



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Intervenção Específica em Enfermagem

Nefrológica.

**Cuidados de enfermagem à pessoa com doença
renal crónica em diálise peritoneal.**

Carina Gonçalves

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Intervenção Específica em Enfermagem

Nefrológica.

**Cuidados de enfermagem à pessoa com doença
renal crónica em diálise peritoneal.**

Carina Gonçalves

Dissertação de relatório de estágio orientado por:

Orientador: Filipe Cristovão

Co-orientador: Fernanda Gomes

2012



AGRADECIMENTO

O meu especial agradecimento ao Professor Filipe Cristóvão por todo o apoio e dedicação que manifestou ao longo de todo o tempo. Muito obrigada.

À minha Co-orientadora, Enfermeira Fernanda Gomes, e enfermeira orientadora de estágio, Enfermeira Elisabete Costa que me acompanharam ao longo deste caminho.

O meu sentido agradecimento a todos os enfermeiros dos locais de estágio que me acolheram, e que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus queridos pais, Salvador e Susete, e ao Nuno por todo o apoio, carinho e paciência que tiveram comigo.

À minha querida amiga e “tia” Adélia e à minha família de sangue e de coração.

Resumo

O Relatório de Estágio que apresento insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, área específica de intervenção Enfermagem Nefrológica e representa o culminar de todo um processo de aprendizagem, de reflexão e de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na área da nefrologia.

Este relatório representa o meu percurso nos diferentes estágios através da exposição das actividades por mim desenvolvidas e da análise crítica das mesmas, tendo presente os objectivos delineados, os quais se inserem nos objectivos e competências propostos pela ESEL e pela OE, no que concerne ao enfermeiro especialista.

A metodologia usada na elaboração do relatório foi a revisão da literatura, a observação da prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família por parte de peritos, a prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família, a partilha de experiências com peritos e a reflexão crítica e contínua ao longo de todo o processo de aprendizagem.

Para o desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família realizei estágio, de 27 de Setembro a 19 de Dezembro de 2010, na Unidade de Diálise Peritoneal do serviço de Nefrologia, no Hospital de Santa Cruz; e de 03 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2011 na Nephrocare de Vila Franca de Xira, onde pude desenvolver competências do domínio da pesquisa.

Durante este período tive oportunidade de identificar as principais necessidades dos doentes e família em diálise peritoneal, que se prendem com: défice de conhecimentos relativos à doença, ao tratamento, risco de infecção pela presença do cateter peritoneal e risco de sobrecarga hídrica. Através do programa de ensino da DP, das consultas de seguimento de enfermagem e da relação de confiança que estabeleci com os doentes e família em diálise peritoneal pude contribuir para a resolução das necessidades anteriormente mencionadas.

A elaboração do folheto “Como cuidar do seu orifício de saída do cateter peritoneal no domicílio” visou contribuir para a diminuição do risco de infecção associada ao cateter peritoneal. O manual de boas práticas de enfermagem na área da diálise peritoneal permitiu a partilha de conhecimentos com os meus pares e a integração do mesmo

como guia de orientação dos cuidados de enfermagem na Unidade de Diálise Peritoneal do Hospital de Santa Cruz.

Analisando o caminho percorrido, considero que alcancei as competências defendidas pela OE para o enfermeiro especialista, uma vez que ocorreu um desenvolvimento profissional e pessoal de forma contínua.

Palavras-chave: Unidade de Diálise Peritoneal, Diálise Peritoneal, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This report was developed as part of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Medical and Surgical Nursing, in the Nephrology area and represents the conclusion of a process of learning, reflection and skills development, according to the role of the specialist nephrology nurse.

This report represents the different clinical practices by exposing the activities developed by me and their critical analysis, taking into consideration the objectives outlined, according to the objectives and competencies proposed by ESEL and the Portuguese Nursing Council (Ordem dos Enfermeiros - OE) for the specialist nurse.

The methodology used was a literature review, the observation of the nursing care to the chronic renal patient and family provided by experts, the provision of nursing care to the chronic renal patient and family, sharing experiences with experts and a critical and continuous reflection throughout the entire learning process.

To develop skills in providing nursing care for the chronic disease patient and family I have realized my clinical practice placement in the Peritoneal Dialysis Unit, Nephrology Department at Hospital de Santa Cruz, from the 27th of September to the 19th of September of 2010; and from the 3th of January of 2011 to the 13th of February of 2011 at the Nephrocare de Vila Franca de Xira Clinic, where I have developed research skills. During that period I could identify the main needs of patients and family in Peritoneal Dialysis (PD), related to: the lack of knowledge about the disease and the treatment, the risk of infection due to the peritoneal catheter and the risk of overload.

Through the PD educational programme, the nursing follow-up interventions and due to the therapeutic relation established with the patients and family in PD, I have contributed to meet their needs.

The elaboration of the leaflet "How to care of your PD catheter site at home" I have contributed for reducing the risk of infection associated with the PD catheter.

The Nursing Manual for Peritoneal Dialysis have allowed me to share the knowledge with my colleagues and it has also been adopted as a nursing guide for the Peritoneal Dialysis Unit at Hospital de Santa Cruz.

I believe I have accomplished the competencies held by the OE for the specialist nurse, achieved through continuous professional and personal development.

Keywords: Peritoneal Dialysis Unit, Peritoneal Dialysis, Nursing.

ÍNDICE

O – INTRODUÇÃO	12
1 – METODOLOGIA.....	17
2 – QUADRO CONCEPTUAL.....	20
2.1 – Conceito de Diálise Peritoneal	23
2.2 – Cateter peritoneal	25
2.3 – Modalidades de Diálise Peritoneal.....	27
2.4 – Característica das soluções para Diálise Peritoneal	30
2.5 – Cuidados de enfermagem.....	32
2.6 – Avaliação da membrana peritoneal e do tratamento	34
2.7 – Complicações associadas à Diálise Peritoneal	36
2.8 – Nutrição do doente renal crónico em Diálise Peritoneal	37
2.9 – Diagnósticos de enfermagem mais comuns	39
3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	41
3.1 – Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz.....	42
3.2 – Nephrocare Vila Franca de Xira	63
4 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	78
Anexo I - Cronograma	

Anexo II - Folheto: “Como cuidar do seu orifício de saída do cateter peritoneal no domicílio”

Anexo III - Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora da unidade de DP

Anexo IV - Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da Diálise Peritoneal

Anexo V - Plano da sessão

Anexo VI - Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora da Nephrocare de Vila Franca de Xira

SIGLAS

a.a. - Aminoácidos

AGREE – Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

BH – Balanço Hídrico

CPGMC – Curso de Pós-Graduação Médico-Cirúrgica

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DPCC – Diálise Peritoneal Cíclica Contínua

DPCO – Diálise Peritoneal Cíclica Optimizada

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DPT – Diálise Peritoneal Tidal

DRC – Doença Renal Crónica

ESESL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenosa

FMC – Fresenius Medical Care

HD – Hemodiálise

HSC – Hospital de Santa Cruz

HTA – Hipertensão arterial

NFK – National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

SCIELO – Scientific Electronic library Online

SGS – Sistema de Gestão de Qualidade

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TA – Tensão arterial

TGF – Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal

UC – Unidade Curricular

UF – Ultrafiltração

VFX – Vila Franca de Xira

O – INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica.

Actualmente, as competências profissionais representam um importante avanço na procura da qualidade e produtividade. Neste sentido, o enfermeiro possuidor de saberes específicos na área da nefrologia justifica-se pela importância da prevenção e atraso da evolução da Doença Renal Crónica (DRC), pela necessidade de ajudar o doente e família a adaptarem-se e a diminuir a dependência associada ao tratamento substitutivo da função renal (TSFR), uma vez que a DRC e o seu tratamento têm impacto na qualidade de ambos.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2011), o número de doentes com o diagnóstico de DRC tem aumentado significativamente nos últimos anos, surgindo a cada ano cerca de 2200 novos casos. No ano de 2010 estavam identificados 16011 doentes em TSFR, dos quais 9615 em hemodiálise (HD), 571 cumpriam diálise peritoneal (DP) e 5793 estavam transplantados com enxerto funcionante. (SPN, 2011)

Os avanços na área da medicina e da tecnologia possibilitaram o aumento da esperança média de vida dos doentes renais crónicos. Impõem-se outros objectivos na prestação de cuidados de saúde a estes doentes, o que implica novos desafios no cuidar de Enfermagem na promoção da autonomia, independência e bem-estar do doente e família. As doenças crónicas são, neste contexto, um desafio para a Enfermagem, que passa pela aposta na promoção da saúde, prevenção da doença e complicações associadas, de modo a diminuir os custos em saúde e melhorar a qualidade dos cuidados. Campbell, Woods e Sankey (2008) corroboram estas ideias, ao considerarem que o enfermeiro desempenha um papel fulcral para que seja possível contornar as consequências desta evolução, assumindo um papel preponderante na partilha de informação e resolução de problemas.

Vilar e Salgado (2005) e Duarte (2008) consideram que os profissionais de saúde têm a capacidade de influenciar a forma como os doentes se adaptam à doença e

tratamento, minimizando o impacto que esta tem nas suas vidas. Este factor exige da Enfermagem um aprofundar de conhecimentos

“em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados, quer pela singularidade que cada etapa do desenvolvimento humano amplia à singularidade individual, quer pelo conforto com a complexidade das respostas humanas em situações de saúde/ doença, quer ainda pelo grupo familiar e comunitário que integram.” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009, p.4).

As especialidades de enfermagem realizam-se ao nível do alvo de cada intervenção e através da explicitação do campo de cuidado especializado, pois

“o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem alicerça-se no conhecimento profundo sobre respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, vivenciadas pela pessoa, enquanto alvo de cuidados; a apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem.” (OE, 2009, p.5-6)

O enfermeiro detentor de conhecimentos específicos – enfermeiro especialista – é aquele que o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) reconhece como possuidor de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área da especialidade, para além dos cuidados gerais. Ou seja, é

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e os 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.” (OE, 2009, p.9)

A OE define competências como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.” (OE, 2003, p.16, citado em OE, 2009, p.11)

No Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem, a OE considera que as competências relacionadas com a especialidade, decorrem “(...) do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais”

(OE, 2009, p.11), tendo sido enunciados cinco domínios de competências: quatro comuns e um específico.

A 18 de Fevereiro do decorrente ano foi publicado em Diário da República o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº122/2011, no qual são identificados os quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

As competências comuns podem ser definidas como aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialista e “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento nº 122/ 2011, p.8649)

A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), indo ao encontro do que é definido pela OE sobre as competências do enfermeiro especialista, definiu o perfil do enfermeiro especialista como:

“perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos; Agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seio da família e comunidade; Intervir como perito: na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade e na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais; (...) e Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da Pessoa Adulta e Idosa com doença crónica nas diferentes áreas de intervenção específicas de Enfermagem Nefrológica.” (ESEL, 2009, p.5)

Indo de encontro ao que é preconizado pela OE desenvolvi o meu trabalho na área da nefrologia em contexto hospitalar (serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz (HSC) e extra-hospitalar (Nephrocare em Vila Franca de Xira) nos quais prestei cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em programa de DP. Em Portugal, a DP é uma alternativa terapêutica para a doença renal terminal com fraca expressão. Contudo, a DP tem adquirido particular importância “(...) pela preservação da função renal residual, (...) existe maior liberdade para a organização do tempo

pessoal e habitualmente menos restrições dietéticas e de fluidos” (Arduan e Rivera, 2006, p.51-52 in Coronel, 2006), sendo ainda uma alternativa para alguns doentes renais crónicos que apresentam falência de acessos vasculares. O interesse em aumentar a minha experiência profissional motivou a opção pela área dos cuidados à pessoa em DP, uma vez que na minha realidade de trabalho verifico que os doentes alternam entre HD e DP, pelos motivos acima mencionados. Deste modo, é-me possível compreender melhor as necessidades e problemas do doente com DRC e família.

