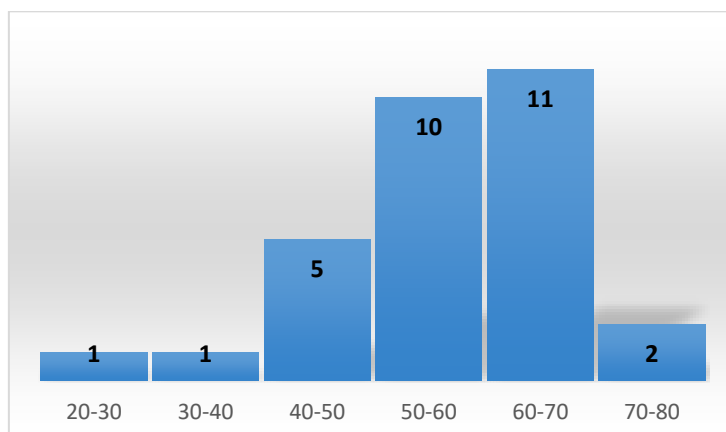
3.3 Apresentação e análise de dados

Todos os dados foram analisados utilizando o programa IBM SPSS Statistics 25.0. As propriedades psicométricas das escalas foram analisadas em termos de consistência interna. A consistência interna para a Escala Global de Coping apresenta um α de Cronbach de 0.461. Na dimensão “Estratégias de Resolução de Problemas” o α de Cronbach é igual a 0.570. Na dimensão “Estratégias de Controlo Emocional” o α de Cronbach apurado foi 0.107.

3.3.1 Apresentação e análise dos resultados

Relativamente aos aspetos sociodemográficos dos participantes, a média etária foi de 54,62 anos, tendo o participante mais novo 21 anos e o mais idoso 83 anos (gráfico 1), sendo o desvio padrão (54.62; ± 17.371)

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos por escalões etários (anos)

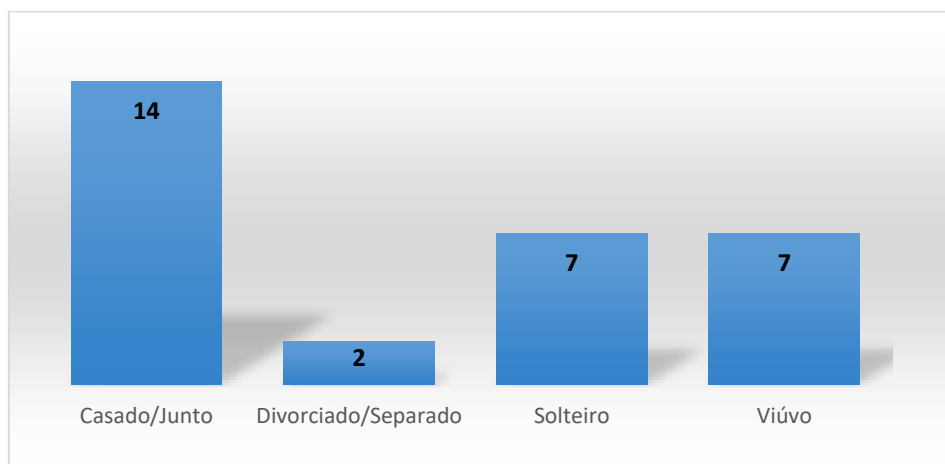


Em Portugal segundo dados da SPN, 2016/2017, a média de idades de doentes em tratamento por hemodiálise posiciona-se acima, mais concretamente nos 67,68 anos o que pode significar que a transplantação renal está direcionada para uma população mais jovem, onde se procura alcançar um maior êxito terapêutico.

Quanto ao género, no relatório de 2016/2017 da SPN tanto em doentes transplantados renais como em doentes em tratamento por hemodiálise, existe uma maior incidência sobre o género masculino, também nesta amostra de participantes, 18 (60%) são do género masculino.

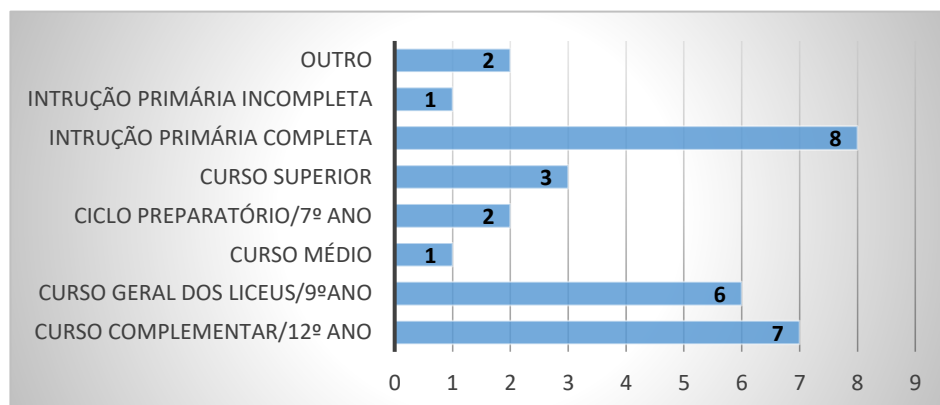
Em relação ao estado civil, o grupo divide-se essencialmente nos casados/ juntos (14; 46,7%) ou sobre os solteiros ou viúvos (14; 46,6%), sendo uma minoria os que estão divorciados ou separados (2; 6,7%) (gráfico 2). Este fato pode traduzir uma maior sobrecarga em termos de cuidados para os cônjuges pois serão na sua maioria os cuidadores de referência para estes indivíduos ex-transplantados. Mas revela também que o transplante renal poderá ter impulsionado uma maior autonomia para aqueles que são solteiros ou viúvos.

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos por Estado Civil



Quanto à escolaridade, mais de 50% do grupo tem escolaridade acima da instrução primária. Existe apenas um indivíduo com instrução primária incompleta (gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos por nível de escolaridade



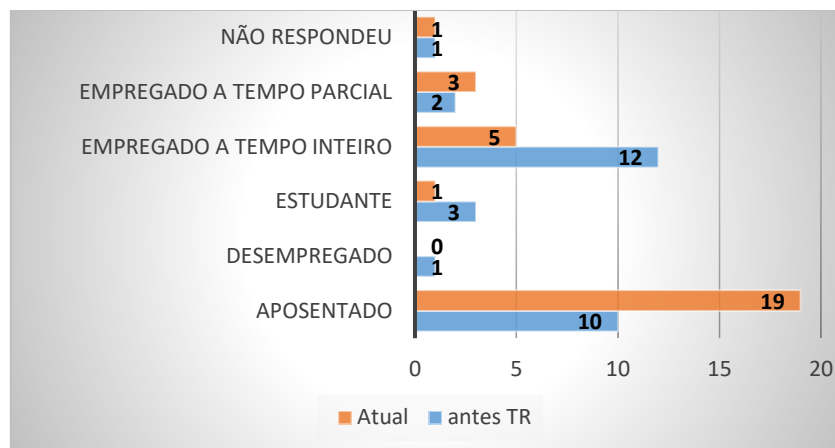
A grande maioria dos sujeitos (19; 63.33%) encontra-se aposentado (gráfico 4), o que pode corresponder às limitações que a DRC e os seus tratamentos representam na atividade profissional dos indivíduos.

Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos por tipo de ocupação atual



No entanto, quando comparamos a ocupação pré-transplante e a atual verificamos que 40% dos indivíduos estavam empregados a tempo inteiro e 33,3% eram aposentados (gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos por tipo de ocupação antes do transplante renal e atualmente

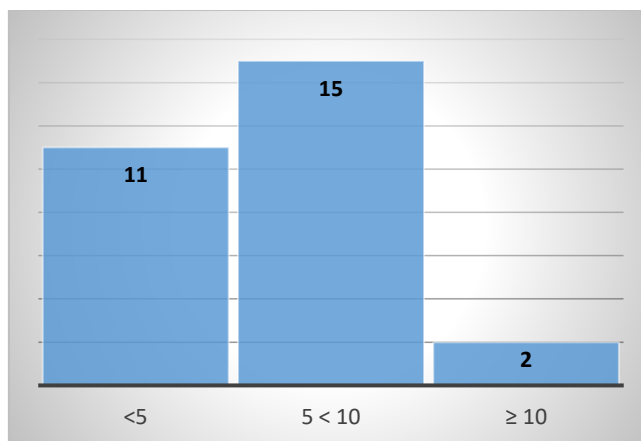


O número de indivíduos com atividade a tempo inteiro reduziu em mais de 50%, após a falência do transplante renal, aumentando significativamente o número de aposentados (19) (gráfico 5).

Relativamente às convicções religiosas, 96,7% dos sujeitos são católicos, 76,7% católicos não praticantes, havendo apenas um elemento que pertence a outra religião, o que está de acordo com as características da população portuguesa, segundo dados do INE, cerca de 88,7% da população é católica.

No grupo de participantes, constatou-se que o tempo médio de perda da funcionalidade do enxerto renal até à data do questionário era de 5,36 anos. Havendo 5 indivíduos abaixo deste valor médio e dois outros com um tempo após falência do enxerto renal superior a 10 anos (gráfico 6).

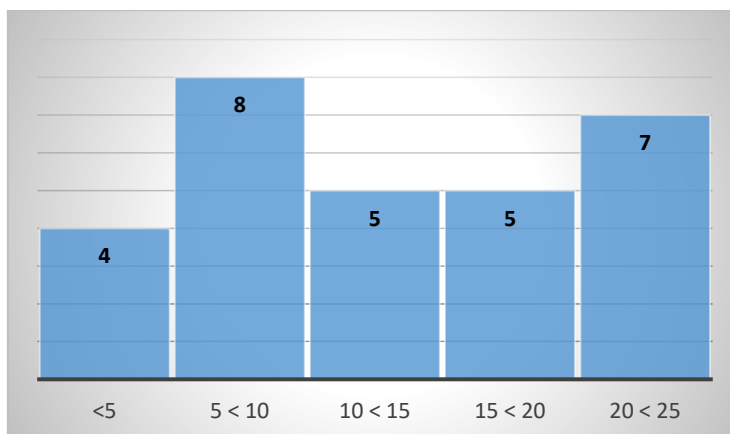
Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos por tempo após perda do transplante renal (anos)



Relativamente ao tempo de vida/funcionalidade do enxerto renal, neste grupo a média encontra-se nos 13 anos. Num estudo de Gurkan et al em 2015, sobre “Estratégias de enfrentamento do stress em hemodiálise e pacientes transplantados foi apurada uma média muito próxima cerca de 12.5 anos.

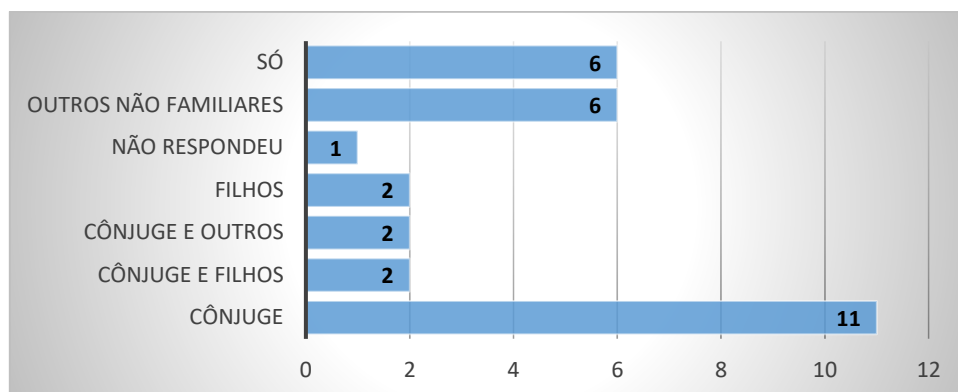
Neste grupo de indivíduos em média o tempo de funcionamento do enxerto renal (13 anos), foi superior ao tempo de vivência pós falência do enxerto (5,36 anos) à data do questionário (gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos por tempo de vida do transplante renal (anos)



Quanto ao agregado familiar a grupo divide-se entre os que moram com os respetivos cônjuges (11; 36,7%) e os que vivem com outros não familiares (6;20%), podendo ser referente a indivíduos que vivem em instituições, e ainda os que vivem sós (6;20%), em pé de igualdade com o grupo anterior (gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar



Quando analisamos se estes participantes voltaram a inscrever-se novamente na lista para transplante renal, verificamos que a maioria (17; 56,7%), não voltou a fazê-lo. A SPN, no relatório de 2016/2017, afirma esta mesma tendência, 79,5% dos indivíduos em tratamento por hemodiálise, não se encontra inscrito para transplante renal. Ainda que a média de idades do grupo em análise (54,62 anos) esteja abaixo da idade de maior risco para transplante (65 anos). Do grupo de participantes no estudo apenas 41% continua a ver o transplante como eventual alternativa aos tratamentos dialíticos.

No quadro seguinte faz-se um resumo da caracterização da amostra:

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Amostra (n=30)			
Género			
Masculino	18	60,0%	
Feminino	12	40,0%	
Idade (anos)	[21-74]	Média: 54,62	DP: 17,37
Estado Civil			
Casado/Junto	14	46,7%	
Divorciado/Separado	2	6,7%	
Solteiro	7	23,3%	
Viúvo	7	23,3%	
Total	30	100,00%	
Escolaridade			
Inst. primária incompleta	1	3,3%	
Inst. primária completa	8	26,7%	
Ciclo preparatório/7º ano	2	6,7%	
Curso geral liceus/9º ano	6	20,0%	
Curso complementar/12º ano	7	23,3%	
Curso médio	1	3,3%	
Curso superior	3	10,0%	
Outro	2	6,7%	
Total	30	100,00%	
Agregado Familiar			
Cônjuge	11	36,7%	
Cônjuge e filhos	2	6,7%	
Cônjuge e outro	2	6,7%	
Filhos	2	6,7%	
Outro não familiar	6	20,0%	
Só	6	20,0%	
Não respondeu	1	3,3%	
Total	30	100,00%	
Ocupação Pré Transplante			
Desempregado	1	3,3%	
Aposentado	10	33,3%	
Estudante	3	10,0%	
Empregado Tempo Inteiro	12	40,0%	
Empregado Tempo Parcial	2	6,7%	
Outra	1	3,3%	
Não respondeu	1	3,3%	
Total	30	100,00%	
Ocupação Atual			
Aposentado	19	63,3%	
Estudante	1	3,3%	
Empregado Tempo Inteiro	5	16,7%	
Empregado Tempo Parcial	3	10,0%	
Outra	1	3,3%	
Não respondeu	1	3,3%	
Total	30	100,00%	
Religião			
Católico Não Praticante	23	76,7%	
Católico Praticante	6	20,0%	
Outra Religião	1	3,3%	
Total	30	100,00%	
Tempo após perda TR (anos)	[2-12] (n=28)	Média: 5,36	DP: 2,59
Tempo com TR (anos)	[3-24] (n=29)	Média: 13,00	DP: 6,91
Estar em lista para TR	(n=29) Sim (12; 41,4%)	Não (17; 58,6%)	

Quadro 2 – Correlações entre a idade dos participantes, o tempo após a perda do enxerto renal e o tempo de vida do enxerto

Correlação de Spearman	Idade	Tempo após perda do TR	Tempo de vida com TR
Idade	-	-0,021	0,395*
Tempo após perda do TR		-	0,168
Tempo de vida com TR			-

* Correlação significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

No quadro 2 verifica-se que a idade estava correlacionada de forma significativa ($p < 0.05$) mas de forma direta e moderada, com o tempo de vida com transplante renal. Ou seja. À medida que a idade dos sujeitos aumentava, maior era o tempo de vida com o enxerto renal funcionante.

No que diz respeito à escala global de coping da amostra estudada apenas 23 respostas foram válidas o que confere uma confiabilidade com alfa de Cronbach de 0.461 (Quadro 3).

Quadro 3 – Consistência interna da escala de Coping

	N	%
Casos: Válidos	23	76.7
Excluídos ^a	7	23.3
Total	30	100.0
Alfa Cronbach	0.461	
Alfa Cronbach com base em itens padronizados	0.483	
N de itens	20	

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento

Quanto à escala de coping – dimensão estratégias de resolução de problemas, da amostra estudada apenas 24 respostas foram válidas e 6 excluídas o que confere uma confiabilidade com alfa de Cronbach de 0,570. (Quadro 4).

Quadro 4 – Consistência interna da Dimensão Estratégias de Resolução de Problemas

	N	%
Casos: Válidos	24	80.0
Excluídos ^a	6	20.0
Total	30	100.0
Alfa Cronbach	0.570	
Alfa Cronbach com base em itens padronizados	0.591	
N de itens	11	

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento

Quanto à escala de coping – dimensão estratégias de controlo de emoções, da amostra estudada apenas 27 respostas foram incluídas e 3 excluídas, conferindo uma confiabilidade com alfa de Cronbach de 0,107 (Quadro 5).

Quadro 5 – Consistência interna da Dimensão Estratégias de Controlo Emocional

	N	%
Casos:		
Válidos	27	90.0
Excluídos ^a	3	10.0
Total	30	100.0
Alfa Cronbach	0.107	
Alfa Cronbach com base em itens padronizados	0.120	
N de itens	9	

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento

Confiabilidade da Escala

A análise da fiabilidade da escala de Coping Adaptada com 20 itens, numa amostra de 30 sujeitos, resultou num moderado grau de consistência interna, com um Alfa de Cronbach de 0,461. Este valor é inferior ao valor obtido no estudo de Cristóvão (1999). Na dimensão “Estratégias de Resolução de Problemas” a consistência interna foi de 0,570, valor muito superior ao registado na dimensão “Estratégias de Controlo das Emoções” (0,107). Estes valores comprometem a confiabilidade da escala aplicada.

No entanto, foi um risco ponderado previamente, tendo-se optado por utilizar a escala mais reduzida, apenas com 20 itens de avaliação, por dois motivos: para evitar um maior número de respostas não válidas, pois 60 itens implicaria uma maior disponibilidade por parte dos participantes e porque na realidade do ponto de vista ético, é a escala que está publicada e com um teste de confiabilidade interna adequado.

Da análise de dados relativa à terceira parte do questionário, em que se pede aos participantes para indicarem com que frequência utilizam determinada estratégia de coping, numa escala que varia entre muito frequente, bastante frequente, pouco frequente e muito pouco frequente, resulta o quadro seguinte:

**Quadro 6 - Classificação decrescente das estratégias de coping
consoante a frequência de utilização**

Tipo	Estratégia	Score
P	Saber mais sobre o assunto para poder lidar melhor com o problema	3,31
E	Minimizar o assunto, imaginando que as coisas poderiam ser piores	3,28
P	Tentar exercer algum controlo sobre a situação	3,27
P	Ver em que medida as experiências do passado podem ajudar a lidar com o atual problema	3,17
P	Pensar em formas diferentes de lidar com a situação	3,11
P	Concentrar-me em algo agradável	3,07
E	Ir dormir, pensando que as coisas hão de parecer melhores no dia seguinte	3,07
P	Estabelecer objetivos para ajudar a resolver o problema	3,07
P	Tentar decididamente mudar as coisas	2,83
P	Analisar objetivamente o problema	2,82
P	Tentar resolver o problema com soluções alternativas	2,79
P	Tentar encontrar um significado/explicação para a situação	2,79
E	Tentar deixar de pensar no problema	2,77
E	Preparar-se para o pior	2,72
P	Dividir o problema em questões mais pequenas	2,50
E	Meditar, relaxar	2,17
E	Libertar a tensão através de exercício físico	2,10
E	Ficar furioso(a), irritar-se, praguejar	1,97
E	Chorar, ficar deprimido (a)	1,93
E	Comer, fumar, mascar pastilha elástica	1,29

Calculámos os scores máximo, mínimos e os pontos médios para uma distribuição por quartis, resultando nos intervalos constantes do quadro 7.

Quadro 7 - Scores: (1 a 4)

Quase Sempre (4)	Algumas Vezes (3)	Poucas Vezes (2)	Quase Nunca (1)
4 < 3,25	3,25 < 2,5	2,5 < 1,75	1,75 a 1

Podemos notar que as estratégias de coping são utilizadas com grande frequência, pois das 20 estratégias estudadas, 14 obtiveram score superior a 2,50. Observámos 3 estratégias de coping muito frequentes (score > 3,25). De entre as 6 estratégias de coping menos usadas (score ≤ 2,50) encontram-se 5 estratégias centradas no controlo das emoções. Ao contrário, de entre as estratégias mais usadas (score > 2,50) figuram 10 estratégias centradas na resolução de problemas, para 4 centradas no controlo das emoções.

No estudo de Lok, 1996, na Austrália, as estratégias de coping mais utilizadas eram também as centradas na resolução dos problemas, tais como “tentar manter algum controlo sobre a situação” e “olhar para o problema de forma objetiva”, o que sustenta os achados do presente estudo.

Também Gurkan em 2015, verificou que as estratégias de coping usadas pela população de transplantados renais eram as centradas na resolução de problemas, constatando que no grupo de doentes em hemodiálise o coping é mais disfuncional centrando-se no controlo das emoções.

Na Europa, mais concretamente na Suécia, num estudo desenvolvido por Lindqvist em 2004, a população de indivíduos transplantados utilizava menos as estratégias de coping centradas no controlo das emoções do que a população em geral (quadro 8).

Quadro 8 – Estudos comparativos

Presente Estudo 2018	Lok 1996	Gurkan et al 2015	Lindqvist et al 2004
Estratégias de coping entradas na resolução dos problemas (mais utilizadas)			
Saber mais sobre o assunto (3.31)	Tentar exercer algum controlo sobre a situação	Fazer uma reinterpretação positiva da situação	Olhar objetivamente para os problemas
Tentar exercer algum controlo sobre a situação (3.27)	Olhar para o problema de forma objetiva		Tentar manter o controlo sobre a situação
Estratégias de coping centradas no controlo de emoções (mais utilizadas)			
Minimizar o assunto pensando que podia ser pior (3.28)	Ter esperanças que as coisas vão melhorar	Manter-se emotivo	Manter-se emotivo
Ir dormir e pensar que no dia seguinte as coisas podem ser melhores (3.07)	Preocupar-se	Manter-se em negação	Recorrer a uma forma otimista de olhar para o problema

Quadro 9 – Tipos de estratégias de coping mais utilizadas

Tipo de estratégias de Coping	Muito Frequente	Bastante Frequente	Pouco Frequente	Muito Pouco Frequente
Centradas na Resolução de problemas	2	8	1	-
Centradas no controlo das emoções	1	3	4	1

Pode perceber-se que o recurso a estratégias de resolução de problemas foi o mais utilizado pelos participantes deste estudo assim como os de estudos semelhantes (quadro 9).

Quadro 10 – Correlação Spearman entre as variáveis idade, tempo após perda do TR e tempo de vida do TR

Correlação de Spearman	Idade	Tempo após perda TR	Tempo de vida com TR	Coping Global	Coping P	Coping E
Idade	-	-0,021	0,395 *	0,020	0,038	-0,010
Tempo após perda TR		-	0,168	-0,162	0,085	-0,028
Tempo de vida do TR			-	-0,046	-0,098	0,142
Coping global				-	0,837**	0,626**
Coping P					-	0,185
Coping E						-

*Correlação de Spearman para $p = 0.05$

**Correlação de Spearman para $p = 0.01$

Como os scores da escala de coping não seguiam uma distribuição normal, efetuámos uma análise de correlações de Spearman entre os resultados da escala de coping e suas dimensões e as variáveis de caracterização da amostra. Notámos apenas que a idade estava positiva e significativamente correlacionada com o tempo de vida com um enxerto renal (r_s 0.395), e que o coping global estava positiva e significativamente correlacionado com as suas dimensões. Assim, a idade, o tempo de vida após a perda do transplante renal e

o tempo de vida com o rim transplantado, não surgiram correlacionados, com a frequência de usos das estratégias de coping.

TESTES DE HIPÓTESES

Procurou-se inferir se o recurso a estratégias de coping centradas na resolução de problemas (P) e centradas no controlo das emoções (E) variava mediante o gênero (H1), a idade (H2), a escolaridade (H3), tipo de ocupação atual (H4), estar ou não inscrito em lista para transplante (H5).

Não foi observada diferença significativa entre homens e mulheres quanto à frequência de uso de estratégias de coping centradas na resolução de problemas ou de controlo das emoções. O quadro resumo referente ao teste de hipótese pode ser consultado no apêndice nº X. Também no estudo Lindqvist et al, 2004, não havia diferença entre homens e mulheres no que diz respeito à escolha das estratégias de coping.

A frequência de uso de estratégias gerais de coping, ou de coping centrado na resolução de problemas (P), ou centrado no controlo das emoções (E) não difere significativamente consoante a idade (mais novos até 50 anos e mais velhos, com 50 e mais anos, como se pode constatar nos resultados disponíveis no apêndice nº X.

Não se observou diferença significativa quanto à frequência do uso de estratégias de coping em função da escolaridade (Apêndice N°X).

Não se verificou diferença significativa quanto à frequência do uso de estratégias de coping em função do tipo de ocupação atual, como se comprova no apêndice X.

A frequência de uso de estratégias gerais de coping, ou de coping centrado na resolução de problemas (P), ou centrado no controlo das emoções (E), não varia significativamente em função de estar ou não em lista de espera para transplante renal como se pode consultar no quadro resumo 5 apresentado no apêndice nº X.

Também não se observou diferença significativa quanto à frequência do uso de estratégias de coping centrado na resolução de problemas (P) ou centrado no controlo das emoções (E).

TRATAMENTO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Da análise temática de conteúdo feita a partir dos dados dos sujeitos, podemos observar dois temas: os recursos de coping e os estilos de coping.

Para o tema Recursos de Coping, encontrámos quatro categorias: a Família, os Agentes de saúde, Animais de Estimação e Outros (Quadro 11).

A categoria “Família” foi expressa por expressões como *Apoio da minha família* (E1) ou *Carinho e apoio da família* (E8); a categoria “Agentes de saúde” foi expressa por declarações como *Falar com o médico ajuda* (E7) e *Aceitar o apoio e carinho, a força das enfermeiras* (E21); a categoria “Outros” emergiu da afirmação *Apoio dos outros* (E2); a categoria “Animais de estimação” surgiu da declaração *Animais de estimação* (E4);

Quadro 11 - Recursos de coping

Categorias	Unidades de Registo
Família	• <i>Apoio da minha família</i> (E1); • <i>Família</i> (E4); • <i>Carinho e apoio da família</i> (E8); • <i>Apoio de alguns amigos e familiares</i> (E21);
Outros	• <i>Apoio dos outros</i> (E2);
Animais de estimação	• <i>Animais de estimação</i> (E4);
Agentes de saúde	• <i>Falar com o médico ajuda</i> (E7); • <i>Aceitar o apoio e carinho, a força das enfermeiras</i> (E21);

Apesar de ser um grupo maioritariamente católico (76,7%), ainda que não praticante, o recurso coping da religião não foi mencionado.

O coping externo, que segundo Shek (1992), se centra na procura de ajuda junto de familiares, agentes de saúde, recursos sociais, foi mencionado por

8 indivíduos. Revelando-se importante incluir a família/amigos e profissionais de saúde nas estratégias para a resolução do problema.

O segundo tema observado refere-se ao estilo de coping. As estratégias de coping centradas na resolução de problemas e no controlo emocional podem também ser categorizadas em vários estilos: Confrontativo, Autoconfiante (ambos pertencentes a estratégias centradas na resolução de problemas), e estilos Otimista, Emotivo e Evasivo (Quadro 12).

A categoria estilo “Confrontativo” caracteriza-se pela expressão *Lutar para uma qualidade de vida melhor* (E14); A categoria “Autoconfiante” revela-se nas afirmações *Aprendemos a viver melhor* (E3); *Aprender a aproveitar tudo o que vivemos* (E3); ou *Inscrever-me para um novo transplante* (E14); a categoria “Otimista” traduz-se em declarações como: *Ter pensamento positivo* (E3); *Estar vivo é o melhor* (E3); ou *Tentar ver o lado mais positivo* (E8); a categoria “Evasivo” emergiu de frases como: *Um dia de cada vez* (E12); ou *Manter sempre a cabeça ocupada com atividades profissionais* (E13);

Quadro 12 - Estilos de coping

Categoria	Tipo	Unidades de Registo
Confrontativo	P	<i>Lutar para uma qualidade de vida melhor</i> (E14);
Autoconfiante	P	<i>Aprendemos a viver melhor</i> (E3); <i>Aprendemos a aproveitar tudo o que vivemos</i> (E3); <i>Inscrever-me para um novo transplante</i> (E14); <i>Não desisto ao primeiro obstáculo</i> (E14);
Otimista	E	<i>Ter pensamento positivo</i> (E3); <i>Superar com a força que temos</i> (E3); <i>Estar vivo é o melhor</i> (E3) <i>Tentar ver o lado mais positivo</i> (E8); <i>Pensar positivamente</i> (E10); <i>Sou otimista por natureza</i> (E12); <i>A falência dos rins não é o fim da vida</i> (E14); <i>Sou muito positiva</i> (E14);
Emotivo	E	<i>Falar sobre o assunto</i> (E2) <i>Fazer o que mais gosto, como ir à pesca e tiro ao alvo</i> (E4); <i>Passar o tempo a divertir-me</i> (E4); <i>Tenho de me conformar</i> (E12); <i>Fazer o que mais gosto, a agricultura</i> (E13);
Evasivo	E	<i>Um dia de cada vez</i> (E12); <i>Manter sempre a cabeça ocupada com atividades profissionais</i> (E13); <i>Tratar dos animais</i> (E13); <i>Conviver com amigos e família</i> (E18);

Predomina o estilo de coping otimista, que nos remete para a procura da resolução do problema através de estratégias de coping centradas no controlo das emoções, contrapondo os resultados da análise às estratégias de coping mais utilizadas.

Tal como no estudo de Gurkan et al, 2015, grande parte dos participantes apresenta um estilo de coping otimista, que determina conseguir-se um coping eficaz, positivo ou funcional. Segundo Meleis, 2001, uma transição saudável.

3.3.2 Limitações do estudo

Uma das limitações que pode ser apresentada a este estudo é o tamanho da amostra, ser pequena e limitada a um único centro de transplantação renal.

Não serem exploradas as causas da rejeição/falência do enxerto renal. Não permitir a comparação numa fase mais imediata à perda da funcionalidade do enxerto e numa fase mais tardia. A carência de um instrumento de medida standard para avaliar, numa prática diária os estilos de coping dos indivíduos.

A aplicação do instrumento de investigação foi feita durante o mês de Dezembro, o que devido às suas festividades pode também ter limitado a adesão dos participantes.

3.4 Considerações finais do estudo

Os profissionais de enfermagem encontram-se numa posição favorecida para dar suporte, fornecer informações, fazer uma análise crítica das situações e disponibilizar estratégias alternativas para a resolução de problemas por forma a melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos.

O objetivo dos enfermeiros especialistas que cuidam de indivíduos na área da nefrologia é ajudá-los a alcançar o melhor estágio de saúde/independência. Promover o *empowerment* e uma participação proativa no seu plano pessoal de cuidados e alcançar estádios ótimos de reabilitação.

Os enfermeiros podem desenvolver estratégias para envolver os doentes a fazerem coping com a perda da funcionalidade do enxerto renal, habilitá-los a terem mais controlo na sua própria vida, saúde e bem-estar. A procurarem formas de coping para com as novas demandas após a perda do enxerto.

Talvez seja mais importante trabalhar o coping do estilo otimista ou confrontativo do que a adesão terapêutica. E assim dotar os doentes de uma capacidade construtiva para lidar com os aspetos fatalistas da doença ou outros aspetos da vida.

“No decorrer da experiência de transição, o cliente/ indivíduo deve sentir-se situado, ou seja, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido.(...) É este estado dinâmico que nos remete para a noção de adaptação ao meio envolvente, e, subsequentemente, para o desenvolvimento da confiança e coping, que ocorre quando se experiencia a transição, demonstrando um conhecimento mais aprofundado, e também, uma maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos”. (Meleis et al, 2010 citado por Santos et al, 2015, p.161)

Considero fundamental que as estratégias de coping sejam mais trabalhadas na prática diária dos enfermeiros para que se compreenda e se consiga ajudar de forma mais proficiente indivíduos confrontados com a vivência diária de uma doença crónica e de tratamentos muitas vezes considerados penosos e limitadores.