Dado a reconhecida pertinência do tema e a relevância do mesmo na prestação de Cuidados de Enfermagem considere que esta reflexão seria de extrema importância no desenvolvimento de competências do Enfermeiro em Nefrologia.

O relatório de estágio tem o objectivo de revelar os conhecimentos adquiridos com as experiências vividas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em DP.

Benner (2005) defende que a teoria é apenas um esqueleto simplificado da realidade, e que a excelência adquire-se na prática, a qual “(...) é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.” (Benner, 2005, p.14)

Partindo deste pressuposto e das competências acima mencionadas, orientei o meu estágio de acordo com o quadro de referências de Patrícia Benner. De acordo com este modelo de desenvolvimento de competências, a enfermeira ao longo da sua evolução profissional deixa de se centrar na resolução do problema e na execução de tarefas para se centrar no cuidar à pessoa. “estas competências de envolvimento com os doentes e as famílias são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de pessoas que estão vulneráveis requer atenção sobre a situação.” (Benner, 2005, p.16) Logo, estas são as linhas orientadoras do estágio e dos objectivos que pretendo atingir e nesse sentido, defini como objectivo geral:

- ✓ Adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, área específica de intervenção enfermagem nefrológica no cuidar ao doente e família.

E como objectivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais referentes ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica no âmbito da intervenção em enfermagem necrológica, no cuidar ao doente e família em DP;
- ✓ Gerir os cuidados de enfermagem ao doente e família em DP promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A elaboração deste relatório no âmbito do mestrado em enfermagem possibilitou descrever o meu percurso nos diferentes campos de estágios através da exposição das actividades desenvolvidas e da análise crítica das mesmas, tendo presente os objectivos e competências delineados pela ESEL, no seu plano de estudos.

O relatório inclui um capítulo sobre a metodologia utilizada para desenvolver as competências de enfermeiro especialista e efectuar a revisão da literatura e um outro capítulo que apresenta o quadro conceptual. A descrição das actividades realizadas, de acordo com os objectivos delineados, permite expor as minhas aprendizagens e competências adquiridas através da prestação de cuidados de enfermagem e de reflexão sobre a prática. Na conclusão e sugestões são enumerados os aspectos preponderantes que contribuíram para a minha aprendizagem bem como as dificuldades sentidas no processo de elaboração do relatório.

1 – METODOLOGIA

A realização deste relatório de estágio beneficiou de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, da prestação directa de cuidados de enfermagem a pessoas com DRC, da partilha de conhecimentos com peritos, da análise e reflexão das experiências vividas durante o estágio e da elaboração de um Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da DP.

A pesquisa bibliográfica sobre a DP e os cuidados de enfermagem na área foi realizada em base de dados internacionais: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) em artigos nacionais, monografias e livros de autores considerados peritos na matéria em questão. Usei como palavras de busca: diálise peritoneal, diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA), diálise peritoneal automatizada (DPA), ensino, diálisis peritoneal, diálisis peritoneal y la educación, diálisis peritoneal y la familia, definindo um intervalo de tempo de dez anos (2000-2010). Defini como critério de inclusão estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura, estudos de caso sobre cuidados de enfermagem ao doente em DP e família. Foram excluídos todos os artigos que não apresentassem metodologia científica, que não incluíssem intervenções de enfermagem ao doente em DP e família e sobre crianças. Foram apurados 45 artigos, dos quais, após leitura cuidadosa do abstract, foram seleccionados seis.

A prestação directa de cuidados de enfermagem, inserida no Planeamento do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ocorreu de 27 de Setembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011, num total de 500 horas. Iniciei o estágio na Unidade de DP do serviço de Nefrologia do HSC a de 27 de Setembro prolongando-se o mesmo por doze semanas, até 17 de Dezembro de 2010. Seleccionei este hospital por ser uma instituição pública com reconhecido grau de diferenciação a nível técnico-científico, com constante produção e divulgação de conhecimentos e valorização dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, nomeadamente no que se refere ao tratamento de doentes do foro cardíaco e renal. (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, (SCHLO) 2010) A Unidade de DP teve o seu início há 30 anos estando certificada pelo Sistema de Gestão da Qualidade (SGS), ISO 9001: 2008 desde 27 de Novembro de 2008.

De 3 de Janeiro a 11 de Fevereiro de 2011 desenvolvi o restante período de estágio no meu local de trabalho, uma vez que pretendi elaborar um manual de boas práticas de enfermagem na área da DP para depois ser apresentado e discutido com os pares, de forma a contribuir para o seu desenvolvimento profissional, o que se pode verificar no cronograma (Anexo I). A escolha dos locais de estágio foi intencional, possibilitando a construção de um fio condutor que me permitisse aprofundar conhecimentos na área dos cuidados de enfermagem ao doente e família em DP.

Selecionei o meu local de trabalho por pertencer a uma empresa fornecedora de material de DP, tendo como missão “estabelecer padrões de excelência nos cuidados de saúde aos doentes renais através do nosso compromisso em desenvolver produtos e opções terapêuticas de diálise inovadoras” e como visão, aumentar a qualidade de vida do doente renal crónico, inovar para uma vida melhor e reduzir os custos sociais e privados da diálise. (FMC, 2010)

Neste período de estágio, o encontro informal com a enfermeira responsável pelas visitas domiciliárias do grupo empresarial permitiu-me adquirir conhecimentos relativos à área da DP na empresa. A visita domiciliária permitiu observar a prestação de cuidados de enfermagem ao doente em DP e família no domicílio, no início de DPA.

Na elaboração do manual foi tida em linha de conta a bibliografia e as fontes consultadas. Foram considerados peritos os enfermeiros com pelo menos cinco anos de experiência na prestação e gestão de cuidados na área da nefrologia, em especial na área da DP, e reconhecidos como peritos pela equipa de saúde. As temáticas seleccionadas para integrar o manual foram aquelas que geraram consenso entre os peritos, sendo que os assuntos abordados respeitam as intervenções de enfermagem ao doente e família em DP, em contexto hospitalar e extra hospitalar. Depois de elaborado, o manual foi discutido com os peritos, tendo sido reformulados itens que necessitavam de clarificação, após momentos de partilha de saberes e de reflexão.

O manual de boas práticas de enfermagem na área da DP encontra-se dividido em três capítulos: o primeiro aborda o conceito de DP e fundamenta os cuidados de enfermagem; o segundo aborda os cuidados de enfermagem ao doente e família em programa regular de DP; e o último aborda as questões éticas que se colocam no cuidar de enfermagem.

A análise das actividades e intervenções de enfermagem por mim realizadas foram suportadas pela Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem,

uma vez que as minhas acções visavam a promoção do autocuidado do doente e família em DP.

Pretendendo alcançar o nível de perito proposto por Benner procurei desenvolver, ao longo de todo o estágio, competências de planeamento que me possibilitem a avaliação de situações, a aquisição de um nível de confiança crescente e competências de supervisão.

2 – QUADRO CONCEPTUAL

A incidência de doenças crónicas tem aumentando em todo o mundo, sobretudo a partir do último século associada à industrialização. Isso permitiu “transformar” quadros clínicos agudos e por vezes mortais do passado, em situações crónicas na actualidade. Martins, França e Kimura (1996) lembram que as doenças crónicas têm a sua origem no processo de industrialização aliado às condições de vida, trabalho e comunidade “gerando atenções psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a desarborização orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular.” (Martins, França e Kimura, 1996, p.6)

“a incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, tendo um impacto significativo na duração e na qualidade e vida dos doentes. As doenças crónicas estão entre as principais causas de morte, doença e incapacidade nas sociedades ocidentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial e, conseqüentemente, representam uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos países.” (Campos, 2006, p.20)

A OMS atribui à doença crónica uma ou mais das seguintes características: é permanente; produz incapacidade/deficiência residual; é causada por mudanças patológicas, irreversíveis; e exige formação do doente para a reabilitação; e pode obrigar a longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. (OMS, 2011) Campos (2006) acrescenta que a doença crónica está associada a conotações negativas não só pelos custos económicos que representa mas, também físicos, psicológicos, familiares, profissionais e sociais. Mesmo na presença de um aumento do número de pessoas portadoras de doença crónica, esta continua a ter um significado perturbador na relação do sujeito consigo próprio, com o seu projecto de vida e com o meio que o envolve.

A DRC enquadra-se no grupo de doenças crónicas, sendo definida como um “(...) síndrome de perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular.” (Thomé et al, 1999, p.423 in Barros et al, 1999)

A DRC é uma patologia que tem vindo a alcançar preocupantes proporções, associada a uma elevada mortalidade e cujos tratamentos originam um elevado custo económico, (Thomé et al, 2006 in Barros et al, 2006) podendo ser considerada um problema de saúde pública. Em Portugal, a cada ano que passa, são registados 2200 novos casos de DRC. Dados da SPN mostram que em 2009 existiam 16011 doentes em TSFR, estando 571 deles em DP (267 em DPCA e 307 em DPA). Desde 2005 a 2009 houve um aumento de 23,5% do número de doentes em DP. (SPN, 2011)

Os rins desempenham um papel importante na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos finais do metabolismo e outros produtos tóxicos. São responsáveis pela excreção de produtos resultantes do metabolismo azotado como a ureia e creatinina; pela manutenção de equilíbrio electrolítico e do equilíbrio ácido-base, pela regulação da pressão arterial e pela osmolaridade do líquido extra celular. A nível endócrino são responsáveis pela activação da vitamina D e pela produção de renina e eritropoietina. (Chalmers, 2005 in Thomas, 2005)

A diminuição da função renal pode ser lenta e progressiva, uma vez que a perda de nefrónios é compensada pela actividade dos nefrónios remanescentes. Contudo estes acabam por sofrer esclerose e deixar de funcionar, culminando no agravamento da função renal, em que os líquidos, as toxinas metabólicas e os electrólitos se acumulam no sangue. Perante esta situação, o doente começa a reter os produtos resultantes do metabolismo (como a ureia), acumula líquidos (apresentando edemas), perde a capacidade de diluir e concentrar a urina e torna-se incapaz de regular o equilíbrio ácido-base e os níveis plasmáticos de sódio e potássio, entre outros electrólitos.

A DRC pode ter múltiplas causas sendo a diabetes mellitus e a hipertensão arterial as principais. Esta última, para além de danos directos, acelera as lesões causadas por outras nefropatias. (Thomé et al, 2006 in Barros et al, 2006) A DRC é classificada em cinco estádios, dependendo da função renal (Riemann e Casal, 2010):

✓ Estádio 1: existe dano renal com uma função renal normal e um aumento de taxa de filtração glomerular (TFG), superior ou igual a 90ml/min/1,73m²;

✓ Estádio 2: está presente dano renal ligeiro com diminuição da TFG, entre 60 a 89 ml/min/1,73m²;

✓ Estádio 3: há dano renal moderado com uma TFG entre 30 a 59 ml/min/1,73m²;

✓ Estádio 4: existe dano renal severo e uma TFG entre 15 a 29 ml/min/1,73m²;

✓ Estádio 5: doença renal crónica terminal, com uma TFG inferior a 15 ml/min/1,73m², requerendo TSFR.