O coping é um processo dinâmico que requer uma relação a longo prazo com a doença crónica e o seu tratamento. O reconhecimento do estilo de coping dos indivíduos pode ajudar a equipa transdisciplinar a identificar os que beneficiariam de aconselhamento psicológico. Também:

“a perceção dos indicadores de resposta permite aos enfermeiros uma melhor compreensão não só acerca do processo de transição experienciado pelos seus clientes, mas também das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biopsicosociocultural.” (Zagonel, 1999 citado por Santos et al 2015, p.162)

Os recursos coping podem ser agentes facilitadores para a intervenção dos enfermeiros. Para os participantes deste estudo, a família e os agentes de saúde parecem ter um papel importante. Meleis & Trangenstein, et al, 2010 citado por Santos, et al, 2015, suportam esta mesma ilação:

“Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas”. (p.162)

Reforço a utilidade de reconhecer as estratégias de coping perante situações de stress com o objetivo de delinear planos de cuidados mais adequados e holísticos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O doente renal crónico tem necessidades específicas. Para além de se confrontar diariamente com a cronicidade da sua doença, tem de conseguir gerir tratamentos, terapêutica e no meio de todas essas barreiras conseguir ser ele próprio, enquanto pessoa, pai/mãe, marido/esposa e fazer face às exigências da sua profissão. Gerir todas essas dimensões são desafios nem sempre fáceis de ultrapassar.

Como enfermeira ao resumir neste relatório as atividades desenvolvidas durante os estágios, consegui refletir sobre as necessidades dos indivíduos que lidam com a doença renal crónica e as diferentes transições que vão vivenciando no decorrer da doença, mas também dos estádios de vida.

Tive inúmeras oportunidades de aprendizagem que procurei explorar de forma a crescer enquanto pessoa e profissional desenvolvendo uma curva de evolução crescente e enriquecedora.

Os enfermeiros são os principais responsáveis pela função educativa junto do doente e família. De nada adiantariam as nossas intervenções se não nos preocupássemos com a vida do doente após a alta, ou seja, com a sua nova realidade. É necessário que o processo educação/conscientização seja contínuo, não apenas no centro hospitalar, mas também nos setores primário e terciário.

O acolhimento e a segurança do doente estiveram presentes ao longo do estágio. O ambiente de acolhimento, as condições de conforto, a capacidade de escuta e o respeito foram aspetos que tive em conta e que favoreceram o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança.

A relação terapêutica surge integrada nas intervenções do enfermeiro. O enfermeiro tem a possibilidade de construir uma relação suficientemente forte e próxima com os doentes onde a disponibilidade, o conhecimento, a acessibilidade e a confiança, entre outros, são uma constante.

É através da comunicação que interagimos uns com os outros e somos capazes de construir uma relação. O desenvolvimento das competências comunicacionais contribuiu no sentido de melhor agir, elevando a qualidade da ação.

O enfermeiro especialista na área da nefrologia tem a responsabilidade acrescida de conseguir olhar para estes doentes como um todo e não como um “bloco” que se fragmenta no membro do acesso, no enxerto renal, no tratamento de diálise ou na terapêutica.

Durante o decorrer do estágio confrontei-me com essa questão, será que avaliamos o DRC como um ser holístico ou estaremos ainda ancorados num modelo biomédico e mercantilista que secciona o doente de todas as suas dimensões? O enfermeiro especialista tem competências e saberes que podem fazer a diferença na abordagem holística destes doentes. No entanto, vivemos num país no rescaldo de uma crise económico-financeira grave, que pouco tem investido ao nível dos cuidados de saúde, correndo o risco de aumentar o fosso entre cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

As clínicas privadas para tratamentos de hemodiálise absorveram estes doentes. Apesar de existir um progresso efetivo nos tratamentos de substituição da função renal com benefício para o doente, estes acabam por ser “reféns” destas clínicas. Vejamos, quando é necessário construir um acesso vascular ou rever o seu funcionamento, para onde são encaminhados? Para um centro cirúrgico que tem um plano financeiro anual no qual não estão englobadas quaisquer complicações. Quando as há, o doente é novamente reencaminhado para outro centro hospitalar perdendo-se a continuidade de cuidados.

Na posição inversa, no centro hospitalar, quando se quer saber mais informações sobre estes doentes e os seus tratamentos, não se consegue estabelecer contato com enfermeiros de referência para o doente, pois não existem, tanto nas clínicas de hemodiálise como nos centros de saúde.

Existe um crescente espalhamento de serviços com pontes que não foram construídas, correndo-se o risco do DRC ficar desprotegido. Ao invés de se concentrar informação e centrarem cuidados, estes são cada vez mais fracionados.

Para além da hemodiálise também a transplantação renal assumiu nos últimos anos grande importância no tratamento de doentes renais no estágio terminal. Estes indivíduos enfrentam imensos desafios após o transplante, tais como: viver com o receio da rejeição, a gestão da complexa terapêutica imunossupressora e os efeitos secundários da mesma. São acompanhados nos centros de transplantação renal, onde recorrem anualmente para as consultas de follow-up.

No entanto não tem sido explorada a fase pós falência do enxerto. Onde são depois acompanhados? Continuam a recorrer ao centro de transplantação apesar de já não terem enxertos funcionantes? É um fato. A complexidade destes doentes do ponto de vista de outras especialidades médicas é tal, que estes indivíduos são sempre redirecionados para os centros de transplantação.

Como se gere o stress relacionado com a retoma dos tratamentos de diálise? A que estratégias de coping recorrem?

No percurso do estágio e do estudo de investigação pude compreender melhor o fenómeno de adaptação a cada nova faceta da doença renal crónica.

Na amostra de indivíduos ex-transplantados renais manter uma posição otimista e confrontativa parece ser a melhor forma de lidar com os desafios. Ignorar o problema e manter-se num registo depressivo revela ser uma estratégia a que poucos recorrem e que determina um coping ineficaz. Os indivíduos fatalistas ou evasivos parecem constituir o verdadeiro problema para os enfermeiros.

A elaboração de um instrumento que permita avaliar estes indivíduos do ponto de vista do seu estilo de coping parece ser uma ferramenta essencial para os enfermeiros da nefrologia, cujo foco de intervenção são indivíduos que gerem diariamente o coping à doença crónica e às exigências dos seus tratamentos.

Ao terminar a minha especialização na área médico-cirúrgica, na vertente da nefrologia, consciencializo-me das competências que desenvolvi que me permitirão ser um elemento de referência para os pares e para os doentes renais crónicos e suas famílias.

Preocupa-me que aos olhos de governantes e gestores hospitalares o enfermeiro especialista não seja devidamente valorizado, ainda que reconheçam

que estes profissionais são fundamentais para manter a dinamização dos serviços e a diferenciada abordagem dos doentes.

Tenho consciência que quase de forma intrínseca a minha abordagem ao DRC e aos enfermeiros que cuidam destes, será mais diferenciada e dirigida. No sentido figurado o enfermeiro especialista veste uma farda diferente que uma vez vestida já não será despida.

O percurso que tracei desde o início da minha atividade profissional permitiu-me perceber que *“os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas”*. (Meleis, 2010, p.162)

Desde sempre e não apenas agora, como futura enfermeira especialista que reconheço a relação de ajuda, como um “instrumento” fundamental para conhecer aprofundadamente os indivíduos. Isso implica estar disponível para ouvir, conhecer as experiências vividas e os significados que lhe são atribuídos. Os enfermeiros, ao aperfeiçoarem o seu conhecimento acerca do cliente, tornam-se peritos como guias ao longo do seu percurso de doença. (Benner 2005)

Por outro lado, não é apenas o conhecimento do outro que possibilita habilidade para o cuidar, os enfermeiros quando prestam ajuda de forma a auxiliar o desenvolvimento de competências dos clientes para enfrentar a transição – mestria – também atingem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a sua energia e os recursos do meio envolvente (Meleis, 2010).

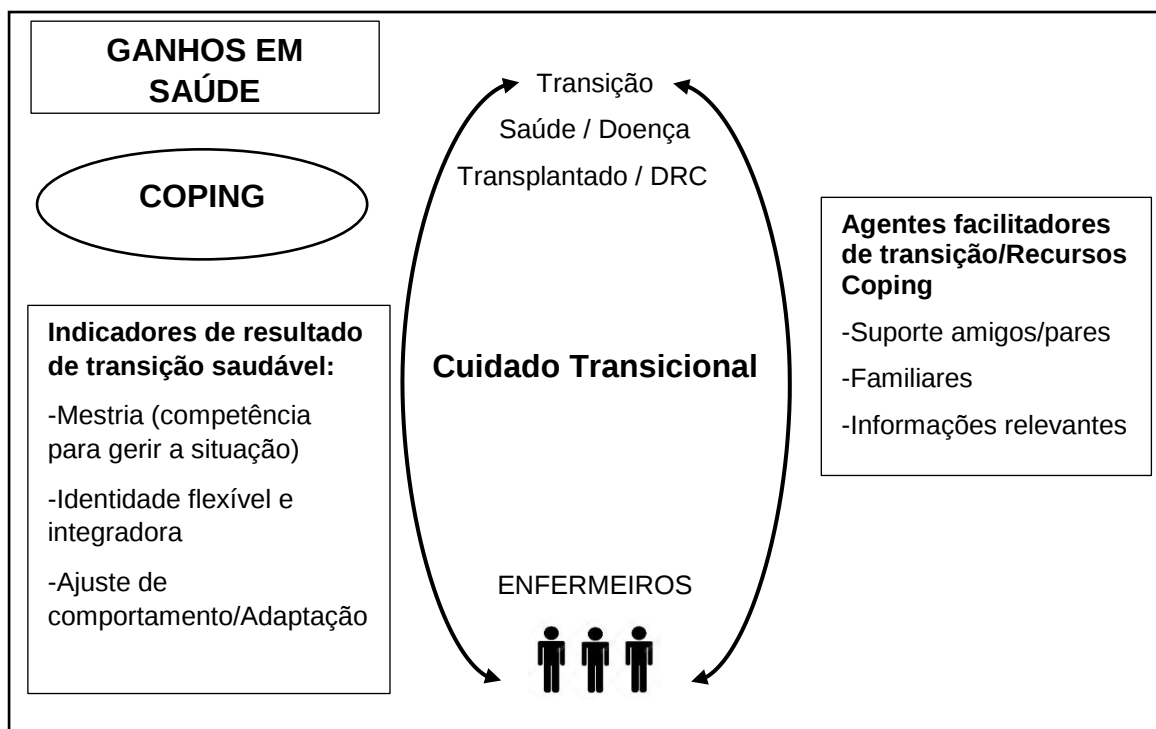
A enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição. Este acompanhamento basear-se-á na facilitação das transições dos clientes, famílias e comunidades, devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, onde a saúde e o bem-estar são os resultados esperados. (Meleis & Trangenstein, 2010 citado por Santos et al 2015)

Aos enfermeiros cabe a tarefa de facilitar o caminho de cada indivíduo, capacitando-o para alcançar o autocuidado e o ajuste de comportamentos. O

reconhecimento das estratégias, recursos e estilos de coping parecem andar lado a lado com o cuidado transacional proposto por Meleis em 2010.

No fundo o cuidado transicional pretende capacitar os indivíduos para que no decorrer da transição, consigam reformular os significados da mesma e se consigam sentir situados, ou seja fazer coping ao agente stressor, mudança, desequilíbrio ou transição.

Quadro 13 – Cuidado transicional e coping



Entendo que “o cuidado transicional” está ainda numa fase embrionária e a sua definição complexa, mas surge da profunda consciencialização do enfermeiro que conseguiu compreender o indivíduo que experiencia o processo de transição e procura fazer coping.

Ser futura enfermeira especialista acresce às competências das responsabilidades profissionais, ética e legal, de gestão de cuidados, de aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade, a missão de interagir com clientes que experienciam transições, de modo a conseguir providenciar “ganhos em saúde” sensíveis aos cuidados de enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcão, I.; Tavares J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. (2ªed)* Coimbra; Almedina.
2. Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. (5ªed)*. Loures: Lusociência
3. Antoniazzi A.; Dell`Aglío D.; Bandeira D. (1998). O Conceito de Coping: Uma Revisão Teórica. *Estudos de Psicologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Vol.3 (2); Pp. 273-294
4. Bardin L. (2009). *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Coimbra: Edições70
5. Basso F, Ricci Z, Cruz D, Ronco C. (2010). International survey on the management of acute kidney injury in critically ill patients: year 2007. *Blood Purif*. Pp.214–220
6. Battistella M. (2012). Management of Depression in Hemodialysis Patients. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*; Vol. 22 (3). Pp. 29-34
7. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
8. Bonilla M. (2013). Peritoneal Dialysis in the Pediatric Intensive Care Unit Setting: Techniques, Quantitations and Outcomes. Department of Pediatrics. *University of Puerto Rico – Medical Sciences Campus*. Vol.35.Pp77–80
9. Burdman, E.; Chakravarthi, R. (2011). Peritoneal Dialysis in Acute Kidney Injury: Lessons Learned; Seminars in Dialysis. *Wiley Periodicals, Inc* Vol 24(2). Pp.149–156
10. Cabral M.; Silva P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal. Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
11. Cabrito, B.; Costa, M. (2009). *Quotidiano(s) de Saúde: Contextos de Formação*. Lisboa: Educa
12. Calado M. M. (2016). Vivências da Pessoa após Rejeição de Transplante Renal. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem,

13. Cathy K.; Jenkins J. (1998). *Compreender as Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget
14. Chick N.; Meleis A. (1986). *Transition: a nursing concern*. In Chinn, P. L., *Nursing research Methodology*. Reckeville: Aspen
15. Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)
16. Collière M. (2000). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel
17. Corlett, L. (2015). Future Models of Supervision: Supporting Practice and Promoting Professional Growth and Well-being in Educational Psychology Through Collaborative Peer Support (CPS). *Educational & Child Psychology*. Vol. (32). Pp90-104
18. Costa-Requena G.; et al (2014). Optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento en pacientes con transplante renal. *Revista Nefrologia*. Vol 34 (5). P. 605-610
19. Cristóvão, A. F. (1998). *Stress, Coping e Qualidade de Vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa
20. Danovitch G. (2014). The high cost of organ transplant commercialism. *Kidney International*. Vol. (85). P.248-250
21. Del Peso G.; Bajo M.; Fonta M.; Martinez J.; Marron B, Selgas R. (2011). Effect of self-administered intraperitoneal biheparin on peritoneal transport and ultrafiltration capacity in peritoneal dialysis patients with membrane dysfunction. A randomized, multi-centre open clinical trial. *Oxford University Press e ERA-EDTA*. Pp2051-2058
22. Diário da República, 1.ª série — N.º 242 — 20 de dezembro de 2011, portaria nº 306-A/2011
23. Fachada O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais*. 7ª ed. Lisboa: Edições Rumo
24. Franklin P.; et al (2005) *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência
25. Federico, M.; Leitão, A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau

26. Fortin, M. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta
27. Gill P.; Lowes L. (2009). The Kidney Transplant Failure Experience – A Longitudinal Case Study. *Progress in Transplantation*; Vol.19 (2); Pp. 114-121.
28. Gomes A.; Cardoso L.; Carvalho C. (2000). Discurso de Liderança - O que faz sentido faz-se. *Psychologica*. Vol.23. (7). Coimbra
29. Gonçalves M.; Simões M.; Almeida L. (2017). *Psicologia Clínica e da Saúde – Instrumentos de Avaliação*. Lisboa: Pactor
30. Gurkan A.; et al (2015). Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. *Transplantation Proceedings*. Vol (47). P. 1392-1397
31. <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/Nephrology>. Acedido a 19/06/17
32. <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>. Acedido a 19/06/17
33. <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>. Acedido a 19/06/17
34. <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>. Acedido a 11/10/2017
35. <https://www.publico.pt/2011/09/20/jornal/transplantes-renais-poupam-milhoes-de-euros-ao-estado-23008207>. Acedido 08/01/2018
36. (<http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>). Acedido a 15/06/2017
37. (<http://www.apurologia.pt/>). Acedido a 19/06/2017
38. (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/21/sns-proximidade-futuros-passos/>). Acedido a 21/11/2017
39. International Council of Nurses (ICN) (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Suíça: Ordem dos Enfermeiros
40. Johnson M.; Maas M.; Moorhead S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ªed.Porto Alegre: Artmed