Nos primeiros estádios da DRC os sintomas são mínimos, podendo mesmo estar ausentes mas, à medida que a doença avança, as consequências metabólicas desencadeadas pela ureia acabam por se manifestar, “comprometendo todos os sistemas do organismo: cardiovascular, gastrointestinal, hematopoiético, imune, nervoso e endócrino.” (Thomé et al, 2006, p.383 in Barros et al, 2006)

O tratamento da DRC é um tratamento conservador até ao quinto estádio da doença, tendo como finalidade retardar a sua progressão e abrange:

“terapia nutricional, controle de pressão arterial e melhora da hemodinâmica glomerular, controle de factores agravantes, tratamento e prevenção das complicações crónicas da uremia, monitorização da função renal, monitorização nutricional e preparação para início do tratamento dialítico.” (Thomé et al, 2006, p.400 in Barros et al, 2006)

No quinto estádio da DRC é importante efectuar um balanço das vantagens e desvantagens associadas ao tratamento conservador e ponderar o tratamento dialítico. Este surge quando o tratamento conservador já não permite manter a qualidade de vida do doente, sem causar problemas nutricionais ou o agravamento das complicações desencadeadas pelos valores analíticos da ureia. (Chalmers, 2005 in Thomas, 2005)

A selecção do tratamento exige que se atenda às características clínicas, psíquicas, familiares, sociais e económicas do doente. Em todo este processo é importante que o doente e a sua família acedam a informação clara e compreensível sobre as opções de tratamento, para seleccionar a mais adequada e evitar complicações desnecessárias. As consultas de opção de tratamento devem ocorrer em tempo oportuno, de preferência no quarto estádio da DRC. Devem ser um espaço de partilha de informação e de educação sobre a DRC e as diferentes técnicas de substituição da função renal (TSFR): HD, DP e transplante renal. É importante que o doente renal crónico e sua família compreendam cada uma das TSFR e que optem por uma delas “(...) em função do seu estilo de vida e das preferências pessoais, se não existirem contra-indicações para nenhuma delas.” (Arduan e Rivera, 2006, p.51 in Coronel, 2006) Perez e Ballesteros (2007) no estudo sobre a Importância das Consultas de Pré-diálise de

Enfermagem concluíram que as consultas permitem que os doentes e família seleccionem a TSFR com tempo e de modo informado, o planeamento do seguimento dos mesmos, a construção de um acesso atempado, a diminuição das comorbidades associadas e o aumento do bem-estar do doente e família.

2.1 – Conceito de Diálise Peritoneal

A DP surge como TSFR na segunda metade do século XX, inicialmente para tratar o doente numa situação aguda de insuficiência renal. Em 1968, o Cateter Tenckhoff permitiu que a DP fosse considerada como uma opção de tratamento intermitente ao doente renal crónico contudo, só em 1976 com a chegada da técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) é que ocorreu o avanço da DP. (Riemam e Casal, 2010)

A Diálise Peritoneal:

“ (...) envolve o transporte de solutos e de água através de uma membrana que separa dois compartimentos contendo líquido. Esses dois compartimentos são o sangue nos capilares peritonias, que na insuficiência renal contêm excesso de ureia, de creatinina e de outros solutos e a solução de diálise na cavidade peritoneal, que contem tipicamente sódio, cloreto e lactato ou bicarbonato e que se torna hiperosmolar pela inclusão de concentração alta de glicose.” (Blake e Daugirdas, 2008, p.297, in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

São três os elementos básicos associados à DP: a estrutura anatomo-funcional do peritoneu, as características físicas e químicas das soluções e o cateter peritoneal. Tecnicamente, a DP caracteriza-se por um momento de drenagem da solução presente na cavidade peritoneal, seguido de um período de infusão da nova solução de diálise e termina com um período de permanência da nova solução de diálise na cavidade peritoneal, até ser drenada no próximo ciclo de tratamento.

O transporte peritoneal abrange três processos que ocorrem em simultâneo (Blake e Daugirdas, 2008, p.297, in Daugirdas, Blake e Ing 2008):

✓ Difusão: a ureia e o potássio presentes no sangue do capilar peritoneal passam para a solução de diálise peritoneal, enquanto ocorre difusão de glicose, lactato ou bicarbonato e, em menor grau, cálcio, no sentido contrário;

✓ Ultrafiltração: está dependente da concentração de glicose nas soluções de diálise, sendo o resultado do gradiente osmótico entre a solução de diálise hipertónica e o sangue do capilar peritoneal, hipotónico;

✓ Absorção de Líquidos: ocorre através dos linfáticos, em taxas relativamente constantes.

O sucesso da DP está dependente da selecção dos doentes, “se trata de adequar la técnica dialítica a los intereses y necesidades de los enfermos.” (Garcia et al, 1999, p.15 in Montenegro e Olivares, 1999) A eleição da TSFR pelo doente e família está condicionada pela anatomia e fisiologia da membrana peritoneal, a qual se considera a única contra indicação absoluta. As restantes situações podem ser consideradas como contra indicações relativas que originam uma maior ou menor dificuldade na execução da técnica e exigem da equipa de DP, do doente e da família um maior envolvimento e “gasto” de energia. Heras (2006 in Coronel, 2006) considera que a doença inflamatória intestinal grave, abscesso abdominal, hérnia abdominal, ostomia, psicose ou depressão grave activa e deficiência mental grave sem apoio familiar constituem contra indicações para a selecção da DP. Contudo, existe consenso na indicação da DP a crianças e idosos. Nas crianças permite a continuação da actividade escolar, evita a construção de acessos vasculares e nos idosos “(...) por su situación psico-social, al disponer de mucho tiempo libre y al tener una diferente expectativa vital” (Garcia, Ponz e Vaca, 1999, p.16 in Montenegro e Olivares, 1999) e por existir uma diminuição do património vascular, muitas vezes associado a comorbidades do doente.

Esta modalidade de TSFR apresenta algumas vantagens em relação à HD como por exemplo a conservação da função renal residual, uma “(...) maior liberdade para a organização do tempo pessoal e habitualmente menos restrições dietéticas e de fluidos. Sob o ponto de vista médico, o estado de hidratação e os parâmetros analíticos são mais estáveis e (...) a possibilidade de infecção por vírus hepatotrópicos (VHB e VHC) é muito remota.” (Arduan e Rivera, 2006, pp.51-52 in Coronel, 2006)

De modo a garantir que o doente renal crónico e família sejam elementos activos na eleição do TSFR deve-se assegurar que os mesmos receberam e compreenderam toda a informação facultada sobre os diferentes modos de tratamento. Para este fim é importante que exista um protocolo de actuação que inclua informação geral relativa à DRC e informação específica relativa a cada uma das TSFR. (Garcia, Ponz e Vaca,

1999, in Montenegro e Olivares, 1999) Deve ocorrer mais do que uma consulta pré-diálise de enfermagem, e toda a informação deve ser acompanhada de material didáctico (material audiovisual e informação escrita), além da observação das técnicas de DP e HD.

Perez e Balletero (2007) constataram que todos os doentes observados nas consultas de pré-diálise de enfermagem antes de iniciar TSFR e que optaram por DP tinham cateter peritoneal funcionando, elegeram o modo de tratamento de forma informada e iniciaram-no de forma programada no seu domicílio nas melhores condições possíveis.

2.2 – Cateter peritoneal

Para ser efectivada, a DP requer a existência de um acesso à cavidade peritoneal, o que é conseguido através do cateter peritoneal, sendo inúmeras as técnicas de implementação do mesmo. Existe um conjunto de pré-requisitos inerentes ao cateter ideal (Cruz, 1999, pp.165-166 in Montenegro e Olivares, 1999):

- ✓ Biocompatibilidade: permite que os tecidos e órgãos em redor do cateter peritoneal funcionem normalmente, sem reacções inflamatórias ou imunológicas;
- ✓ Resistência às bactérias: o risco de infecção está sempre presente; sabe-se que os materiais inertes e de superfícies lisas atraem e retêm menos bactérias do que os de superfícies rugosas;
- ✓ De fácil colocação: permite que qualquer médico de “habilidade” media consiga colocar o cateter na maioria dos doentes;
- ✓ Desenho que reduza a possibilidade de migração. Os cateteres pré-moldados facilitam a colocação do segmento distal com a criação do túnel subcutâneo “(...) en forma caudal sin abandonar su forma “natural” tienen menos probabilidad de emigrar que aquellos cateteres que terminan colocados en forma contraria a su estado natural, (...)”;
- ✓ Caudal adequado: deve permitir um fluxo elevado, que permita que a solução dialisante seja infundida e drenada da cavidade peritoneal rápida e completamente.

Como afirma Cruz (1999, p.166 in Montenegro e Olivares, 1999) “la principal función del cateter de diálisis peritoneal es facilitar el flujo bi-direccional de la solución

dializante de forma consistente, sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.”

A colocação do cateter peritoneal implica que a equipa de enfermagem da unidade de DP considere o doente, a família, a preparação do material e os cuidados com o cateter no pós-operatório imediato e tardio.

Antes da intervenção cirúrgica de colocação do cateter, a enfermeira deve informar o doente renal crónico e família sobre o tipo de intervenção a que vai ser sujeito, as vantagens e os riscos associados, respeitando o direito do doente à informação. Na preparação física do doente, a enfermeira deve marcar o local de inserção do cateter peritoneal, o qual deve ser acordado previamente com o doente promovendo a sua participação no cuidar e realizar a tricotomia da região (caso seja necessário) tendo em vista diminuir o risco de complicações e facilitar a implementação do cateter peritoneal. A preparação cirúrgica tem a finalidade de minimizar o risco de complicações e infecções associados à técnica de colocação do cateter peritoneal. (Vicent, 2006 in Coronel, 2006) Nesse sentido, é recomendada a administração de um laxante que não irrite o intestino na véspera do dia da cirurgia, com vista a diminuir o risco de perfuração em caso de má colocação do cateter peritoneal e para facilitar a colocação do cateter peritoneal no espaço intraperitoneal. No dia da cirurgia, o doente deve tomar banho com sabão germicida e esvaziar a bexiga antes de entrar no bloco operatório. (Wild, 2005 in Thomas, 2005)

No período pós-operatório imediato à colocação do cateter peritoneal os cuidados de enfermagem visam

“minimizar qualquer colonização bacteriana do local de inserção e do túnel, durante o período de cicatrização; prevenir o traumatismo do local de inserção e a tracção das mangas, imobilizando o cateter; minimizar a pressão intrabdominal para prevenir as fugas.” (Wild, 2005, p.240 in Thomas, 2005)

O orifício de saída do cateter peritoneal e as incisões para a colocação do cateter devem ser cuidadas da mesma forma que as feridas cirúrgicas. Para Wild (2005, in Thomas, 2005) nos primeiros 7 a 10 dias após a colocação do cateter peritoneal, a região em redor do mesmo não deve ser manuseada, a não ser que o penso fique sujo de sangue ou exsudado. Para “facilitar la cicatrización de la incisión y la incorporación de tejido a los manguitos de dacron y se cree una barrera a las bacterias, el cateter

debe inmovilizarse y la incisión y orificio de salida ser cubierto por un vendaje estéril (...).” (Cruz, 1999, p.173 in Montenegro e Olivares, 1999)

Neste período de tempo, o tubo do cateter peritoneal deve, ainda, ser imobilizado com firmeza e segurança através da colocação de fita adesiva colada ao abdómen. Wild (2005, p.241 in Thomas, 2005) afirma “antes da alta hospitalar, durante este período de repouso do cateter do doente, têm que ser dadas informações claras sobre os procedimentos correctos para cuidar do cateter em casa”, ensino da responsabilidade da enfermeira da unidade de DP.

Não existe um consenso sobre os cuidados pós-operatórios ao orifício de saída do cateter peritoneal: Ash e Daugirdas (2008, p.343 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) defendem que nos primeiro dois meses “(...) aplicações três vezes por semana de uma solução de iodo-povidona seguidas pela colocação de um curativo de gaze seca reduzem a infecção no local de inserção do cateter (...)” e Cruz (1999, p.173 in Montenegro e Olivares, 1999) afirma que entre a quarta e a sexta semana após a implementação do cateter peritoneal, o penso do orifício de saída do mesmo deve ser executado com soluções que não retardem o processo de cicatrização ou que afectem a pele como por exemplo “(...) produtos yodados (...)”. Contudo a investigação mais recente sugere que a clorexidina deve ser o agente de primeira escolha. (NKF, 2010)

Após este período, os cuidados com o orifício de saída do cateter peritoneal consistem na lavagem e/ou desinfecção do mesmo com soro fisiológico ou água e sabão.