41. Jorge C. (2010). Transplante de órgãos contra a barreira ética. *NewsSPT – Uma Publicação da Sociedade Portuguesa de Transplantação*. Vol (1). P. 7-8
42. Karimi M.; Emami Z.; Mirhaghi A. (2016). Patient education among nurses: Bringing evidence into clinical applicability: Iran. *Invest Educ Enferm*. 34(1); Pp137-151.
43. Koerner, B.; Cohen J.; Armstrong D. (1986). *Professional Behavior in Collaborative Practice*. Jona
44. Kong I.; Malassiotis A. (1999). Quality of life, coping and concerns in chinese patients after renal transplantation. *International Journal of Nursing Studies*. Vol (36). P. 313-322
45. Kovács M.[s.d.] A Morte em Vida. Citado por Bromberg M. *Vida e Morte; Laços de existência*. S. Paulo: Casa do Psicólogo
46. Lazarus R.; Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company
47. Lindqvist R.; Carlsson M.; PO Sjoden (2004). Coping strategies of people with Kidney transplants. *Journal Advanced Nurses*. Vol. 45 (1); Pp. 47-52.
48. Lindqvist R; et al (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 45 (1). P.47-52
49. Lok P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. (23). P.873-881
50. Luvisotto; Carvalho e Galdeano (2007). Transplante Renal: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato. *Einstein*; Vol. (5) Pp. 117-22
51. Macário F. (2016). Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete de Registo da SPN
52. Malek-Marin T.; Arenas D.; Gil T.; et al (2010). Spontaneous retroperitoneal bleeding in dialysis: a presentation of 5 cases and review of the literature. *Clinical Nephrology*, Vol. 74(3). Pp229-244
53. Maniva S.; Freitas C. (2010). O Paciente em Hemodiálise: Autocuidado com a Fístula Arterio Venosa. *Rev. Rene*. Fortaleza. Vol. 11 (1). P152-160

54. Maxwell MH, Rockney RE, Kleeman CR, Twiss MR (1959). Peritoneal dialysis techniques and applications. *AmMed Assoc*. Pp917–924
55. McDowell I. (2006). *Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press
56. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4^a ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
57. Meleis, A.; et.al (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances. Nursing Science*. Vol. 23 (1). P. 12-28
58. Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
59. Melo J.; Dias A.; Vilarés F; et al (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
60. Meneghin P.; Stefanelli M.; Cianciarullo T. (1991). Comunicação na Enfermagem em Nível Organizacional: Questões e Opções. *Revista Paulista De Enfermagem*. Vol. 10 (3). Pp. 115-120.
61. Moniz, L; Barros L. (2005). *Psicologia da Doença par Cuidados de Saúde – Guia Metodológico Dirigido a Psicólogos, Médicos, Enfermeiros e Outros Técnicos de Saúde*. Porto: Edições ASA
62. Moraes R.; Sardinha A.; et al (2016). Adesão a Terapia Imunossupressora em Recetores de Transplante Renal. *Cien. Cui. Saude*; Vol 15(1); Pp. 141-147.
63. Mota A. (2003). Problemas do Transplante Renal a Longo-Prazo. *Rev. Port. Nefro Hipert*; Vol 17 (1); Pp. 11-22
64. Nilsson M.; Forsberg A.; Lennerling A.; Persson L. (2012) Coping in Relation to Perceived Threat of the Risk of Graft Rejection and Health-Related Quality of Life of Organ Transplant Recipients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; Vol. 27; Pp. 935-944
65. Nilsson M.; Persson L-O.; Forsberg A. (2008). Perceptions of Experiences of Graft Rejection Among Organ Transplant Recipients – Striving to Control the Uncontrollable. *Journal of Clinical Nurses*; Vol. (17); Pp. 2408-2417.

66. Niven N. (2000). *Health Psychology for Health Care Professionals*. (3ª ed). London: Churchill Livingstone
67. Ouellette A.; Achille M.; Pâquet M. (2009). The Experience of Graft Failure: Patients` Perspectives. *Qualitative Health Research*; Vol. 19 (8); Pp. 1131-1138.
68. Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética*. Loures: Lusociência
69. Parreira A. (2006). *Gestão do Stress e Qualidade de Vida – Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda
70. Pereira É.; Teixeira C.; Santos A. (2012). Qualidade de Vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte*; São Paulo V26 (2); Pp. 241-250
71. Phipps W.; Sands J.; Marek J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas. Lda
72. Quinan P. (2007). Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. *The CANNT Journal*. Vol.17 (3). P. 77-84
73. Ravagnani L.; Domingos N; Miyazaki M. (2007) Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Pacientes Submetidos a Transplante Renal. *Estudos de Psicologia*; Vol. 12 (2). Pp 177-184
74. Rebelo Botelho, MA (2009) Revista Pensar Enfermagem EDITORIAL
75. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010) Ordem dos Enfermeiros
76. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010) Ordem dos Enfermeiros
77. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010) Ordem dos Enfermeiros
78. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
79. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Ordem dos Enfermeiros

80. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Ordem dos Enfermeiros
81. Ribeiro J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
82. Safari M.; Koenig H.; Ghanizadeh G.; et al (2013). Psychometric Properties of Persian Spiritual Coping Scale in Hemodialysis Patients. *Springer Science and Business Media*; Vol. 53; Pp. 1025-1035.
83. Shallcross, J. (2002). Nursing Management of Patients for Greater Renal Transplant Success. *Prof Nurse*; Vol. (12); Pp. 725-728
84. Santos, E.; et al (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*; Vol. (49); Pp. 153-171
85. Sharp M.; Dohme [s.d]. *Enciclopédia Médica – Perturbações do Fígado e da Vesícula Biliar, Perturbações do Rim e das Vias Urinárias*. Vol. (8). Matosinhos: Editorial Oceano, S.L.
86. Tate R. (2010) A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires – The Practitioner’s Guide to Measuring Outcomes after Brain Impairment; New York: Psychology Press
87. Telles-Correia D.; Barbosa A.; Mega I. (2010). Qualidade de Vida e Transplante. *Acta Med Port*. Vol (23); Pp. 1091-1100
88. Thelan I.; Davie J.; Urden L.; Lough M. (1996) Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção. (2ª ed). Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
89. Thomas N.; Jeffrey C. (2005) Enfermagem em Nefrologia. (2ªed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
90. Weisbord S. (2016). Patient-Centered Dialysis Care: Depression, Pain and Quality of Life. *Seminars in Dialysis*. Pp. 158-164
91. ([www.http://supervisão-clinica-enfermagem.com](http://www.supervisão-clinica-enfermagem.com)). UKCCN – United Kingdom Central Council for Nursing. Acedido 06/01/2018

ANEXOS

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do Campo da Prática Clínica

— DIÁLISE PERITONEAL

A enf.^a Ana Patrícia Pires evidenciou muito interesse em aprofundar os seus conhecimentos teóricos e práticos, mostrando-se empenhada em conhecer tão detalhadamente quanto possível o cuidado de enfermagem à Pessoa em programa de diálise peritoneal (DP).

Teve oportunidade de conhecer o plano de ensino da Pessoa em DP e de participar no planeamento e realização de diferentes sessões de treino. Estas incluíram, por exemplo, os cuidados com o orifício do cateter, a aprendizagem da técnica manual e automática e a resolução de problemas. Salienta-se a reflexão realizada ao nível da utilização de estratégias de ensino adequadas a cada situação.

Acompanhou de forma activa a intervenção de enfermagem em diferentes momentos, nomeadamente na realização de alguns procedimentos, como a mudança da extensão do cateter *Tenckhoff*, a medição da pressão intra-abdominal e a administração de terapêutica intra-peritoneal.

Conheceu as principais características do programa de monitorização remota em diálise peritoneal automática¹, que permite uma maior celeridade na adequação da estratégia dialítica.

Colaborou ainda na realização da Consulta de Esclarecimento de Enfermagem, estabelecida pela norma 017/2011 da Direcção-Geral da Saúde.

28.09.2017

¹ Cicladora "Homechoice Claria" e plataforma on-line "Sharesource".

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA



AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A sua atuação na área da prática clínica de enfermagem na unidade de transplante renal mostrou-se muito boa. O TSC é que o estágio consistiu na aprendizagem de consultório de transplante renal e consulta de enfermagem na unidade de transplante renal. Não houve uma grande colaboração nas intervenções de enfermagem, revelando interesse e iniciativa, com conhecimentos e competências adequadas à prática profissional. Foi dada a responsabilidade, as capacidades relacionadas com a equipa de saúde, com o utente e a família na promoção da sua saúde.

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: 20/10/2017

Data:

Assinatura

Estudante

Assinatura

Docente - [Assinatura]



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Patrícia Pires

Efetuação de: 23-10-2017 a 03-11-2017

Instituição: H

Serviço: Unidade de Diálise Peritoneal

Docente: Prof.ª Eulália Novais

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom / Muito Bom	Excelente0	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam a resolução de problemas de maior complexidade;	Trabalho que chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e atualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	MB
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade 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; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos.	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	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.	MB
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus atos.	Nem sempre avalia as consequências dos seus atos, mas é capaz de as assumir.	Em regra, pondera e assume as consequências dos seus atos.	Revela ponderação em todos os atos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos atos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus atos, corrigindo-os se necessário.	MB
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; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	MB

O Docente: *Eulália Novais*

O Orientador: *[Assinatura]*

Data: 31-10-2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Patrícia desenvolveu o seu estágio entre Outubro e Novembro, com a duração de cerca de 5 turnos, na UDP. Como o estágio de DP foi realizado noutra Unidade e a DP não era novidade para si, foi efectuando comparações entre as duas Unidades. Demonstrou sempre uma prática reflexiva e demonstrou conhecimentos que justificavam as suas opiniões.

Observou a realidade da consulta de Nefrologia_Opções, apercebendo-se da sua dinâmica Realizou uma apresentação subordinada ao tema "Stress e Coping na DRC", publicitada nos Serviços. Desenvolveu uma boa relação com a equipa da UDP, e com os doentes da Unidade. Classifica-se com a menção de **Muito Bom**.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:
03-11-2017

Orientador: E

Assinatura:

Data:
03-11-2017

Estudante: Patrícia Cruz

Assinatura:



AValiação DA UNIDADE CURRICULAR Estágio COM RELatório

Nome: ANA PATRÍCIA Pires
 Efectuado de 26/11/2017 a 24/11/2017

Instituição: [Redacted]
 Docente: [Redacted]

Serviço: [Redacted]

Orientador: [Redacted]

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; 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;	Trabalho que 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;	<i>Excelente</i>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade 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; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	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 atos 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 a 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; Cria 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: [Redacted]

Orientador: [Redacted]

Data: 24/11/2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O formando durante o estágio clínico, no estágio da clínica de diálise S.P.D.-C.V.P. demonstrou ser capaz de analisar os problemas de funcionamento e planejar e avaliar as intervenções e para atender as necessidades dos clientes. Apresentou capacidade de analisar e fundamentar a qualidade das intervenções e cuidados do enfermeiro. Possui muita pontualidade e motivação para trabalhar, demonstrando capacidade de trabalhar com outras enfermeiras e praticar procedimentos e actividades de acordo com as directrizes, intervindo nos grupos. Também tem o hábito de trabalhar com os clientes, com a participação de todos. O trabalho realizado tem sido para a melhoria da qualidade de trabalho, com a participação de todos.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante



AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Ana Patrícia Reis Instituição: [Redacted] Serviço: [Redacted] Orientador: [Redacted]
 Efectuado de 27/11/17 a 08/01/18 Docente: [Redacted]

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; 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;	Trabalho que 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;	<u>Muito Bom</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade 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; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	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 metodico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo. As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>Excelente</u>
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;	<u>Excelente</u>
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 a 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; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência. Fácil integração no grupo. Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>Muito Bom</u>

O Docente: [Redacted] Orientador: [Redacted] Data: 07/02/2018

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Apresenta conhecimentos e prática atualizados, executando as suas atividades com qualidade e rigor.

Manifesta interesse sistemático em melhorar o desempenho e os conhecimentos, ponderada no ato que pratica, com iniciativa própria e responsável pelos seus atos.

Mantém boa relação com os seus pares e restante equipa multidisciplinar. Apresenta facilidade em estabelecer uma boa relação com o utente/família, promovendo a sua autonomia.

Desenvolve competências na área de melhoria contínua de qualidade e na gestão de cuidados.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 08/02/18

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

Ana Patrícia Pires

Ana Patrícia

FORMAÇÃO	AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO
Candidatura Nº _____	Formulário B Nº _____ Curso Nº/Ação Nº _____

1. Identificação do Curso/Ação

Designação: _____

Início _____ Fim _____ Duração _____ H

2. Apreciação da Acção

Para a Apreciação da Acção propõe-se:

- Apreciação da escala de 1 a 4
- Marcação com X do quadrado escolhido

2.1 Programa da Acção

		1	2	3	4	
2.1.1 Objectivos delineados	Confusos	☐	☐	☐	☐	Muito Claros
2.1.2 Pertinência dos conteúdos	Inadequados	☐	☐	☐	☐	Completamente Adequados
2.1.3 Utilidade dos Temas Abordados	Inaplicáveis	☐	☐	☐	☐	Totalmente Aplicáveis
2.1.4 Grau de Satisfação	Pouca Satisfação	☐	☐	☐	☐	Muita Satisfação
2.1.5 Resposta às expectativas iniciais	Nada	☐	☐	☐	☐	Totalmente
2.1.6 Contributo para o desempenho	Insuficiente	☐	☐	☐	☐	Excelente

2.2 Funcionamento da Acção

2.2.1 Motivação e Participação	Ausente	☐	☐	☐	☐	Plena
2.2.2 Trabalhos/Exercícios/Actividades	Insuficientes	☐	☐	☐	☐	Os Convenientes
2.2.3 Relacionamento entre Participantes	Negativo	☐	☐	☐	☐	Muito Aberto
2.2.4 Instalações	Más	☐	☐	☐	☐	Excelentes
2.2.5 Equipamento e materiais de apoio	Escassos	☐	☐	☐	☐	Os Convenientes
2.2.6 Documentação apresentada	Inadequada	☐	☐	☐	☐	Adequada na Totalidade
2.2.7 Utilização dos meios audiovisuais	Inadequada	☐	☐	☐	☐	Muito Adequada
2.2.8 Apoio Técnico/Administrativo/Pedagógico	Ineficaz	☐	☐	☐	☐	Muito Eficaz
2.2.9 Progressos na sua aprendizagem	Escassos	☐	☐	☐	☐	Muito positivos
2.2.10 Número de participantes	Insuficiente	☐	☐	☐	☐	Excessivo

V.S.F.F.

Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal

Exma. Profª. Eulália Novais

Orientadora da Tese de Mestrado

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Calouste GulbenKian

Para os devidos efeitos declara-se que a Direção Enfermagem do [REDACTED] e o Médico Coordenador do Centro Acessos Vasculares, autorizam o pedido da Sra. Enfermeira Ana Patrícia Pires que no âmbito da realização da sua tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica, pretende estudar as "Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal", com aplicação de um questionário a utentes desta instituição, com efeito a partir do mês de Novembro de 2017.

Por haver a garantia que a investigação cumpre as regras que se encontram definidas para estes casos, no que diz respeito às normas e procedimentos éticos e deontológicos.

Atenciosamente

Lisboa, 30 Outubro de 2017

Lafartinho

Apêndice Nº I

Cronograma de Estágio 3º Semestre

Ano	Mês	2017												2018						
		Set			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fev			
Locais de estágio	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	2	9	16	23	30	6	
	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	
	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	
	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	
	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	1	
	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	

Consulta de diálisis Peritoneal - [REDACTED] - (90x8 turnos)
Consulta de transplante renal - [REDACTED] - (90x8 turnos)
Consulta de esclerodermia e opóides - [REDACTED] (90x8 turnos)
Centro de Hemodíalíse [REDACTED] - (90x11 turnos)
Centro de acessos vasculares - [REDACTED] (90x11 turnos)
Internamento do PG - [REDACTED] - (90x11 turnos)
Unidade de Cuidados Intensivos - [REDACTED] - (90x11 turnos)

Apêndice Nº II

H1 - Consulta de Diálise Peritoneal

Este estágio decorreu entre os dias 25 setembro e 6 de outubro de 2017, durante 2 semanas.

A equipa da unidade de diálise peritoneal onde desenvolvi o estágio é composta por um médico e dois enfermeiros. Está agregada ao serviço de nefrologia e transplantação renal do centro hospitalar, H1.

Esta unidade tem um gabinete médico e um de enfermagem onde se podem fazer pequenos tratamentos, como a realização do penso ao cateter de Tenckoff, a remoção de pontos de sutura, a avaliação ponderal e hemodinâmica e onde se fazem os ensinamentos/treinamentos inerentes à diálise peritoneal.

Existe uma outra sala, mais ampla, que pode comportar três macas e que não é exclusiva à atividade relacionada com a diálise peritoneal, pois pode também ser usada como recobro, pela unidade de pequena cirurgia que funciona dentro do serviço de nefrologia e transplantação renal.

Esta sala, mais ampla, é usada pela equipa de enfermagem para o ensino/treino dos doentes em diálise peritoneal automatizada, uma vez que são treinos mais prolongados e desta forma se consegue otimizar melhor a ocupação do outro gabinete. Também nesta sala estão armazenados os materiais utilizados nas diferentes técnicas, assim como a estufa que permite manter os dialisantes à temperatura certa, 37º Celsius.