A partir deste momento, o objectivo principal é manter a integridade da pele e diminuir o risco de complicações associadas ao orifício de saída do cateter peritoneal. Como este é um cuidado a ser realizado no domicílio, o doente e família devem ter uma adequada preparação, integrando este cuidado como mais uma parte da sua higiene habitual. (Notario, 2006, in Coronel, 2006)

2.3 – Modalidades de Diálise Peritoneal

Há duas modalidades de DP: DPCA e DPA e suas variantes. Na DPCA, o tratamento realiza-se “(...) de forma manual e a cavidade abdominal permanece cheia de líquido em todo o dia” (Heras, 2006, p.29 in Coronel, 2006) permitindo que ocorra um estado fisiológico constante. A técnica inclui três etapas: drenagem, infusão e permanência.

A principal desvantagem desta modalidade é a necessidade de diversas sessões, em médias quatro por dia,

“embora este procedimento possa ser realizado fora de casa, a necessidade de esterilização e o acesso ao equipamento significam, muitas vezes, que o paciente tem de voltar para casa, limitando um pouco as suas actividades cotidianas. A frequência dos procedimentos também pode ser um problema nos casos em que parentes ou outros cuidadores estão realizando as trocas para o paciente. Outros factores são as limitações nos volumes de infusão de infusão devido à pressão intraperitoneal aumentada (...)” (Blake, 2008, p.355 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

Na DPA é usado um sistema mecânico (cicladora) que permite a programação de um plano terapêutico. A modalidade em questão tem a vantagem de permitir aos doentes estarem livres de compromissos durante o dia. Além disso, é a terapia de eleição para a maioria dos doentes que necessitam de ajuda na execução da técnica. Esta modalidade permite que “os volumes de enchimento de dialisante podem ser aumentados com segurança devido à diminuição da pressão intra-abdominal que se dá quando o doente está deitado.” (Wild, 2005, p.244 in Thomas, 2005) Este factor contribuiu para diminuir a pressão intra-peritoneal e o risco de fugas de líquido de diálise em redor da região do cateter, o aparecimento de hérnias abdominais e permite o aumento da quantidade de diálise que o doente consegue alcançar.

A modalidade DPA divide-se em quatro tipos diferentes (Wild, 2005, in Thomas, 2005):

✓ Diálise peritoneal cíclica continua (DPCC): realizada durante o período nocturno, enquanto o doente está a dormir e tem líquido de diálise em contacto constante com a membrana peritoneal. Ocorrem cerca de cinco a sete trocas de líquido com períodos de diálise curtos, maximizando a capacidade de ultrafiltração (UF) e depuração nos doentes que apresentem membranas de transporte rápido;

✓ Diálise peritoneal tidal (DPT): “o volume de enchimento de dialisante é apenas parcialmente drenado, deixando assim um volume de reserva predeterminado em contacto contínuo com a membrana peritoneal.” O facto da solução de diálise estar em contacto constante com a membrana peritoneal, pode permitir melhorar em 20% a taxa de depuração, quando comparado com a DP convencional. (Wild, 2005, p.245, in Thomas, 2005)

✓ Diálise peritoneal cíclica otimizada (DPCO): permite que seja administrada uma maior dose de diálise à medida que a função renal residual vai diminuindo;

✓ Diálise peritoneal intermitente (DPI): actualmente é pouco realizada por ser difícil atingir a diálise adequada, sendo realizada nos centros de diálise com sessões de duração de doze a vinte horas, duas ou três vezes por semana.

Na DPCA, o doente e família realizam o tratamento de forma autónoma, no domicílio e para que tal seja possível

“(...) o doente tem que passar por uma fase prévia de treino, (...) na qual se assume uma série de conceitos, na sua maioria novos para o doente, tendo que manuseá-los quase diariamente, pelo que estes devem ser claros e adaptados a cada doente que treinamos.” (Espejo e Castilla, 2006, p.299 in Coronel, 2006)

Deste modo, a informação facultada no programa de ensino deve ser clara, sem ambiguidades e deve ser facilmente compreendida. O objectivo principal do ensino da DPCA é educar os doentes para que possam realizar de modo autónomo e com a máxima segurança o seu tratamento, no domicílio. O plano de ensino do doente e família na DPCA deve incluir material audiovisual, ser faseado ao longo de aproximadamente uma semana e contemplar temas como: descrição geral da DP, técnica asséptica da lavagem das mãos, o procedimento correcto das trocas, cuidados com o orifício de saída do cateter peritoneal, identificação de possíveis complicações e os procedimentos a realizar, o registo de dados, a adequação das suas rotinas ao tratamento e as consultas de rotina (Riemam e Casal, 2010). Wild (2005 in Thomas, 2005) acrescenta outros tópicos a ser abordados como por exemplo: medicação, dieta, fertilidade e sexualidade, trabalho, exercício físico, férias e viagens.

Para Diaz-Buxó (1999) “La dialisis peritoneal automática se desarrolló com el propósito de proveer un mayor número de câmbios durante períodos prolongados de manera conveniente.” (Díaz-Buxó, 1999, p.245 in Montenegro e Olivares, 1999) O ensino ao doente e família exige um treino prévio, de aproximadamente cinco dias, com o objectivo de “conseguir que o doente tenha um conhecimento teórico e prático da técnica; que o doente detecte e resolva as diferentes complicações que surjam durante o tratamento; potenciar o autocuidado, independência e integração sócio-profissional e familiar.” (Rico et al, 2006, p.307 in Coronel, 2006)

Em ambas as modalidades, o ensino termina quando o doente e família demonstrem segurança na realização da técnica. Em todo este processo, a enfermeira em vez de dizer ao doente o que fazer ou de fazer por ele, trabalha com ele com o objectivo de o capacitar a tomar decisões e a agir por ele mesmo, potenciando o seu autocuidado. (Pearson e Vaughan, 1992) De acordo com a teoria do Deficit de Auto-cuidado de Enfermagem de Orem, o auto-cuidado:

“(...) é uma função reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém o execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar. (...) o autocuidado tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos.” (Taylor, 2004, p.218 in Tomey e Alligood, 2004)

No passado, eram os factores clínicos, em particular as características da membrana peritoneal e a sua influência na *clearance* e na remoção dos líquidos que determinavam a escolha entre DPCA e DPA. Actualmente considera-se que estes factores foram muito valorizados e que são os factores de estilo de vida, trabalho, lazer que devem prevalecer.

Após a selecção da DP como modalidade de TSFR, o doente e família podem preferir iniciar tratamento por DPA, atendendo à sua conveniência pessoal, aos seus hábitos de vida; deste modo é aconselhável iniciar o ensino do doente logo nesta modalidade. Posteriormente, é aconselhável que o doente e família sejam ensinados na modalidade de DPCA como solução de apoio no caso de falta de electricidade ou se houver necessidade de uma mudança ao longo do dia. (NKF, 2010)

2.4 – Característica das soluções para Diálise Peritoneal

Na DPCA e na DPA, as soluções são armazenadas em bolsas plásticas, flexíveis e claras, embaladas com componentes de diferentes soluções em bolsas separadas, que são juntas momentos antes da infusão na cavidade peritoneal. O agente osmótico mais usado na DP é a dextrose, apresentando-se em concentrações de 1,36%, 2,27% e 3,86% ou 1,5%, 2,5% e 4,25%, de acordo com o fabricante: Baxter e Fresenius Medical Care, respectivamente. As soluções hipotónicas são as mais usadas pelos doentes

“(…) quando o seu peso está a 0,5 kg ou menos do seu peso seco. As soluções hipertónicas devem ser usadas quando o doente tem sobrecarga hídrica.” (Wild, 2005, p.251 in Thomas, 2005), uma vez que possibilitam a UF por um período mais longo de tempo, cerca de quatro a cinco horas. Contudo, pode ocorrer uma reabsorção da solução, se a membrana peritoneal for de alto transporte, o que exige a adopção de uma nova solução que permita “trocas” mais longas. A falência da UF representa uma limitação para uma diálise adequada. Com o passar do tempo, existe uma deterioração progressiva da membrana peritoneal, caracterizada pelo desaparecimento da camada mesotelial, fibrose, produzindo alterações na superfície efectiva da membrana peritoneal. (Cubells, 2006 in Coronel, 2006) Um factor que ajuda à perda da UF é a formação de produtos de degradação da glucose, originados pela grande concentração de glucose a que é submetido o peritoneu.

As concentrações de electrolíticos das soluções de diálise têm valores diferentes mas, nenhuma delas contém potássio. Os níveis de sódio estão estabelecidos em valores aproximados de 132-134mM e os de magnésio de 0,5 ou 0,25mM. (Heimburger e Blake, 2008 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) Actualmente, as soluções de DP incluem bicarbonato, o que origina um pH normal e conseqüentemente, diminui o desconforto durante a infusão associado às soluções com lactato. Para Heimburger e Blake, (2008, p.314 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) “teoricamente, elas são mais biocompatíveis e espera-se que aumentem as defesas peritonias do hospedeiro e melhorem a longevidade da membrana peritoneal e, até mesmo, a sobrevida do paciente.”

Apesar de a dextrose ser o agente osmótico mais usado em DP por ser conhecido, barato, seguro e uma fonte de calorías tem a desvantagem de ser uma substância que predispõe à hiperglicemia, dislipidemia, obesidade e lesão a longo de prazo na membrana peritoneal. Heimburger e Blake (2008 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) referem que a dextrose não é muito efectiva em alguns pacientes, especialmente transportadores de alta capacidade, podendo resultar em UF inadequada, dados que originaram a criação de novos agentes osmóticos.

A icodextrina é um polímero de glucose de alto peso molecular, que origina uma menor disponibilidade de glucose para ser absorvida pela membrana peritoneal e uma UF mais longa associada a uma diminuição de absorção de hidratos de carbono. (Wild, 2005 in Thomas, 2005) A icodextrina é, ainda, bem tolerada, tão eficaz como a solução de glucose mais hipertónica e pode prolongar a sobrevida da técnica por um período

médio de um ano, quando os doentes estão a entrar em falência com a DPCA, baseada na glucose. (Wild, 2005 in Thomas, 2005)

A solução de DP à base de aminoácidos (a.a.) é usada como suplemento nutricional associado à ingestão proteica diária do doente, quando este se encontra desnutrido. Para Wild (2005), “a solução intraperitoneal de aminoácidos contém 15 aminoácidos. Oito são aminoácidos essenciais, dois são considerados essenciais para os doentes de IRC e cinco são não essenciais.” (Wild, 2005, p.255 in Thomas, 2005) Nesta solução, a glucose é substituída por 1,1% de a.a. com capacidade de UF semelhante à solução mais hipotónica de glucose, sendo absorvida ao fim de quatro a seis horas e equivale a cerca de 25% das necessidades proteicas diárias do doente em DP. As soluções à base de aminoácidos “(...) só podem ser utilizadas uma vez ao dia porque em volumes maiores tendem a causar acidose, bem como elevação nos níveis sanguíneos de ureia.” (Heimbürger e Blake, 2008, p.315 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

2.5 – Cuidados de enfermagem

O facto da DP, qualquer que seja a técnica, ser realizada em ambulatório, pelo doente e família exige que ocorra um contacto periódico entre o doente, a família e a unidade de DP de referência.