A equipa de enfermagem para além das atividades inerentes à consulta de diálise peritoneal é também responsável pelos doentes que recorrem ao Hospital de Dia de Nefrologia. Estes doentes geralmente estão a cumprir terapia endovenosa como: antibioterapia ou reposição férrea.

As equipas médica e de enfermagem asseguram, em termos de presença física, o funcionamento da unidade de diálise peritoneal de segunda a sexta-feira das 8 às 16h, sendo que fora desse horário é a equipa de enfermagem e médica da unidade de hemodiálise que assegura o atendimento programado. Se forem episódios agudos, urgentes ou emergentes, os doentes são encaminhados para ao Serviço de Urgência Central do Hospital.

Os utentes que recorrem a este centro de diálise peritoneal, são da região de Lisboa e Vale do Tejo.

H2 - Consulta de Transplante Renal

O estágio na consulta de transplante renal decorreu entre 9 e 20 novembro, durante um período de 60 horas, no período das manhãs.

O centro hospitalar, H2, tem uma área específica e exclusiva para os utentes transplantados, o que de certa forma permite o afastamento/isolamento ideal destes indivíduos dos restantes utilizadores do centro hospitalar.

A zona de consulta de transplante renal, tanto de pré como de follow-up é composta por vários gabinetes de consulta, 3 para a equipa de enfermagem e 3 para a equipa médica. Dão apoio a esta equipa 2 elementos de secretariado.

A equipa de enfermagem é fixa, composta por 2 enfermeiras sendo que um terceiro elemento é escalado sempre que o volume de consultas assim o justifique. Um dos elementos da equipa de enfermagem tem a especialidade de enfermagem na área da pediatria.

Para além das consultas programadas uma das enfermeiras fica de apoio ao Atendimento Não Programado (ANP), sendo uma atividade acrescida às consultas programadas, mediante escala semanal e somente aos doentes referenciados à área de nefrologia.

H2 - Consulta de Esclarecimento e Opções

Neste departamento fiz um percurso de 60h, entre 23 outubro a 4 de novembro, também no H2, pois como já referi anteriormente é um centro de referência na área da Nefrologia.

A consulta de esclarecimento e opções do H2, está na mesma área física das consultas externas do hospital. O espaço físico é comum tanto a esta tipologia de consulta como às consultas de diálise peritoneal.

É composta por dois gabinetes, um para o médico outro para a equipa de enfermagem. A atividade de enfermagem, nas vertentes de consulta, ensino e tratamento fica confinada apenas e só, a um único gabinete.

A equipa de enfermagem é composta por dois elementos em horário fixo, durante os dias úteis da semana. Um dos elementos desta equipa tem a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica na vertente da nefrologia e o outro elemento está a terminar a especialidade na área dos cuidados de saúde primários.

A primeira abordagem aos doentes, encaminhados para esta consulta, é médica e a consulta de enfermagem programada com uma semana de intervalo.

C1 - Centro de Hemodiálise

Neste campo de estágio fiz um total de 90 horas, distribuídas por três semanas, entre 6 a 24 de novembro.

O centro de hemodiálise é um edifício composto por 2 pisos, sendo que o piso (0), corresponde à área social, onde se encontra o secretariado, gabinetes médicos e de enfermagem e também onde está a sala de tratamentos de hemodiálise, sala de preparação de terapêutica e zona suja.

O piso (-1), é uma área de circulação interna, onde está a copa para preparação das refeições dos utentes, farmácia, lavandaria, sala de tratamento de águas e armazém. Este piso tem porta direta para a rua o que permite receber o aprovisionamento e expedir o lixo, sem perturbar a livre circulação dos profissionais e utentes no piso superior.

A equipa multidisciplinar é composta pelo diretor clínico, médico coordenador e médico assistente. Sendo que os dois primeiros não estão a tempo efetivo na clínica e o médico assistente ainda que vá rodando por uma equipa de cinco elementos, está em presença física na clínica. É este médico que faz a avaliação clínica dos doentes, os ajustes terapêuticos necessários e intervém na eventualidade de ocorrer algum incidente durante os tratamentos.

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe que tem vínculo de efetividade na clínica e que gere uma equipa de vinte e três enfermeiros e seis assistentes de sala. Dos vinte e três enfermeiros nenhum deles exerce a sua atividade profissional exclusivamente neste centro, pois todos têm atividades profissionais paralelas. Catorze elementos têm experiência em

hemodiálise há mais de três anos, seis ainda que licenciados em enfermagem estão num regime em que são considerados estagiários e com um reconhecimento financeiro inferior aos colegas experientes. Outros três elementos estão como formandos, ou seja, ainda num período experimental e de aprendizagem sem receberem qualquer benefício financeiro.

Realço que na equipa de enfermagem existem quatro elementos que são especialistas em enfermagem, na área da reabilitação.

Acrescento também que estão vinculadas a este centro, uma assistente social, uma farmacêutica e uma nutricionista que vão rodando as suas atividades pelos vários centros que pertencem ao grupo gestor.

O funcionamento do centro é assegurado pelas equipas médica, de enfermagem e de assistentes operacionais, de segunda-feira a sábado, das 7h às 23h, sendo que nos dias, denominados ímpares, 3^a, 5^a e sábados, o período prolonga-se por toda a noite, pois são realizados tratamentos noturnos, com a duração de 6h.

A sala de tratamentos tem dezoito postos de tratamento e um posto de isolamento, usado por utentes mais debilitados ou com difícil relação com os pares. Destes dezanove postos, dois, são exclusivos para utentes com serologias positivas.

Anexa à sala de tratamentos existe a sala de preparação de fármacos usada exclusivamente para esse fim e que tem visão direta para a sala de tratamentos.

Neste centro são realizados tratamentos de hemodiálise a setenta e nove utentes e hemodiafiltração a cerca de treze.

Cerca de doze utentes têm cateter tipo permacath e se houver necessidade pode ser realizada terapêutica fibrinolítica. No caso de mau funcionamento do acesso vascular os doentes são direcionados para a consulta de acessos vasculares de um centro hospitalar.

H3 - Centro hospitalar

O estágio neste centro correspondeu ao período mais longo, desde 27 de novembro a 9 de fevereiro de 2018, sendo que se subdividiu por três áreas de

intervenção: centro de acessos vasculares, internamento e unidade de cuidados intensivos, totalizando um período de 270h.

- **Centro de acessos vasculares**

O centro de acessos vasculares, é composto por um gabinete médico de consulta e uma sala de espera exclusiva para estes doentes, com cerca de seis cadeirões e um dinamap para avaliação dos sinais vitais.

Tem duas salas cirúrgicas cada uma preparada para as diferentes e possíveis intervenções. Uma é apenas uma sala cirúrgica simples. A outra, é considerada uma sala híbrida, pois permite fazer diagnóstico e eventual intervenção, ou seja, está equipada com um “intensificador de imagem” que permite após instilação de contraste radioativo, por punção do acesso arteriovenoso, confirmar diagnósticos e determinar a intervenção requerida: trombetomia ou dilatação vascular.

Relativamente à composição da equipa, constatei que o doente é recebido e acolhido pela equipa de secretariado do hospital, encaminhado para a sala de espera e depois para o gabinete de consulta médica sem nunca ser observado por qualquer elemento de enfermagem.

Ao centro cirúrgico estão afetas duas enfermeiras instrumentistas, uma enfermeira circulante, um cirurgião vascular e um médico nefrologista, apto para atuar na área e diagnóstico e intervenção endovascular e ainda um técnico de radiologia.

O transporte do doente é assegurado por uma assistente operacional, da sala de cirurgia para a sala de recobro que é externa ao centro cirúrgico ou diretamente para a sala de espera.

Os doentes que recorrem a este centro, são provenientes das clínicas de hemodiálise abrangidas pelo acordo com o centro hospitalar, é feita uma primeira avaliação pelo médico da consulta e só depois são encaminhados para as respetivas salas de intervenção mediante a avaliação que resulta da inspeção visual, palpação e auscultação do acesso, sendo também utilizado eco-doppler.

H3 - Centro hospitalar

- **Internamento P5**

O serviço de internamento do P5 é composto por duas alas, nascente e poente. Cada ala tem a sua sala de trabalho, zona suja, zona de arrumos e wc para pessoal do serviço.

Ao longo de cada ala existem várias enfermarias e quartos. As enfermarias têm três camas, os quartos podem ser duplos ou individuais. Tanto as enfermarias como os quartos tem casa de banho. Tem um total de trinta e duas camas. No corredor existem vários carros de apoio, como o de urgência, o de pensos e os de terapêutica.

Na zona central do serviço encontra-se a copa, o balcão de enfermagem, o secretariado, um gabinete médico, o gabinete da enfermeira chefe e uma sala de recobro, utilizada pelo bloco operatório.

A equipa de enfermagem trabalha em horário rotativo, por três turnos diários. Nos turnos da manhã e da tarde existem quatro elementos de enfermagem, dois para cada ala e três assistentes operacionais. No turno da noite a equipa de enfermagem é composta por três elementos e dois assistentes operacionais.

Este serviço é um internamento misto, recebendo doentes de ambos os sexos e das várias áreas de intervenção, nomeadamente de foro cirúrgico e médico. É neste internamento que ficam os doentes transplantados, tanto na fase de pré como de pós transplante.

A equipa de enfermagem tem três enfermeiros especialistas, todos na área da enfermagem médico-cirúrgica na vertente da nefrologia.

H3 - Centro hospitalar

- **Unidade de Cuidados Intensivos**

A unidade de cuidados intensivos tem dez camas para adultos, uma das unidades de internamento permite fazer isolamento. Existe também um posto para hemodiálise.

Agregada à UCI está a unidade de cuidados intensivos pediátrica, separada da zona de internamento dos adultos, esta com capacidade para sete leitos, entre berços aquecidos e camas pediátricas, que se vão gerindo consoante as necessidades.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de vinte cinco enfermeiros, que se subdividem em cinco equipas. Para além das unidades de cuidados intensivos de adulto e pediátrica, a mesma equipa de enfermagem assegura também o Serviço de Atendimento Permanente do Hospital. Apenas a enfermeira coordenadora tem o grau de especialista na vertente da pediatria.

Os doentes internados na UCI são geralmente provenientes da cirurgia cardiotorácica, da cirurgia geral, vascular e reno-urológica.

É de salientar que grande parte dos doentes tem várias co-morbilidades associadas como: diabetes melitos, doença cardíaca, doença pulmonar ou doença renal crónica, o que os condiciona como doentes de alto risco.

Apêndice N° III

Diálise Peritoneal em Pediatria

Breve exposição de caso clínico

P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

1

Situação Clínica

- * M.B nasceu há 5 anos com Transposição dos Grandes Vasos, realizou switch arterial aos primeiros dias de vida e aos 5 meses Banding da AP.
- * Recentemente internado para nova intervenção (Duplo Switch).
- * Fez no dia prévio à cirurgia cateterismo cardíaco para avaliar leito vascular e pressões aórticas, ventriculares e da artéria pulmonar, foi usado contraste.
- * Realizou Duplo Switch, tempo cirúrgico prolongado com tempo de Bypass Cardíaco-Pulmonar (CEC) aproximado de 3:30h.

P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

2

Switch dos Grandes Vasos



P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

3

Consequências

- * Compromisso da função renal (LRA)
- * Creatinina 2,25
- * Ureia 185
- * Em oligoanúria sem resposta a diuréticos e expansores plasmáticos (Furosemido e Albumina)

P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

4

Catéter de Tenckhoff [®] 1708 (Neonatal e Pediátrico)



P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

5

Solução dialisante – Glicose 4,25%



P. Cases de Medicina Especialidade: Nefrologia - Pediatria

6

Aquecedor do circuito de infusão



1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

2

A solução pode conter:

- Hepatina 5000 U/L
- Cefazolina 1g/L
- O volume de infusão 5ml x peso (Ex: 5ml x 17kg = 85 ml)
- A solução é preparada de 24/24h
- O circuito extra corporal até à entrada do cateter é trocado a cada 24h usando técnica aséptica
- O ponto do local de inserção é tratado de 24/24h e em SOS se necessário ou dorado

1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

3

Ciclos

- Infusão: 10 min
- Permanência: 20 min
- Drenagem: 30 min (O tempo de drenagem pode ir variando de acordo com o objetivo de balanço hídrico da criança)

1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

4

Registos

- A folha de registos é preenchida H/H
- O balanço entre volume de infusão e volume drenado realizado H/H
- A folha de registos atual não contempla a coluna onde se documenta as contagens do líquido drenado (Lar e transplacental)



1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

5

Finalizar tratamento

- Depois de recuperar da Lesão Renal Aguda.
- DTU do peso H/H
 - Creatinina (0,4-0,6mg/dl)
 - Urea (10-20mg/dl)
 - Equilíbrio ácido-base pH 7,35-7,45
 - TA controlada
 - O cateter é colocado em drenagem durante 24h
 - Retirado no dia seguinte pelo cirurgião

1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

6

Referências Bibliográficas

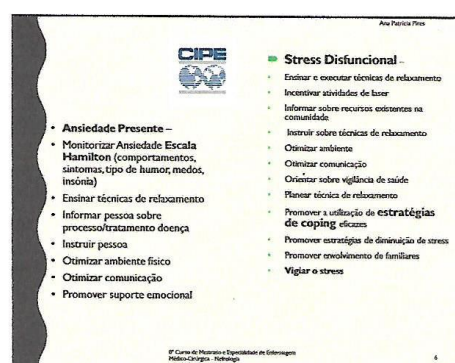
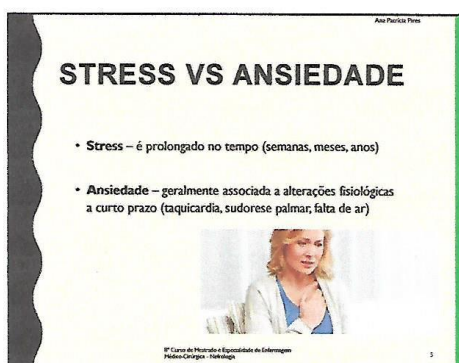
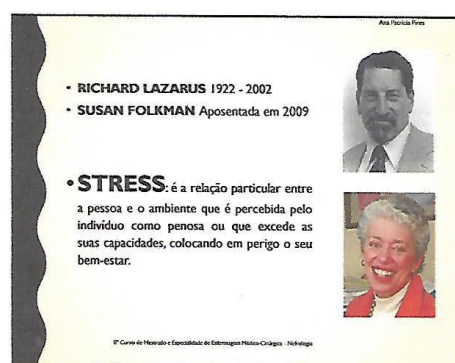
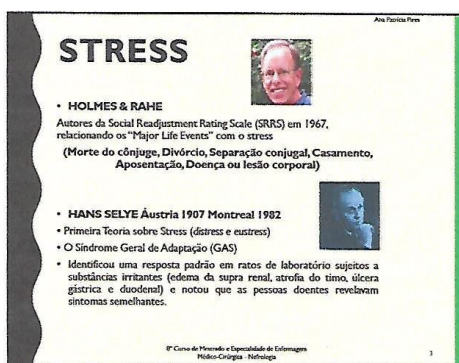
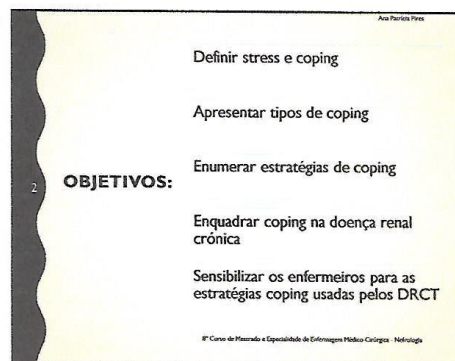
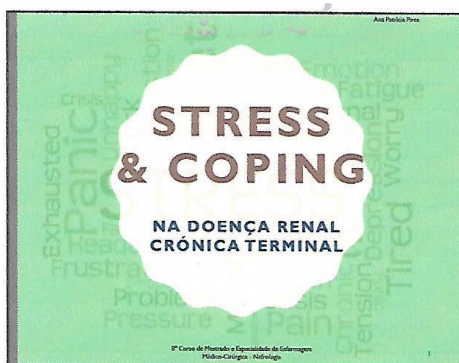
- Gutch, C.; Stoner, M.; Costa, A. (1993). Review Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel. (5ª ed.), California: Mosby
- Ramires, J.; Filho, R. (2014). Cardiopatias Congénitas - Guia Prático de Diagnóstico, Tratamento e Conduta Geral. (1ª ed.); Rio de Janeiro: Atheneu Rio
- Urden, L.; Stacy, K.; Lough, M. (2008). Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção. (5ª ed). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

1ª Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Curso de Medicina

7

Apêndice Nº IV

8º Curso Mestrado e Especialidade de
Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia



8º Curso Mestrado e Especialidade de
Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia

HEMODIALYSIS STRESSOR SCALE
(FILIPE CRISTOVÃO 1998)

Não pode fazer algumas atividades físicas	Acidentes em relação ao futuro	Conhecimento	Prógnostico
Não poder comer certos alimentos ou quantidade de água	Calambos musculares	Problemas no trabalho devido à doença ou ao tratamento	Ser poder fazer uma certa quantidade de líquidos
O tratamento limita a possibilidade de poder fazer nada e outras doenças	Perda de uma função do corpo	Ter uma vida social menos intensa	Dependência do pessoal do stress de hemodialise
Atenção na sua aparência física	Calorização das pernas para a hemodialise	Náuseas e vómitos	O aumento de peso entre as sessões de hemodialise
Duração das sessões de hemodialise	Não poder assumir a mesma quantidade das responsabilidades familiares	Problemas económicos	Perder simplicidade das atividades e dificuldade em fazer alguma intervenção
Atenção na vida social	Dependência das medicações	Dificuldade em dormir	Dificuldade em ter filhos

Fatores Psicológicos mais relevantes
Fatores psico-sociais mais relevantes

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

COPING

"o esforço individual de cada um para alcançar resultados, bem sucedidos, perante uma situação de stress ou um agente stressor."