Aproximadamente uma semana após o início do tratamento no domicílio, o doente deve ser observado para se detectar o risco de possíveis complicações e se proceder à avaliação da adequação do tratamento. (Bermúdez et al, 2006, p.352 in Coronel, 2006)

“Las visitas del paciente al hospital son realizadas por término medio con una periodicidad de entre 1 y 2 meses, dependiendo de la estabilidad clínica del paciente y su pulcritud en el seguimiento correcto de los protocolos establecidos para sus autocuidados.” (Picó, 1999, p.207 in Montenegro e Olivares, 1999)

Porém, o doente e família que apresentem um défice de cuidado na realização do tratamento ou que apresentem complicações devem ser reavaliados com mais frequência. Nestas situações, as consultas de seguimento de enfermagem centram-se nos problemas identificados como por exemplo: o controlo do peso, UF, infecções relacionadas com o orifício de saída do cateter peritoneal. (Picó, 1999 in Montenegro e Olivares, 1999) Orem afirma que o défice de autocuidado está relacionado com uma

exigência maior do que a capacidade de resolução do indivíduo. Perante esta situação, a equipa de enfermagem, recorre à educação e suporte, para capacitar o doente e/ou a família a responder às exigências de autocuidado.

Nas consultas de seguimento de enfermagem preconiza-se a avaliação de aspectos relacionados com o estado físico, psíquico do doente e família e os relacionados com a execução do tratamento, com o objectivo de identificar e responder às necessidades do doente e família, evitando possíveis complicações. (Bermúdez et al, 2006, in Coronel, 2006)

Após cada consulta de seguimento de enfermagem é importante o registo escrito do que foi observado, os problemas/necessidades identificadas e os ensinamentos reforçados com o objectivo de permitir a continuidade dos cuidados de enfermagem e ter uma base para comparação. (Picó, 1999 in Montenegro e Olivares, 1999)

O contacto telefónico é um valioso apoio ao doente e família, permitindo-lhes uma linha directa de contacto com a equipa da unidade de DP para solucionar pequenos problemas e dúvidas, que de outro modo o obrigariam a deslocar-se até ao hospital de referência.

A visita domiciliária de enfermagem tem um papel importante "(...) no treino (formando os doentes e familiares e fornecendo apoio psicológico), no controlo (estado geral, infecções do orifício e peritoneu) e no seguimento (evolução, adaptação e independência da técnica)." (Quintana et al, 2006, p.449 in Coronel, 2006)

São recomendadas visitas domiciliárias antes do início do tratamento, no momento da alta após o fim do ensino do doente e família na Unidade de DP, visitas de seguimento e após recidiva de infecção do orifício ou peritoneu. Na visita pré-diálise devem ser analisadas as condições do domicílio do doente, entre as quais: as condições de higiene da casa e do local de armazenamento do material, a existência ou não de água potável, casa de banho, existência de animais por perto. A primeira visita após o início da técnica permite ajudar o doente e família a organizar o material de diálise recebido, com o objectivo de melhorar a disponibilidade e comodidade. Para Quintana et al (2006 in Coronel, 2006) este momento é importante para avaliar o estado psicológico e social do doente, o apoio familiar e a execução da técnica. O doente deve realizar todo o procedimento associado à técnica tendo em vista a identificação de alguma necessidade. As visitas domiciliárias de enfermagem de seguimento têm a finalidade de analisar a execução da técnica, verificando se o doente e família cumprem o

esquema terapêutico associado à DP, avaliando o nível de cansaço do doente e da família, assim como as condições de higiene pessoal do doente e do domicílio do mesmo. De acordo com Quintana et al (2006, p.452 in Coronel, 2006):

“na visita domiciliaria, pretende-se não apenas levar a cabo os objectivos inicialmente planeados, mas também reduzir ao máximo as complicações físicas e psicológicas do doente em DP (...) Graças às visitas domiciliares, podemos avaliar a evolução do doente, ao comparar com as visitas anteriores, assim como a sua qualidade de vida.”

Actualmente no nosso país, as visitas domiciliárias são realizadas por enfermeiras da empresa que fornece as soluções e o material para a realização do tratamento. Essas enfermeiras tomam conhecimento de que existe um doente para iniciar tratamento quando se solicita à empresa o “Guia de Apoio ao Doente”. Posteriormente, é estabelecido contacto telefónico com a equipa de enfermagem da unidade de DP do hospital de referência e com o doente, com o objectivo de agendar a visita domiciliária. As visitas domiciliárias podem ainda ocorrer a pedido do doente e família ou a pedido da unidade de DP de referência, para se observar e analisar situações concretas. O contacto e a transferência de informação entre a equipa de enfermagem de DP da unidade de referência e a enfermeira da empresa são feitos por contacto telefónico e por envio do relatório de enfermagem após a visita domiciliária, para anexar ao seu processo clínico.

2.6 – Avaliação da membrana peritoneal e do tratamento

Nos doentes em DP é de extrema importância a avaliação da função da membrana peritoneal. Nesse sentido o teste de equilíbrio peritoneal (PET) é essencial para: “(...) estabelecer as características basais do peritoneu e planear o tratamento de diálise e, (...) a médio prazo e a longo prazo, evidenciar as alterações funcionais, modificar planos terapêuticos, avaliar a eficácia da DP, monitorizar a estabilidade da membrana e planear estudos prospectivos.” (Sánchez-Tomero e García, 2006, p.93 in Coronel, 2006)

Este teste deve ser realizado nos primeiros meses após o início de tratamento e posteriormente, de acordo com o protocolo do serviço, pelo menos uma vez por ano.

Caso ocorra algum processo inflamatório grave (peritonite) deve realizar-se uma nova avaliação da membrana peritoneal, com um intervalo de quatro semanas após o episódio de infecção. (Sánchez-Tomero e García, 2006 in Coronel, 2006)

“(…) as razões de equilíbrio são medidas em um PET padrão que envolve infusão de dois litros de dextrose a 2,5%, com as amostras do dialisato sendo obtidas em 0, 2 e 4 horas e a amostra do plasma em 2 horas. O PET também é utilizado para medir a remoção final de líquido e a remoção entre a glicose do dialisato em 4 horas e a glicose do dialisato em tempo zero.” (Blake e Daugirdas, 2008, p.306 in Daugirdas, Blake e Ing 2008).

Deste modo, o PET permite avaliar a adequação do tratamento facultado ao doente, possibilitando que este tenha uma maior esperança de vida, sem comorbidades, complicações e sintomatologia clínica associadas. Um dos métodos de avaliação da adequação da DP é o modelo cinético da ureia, em especial o Kt/V. Para o seu cálculo “(…) se debe sumar los aclaramientos peritoneales y renales de urea y dividirlos por el volumen de distribución de la misma. Este valor debe ser multiplicado por siete para obtener el KT/V semanal, forma habitual de expresarlo.” (Bajo e Selgas, 1999, p.275 in Montenegro e Olivares, 1999)

As guidelines defendem um objectivo mínimo de eficácia dialítica na DP de 1,7. (NKF, 2010)

Com base nos resultados obtidos no PET e nas características da membrana peritoneal, os doentes podem ser divididos em quatro categorias: transportadores de capacidade alta, média alta, média e baixa. Para Blake e Daugirdas (2008, p.306 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) “os transportadores de capacidade alta tendem a dialisar relativamente bem, mas a ultrafiltração é insatisfatória, enquanto os transportadores de baixa capacidade realizam boa ultrafiltração, mas a diálise é insatisfatória (...)”. Nesta linha de raciocínio, os transportadores de capacidade alta beneficiam e apresentam melhores resultados com esquemas de DP de permanência de curta duração, maximizando a UF. Ao contrário, os transportadores de baixa capacidade conseguem melhores resultados com infusões de grande volume e de longa duração, aumentando a difusão.

2.7 – Complicações associadas à Diálise Peritoneal

Podem surgir complicações mecânicas associadas ao tratamento exigindo um cuidado especial “(...) já que o compromisso do acesso à cavidade peritoneal e as próprias consequências do tratamento podem constituir um passo para o seu fracasso.” (Torre, 2006, p.335 in Coronel, 2006) Para Ash e Daugirdas (2008) “as três principais complicações relacionadas ao cateter são extravasamento pericater, falha no efluxo (...) e infecção do local de saída ou do cateter.” (Ash e Daugirdas, 2008, p.337 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) A falência do fluxo, caracterizada pela inexistência de drenagem parcial ou total do líquido presente na cavidade peritoneal ou ainda pela dificuldade na infusão (Torre, 2006 in Coronel, 2006) pode ser precedida por uma drenagem irregular, aparecimento de fibrina no líquido de DP drenado e por obstrução. A fuga do líquido da cavidade peritoneal é uma complicação que surge nas primeiras semanas após o início do tratamento. Além do extravasamento evidente pericater pode ocorrer extravasamentos mais subtis que se manifestam por edema, ganho ponderal e volume de líquido drenado reduzido, o que pode levar à suspensão temporária da técnica de DP ou à substituição do cateter peritoneal. (Ash e Daugirdas, 2008, in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

A existência de um acesso permanente para diálise peritoneal deu origem a que surgisse um novo grupo de patologias, que engloba: as infecções do orifício de saída do cateter peritoneal, as do túnel do cateter e as peritonites. Estas infecções são alvo de preocupação da equipa de enfermagem e exigem uma intervenção imediata com o objectivo de “(...) evitar a colonização crónica, que pode colocar em perigo a sobrevivência do cateter e o risco de peritonite”, com o conseqüente abandono da técnica. (Campos, 2006, p.345 in Coronel, 2006) Segundo Leehey Szeto e Li (2008):

“a infecção do orifício de saída manifesta-se por rubor, hipersensibilidade no local de saída e exsudado. Este tipo de infecção tem uma prevalência de cerca de um episódio a cada 24-48 pacientes-meses, sendo predominantemente causadas por *Staphylococcus-aureus* ou microorganismos Gram-negativos, sobretudo *Pseudomonas*. (Leehey, Szeto e Li, 2008, p.385 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

A infecção no túnel do cateter peritoneal pode manifestar-se por meio de uma extensão da infecção no local de saída do cateter sem sinais de dor, exsudado, ou rubor sobre a porção subcutânea do cateter. Os sinais sistêmicos como febre podem não estar presentes. A infecção no túnel pode resultar em peritonite recidivante causada pelo mesmo organismo.” (Ash e Daugirdas, 2008, p.342 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

A peritonite continua a ser o ponto fraco da DP. A sua incidência diminuiu de 1 episódio em cada 24 doentes em DPCA, por ano nos Estados Unidos da América entre as décadas de oitenta e noventa para cerca de 1 episódio por 60 doentes, tratamento e ano, nos dias de hoje. (Leehey, Szeto e K-T Li, 2008, in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) A literatura atribui a causa mais provável desta diminuição aos programas de ensino de alta qualidade, aos novos conectores das soluções em Y e às novas tecnologias referentes ao cateter peritoneal. (Wil, 1999 in Thomas, 1999) Dados da SPN mostram que em 2010 houve um decréscimo da prevalência de peritonite de 0,48 episódio/ doente para 0,45 episódio/ doente, em relação ao ano de 2009. (SPN, 2011) Os sintomas mais frequentes na peritonite são a dor abdominal associada a um mal-estar generalizado, com náuseas, vômitos ou diarreia. Perante uma situação de peritonite, o líquido peritoneal drenado tende a ficar turvo e aumenta o número absoluto de neutrófilos no líquido. A causa mais comum de peritonite inclui os microorganismos que fazem parte da flora saprófita cutânea e nasal. A manutenção da DP exige vários procedimentos e cuidados quer por parte do doente e família quer por parte da equipa de enfermagem. A mudança de prolongamento do cateter peritoneal é um deles, devendo ser realizada de seis em seis meses ou sempre que ocorrer uma ruptura ou dano para “(...) evitar qualquer tipo de contaminação.” (Mas, Ferrer e Esteban, 2006, p.383 in Coronel, 2006) e diminuir o risco de complicações e infecções.