Folkman e Lazarus (1984)



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia



"observem as alterações que ocorrem ao longo do tempo a partir do momento da perda. Num fase inicial, por exemplo, após a morte de um ente querido, a pessoa pode parecer estar em choque e negar-se a aceitar a morte. Ou então pode apresentar-se em franca atividade, choroso, ou com uma atitude de esforço e manter as relações sociais e profissionais."

Folkman e Lazarus (1984)

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

o **coping** é muito mais do que apenas a resolução de um problema.

A função de coping refere-se ao objetivo dessa estratégia

O resultado refere-se ao seu efeito

Lazarus e Folkman (1981)



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Antoniazzi (1998)

- Coping é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- A sua função é a gestão da situação stressora, ao invés do controlo ou domínio da mesma;
- Os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- O processo coping constitui-se na mobilização de um esforço, através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir/minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente;



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

"Nas doenças crónicas, as estratégias de coping têm um papel mediador entre o sujeito, saúde e doença."

As estratégias coping para as doenças crónicas, devem ter em consideração as suas implicações sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família e dos grupos sociais.

É frequente encontrar nos doentes crónicos sentimentos de abandono, desespero, baixa-auto-estima, ansiedade e depressão."

Corqueira 2000, citado por Ravagnani (2007)



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

8º Curso Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

“O coping focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress(..)

tem por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo”.



FOLKMAN E LAZARUS (1980)

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

“O coping focalizado no problema constitui-se no esforço para intervir na situação que originou o stress, tentando mudá-la.

A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o que está causando tensão.”



FOLKMAN E LAZARUS (1980)

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

ESTRATÉGIAS DE COPING

- Tentar resolver o problema com soluções alternativas
- Preparar-se para o pior
- Tentar deixar de pensar no problema
- Tentar exercer algum controlo sobre a situação
- Minimizar o problema, imaginando que as coisas poderiam ser piores
- Tentar encontrar um significado/justificação para a situação
- Concentrar-se em algo agradável
- Meditar, relaxar
- Analisar objetivamente o problema
- Ver em que medida as experiências do passado podem ajudar a lidar com o atual problema
- Construir formas novas, positivas e ativas
- Pensar em formas diferentes de lidar com a situação
- Ir dormir pensando que as coisas não vão parecer melhores no dia seguinte
- Saber mais sobre o assunto para poder lidar melhor com o problema
- Libertar a tensão através da expressão física
- Tentar decididamente mudar as coisas
- Ficar feroz, irritado, preguiçoso
- Dividir o problema em questões mais pequenas
- Chorar, ficar deprimido
- Estabelecer objetivos para ajudar a resolver o problema



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

COPING INEFICAZ



- Ensinar a pessoa sobre estratégias de resolução de problemas
- Informar sobre recursos existentes na comunidade
- Otimizar comunicação
- Orientar sobre vigilância da saúde
- Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

- “(...) o fato dos DRCT terem numerosas comorbilidades, essas podem afetar a capacidade funcional dos indivíduos, aumentando ainda mais o desafio de coping com a sua doença.”
- “A prevalência de distúrbios psicológicos, como depressão ou os sintomas depressivos são elevados nestes pacientes. A taxa de mortalidade da doença (...), é outro fator que pode desmoralizar os pacientes e comprometer o coping.



Weisbord et al, 2004

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

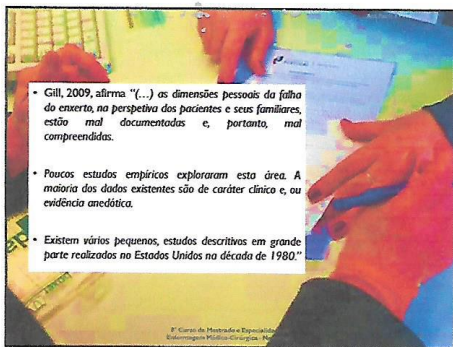
Ana Patrícia Pires

- Nilsson em 2013, ao estudar o Coping relacionado com a percepção do risco de rejeição do enxerto tentou relacionar algumas características
 - clínicas
 - demográficas
- por forma a identificar os pacientes que pudessem estar em risco de ansiedade severa devido à ameaça percebida do risco de rejeição do enxerto.
- Constatou que atualmente não há estratégias específicas documentadas para intervenções nos doentes transplantados, conscientes do risco de rejeição do enxerto.



8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

8º Curso Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia



- Gill, 2009, afirma "(...) as dimensões pessoais da falha do enxerto, na perspectiva dos pacientes e seus familiares, estão mal documentadas e, portanto, mal compreendidas.
- Poucos estudos empíricos exploraram esta área. A maioria dos dados existentes são de caráter clínico e, ou evidência anecdótica.
- Existem vários pequenos, estudos descritivos em grande parte realizados no Estados Unidos na década de 1980."

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia

STRESS, COPING E QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM IRCT EM HD

- Os doentes utilizam mais frequentemente o coping orientado para a resolução de problemas, do que o coping orientado para o controlo das emoções
- Os doentes que utilizam mais frequentemente as estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas estão globalmente mais satisfeitos com a vida, do que os que as utilizam menos vezes
- Os doentes com maior nível global de stress utilizam mais vezes as estratégias de coping orientadas para o controlo das emoções, do que os que os doentes com menor nível global de stress

Filipe Cristóvão (1998)

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia



- Identificar focos de stress e estratégias de coping é importante para o ajuste dos cuidados de enfermagem aos Doentes Renais Crónicos
- Collière, 2003, "conhecer melhor para melhor cuidar"

Cuidar e estabelecer relação terapêutica de e com pessoas com doença crónica incapacitante ou terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. (OE 2010)

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonucci A, Chaffoglio D, Bandeira D. (1998). O Conceito de Coping: Uma Revisão Teórica. Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Vol. 23, Pp. 273-294.
- Battistella H. (2013). Management of Depression in Hemodialysis Patients. Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists, Vol. 22 (2), Pp. 29-34.
- Carly K, Jenkins J. (1999). Compreender as Emoções. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cristóvão, A. F. (1998). Stress, Coping e Qualidade de Vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Gill P, Lones L. (2009). The Kidney Transplant Failure Experience - A Longitudinal Case Study. Progress in Transplantation, Vol.19 (2), Pp. 114-121.
- Lazarus R, Folkman S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.
- Ungerleider R, Carlson M, PO Spence (2004). Coping strategies of people with Kidney transplants. Journal Advanced Nurses, Vol. 45 (1), Pp. 47-52.
- Leiteiro Carvalho e Galvão (2007). Transplante Renal: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no Pós-Operatório Insuficiente. Atenas, Vol. (5) Pp. 117-22.
- Nikawa M, Finkelberg A, Lennerting A, Petronis L. (2002) Coping in Relation to Perceived Threat of the Risk of Graft Rejection and Health-Related Quality of Life of Organ Transplant Recipients. Scandinavian Journal of Cancer, Vol. 29, Pp. 335-344.
- Nikawa M, Petronis L.O, Finkelberg A. (2002). Perceptions of Experiences of Graft Rejection Among Organ Transplant Recipients - Strong in Control and Uncontrollable. Journal of Clinical Nursing, Vol. (17), Pp. 2402-2417.
- Chouhrie A, Achille M, Fiquet M. (2009). The Experience of Graft Failure: Patients' Perspectives. Qualitative Health Research, Vol. 19 (5) Pp. 1121-1128.
- Pereira A. (2008). Gestão de Stress e Qualidade de Vida - Um Guia para a Ação. Lisboa: Monitor - Projetos e Edições, Lda.
- Ramagosa L, Domingos M, Miyazaki M. (2007) Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Pacientes Submetidos a Transplante Renal. Estudos de Psicologia, Vol. 12 (2), Pp. 177-184.

8º Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico - Nefrologia

Apêndice Nº V

Revisão Scoping sobre utilização de heparina Vs Citrato de Sódio no lock do cateter de hemodiálise de longa duração (Permacth)

Revisão Scoping sobre utilização de heparina Vs Citrato de Sódio no lock do cateter de hemodiálise de longa duração (Permacth)

Da scoping review realizada, através do motor de busca eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e COCHRANE Central Register of Controlled Trials acerca da temática que pretendo abordar e usando como **palavras-chave**: Heparine; Sodium citrate e hemodialise; resultaram 34 artigos destes 34 foram apenas selecionados 5 artigos por terem texto completo disponível e por estarem direcionados para o tema em pesquisa, lock do cateter de hemodiálise com citrato de sódio em comparação com o uso de heparina.

Apresento, nos seguintes quadros a síntese da análise realizada:

Título	An ethanol/sodium citrate locking solution compared to heparin to prevent hemodialysis catheter-related infections: a randomized pilot study (1)
Autor	Lavern M. Vercaigne ¹ , Don R. Allan ² , Sean W. Armstrong ² , James M. Zacharias ² , Lisa M. Miller ²
Editor	© 2015 Wichtig Publishing
Local	University of Manitoba – Canada
Ano publicação	December , 2015
Finalidade do estudo	O objetivo deste estudo foi comparar a segurança e a eficácia de uma porção de novela 30% de etanol / 4% Solução de bloqueio de cito de citrato de sódio para heparina, numa população de hemodiálise.
Tipo de estudo	Este foi um estudo prospetivo, randomizado e piloto de 40 pacientes em hemodiálise randomizados um para etanol a 30% 4% de citrato de sódio ou heparina 1000 unidades / mL de solução de bloqueio. O resultado primário foi a identificação de quaisquer eventos adversos graves durante a duração do estudo. Os resultados secundários incluíram a taxa por 1000 dias de cateter para infeções sanguíneas relacionadas ao cateter (CRBSI), uso de alteplase, disfunção do cateter e remoção do cateter.
Palavras chave	Catheters, Citrate, Ethanol, Hemodialysis, Heparin, Locks
Amostra	40 pacientes com hemodiálise

Metodologia	-
Conclusão	Três eventos adversos graves foram relatados como possivelmente relacionados às soluções de cateter. Apenas um CRBSI foi observado durante o estudo no grupo da heparina. A taxa de uso de alteplase foi de 1,5 / 1000 dias de cateter no grupo da heparina em comparação com 2,8 / 1000 dias de cateter no grupo do etanol / citrato (índice de taxa = 1,85, IC 90% 0,48, 7,07, p valor = 0,45), enquanto a taxa de disfunção do cateter foi de 6,8 / 1000 dias de cateter no grupo da heparina em comparação para 1,9 / 1000 dias de cateter no braço de citrato de etanol (taxa de taxa = 0,27, 90% CI 0,10, 0,74, p valor = 0,04). A sobrevivência do cateter foi maior no grupo etanol / citrato em comparação com a heparina e não houve remoção de cateteres devido a bacteremia ou trombose.

Título	Sodium citrate 4% versus heparin as a lock solution in hemodialysis patients with central venous catheters (2)
Autor	Calantha K. Yon and Chai L. Low
Editor	Am J Health-Syst Pharm—
Local	San Diego – California
Ano publicação	2013
Finalidade do estudo	Comparar os efeitos da heparina versus citrato de sódio 4% como uma solução de bloqueio nas infecções relacionadas ao cateter (CRI) e hospitalizações a longo prazo em pacientes com cvc de hemodialise de longa duração.
Tipo de estudo	As soluções de bloqueio foram coletadas a partir de julho 2008 a julho de 2009. Os dados sobre os pacientes que receberam solução de bloqueio de citrato de sódio a 4% foram coletados de setembro de 2009 até Dezembro de 2010. Os pacientes que estavam recebendo a solução de bloqueio com heparina que continuaram até Setembro de 2009 e depois fizeram a transição da heparina para citrato de sódio solução de bloqueio de 4% de cateter. Novos pacientes com CVCs colocados após setembro de 2009 fizeram o lock com citrato de sódio 4% sem nunca usarem a heparina. Foram recolhidas informações pertinentes sobre a história clínica do paciente, eventos como hemorragia ou coagulação, infecções e a hospitalização.

Palavras chave	-
Amostra	Os dados foram coletados de 360 pacientes-meses entre 60 pacientes durante o período de tratamento com heparina. E de 451 Paciente-meses entre 58 pacientes durante o período de citrato de sódio. Trinta e três pacientes eram comuns para ambos os grupos de estudo.
Metodologia	Houve significativamente mais CRIs e CRI por 1000 cateter-dias na heparina do que o grupo de tratamento com citrato de sódio. Resultados secundários das internações e a trombose do cateter foram comparados. CRIs e trombose levaram a mais trocas ou remoções de cateter no grupo de heparina do que o citrato de sódio.
Conclusão	Em pacientes com cateteres de hemodiálise de longo prazo, uma solução de bloqueio de citrato de sódio 4%, foram associadas menos: CRIs e eficácia similar quando em comparação com heparina 5000 unidades / mL.

Título	Minimizing Hemodialysis Catheter Dysfunction: An Ounce of Prevention (3)
Autor	Timmy Lee,¹ Charmaine Lok,² Miguel Vazquez,³ Louise Moist,^{4, 5} Ivan Maya,⁶ and Michele Mokrzycki⁷
Editor	Hindawi Publishing Corporation International Journal of Nephrology
Local	Canada/USA
Ano publicação	October 2011
Finalidade do estudo	O principal objetivo deste artigo é avaliar possíveis intervenções para prevenir, a disfunção do cvc de HD.
Tipo de estudo	Artigo de revisão
Palavras chave	-
Amostra	-

Metodologia	Revisão sistemática da literatura sobre anticoagulação dos cvc de HD
Conclusão	Os CVC permanecem exclusivamente vitais para fornecer não apenas a curto prazo terapia de reposição renal, mas também HD de longo prazo para milhares de pacientes todos os dias. Mau funcionamento do cvc e as infeções são as duas complicações mais importantes. Os cvc são responsáveis pela maior morbilidade e mortalidade em pacientes em diálise. Estudos recentes elucidaram a importância das bactérias na formação de biofilmes e o desenvolvimento de bainhas de fibrina que desempenham um papel importante no desenvolvimento de mau funcionamento dos cvc associado a infeções. O uso de anticoagulantes orais e / ou agentes antiplaquetários como prevenção primária ou secundária da disfunção TC devem ser ponderados contra os seus potenciais efeitos adversos, e devem ser individualizados para cada paciente.

Título	Locking Solutions for Hemodialysis Catheters; Heparin and Citrate—A Position Paper by ASDIN (4)
Autor	John E. Moran, Stephen R. Ash, and the Clinical Practice Committee
Editor	ASDIN - Seminars in Dialysis
Local	
Ano publicação	2008
Finalidade do estudo	Existe uma grande variação no uso de soluções para " bloquear " ou preencher os cateteres venosos centrais tunelizados para diálise. Alguns centros usam concentrações de heparina não diluídas variando de 1000 a 10 000 U / ml e outros centros de 1000 a 10 000 U por lúmen. Com base em evidências disponíveis, parece que a heparina 1000 U / ml ou 4% de citrato de sódio são escolhas adequadas para o bloqueio e assim manter a permeabilidade dos catéteres venosos centrais tunelizados para diálise. Os riscos da anticoagulação sistêmica são mais baixos com heparina 1000 U / ml e 4% de citrato de sódio, comparativamente com concentrações mais elevadas de heparina (5000 e 10 000 U / ml).