2.8 – Nutrição do doente renal crónico em Diálise Peritoneal

A dieta renal é muito restritiva. Para evitar uma má adesão as dietas devem ser individualizadas, atendendo às circunstâncias singulares do doente em termos de gosto, custo, condições clínicas subjacentes e hábitos alimentares. A dieta do doente renal crónico em TSFR tem como objectivos: “manter o equilíbrio proteico-calórico; evitar a desidratação e a sobrecarga de fluidos; manter os níveis sanguíneos normais

de sódio e potássio; manter níveis aceitáveis de fósforo e cálcio; (...).” (Bastos et al, 1999, p.504 in Barros et al, 1999)

Os doentes renais em DP apresentam uma maior estabilidade metabólica contudo, as

“(...) perdas de proteínas, a.a., vitaminas e outros nutrientes através do líquido de diálise e a absorção peritoneal significativa de glicose com ingestão inadequada de nutrientes são problemas relevantes sob o ponto de vista nutricional. (...) a absorção contínua de glicose é responsável por efeitos adversos, como a hiperglicemia, hipertrigliceridemia e obesidade. Cerca de 60% da glicose do dialisato é absorvida, o que representa 15 a 20% da necessidade calórica”. (Bastos et al, 1999, p.504 in Barros et al, 1999)

O controlo de episódios de desnutrição de doentes em DP requer que sejam identificadas as causas e posteriormente, a sua correcção com o aumento da ingestão alimentar ou recorrendo a soluções de a.a., que superam 3 a 4 gramas de a.a. (8 a 10 gramas de proteínas). O custo elevado e os efeitos adversos associados a esta solução (náuseas, acidose metabólica e aumento da ureia) condicionam o seu uso.

A nefropatia diabética está a tornar-se na principal causa de necessidade de TSFR, sendo que 40% dos doentes que iniciam TSFR são diabéticos. (Tzamaloukas, Leehey e Friedman, 2008 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) Em Portugal, no ano de 2010, 26,9% dos doentes prevalentes em TSFR tinham como etiologia da DRC a diabetes. (SPN, 2011) Ao iniciar a DP, o controlo metabólico do doente diabético adquire extrema importância, “(...) pois a sobrecarga de glicose da dieta adiciona-se a absorção de glucose dos sacos de diálise, o que obrigará a ponderar a estratégia de “quanta insulina será necessária e como utilizá-la.” (Marenco, 2006, p.204 in Coronel, 2006) Há vários métodos para controlar a glicemia em doentes diabéticos em DP: insulina subcutânea ou intraperitoneal, medicação oral e a dieta.

“a maioria dos doentes requer mais de 100% da sua habitual dose de insulina subcutânea, dividida por quatro trocas. Para a sessão da noite, deve-se dar uma dose reduzida de insulina, para prevenir a ocorrência de hipoglicemia durante a noite. Perante um dialisante hipertónico com glucose, pode ser necessário adicionar níveis de insulina mais elevados. A quantidade exacta varia entre doentes, mas pode ser avaliada no início, utilizando uma escala móvel de insulina com a monitorização da glucose no sangue capilar.” (Wild, 2005, p.250 in Thomas, 2005)

2.9 – Diagnósticos de enfermagem mais comuns

Os diagnósticos de enfermagem têm como objectivos a facilitação dos cuidados de enfermagem, a investigação mas, acima de tudo devem ser úteis “(...) sob o ponto de vista clínico, não apenas com a finalidade de escrever o que fazemos, mas sim o que sabemos dos nossos doentes.” (Marenco et al, 2006, p.453 in Coronel, 2006)

Marenco et al (2006 in Coronel, 2006) identificaram os seguintes diagnósticos de enfermagem no doente renal crónico e família em DP:

- ✓ Défice de conhecimentos do doente e família relacionados com a falta de informação relativa à DRC e seu tratamento mencionado por ansiedade e receio. Após a intervenção de enfermagem espera-se que o doente e família consigam descrever o processo da DRC e seu tratamento. Os cuidados de enfermagem pretendem identificar os conhecimentos do doente e família referentes à DRC e à DP; educar o doente e família sobre a evolução da DRC, a DP e o regime terapêutico.

- ✓ Risco de controlo ineficaz do regime terapêutico relacionado com conhecimentos insuficientes, ansiedade, fadiga e diminuição da motivação. A intervenção de enfermagem visa que o doente e família adquiram conhecimentos sobre o regime terapêutico e que o cumpram de modo a promover o autocuidado. Os cuidados de enfermagem passam por ajudar o doente e família a seleccionar estratégias para a gestão do regime terapêutico, aumentando o seu nível de responsabilidade; informar o doente e família sobre o modo de aceder aos serviços de saúde, em caso de urgência.

- ✓ Risco de infecção relacionado com a presença de acesso para TSTRF: cateter peritoneal. Após a intervenção de enfermagem espera-se que o doente e família executem correctamente a técnica de lavagem das mãos, demonstrem conhecimentos sobre os factores de risco associados à infecção, bem como os cuidados associados à prevenção dos mesmos. A intervenção de enfermagem passa pelo ensino sobre técnicas universais de controlo de infecção (uso de máscara, lavagem das mãos); ensino sobre a importância da vigilância de sinais de infecção no local de inserção do cateter peritoneal e informar sobre o modo de aceder aos serviços de saúde, em caso de suspeita de infecção.

✓ Risco de nutrição alterada: ingestão menor ou menor do que as necessidades corporais relacionada com restrições dietéticas associadas à DRC, especialmente à DP. A acção de enfermagem passa por avaliar o nível de conhecimento do doente e família relativos à dieta; explicar a importância da dieta; ensinar ao doente e família a gerir a dieta prescrita; ajudar o doente e família a adaptar os seus hábitos alimentares à dieta prescrita e encaminhar para o nutricionista, em caso de necessidade. O objectivo da intervenção de enfermagem é ajudar a obter uma dieta equilibrada para as necessidades.

✓ Risco de excesso de volume de líquidos relacionado com a falência renal e com o TSFR. Pretende-se que o doente e família consigam cumprir o regime terapêutico relativo à restrição hídrica e o cumprimento do tratamento dialítico. As intervenções de enfermagem passam pelo ensino ao doente e família da necessidade de avaliação do peso diariamente, da identificação da existência de edema, do cumprimento do plano terapêutico e informar o doente e família sobre o modo de aceder aos serviços de saúde, em caso de sinais e sintomas de excesso de volume de líquidos.

✓ Risco de cansaço do doente e família no desempenho do papel do cuidador relacionado com incapacidade para realizar as actividades de autocuidado e/ou relacionado com duração do cuidado exigido e/ou diminuição da motivação para realizar o autocuidado. A actuação de enfermagem visa a saúde emocional do doente e família. O cuidado de enfermagem passa pela identificação e análise das causas de desgaste do papel de cuidador; discutir as implicações das responsabilidades diárias com a principal pessoa que presta cuidados; identificar a disponibilidade de um “novo” membro da família se envolver na prestação de cuidados ao doente e identificar as actividades de autocuidado em que é necessária ajuda.

✓ Risco de padrões de sexualidade alterados relacionados com a modificação de parte do corpo: presença de cateter peritoneal. As intervenções de enfermagem passam pelo ensino ao doente e parceiro sobre as limitações da sexualidade causadas pela DRC e pela presença do cateter peritoneal; ensino de práticas sexuais que podem auxiliar a lidar com as limitações causadas pela DRC e pela presença do cateter peritoneal e encaminhar para especialista clínico, em caso de necessidade. O objectivo de toda esta intervenção é promover uma actividade sexual satisfatória entre o doente e o seu parceiro.

3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

As experiências vivenciadas na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório constituem um espaço excepcional para a integração de conhecimentos adquiridos ao longo do curso, bem como de aquisição de competências da área da Enfermagem Nefrológica. A ESEL definiu que a UC supra citada visa desenvolver nos formandos competências para que estes possam: (ESEL, 2010, p.2)

- ✓ “Cuidar de pessoas com alteração da eliminação renal, independentemente da fase do ciclo vital (crianças, adultos e idosos) e do estágio de desenvolvimento da sua doença (aguda, crónica, crónica terminal), tendo por base princípios humanistas;
- ✓ Reflectir sobre as perspectivas de intervenção do enfermeiro perito em enfermagem nefrológica, junto de pessoas com alteração da eliminação renal;
- ✓ Reflectir sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários e diferenciados;
- ✓ Intervir como formador, gestor e investigador integrando os saberes destas disciplinas nas diferentes áreas de actuação.
- ✓ Contribuir para a realização de um relatório de Estágio que possa ser avaliado e discutido.”

O presente capítulo constitui um momento de partilha e de reflexão das diferentes experiências de estágio por mim vividas, o que me permite repensar a teoria implícita nas práticas, os meus esquemas básicos de funcionamento e as minhas atitudes. As minhas reflexões estão destacadas por um fundo diferente, ao longo de todo o capítulo. Os locais de estágio por mim seleccionados: Hospital de Santa Cruz, Serviço de Nefrologia, Unidade de DP e Nephrocare Vila Franca de Xira, visam dar resposta aos meus objectivos, proporcionando o desenvolvimento de novas competências. A selecção do Hospital de Santa Cruz, Serviço de Nefrologia, Unidade de DP justifica-se por ser uma instituição de reconhecido grau de diferenciação a nível tecnológico e valorização dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, nomeadamente no tratamento de doentes com patologias do foro cardíaco e renal. (Hospital de Santa Cruz, 2010)

A clínica de diálise em que trabalho: NephroCare de Vila Franca de Xira está integrada no grupo empresarial FMC, o qual promove a qualidade de vida do doente renal crónico e a inovação. (FMC, 2010)

3.1 – Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz

Iniciei o estágio no dia 27 de Setembro de 2010 no HSC, no serviço de Nefrologia, Unidade de DP tendo como minha orientadora a Enfermeira Elisabete Costa, a qual é reconhecida como perita na área da DP pela equipa multidisciplinar em que está inserida e pela ESEL.

A Unidade de DP foi criada há vinte e nove anos, tendo actualmente 50 doentes inscritos, dos quais 57% são homens e 43% são mulheres, com uma faixa etária que varia entre os vinte e dois e os setenta anos de idade.

A Unidade de DP está certificada pelo Sistema de Gestão da Qualidade (SGS), ISO 9001: 2008 desde 27 de Novembro de 2008 e a equipa multidisciplinar é constituída por duas enfermeiras, duas médicas nefrologistas, uma assistente social e uma nutricionista. A unidade de DP funciona no turno da manhã (8 às 16 horas). Após este período e em caso de urgência são os enfermeiros da unidade de internamento que dão resposta às necessidades dos doentes. As enfermeiras da Unidade de DP, para além de assegurarem os cuidados ao doente e família que recorrem à unidade, dão apoio aos doentes internados a realizar DPCA e DPA, independentemente do serviço de internamento em que se encontrem.

A maioria dos doentes em programa de DP provém da consulta de “DCR - Opções” sendo encaminhados para a mesma pelos nefrologistas que os acompanham nas consultas externas. A principal causa de entrada do doente em DP é a diabetes mellitus, o que é consistente com a literatura. Há ainda uma pequena percentagem de doentes que ingressa neste modo de tratamento devido à falência do seu património vascular para HD, muitas vezes associado a comorbidades.

Na primeira semana de estágio (27 de Setembro a 1 de Outubro) adoptei uma postura de observação, e de interrogação, com o objectivo de perceber a dinâmica de funcionamento da Unidade e de me integrar na equipa de enfermagem e multidisciplinar. Neste sentido, foram de extrema importância os dados recolhidos

através da “entrevista” à Enfermeira Orientadora Elisabete Costa, pela observação da prestação de cuidados de enfermagem e pela consulta de protocolos existentes na Unidade. Tive ainda oportunidade de conhecer o material inerente à DP e seu armazenamento.

Estes primeiros dias de estágio permitiram-me fazer um diagnóstico de situação e conciliar os meus objectivos com as necessidades do serviço. Foi acordado acompanhar as consultas de seguimento do doente renal crónico em DP e família, (segunda, quinta e sexta-feira). Contudo, ficou salvaguardado que sempre que se justificasse estes dias podiam sofrer alterações.

A equipa de enfermagem da Unidade de DP tinha, entre muitos objectivos, a realização de folhetos informativos para facultar aos doentes renais crónicos em DP e suas famílias, pelo que me foi proposta a elaboração de um deles subordinado ao tema dos cuidados a ter com o orifício de saída do cateter peritoneal no domicílio, a qual foi aceite. (Anexo II) Foi também decidido elaborar um Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da DP, documento que ficaria como apoio para o serviço em questão. Essa semana foi, ainda, importante ao permitir-me planificar e gerir os recursos temporais e humanos, de forma a atingir os meus objectivos.

Constatei só existir um gabinete de consulta, o que obriga a articular as consultas de seguimento de enfermagem e médica e a definir o papel da enfermeira na consulta de seguimento. Tive oportunidade de observar e, posteriormente realizar autonomamente, consultas de seguimento ao doente em DP e família, verificando que são realizadas em simultâneo pelas duas nefrologistas da Unidade e por uma enfermeira. Durante as consultas de seguimento, tive oportunidade de avaliar o estado geral do doente, o seu aspecto físico, o seu humor, sinais vitais e peso. Questionei o doente e família sobre a existência de intercorrências entre as consultas de seguimento, para detectar complicações associadas ao tratamento, situações de *stress* ou de dificuldade a nível familiar, social e/ou laboral. A adaptação do doente ao tratamento é avaliada através dos registos de balanço hídrico (BH) efectuados pelo mesmo ou dos registos armazenados no seu cartão de tratamento e ainda pela interpretação dos sinais vitais e pesquisa de sinais de edema. Em todas as consultas de seguimento é avaliado o orifício de saída do cateter peritoneal, pois permite detectar necessidades de ensino e prevenir futuras complicações, como é o caso de uma infecção do orifício de saída do cateter peritoneal. Todos os dados colhidos na consulta de seguimento são,

posteriormente, registados na folha de registo de enfermagem presente no processo do doente e que permitem a continuidade dos cuidados.

Considero que esta abordagem de enfermagem vai ao encontro do que é defendido por Levine (1973), ao afirmar que o ser humano deve ser visto num todo, tornando-se num ser complexo devendo o enfermeiro assumir a ajuda ao doente para transformá-lo e auxiliá-lo na adaptação às mudanças provenientes da doença. Ao detectar alguma necessidade de reforço da educação e de cuidados, a enfermeira faz um reforço desse mesmo ensino com o objectivo de colmatar essa carência e promover a autonomia do doente em DP e família. Orem defende que deste modo a enfermagem tem como centro dos seus cuidados o ser individual, permitindo ao doente em DP e família reforçar a sua capacidade de participação nos cuidados, garantindo a autonomia e responsabilização pela sua saúde (Veiga, 2006). Contudo,

“não basta criar as condições necessárias para que o paciente consiga satisfazer um défice de autocuidado resultante do desequilíbrio entre aptidões e défices; a preservação e incremento da sua capacidade de decisão autónoma constitui uma finalidade e um imperativo moral do exercício profissional” (Veiga, 2006, p.68)

Nesta linha de raciocínio, Bermudez et al (2006 in Coronel, 2006) consideram que o objectivo do enfermeiro nas consultas de seguimento ao doente em DP e família é a avaliação e manutenção da evolução do doente em DP, prevenindo, detectando e corrigindo possíveis problemas.

A acção de enfermagem baseada na avaliação inicial e em métodos científicos ajudam na promoção do autocuidado do doente em DP e família. Contudo, considero que seria mais benéfico para os mesmos e equipa de enfermagem a existência de uma consulta de seguimento de enfermagem, de modo a evitar alguns “atropelos”. Não posso deixar de mencionar que a enfermagem é uma disciplina autónoma, com um corpo e saber próprios e que as suas intervenções são pautadas por rigor científico. Os cuidados de enfermagem centram-se no cuidar do doente para com o qual existe um compromisso de lealdade. A relação que o enfermeiro estabelece com o doente é considerada por várias teóricas de enfermagem, como um elemento importante nos cuidados de enfermagem contudo, Orem acredita que esta é um instrumento do cuidar uma vez “(...) que é através dela que a finalidade do cuidar é atingida (...)”. (Veiga, 2006, p.70)

As necessidades nutricionais não são um tópico muito abordado pela equipa de enfermagem nas consultas de seguimento, uma vez que há uma nutricionista responsável pelos doentes em DP e família. Todavia, considero de extrema importância que o enfermeiro especialista em nefrologia aborde este tema, uma vez que a alimentação e a avaliação das necessidades nutricionais do doente em DP é fundamental para manter ou aumentar o seu bem-estar e prevenir episódios de desnutrição, a qual continua a atingir 35% dos doentes em DP, principalmente calórica-proteica. (Magariños, 2006 in Coronel, 2006)

Tendo em conta estes dados é fundamental que a enfermeira especialista em nefrologia inclua a dieta nos objectivos a estabelecer com o doente e família. A mesma deve ter em conta o estilo de vida do doente em DP e família, as suas necessidades nutricionais, de forma a tornar o mais agradável possível a necessidade de controlar a ingestão de alimentos e líquidos. Nas consultas de seguimento de enfermagem, a enfermeira especialista poderá avaliar a adesão do doente e família à dieta através da avaliação do nível de conhecimentos do doente e família relativos à dieta prescrita, questionar a gestão da dieta por parte do doente e família e avaliação dos dados analíticos, nomeadamente os níveis de fósforo, potássio e albumina sérica.

Acredito que com este cuidado de enfermagem o risco de nutrição alterada, quer por carência ou excesso, fique diminuído contribuindo para uma melhor adaptação ao tratamento e consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

A partir da 2ª semana de estágio (4 a 8 de Outubro) adoptei uma atitude mais activa à medida que conhecia melhor os doentes, dominava esta área de intervenção e os cuidados se tornavam mais familiares. (Benner, 2005)

A consulta atempada das normas da Unidade de DP permitiu-me constatar que estas são guias importantes no cuidar de enfermagem, não impedindo a personalização dos cuidados; no início do estágio, sendo eu iniciada necessitava de orientação para as minhas intervenções de enfermagem e na falta delas, foi importante a pesquisa de informação e a partilha de experiências com a enfermeira orientadora.

Tive a oportunidade de observar a prestação de cuidados de enfermagem (ensino) ao Sr. C.C. de 40 anos de idade, na indução da DPCA, situação que resultou de hipertensão arterial (HTA) de difícil controlo. Na primeira abordagem foi explicado ao

Sr. C.C. que o ensino é feito de modo faseado ao longo de cinco dias úteis e consecutivos, em que cada dia são abordados tópicos referentes à DRC, à DP e à técnica de DPCA e, ao longo da mesma semana, o doente vai-se tornando autónomo no seu cuidado. Na Unidade de DP existe uma listagem de tópicos a incluir nos ensinamentos realizados em cada treino. Por exemplo: no primeiro dia de ensino é explicado em que consiste o tratamento, é identificado o material necessário, é ensinada e demonstrada a técnica de lavagem das mãos e é explicada a importância de se manter a técnica asséptica no manuseamento do cateter peritoneal. Neste mesmo dia, o doente observa a enfermeira na preparação do material, lavagem das mãos e realização da técnica. Ao longo dos restantes dias há uma continuidade nos ensinamentos em que são abordados temas como: as diferentes concentrações das bolsas de tratamento, o horário das trocas, os cuidados a ter com o orifício do cateter peritoneal, a importância da lavagem das mãos, as complicações mecânicas e infecciosas mais frequentes. A nível da execução da técnica espera-se que o doente no segundo dia de ensino faça a lavagem das mãos correctamente e que dia a dia vá adquirindo autonomia, para que no quinto dia de ensino esteja autónomo no seu autocuidado. Ao longo do programa de ensino são validados os conhecimentos apreendidos pelo doente e família com o objectivo de identificar necessidades, reforçar ensinamentos permitindo que o doente tome a iniciativa de ser responsável pelo seu próprio cuidado.

No fim de cada dia de ensino, para além de avaliar os conhecimentos, são efectuados registos de enfermagem no processo clínico do doente em que são registados a avaliação física (peso, TA) e psicológica do doente, as necessidades identificadas e os ensinamentos realizados, permitindo a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Por contingências do meu horário não pude acompanhar o ensino no segundo e terceiro dia, mas no quarto dia verifiquei que o doente realizava a técnica de DPCA de modo autónomo e seguro tendo alta de enfermagem no quinto dia de ensino. Contudo, a alta do programa de ensino está dependente da avaliação da equipa de enfermagem, ou seja, poderá haver necessidade de prolongar o tempo de ensino ao doente e família em início de DPCA, com o intuito de minimizar os riscos e as necessidades promovendo a autonomia.

Em todo este processo de ensino constatei que é dada oportunidade ao doente em indução de DPCA para expor as suas dúvidas, receios, limitações; o apoio psicológico

facultado ao doente e família é de extrema importância nesta altura, uma vez que o tratamento tem impacto a nível psicológico e social, uma vez que:

...”os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer e lidar com incómodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas actividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.”. (Martins, França e Kimura, 1996, p.7)

Após o início do tratamento no domicílio, é política da Unidade de DP que o doente e família sejam reavaliados pela enfermeira e pela equipa médica duas vezes nos primeiros quinze dias, com a finalidade de avaliar a sua adaptação ao tratamento, identificar possíveis complicações, reforçar ensinamentos e dar espaço para que sejam expressados sentimentos e medos. Se não forem identificados problemas só voltam a ser reavaliados na altura em que completam cerca de um mês de tratamento.

Tive oportunidade de cuidar do Sr. C.C. nas diferentes consultas de reavaliação da sua adaptação ao tratamento; os cuidados de enfermagem nestas consultas são muito semelhantes aos das consultas de seguimento. Avaliei os sinais vitais, o peso e pesquisei sinais de edema, através da vigilância da pele e mucosas e análise dos registos do BH do doente. A nível psicológico procurei detectar sinais de ansiedade e medo, que possuem como características: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da perspiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula procurando dar espaço para ele expressar os seus sentimentos. Observei, também, o orifício de saída do cateter peritoneal procurando detectar sinais de futuras complicações. Não identifiquei nenhum problema mas, reforcei os ensinamentos sobre os cuidados com a lavagem das mãos, com o penso do orifício do cateter peritoneal e o horário das mudanças. O Sr. C.C. nunca se fez acompanhar por um familiar uma vez que tinha uma bebé de meses que era cuidada pela sua esposa; tendo presente esta informação tentei saber como estavam as coisas em casa, se o tratamento tinha causado alguma situação de “desconforto”. Todos os dados obtidos são registados na folha de registo de enfermagem, permitindo que exista uma continuidade dos cuidados de enfermagem.

O processo de adaptação não é fácil, uma vez que a DRC produz muitas alterações na vida do doente e família que exigem adaptações desgastantes e difíceis, relacionadas com a patologia.

Perante a minha observação constatei que estes doentes recorrem a estratégias de coping de ordem comportamental e cognitiva para poderem gerir as suas necessidades sentidas como dolorosas ou que se encontram para além dos seus recursos. (Cristovão, 1998 citando Lazarus e Folkman, 1984) Estas estratégias de coping passam pela compreensão de informações, a procura de uma explicação apropriada e a expressão de emoções. O comportamento, em questão, está relacionado com o défice de conhecimentos que o doente e família apresentam no início do ensino estando dependente da falta de informação relativa à DRC, ao tratamento e à técnica de DPCA (o que justifica o diagnóstico de enfermagem: Deficit de conhecimentos do doente e família relacionados com a falta de informação relativa à DRC e seu tratamento manifestado por ansiedade e receio)

Considero que em todo este processo de adaptação do doente e família à DRC e seu tratamento é importante que a enfermeira de nefrologia tenha presente estes conceitos com o objectivo de permitir que ocorra uma adaptação saudável à doença, possibilitando a melhoria da qualidade de vida do doente e família.