Tipo de estudo	Revisão da literatura
Palavras chave	-
Amostra	-
Metodologia	-
Conclusão	Com base em evidências disponíveis, parece que: As soluções são opções adequadas para a solução de bloqueio para manter a permeabilidade dos catéteres venosos centrais tunelizados para diálise: • Heparina 1000 U / ml ou • 4% de citrato de sódio Os riscos da anticoagulação sistêmica são menores com heparina 1000 U / ml e 4% de citrato de sódio, comparado com maiores concentrações de heparina (5000 e 10 000 U / ml). Concentrações mais elevadas de bloqueio de heparina devem ser reservadas para pacientes que têm evidência de oclusão ou trombose do cateter quando a heparina é utilizada a 1000 U / ml. Escolhas semelhantes para a solução de bloqueio é sensível para cateteres HD agudos. Quando a heparina é usada para o bloqueio do cateter, o volume injetado não deve exceder o volume interno do cateter.

Título	A Simple, Safe and Effective Citrate Anticoagulation Protocol for the Genius[®] Dialysis System in Acute Renal Failure (5)
Autor	Stanislao Morgera; Cornelia Scholle; Christoph Melzer; Torsten Slowinski; Lutz Liefeld; Gerd Baumann; Harm Peters; Hans-H. Neumayer
Editor	Nephron Clin Pract
Local	University of Berlin, Berlin, Germany
Ano publicação	2004

Finalidade do estudo	O objetivo deste estudo foi testar a segurança e viabilidade de um protocolo regional de anticoagulação de citrato em relação a desequilíbrios de ácido-base e eletrólitos em doenças críticas nos pacientes com insuficiência renal aguda. Um protocolo de anticoagulação padrão com heparina serviu para controlo.
Tipo de estudo	estudo cruzado
Palavras chave	Citrate anticoagulation · Genius ® dialysis · Acute renal failure · Acid base · Electrolytes
Amostra	27 doentes com LRA
Metodologia	Num estudo cruzado, de 27 insuficiências renais agudas os pacientes foram alocados uma vez com citrato e outra vez com heparina nas sessões de diálise (4-6 h). Para anticoagulação com citrato, uma solução de 4% de citrato de sódio foi infundida na linha arterial do circuito extracorpóreo. Um baixo teor de cálcio, o dialisado (1 mmol / l) foi utilizado em todas as sessões de diálise. A dose de citrato foi ajustada de acordo com a concentração de cálcio ionizado (valores direcionados 0,5-0,7 mmol / l). Não houve substituição rotineira de cálcio. Na anticoagulação por heparina foi iniciada com uma carga de heparina, dose calculada para o indivíduo, e mantida infusão contínua de heparina. O desequilíbrio de eletrólitos, hipernatremia, hipo e hipercalcemia não ocorreu em nenhum dos dois grupos. Embora na anticoagulação com citrato se tenham alcançado valores mais elevados de bicarbonato. Na anticoagulação com heparina os valores de ácido-base permaneceram equilibrado. A longevidade do filtro foi excelente e o tempo de diálise alvo foi alcançado em todos menos um paciente. A anticoagulação de citrato foi bem tolerada em relação à hemodinâmica cardiovascular.
Conclusão	A anticoagulação de citrato pode ser segura e efetivamente realizada durante a diálise intermite. A suplementação de cálcio não é rotineiramente necessária.

Conclusões

Depois da análise dos 5 artigos parece que de uma forma geral é reconhecido que a anticoagulação com citrato de sódio parece se mais vantajosa, quando comparada com a anticoagulação com heparina.

Os estudos analisados avançam que:

- Os cateteres tunelizados para hemodiálise tem um tempo de vida mais prolongado;
- Que a incidência de obstrução por coágulos é inferior quando usado o citrato de sódio no lock do cateter;
- Ainda que se possa utilizar a heparina no lock dos cateteres de hemodiálise, esta deve ser usada numa diluição mais baixa (1000UI/ml) deixando as concentrações mais elevadas de 5000 a 10000Ui/ml para doentes em que existe recorrência de obstrução dos cateteres ou para os doentes com cateteres de HD provisórios, nas situações de lesão renal aguda;
- Tanto no uso de citrato de sódio ou de heparina o lock do cateter, estes não devem exceder o volume a que corresponde cada lúmen do cateter;
- Também pode ser ponderada a anticoagulação oral, mas a decisão deve ser ajustada à realidade clínica de cada indivíduo;
- Sugere-se que no futuro, a prevenção da disfunção dos cateteres de hemodiálise por formação de coágulos, fibrina ou biofilmes relacionados com a colonização bacteriana, passe pelo estudo e melhor compreensão destes fenómenos. Para assim melhor dirigir as intervenções relacionadas com a manutenção da permeabilidade do cateter.

Apêndice Nº VI

Ana Patrícia Pires

Ana Patrícia Pires

**PENSO DO LOCAL DE INSERÇÃO E
"LOCK" DO CATETER DE LONGA
DURAÇÃO (PERMACATH)**

1

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

Ana Patrícia Pires

"ESPECIALISTA É O ENFERMEIRO COM UM CONHECIMENTO PROFUNDO NA DOMEIRA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM (...), INVOLVENDO AS DIMENSÕES NA EDUCAÇÃO DOS CLIENTES E NAS PRÁTICAS DE CUIDADOS, AVALIAMENTO, EDUCAÇÃO E INCENTIVO À RESPONSABILIDADE DE RECONSTITUIÇÃO, RESISTÊNCIA E LEVAR A CADA INVESTIGAÇÃO RELEVANTE, QUE PERMITE AVALIAR E MELHORAR A PRÁTICA DE ENFERMAGEM." (1)



Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) Ordem dos Enfermeiros (2)

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

**JUSTIFICAÇÃO DO
TEMA:**



"Durante o percurso do estágio no centro de acessos vasculares e no internamento do PS "diagnóstico" e necessidade de esclarecer dúvidas acerca do cateter de longa duração e percebi que existe insegurança na manipulação do mesmo"

Ana Patrícia Pires

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

Ana Patrícia Pires

OBJETIVOS:

- Contextualizar a Doença Renal Crónica
- Definir cateter de hemodiálise
- Difundir as melhores práticas da evidência científica existente
- Normatizar procedimentos
- Dar resposta aos objetivos do estágio

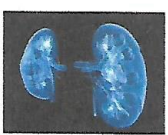


8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

Ana Patrícia Pires

DOENÇA RENAL CRÓNICA

- "Na doença renal crónica (DRC), ocorre a perda irreversível de grande número de néfrons funcionantes, que pode acontecer de forma rápida ou lenta e progressiva. A dependência do grau de comprometimento renal, o paciente apresenta a necessidade de um tratamento que substitua, em parte, a função renal" (3)



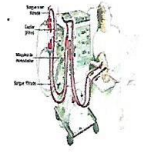
Patric M e Grapes AC consultados por Moreira L. Freitas C. (2015). O Paciente com Insuficiência Renal. Autorizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 11. (2). P. 183-189 (2)

Ana Patrícia Pires

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Radiologia

HEMODIÁLISE

- "(...) trata-se de um processo complexo e especializado que necessita da adequação de materiais e equipamentos, competência técnico-científica dos profissionais e preparo do doente. O tratamento hemodialítico depende diretamente da presença de acesso vascular eficiente. Neste contexto, a fistula é considerada o acesso ideal, pois proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta um maior tempo de utilização e tem baixo índice de complicações para o portador de doença renal crónica." (3)



Patric M e Grapes AC consultados por Moreira L. Freitas C. (2015). O Paciente com Insuficiência Renal. Autorizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 11. (2). P. 183-189 (2)

Ana Patrícia Pires

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

HEMODIÁLISE EM NÚMEROS

A plataforma de gestão integrada da doença, do Ministério da Saúde, aferiu que a doença renal crónica tem uma prevalência de cerca 10-11% da população adulta nos EUA e cerca de 8% da população adulta na Europa.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016), existem em Portugal, 18100 doentes em terapia de substituição renal. A hemodiálise representa o tratamento que abrange mais doentes (3).

Entre 2016 e 2018 foram realizados no HCVF cerca de 381 tratamentos de hemodiálise

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

CATETER DE LONGA DURAÇÃO, PERMANENTE OU TUNELIZADO COM CUFF (PERMACATH)

- A implantação de um cateter venoso central deve ocorrer tão próximo quanto possível do início da sua utilização;
- Indicações para a sua implantação:
- Necessidade inadiável de iniciar tratamento depurativo em doente sem acesso vascular permanente ou com acesso vascular permanente ainda não utilizável;
- Patência não recuperável, irreversível e atempadamente, de acesso vascular permanente em doente em tratamento dialítico regular;
- Contraindicação temporária para a utilização do acesso vascular permanente;
- Deve considerar-se como acesso vascular permanente apenas excepcionalmente, quando não haja viabilidade para a construção de FAV ou FAV ou quando, igualmente de forma excepcional, e depois de devidamente informado dos riscos inerentes a este tipo de acesso, o doente recusa perentoriamente a construção do acesso autólogo ou sintético protésico;

Ordem dos Médicos (2017). Manual de Boa Prática da Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

Ana Patrícia Pires

CATETER DE HEMODIÁLISE

Existem 2 tipos:

- Cateter provisório
- Cateter tunelizado (Permacath)

Ambos são introduzidos numa grande veia do pescoço ou coxa (jugular, subclávia ou femoral)

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

NORMA SOBRE A REALIZAÇÃO DO PENSO DO CATETER DE LONGA DURAÇÃO (PERMACATH)

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

Procedimentos

Material

- 1 avental
- 2 máscaras cirúrgicas
- 1 par luvas esterilizadas de tamanho adequado
- 1 campo cirúrgico
- Clorhexidina a 2% em 70% álcool
- Compressas esterilizadas
- Penso permeável com compressa (Mepore)

Procedimentos

- Realizar a higienização das mãos;
- Usar técnica asséptica;
- Colocar máscara cirúrgica no próprio doente;
- Colocar um avental, máscara e luvas cirúrgicas de tamanho adequado;
- Colocar um campo cirúrgico sob os ramos do cateter;
- Observar o local de inserção do "permacath" e região envolvente (sinais infecciosos, eritematosos, hematomas);
- Usar Clorhexidina 2% em 70% de álcool para desinfetar o local de inserção da pele;
- Deixar o anti-séptico secar durante cerca de 30 segundos, antes de colocar o penso;
- O Permacath deve estar devidamente fixo para evitar o movimento, no entanto ao fim de 10/11 dias após a colocação do cvo a sutura de fixação deve ser retirada;
- Se não estiver garantida a sua fixação natural pela contração do túnel da pele, podem ser utilizadas suturas adesivas tipo neri-strip;
- Realizar a higienização das mãos;

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

- A avaliação cirúrgica identifica que o uso de precauções de barreira minimiza riscos e evita de infeção da CTC;
- A limpeza da pele/ antissepsia do local de inserção é uma das medidas mais importantes para a prevenção da infeção relacionada com o cateter;
- É recomendada a utilização de uma solução alcoólica de clorhexidina 2%, por ter uma ação rápida e eficaz;
- Para pacientes com história de sensibilidade à clorhexidina deve ser usada uma solução alcoólica de iodopovidona;
- Deve evitar-se a exposição da pele pois podem resultar danos microscópicos e consequente colonização microbiana;
- O penso do local de inserção do "permacath" deve ser realizado de 2/3 dias de preferência durante o tratamento de HD, no entanto deve ser realizado em 505 caso se encontre reparado ou danificado;
- A utilização de penso com compressa para avaliação se como penso a colocar no local de inserção

8º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Nefrologia

Ana Patrícia Pires

NORMA SOBRE "LOCK" DO CATETER DE LONGA DURAÇÃO (PERMACH)

5º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médica Cirúrgica, Nefrologia

Material:

- 1 avental
- 2 máscaras cirúrgicas
- 1 par luvas esterilizadas de tamanho adequado
- 1 campo cirúrgico
- Alcool a 70°
- 2 ampolas de citrato de sódio a 2%
- 2 ampolas de 10 ml SF
- 3 seringas de 10 ml
- 4 agulhas de diluição
- 2 seringas de 2 ml
- 2 tampas de tornelira esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Pense bolsa tipo Operath



8º Centro de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médica-Cirurgia, Universidade

- Realizar a higienização das mãos a usar técnica asséptica;
- O "check" do parâmetro deve ser realizado imediatamente após o final da sessão de 15 minutos;
- Immediatamente, não havendo necessidade do bolus o procedimento será o mesmo de sempre;
- Colocar máscara cirúrgica ao próprio doente;
- Colocar um avental, máscara e luvas cirúrgicas de tamanho adequadas;
- Colocar um campo cirúrgico sob os braços do cateter;
- Após a deposição das linhas do CEC da máquina de diálise deve ser feita uma lavagem de cada ramo do cateter com 10 ml de Sê. Usar uma seringa descartada para cada linha;
- Os contatos de cada linha devem ser limpos com as compressas esterilizadas;
- Trocar o emboço em um novo local, sempre com a seringa descartada;
- Depois deve ser instalada uma solução primária de citrato de cálcio a 2% sendo que cada um dos braços tem um volume respectivo que se encontra inscrito ao próprio dispositivo;
- Colocar tampas de torneira esterilizadas em cada um dos braços;
- Trazer os respectivos chaves de cada um dos braços para manter o pericardíaco fechado pelo tempo necessário para o clamping deve ser mudado a cada novo tratamento para prevenir trauma dos rins;
- Colocar os braços do cateter dentro da bolsa tipo penso "operatório" e encher a bolsa à pelo do doente;
- Realizar a higienização das mãos.

F. Curso de Mestrado em Especialização em Enfermagem Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Key Words: *depression, mood, mood disorder, mood disorder, mood disorder*

- De uma forma geral é reconhecido que a anticoagulação com citrato de sódio parece ser mais vantajosa, quando comparada com a anticoagulação com heparina;
- Vários estudos avançam que os cateteres tunelizados para hemodiálise tem um tempo de vida mais prolongado quando utilizado citrato de sódio no "lock" do cateter;
- Que a incidência de obstrução por coágulos é inferior quando usado o citrato de sódio no lock do cateter;
- O volume de citrato de sódio a usar no lock do cateter, não deve exceder o volume correspondente a cada lúmen;

BIBLIOGRAFIA

Eva Patricia Flores

- [illegible]

F. Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médica Cirúrgica - Maternidade

Apêndice N° VII

Norma sobre “lock” do cateter de longa duração (Permacath)

Assunto: “Lock” do cateter de longa duração (Permacath)

Finalidade: Definir procedimentos clínicos para o lock do cateter de longa duração

Destinatários: Médicos e enfermeiros

Autor: Ana Patrícia Pires	Data de elaboração: 22 Janeiro 2018
Aprovação:	Data de aprovação:
Divulgação:	Data de divulgação: 25 Janeiro 2018
Título: Norma sobre o lock do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1 Pág.: 1/1

Introdução:

Um cateter venoso central de longa duração (Permacath) fornece acesso venoso para doentes que necessitam de terapias longa duração.

Para muitos doentes, este cateter é o que os mantém ligados à vida, portanto, é imperativo que o cateter seja manuseado e mantido corretamente.

É fundamental que o controle de infeção seja visto como uma responsabilidade e prioridade.

Este tipo de cateter de longa duração, permacath, é um cateter do tipo tunelizado com um cuff de Dacron que fica no tecido subcutâneo, por forma a prevenir o aparecimento de infeções.

Este cateter é introduzido numa veia de grande calibre (jugular, subclávia ou femoral) ficando de fora os dois ramos do cateter que permitem fazer a ligação à máquina de diálise.

Habitualmente escolhem-se os vasos do hemicorpo direito porque deste lado os vasos são mais retos.

A colocação subclávia é a última alternativa a ser considerada pois a utilização deste vaso pode desencadear o aparecimento de estenoses venosas centrais que podem comprometer a construção de um acesso vascular definitivo nos membros superiores do doente.

Objetivo:

O objetivo desta norma é informar sobre as melhores práticas da evidência científica existente sobre o lock do permacath. A implementação desta norma reduzirá os riscos associados a estes dispositivos nomeadamente a obstrução/ trombose.

Indicação:

Esta norma deverá ser aplicada de forma consistente em todos os serviços do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

Serão responsabilizados pelo seu cumprimento todos os enfermeiros que prestem cuidados a doentes com cateteres de longa duração (Permacath).

Os enfermeiros especialistas deverão apoiar a aquisição de conhecimentos na área da nefrologia e do controlo de infeção.

Título: Norma sobre o lock do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:2/4
--	-------------	----------

Material:

- 1 avental
- 2 máscaras cirúrgicas
- 1 par luvas esterilizadas de tamanho adequado
- 1 campo cirúrgico
- Álcool a 70º
- 2 ampolas de citrato de sódio a 2%
- 2 ampolas de 10 ml SF
- 2 seringas de 10 ml
- 4 agulhas de diluição
- 2 seringas de 2 ml
- 2 tampas de torneira esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Penso bolsa tipo Opercath

Procedimentos:

1. Realizar a higienização das mãos e usar técnica asséptica;
2. O “lock” do permacath deverá ser realizado imediatamente após o final da sessão de hemodiálise; Não havendo necessidade de repetir o procedimento entre sessões de HD;
3. Colocar máscara cirúrgica ao próprio doente;
4. Colocar um avental, máscara e luvas cirúrgicas de tamanho adequado;
5. Colocar um campo cirúrgico sob os ramos do cateter;
6. Após a desconexão das linhas do CEC da máquina de diálise deve ser feita uma lavagem de cada ramo do cateter com 10 ml de SF; Usar uma seringa diferente para cada lúmen;
7. Os conectores de cada lúmen devem ser limpos com as compressas esterilizadas embebidas em álcool eliminando qualquer resíduo de sangue;
8. Depois deve ser instilada uma solução pronta de citrato de sódio a 2% sendo que cada um dos lúmens tem um volume respetivo que se encontra inscrito no próprio dispositivo;
9. Colocar tampas de torneira esterilizadas em cada um dos lúmens;
10. Usar os respetivos clamps de cada um dos lúmens para manter o permacath fechado (efeito estanque). O sítio de clampagem deve ser mudado a cada novo tratamento para prevenir rutura dos lúmens;
11. Colocar os lúmens do cateter dentro da bolsa tipo penso “opercath” e colar a bolsa à pele do doente;
12. Realizar a higienização das mãos;

Título: Norma sobre o lock do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:2/4
--	-------------	----------

Observações:

De uma forma geral é reconhecido que a anticoagulação com citrato de sódio parece se mais vantajosa, quando comparada com a anticoagulação com heparina.

Vários estudos avançam que os cateteres tunelizados para hemodiálise tem um tempo de vida mais prolongado quando utilizado citrato de sódio no “lock” do cateter.

Que a incidência de obstrução por coágulos é inferior quando usado o citrato de sódio no lock do cateter;

Pode ser utilizada a heparina no “lock” dos cateteres de hemodiálise, esta deve ser usada numa diluição mais baixa (1000UI/ml) deixando as concentrações mais elevadas de 5000 a 10000Ui/ml para doentes em que existe recorrência de obstrução dos cateteres ou para os doentes com cateteres de HD provisórios, nas situações de lesão renal aguda;

Tanto no uso de citrato de sódio ou de heparina o lock do cateter, estes não devem exceder o volume a que corresponde cada lúmen do cateter;

Também pode ser ponderada a anticoagulação oral, mas a decisão deve ser ajustada à realidade clínica de cada indivíduo;

Título: Norma sobre o lock do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:3/4
--	-------------	----------

Referências Bibliográficas:

- Vercaigne L., Allan D., Armstrong S., Zacharias J., Miller L. (2015). An ethanol/sodium citrate locking solution compared to heparin to prevent hemodialysis catheter-related infections: a randomized pilot study. *Wichtig Publishing*. University of Manitoba – Canada
- Calantha K., Yon and Chai L. (2013) *Sodium citrate 4% versus heparin as a lock solution in hemodialysis patients with central venous catheters*; Am J Health-Syst Pharm; San Diego – California
- Timmy L., Charmaine L., Vasquez M., Moist L., et al (2011) Minimizing Hemodialysis Catheter Dysfunction: An Ounce of Prevention. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Nephrology*. Canada/USA
- Moran J., Ash S., and the Clinical Practice Committee (2008) Locking Solutions for Hemodialysis Catheters; Heparin and Citrate—A Position Paper by ASDIN; *ASDIN - Seminars in Dialysis*;
- Morgera S., Scholle C., Melzer C., Slowinski T., Liefeld L.; Baumann G.; Peters H., Neumayer H. (2004) A Simple, Safe and Effective Citrate Anticoagulation Protocol for the Genius Dialysis System in Acute Renal Failure. *Nephron Clin Pract*; University of Berlin. Berlin, Germany
- World Health Organization (2009) WHO Guidelines and Hand Hygiene and Health Care 2009; WHO Press; Geneva, Switzerland

Título: Norma sobre o lock do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:4/4
--	-------------	----------

**Norma sobre a realização do penso do cateter de longa duração
(Permacath)**

Assunto: Realização do penso ao local de inserção do cateter de longa duração
(Permacath)

Finalidade: Definir procedimentos clínicos para a realização do penso do cateter
de longa duração

Destinatários: Médicos e enfermeiros

Autor: Ana Patrícia Pires	Data de elaboração: 22 Janeiro 2018
Aprovação:	Data de aprovação:
Divulgação:	Data de divulgação: 25 Janeiro 2018
Título: Norma da realização de penso do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1 Pág.: ¼

Introdução:

Um cateter venoso central de longa duração (Permacath) fornece acesso venoso para doentes que necessitam de terapias longa duração.

Para muitos doentes, este cateter é o que os mantém ligados à vida, portanto, é imperativo que o cateter seja manuseado e mantido corretamente.

É fundamental que o controle de infeção seja visto como uma responsabilidade e prioridade.

Este tipo de cateter de longa duração, permacath, é um catete do tipo tunelizado com um cuff de Dacron que fica no tecido subcutâneo, por forma a prevenir o aparecimento de infeções.

Este cateter é introduzido numa veia de grande calibre (jugular, subclávia ou femoral) ficando de fora os dois ramos do cateter que permitem fazer a ligação à máquina de diálise.

Habitualmente escolhem-se os vasos do hemicorpo direito porque deste lado os vasos são mais retos.

A colocação subclávia é a última alternativa a ser considerada pois a utilização deste vaso pode desencadear o aparecimento de estenoses venosas centrais que podem comprometer a construção de um acesso vascular definitivo nos membros superiores do doente.

Objetivo:

O objetivo desta norma é informar sobre as melhores práticas da evidência científica existente sobre a realização do penso ao local de inserção do permacath. A implementação desta norma reduzirá os riscos associados a estes dispositivos, nomeadamente, dor, infeção local ou sistêmica.

Indicação:

Esta norma deverá ser aplicada de forma consistente em todos os serviços do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

Serão responsabilizados pelo seu cumprimento todos os enfermeiros que prestem cuidados a doentes com cateteres de longa duração (Permacath).

Os enfermeiros especialistas deverão apoiar a aquisição de conhecimentos na área da nefrologia e do controlo de infeção.

Título: Realização do penso ao local de inserção do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:2/4
--	-------------	----------

Material:

- 1 avental
- 2 máscaras cirúrgicas
- 1 par luvas esterilizadas de tamanho adequado
- 1 campo cirúrgico
- Clorohexidina a 2% em 70% álcool
- Compressas esterilizadas
- Penso permeável com compressa (Mepore)

Procedimentos:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Usar técnica asséptica;
3. Colocar máscara cirúrgica ao próprio doente;
4. Colocar um avental, máscara e luvas cirúrgicas de tamanho adequado;
5. Colocar um campo cirúrgico sob os ramos do cateter;
6. Observar o local de inserção do “permacath” e região envolvente (sinais inflamatórios, exsudados, hematomas)
7. Usar Clorohexidina 2% em 70% de álcool para desinfetar o local de inserção da pele;
8. Deixar o anti-séptico secar durante cerca de 30 segundos, antes de colocar o penso;
9. Permacath deve estar devidamente fixo para evitar o movimento, no entanto ao fim de 10/11 dias após a colocação do cvc a sutura de fixação deve ser retirada;
10. Se não estiver garantida a sua fixação natural pela cicatrização do túnel da pele, podem ser utilizadas suturas adesivas tipo steri-strips.
11. Realizar a higienização das mãos;

Título: Realização do penso ao local de inserção do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:3/4
--	-------------	----------

Observações:

A evidência científica identificou que o uso de precauções de barreira máximas reduz o risco de infeção do CVC.

A limpeza da pele/ antisepsia do local de inserção é uma das medidas mais importantes para a prevenção da infeção relacionada com o cateter.

É recomendada a utilização de uma solução alcoólica de clorhexidina 2%, por ter uma ação rápida e eficaz.

Para pacientes com história de sensibilidade à clorhexidina deve ser usada uma solução alcoólica de iodopovidona.

Deve evitar-se a rapação da pele pois podem resultar danos microscópicos e consequente colonização microbiana.

O penso do local de inserção do “permacath” deve ser realizado de 2/2 dias de preferência durante o tratamento de HD, no entanto deve ser realizado em SOS caso se encontre repassado ou descolado.

A utilização de penso com compressa seca evidencia-se como penso a colocar no local de inserção.

Referências Bibliográficas:

- World Health Organization; WHO guidelines and hand hygiene and health care 2009; WHO Press; Geneva, Switzerland 2009
- Nursing care of central venous catheters, CARI Guidelines, May 2012
- Gilles, etal (2003) *Comparison I - Transparent polyerethane dressings versus gauze and tape II outcome Exit Site Infection*. Cochranedatabase SystematicReview

Título: Realização do penso ao local de inserção do cateter de longa duração (Permacath)	Versão: 1/1	Pág.:4/4
--	-------------	----------

Apêndice Nº VIII

Exmo. (a) Senhor (a)

Sou uma enfermeira que está a realizar um estudo de investigação no âmbito do Mestrado de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Peço a sua colaboração para responder a este questionário, pois a sua opinião é essencial para estudar a forma como os doentes ultrapassam a perda de função do transplante renal – nomeadamente que métodos/estratégias utilizam para o fazer.

Este questionário é composto por 2 partes.

1ª Parte – diz respeito a características pessoais

2ª Parte – sobre as estratégias que os doentes utilizam para ultrapassar a perda da funcionalidade do transplante renal.

Peço-lhe que leia atentamente e responda com sinceridade. Considero a sua colaboração fundamental – Por favor não deixe respostas em branco, pois dessa forma o questionário perde a sua validade.

As suas respostas são confidenciais e por isso agradeço que não assine o questionário. Depois de o preencher volte a colocá-lo no envelope e devolva-mo.

Se tiver dúvidas posso esclarecê-lo pessoalmente.

Se depois de preencher e me entregar o questionário quiser anular a sua participação, pode fazê-lo, basta que me contate para o número 96 111 30 92.

Os resultados deste estudo serão eventualmente publicados.

Agradecida

Assinale com X a situação que melhor corresponde ao seu caso:

A1 – Idade _____ anos

A2 – Sexo 2.1 Masculino ☐ 2.2 Feminino ☐

A3 – Estado Civil

3.1 Solteiro ☐

3.2 Casado /Junto ☐

3.3 Divorciado /Separado ☐

3.4 Viúvo ☐

A4 – Escolaridade

4.1 Instrução primária incompleta ☐ 4.5 Curso complementar/12º ☐

4.2 Instrução primária completa ☐ 4.6 Curso médio ☐

4.3 Ciclo preparatório/ 7º ano ☐ 4.7 Curso superior ☐

4.4 Curso geral do liceu/ 9ºano ☐ 4.8 _____ Outro
(Qual?)_____

A5 – Profissão/ Ocupação atual

5.1 Empregado a tempo inteiro ☐ 5.4 Reformado ☐

5.2 empregado a tempo parcial ☐ 5.5 Estudante ☐

5.3 desempregado ☐ 5.6 Outra (Qual?)

A6 – Profissão/Ocupação anterior ao Transplante?

5.1 Empregado a tempo inteiro ☐ 5.4 Reformado ☐

5.2 Empregado a tempo parcial ☐ 5.5 Estudante ☐

5.3 Desempregado ☐ 5.6 Outra (Qual?)

A7 – Religião

7.1 Sem religião ☐ 7.4 Outra religião
(Qual?)_____

7.2 Católico praticante ☐ 7.5 Praticante ☐

7.3 Católico não praticante ☐ 7.6 Não praticante ☐

A8 – Há quanto tempo perdeu o enxerto renal? Anos _____ Meses _____

A9 – Quantos anos teve o enxerto renal? _____

A10 – Está na lista para Transplante renal novamente? 10.1 Sim _____ 10.2 Não _____

A11 – Número de sessões de HD a que faltou nos últimos 2 meses? _____

A12 – Número de internamentos nos últimos 2 meses _____

A13 – Vive com (pode marcar mais do que uma x):

13.1 Sózinho ☐

13.2 Mulher /marido ☐

13.3 Com filho(s) ☐

13.4 Outros ☐ (Quem? _____)

Apresento-lhe de seguida algumas formas que todos nós utilizamos para lidar com os problemas que nos afligem. Em relação à perda da funcionalidade do rim transplantado, diga com que frequência utilizou cada uma das maneiras abaixo indicadas, para ultrapassar a situação. Tente lembrar-se do que realmente fez ou pensou e não do que gostaria de ter feito. Não há maneiras ideais de lidar com os problemas – cada pessoa tem a sua maneira de enfrentá-los. Marque um X à direita, na posição que melhor corresponda à sua situação, admitindo que pode ter usado ao mesmo tempo várias dessas maneiras.

B	Formas de ultrapassar o problema	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca
1	Tentar resolver o problema com soluções alternativas				
2	Preparar-se para o pior				
3	Tentar deixar de pensar no problema				
4	Tentar exercer algum controlo sobre a situação				
5	Minimizar o assunto, imaginando que as coisas poderiam ser piores				
6	Tentar encontrar um significado/explicação para a situação				
7	Concentrar-me em algo agradável				
8	Meditar, relaxar				
9	Analisar objetivamente o problema				
10	Ver em que medida as experiências do passado podem ajudar a lidar com o atual problema				
11	Comer, fumar, mascar pastilha elástica				
12	Pensar em formas diferentes de lidar com a situação				
13	Ir dormir, pensando que as coisas hão-de parecer melhores no dia seguinte				

Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal

14	Saber mais sobre o assunto para poder lidar melhor com o problema				
B	Formas de ultrapassar o problema	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca
15	Libertar a tensão através de exercício físico				
16	Tentar decididamente mudar as coisas				
17	Ficar furioso(a), irritar-se, praguejar				
18	Dividir o problema em questões mais pequenas				
19	Chorar, ficar deprimido (a)				
20	Estabelecer objetivos para ajudar a resolver o problema				

B21 Se desejar, aponte no espaço seguinte outras formas que adotou e que considere importantes: _____

MUITO OBRIGADO

Apêndice N° IX

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

Peço a sua colaboração para responder a este questionário, pois a sua opinião é essencial para estudar a forma como os doentes ultrapassam a perda de função do transplante renal – nomeadamente que métodos/estratégias utilizam para o fazer.

Eu, Ana Patrícia Pires, confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome: Ana Patrícia Pires, _____; Data ____/____/____ N.º da Cédula Profissional 5-E-40051, Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, Telefone 96 111 30 92.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Eu, _____ declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Data

____/____/____

Assinatura

Apêndice Nº X

Quadro 1 – Resumo do teste de hipótese H1

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de COPINGP é a mesma entre as categorias de G.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,545 ¹	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de COPINGE é a mesma entre as categorias de G.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,158 ¹	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

¹A exata significância é exibida para este teste.

Quadro 2 – Resumo do teste de hipótese H2

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de TECOPING é a mesma entre as categorias de Cld.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,730 ¹	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de COPINGP é a mesma entre as categorias de Cld.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,696 ¹	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de COPINGE é a mesma entre as categorias de Cld.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,320 ¹	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

¹A exata significância é exibida para este teste.

Quadro 3 – Resumo do teste de hipótese H3

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de COPINGP é a mesma entre as categorias de Esc.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,635	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de COPINGE é a mesma entre as categorias de Esc.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,703	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de TECOPING é a mesma entre as categorias de Esc.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,476	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Quadro 4 – Resumo do teste de hipótese H4

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de TECOPING é a mesma entre as categorias de OCU.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,783	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de COPINGP é a mesma entre as categorias de OCU.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,857	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de COPINGE é a mesma entre as categorias de OCU.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,872	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Quadro 5 – Resumo do teste de hipótese H5

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de TECOPING é a mesma entre as categorias de ELTX.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,436	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de COPINGP é a mesma entre as categorias de ELTX.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,443	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de COPINGE é a mesma entre as categorias de ELTX.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,509	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.