A escuta activa é um método usado pela enfermeira que adicionado ao seu saber estar, ser e fazer permite que se estabeleça uma relação de empatia e confiança entre a enfermeira, o doente e família em DP que ajuda em todo este processo de adaptação e aceitação. Julgo que a relação estabelecida entre a enfermeira, o doente e família em DP é um modo de ajudar estes últimos a satisfazer as necessidades de autocuidado. No processo de adaptação do doente e família em DP, a enfermeira de nefrologia deve ter presente que no início do ensino é ela que tem que assumir a responsabilidade pelas acções que dêem resposta às necessidades identificadas (sistema de enfermagem totalmente compensatório) e que através do ensino, da orientação, do apoio e de um ambiente que promova o crescimento do doente e família em DP são potencializadas as capacidades dos mesmos para responder às suas necessidades de autocuidado (sistema de enfermagem educativo e de suporte). (Pearson e Vaughan, 1992)

Ao longo do estágio pude observar, nos doentes alvo dos meus cuidados, que os problemas mais comuns derivam de infecções relacionadas com a presença do cateter

(infecção do local de inserção do cateter peritoneal e peritonite) muitas vezes devido a uma “quebra” nas técnicas de controlo de infecção; e de edemas derivados do excesso de ingestão hídrica, de uma dieta rica em sal ou de um incumprimento do tratamento dialítico, não estando relacionados com a idade ou a destreza dos doentes. Nestas situações, a enfermeira especialista em nefrologia tem o papel de reforçar os ensinamentos ao doente sobre a importância das técnicas que permitem o controlo de infecção, bem como da necessidade de uma dieta pobre em sódio e equilibrada, e do cumprimento do esquema terapêutico tendo em mente a capacitação do doente para o seu autocuidado.

Tive ainda oportunidade de colaborar no ensino a um jovem de 23 anos de idade e família em indução de DPA devido a nefropatia de refluxo. O doente tinha iniciado DPCA há aproximadamente seis meses, sem intercorrências. Tal como o ensino de DPCA, o ensino de DPA é realizado na Unidade de DP, durante três dias úteis e consecutivos. Este menor período de ensino, quando comparado com o tempo do ensino referente à DPCA, deve-se à política da Unidade de iniciar o tratamento em modo de DPCA. Só depois da realização do PET e da avaliação da funcionalidade da membrana peritoneal é que os doentes transitam para DPA. O planeamento do ensino de DPA é iniciado através de um contacto prévio com o doente, no qual é agendado o dia de início do programa educativo. Neste ensino pude constatar que a enfermeira responsável aproveita os conhecimentos do doente e família acerca da doença e da TRSF para orientar o ensino sobre a técnica de DPA. No primeiro dia de ensino aborda a identificação do material, funcionamento da cicladora e realização do ciclo de tratamento de DPA, explicando cada etapa e reforçando a importância da técnica asséptica em todas as conexões. No segundo dia de ensino reavalia-se o que o doente e família apreenderam no dia anterior, sendo reforçado algum assunto de acordo com as necessidades identificadas. Neste dia, foi transmitido ao Sr. B. S. o significado dos diferentes parâmetros relacionados com a cicladora e o tratamento, entre eles: tipo de terapêutica, horas/ duração do tratamento, volume total, volume de infusão e tempo de permanência. Observei que o doente foi incentivado a preparar o material para o tratamento, a cicladora e a sua conexão ao tratamento, com supervisão e apoio da enfermeira. No último dia de ensino, o Sr. B.S. foi autónomo no seu tratamento, desempenhando a enfermeira um papel de supervisão não presencial. No final deste dia de ensino, o Sr. B.S. teve alta de enfermagem, tendo sido transmitido

telefonicamente, à enfermeira da empresa fornecedora de tratamento que o mesmo iniciaria tratamento em DPA.

Compreendo a estratégia da Unidade de DP por iniciar todos os doentes em DPCA. Contudo, considero que se devia atender às características pessoais de cada doente e família, pois têm o direito de escolher iniciar o tratamento por DPA, atendendo à sua conveniência pessoal e aos seus hábitos de vida. A literatura recomenda (NKF, 2010) que, posteriormente, o doente e família devem ser ensinados na modalidade de DPCA como solução de apoio no caso de falta de electricidade ou se houver necessidade de uma mudança ao longo do dia. Julgo que este é o modo que permite à enfermeira de nefrologia prestar cuidados de enfermagem individualizados e que respondam às necessidades reais do doente e família que tem diante de si.

Qualquer que seja a modalidade de tratamento, é de extrema importância que a enfermeira especialista em nefrologia tenha consciência que o êxito do tratamento está associado a uma adequada formação do doente e família, na qual é preconizado o autocuidado com o objectivo de maximizar a independência do doente e família e minimizar as complicações associadas à DP. (Castilla e Guerrero, 2010)

É indispensável que nos programas de ensino se abordem temas referentes ao processo de DP, permeabilidade de membrana peritoneal, modo de realizar as trocas, as concentrações das soluções, a importância da avaliação da pressão arterial, controlo do peso, higiene das mãos, assepsia, identificação de sinais de infecção, cuidado a ter com os alimentos, métodos de redução de potássio, conhecimentos de alimentos permitidos e de consumo restrito.

Os cuidados de enfermagem aos doentes em DP e família em situação de urgência passam, na maioria das vezes, por situações relacionadas com complicações associadas ao cateter peritoneal ou infecções.

Durante as diferentes semanas de estágio cuidei de doentes em DP com complicações mecânicas relacionadas com a falência do fluxo, devido a dificuldades na drenagem parcial ou total do líquido presente na cavidade abdominal ou dificuldade na infusão da solução de DP e com a fuga do líquido da cavidade peritoneal. Destaco as seguintes situações por terem sido aquelas que requereram o internamento do doente.

Relembro os cuidados de enfermagem que prestei a Sra. I.M. de 42 anos de idade que tinha iniciado DPA há pouco tempo, depois de um período de aproximadamente seis

meses em DPCA, sem problemas. Cerca de três semanas após o início do tratamento no modo DPA, a Sra I.M. recorreu de urgência à Unidade de DP com dor intensa nas drenagens e mau estar inespecífico. Realizei uma breve avaliação inicial da doente, a qual passou pela avaliação de sinais vitais, peso, pesquisa de sinais de edema, caracterização da dor e sobre alterações gastrointestinais. Analisei os dados do registo do tratamento e verifiquei que a UF do tratamento era negativa. Posteriormente foi observada pela nefrologista e realizou exames complementares de diagnóstico (Rx de abdómen de pé), tendo sido diagnosticado mau posicionamento do cateter peritoneal e obstipação. Expliquei à doente que as suas queixas álgicas durante a drenagem estavam relacionadas com o mau posicionamento do cateter, que dificulta o processo de drenagem e o qual pode ser causado pela obstipação. Informei-a de que os sinais de edema que apresentava e o mal estar derivam de um tratamento ineficaz, causando retenção de líquidos e de substâncias tóxicas que contribuam para esta situação. Realizei ensino sobre a administração do laxante e dei espaço para a doente falar. A enfermeira orientadora, por precaução, testou a funcionalidade do cateter peritoneal através da introdução de 20cc de solução resultante da diluição de 2500UI de heparina em 100cc de soro fisiológico, tendo sentido dificuldades na aspiração. No dia seguinte a Sra. I.M. regressou de urgência à Unidade mencionado que apesar de o laxante ter sido eficaz, mantinha dores intensas nas drenagens, não tendo conseguido terminar o tratamento. Após proceder a uma avaliação inicial da doente orientei-a para a observação médica, que decidiu realizar uma desobstrução cirúrgica. Perante este novo facto, preparei física e psicologicamente a doente para a intervenção cirúrgica; colhi sangue para análises de protocolo e preparei o cateter peritoneal, prolongador e tampa para a eventualidade de ser necessário colocar novo cateter. Dei espaço para que a doente avisasse a sua família, para que colocasse dúvidas e por último, acompanhei-a ao bloco operatório. No dia seguinte, fui até ao quarto onde se encontrava internada a Sra. I.M. para saber como estava, como se sentia e para observar o penso do cateter. (Quando os doentes em DP ficam internados, os enfermeiros responsáveis pelos mesmos são os dos serviços onde se encontram internados, sendo apoiados pela equipa de enfermagem da Unidade.) Houve necessidade de suspender o tratamento por cinco dias, uma vez que o procedimento cirúrgico foi mais complexo do que se esperava.

Considero que durante o período de “pausa” no tratamento foi vital a relação de ajuda estabelecida entre a enfermeira e a Sra. I.M. uma vez que houve necessidade de ponderar a opção de HD, no caso de os valores analíticos a colocarem em perigo de vida. A enfermeira especialista em nefrologia deve adicionar aos seus conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais os conhecimentos específicos de cada um dos doentes de quem cuida, com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, respeitando as suas necessidades.

Em todo este processo de ajuda, a enfermeira de nefrologia deve oferecer ao doente todos os meios que lhe permitam reconhecer os recursos pessoais a que pode recorrer para a resolução do problema. “quando a enfermeira está em relação de ajuda com o cliente, necessita ter profunda consciência do contacto com aquele que ela incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções (...)”. (Lazure, 1994, p. 14) É através da sua forma de estar totalmente presente, que a enfermeira em nefrologia manifesta ao doente e família de que cuida, que o quer compreender e ajudar. E esta forma de estar passa pelo recurso à escuta activa, que permite mostrar que o doente e família são importantes, permite reconhecer os sentimentos do doente e família, permite ajudá-los a reconhecer as suas necessidades e identificar os recursos que possuem para resolver os problemas e permite-nos elaborar um plano de acção e de cuidados realista.

Em todo este processo, é também de extrema importância o modo como comunicamos com o doente e família. A partilha de informação sobre a situação actual do doente e família, perspectivando o futuro é um direito do doente “(...) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo, em matéria de cuidados de enfermagem”. (OE, 2003, p. 71) No processo de comunicação é importante que a mensagem a ser transmitida seja expressa de forma simples, clara, adaptável ao tempo, às circunstâncias e às reacções do doente e família. É importante que a mensagem transmitida seja verdadeira. “revelar a verdade não significa brutalizar (...)” (Phaneuf, 2005, p. 91), pois é possível ter em conta o doente e família. Ao omitir a verdade, colocamos em risco a relação estabelecida com o doente e família, prejudicando a sua capacidade de adaptação às dificuldades.

Neste caso concreto, sempre foi dado espaço para a Sr^a I.M falar dos seus sentimentos e dos seus medos, os quais se relacionavam com a necessidade ou não de realizar HD; desde o início que foi informada de que esta situação poderia ocorrer e lhe foi

facultada informação sobre este modo de tratamento. Foi explorado este receio e percebi que o mesmo se relacionava com a visualização do seu sangue no circuito extracorporal. Ao longo do período de pausa da DP a doente ia sendo informada sobre a sua situação, que nos permitia perspectivar que não seria necessário realizar nenhum tratamento de HD.

Na situação que apresento de seguida, considero que a relação de ajuda foi importante na resolução do “problema” que o doente e família vivenciavam, pelo que a reflexão sobre os cuidados de enfermagem que dediquei é a mesma que expus anteriormente. O Sr. M.C. é um indivíduo de 70 anos, reformado e em programa de DPCA há cerca de quatro meses, sem intercorrências. Recorreu à Unidade de DP de urgência, apresentando astenia, fácies triste e verbalizando que o balanço entre o líquido infundido e drenado era menor, ou seja, estava a reter líquido e que a sua região genital estava edemaciada. Pedi colaboração da enfermeira orientadora e em conjunto avaliamos os registos do BH tendo verificado que o doente estava com uma UF negativa. Após garantirmos a privacidade do doente, observamos a região genital do doente e confirmamos o edema. Foi observado pela nefrologista que lhe diagnosticou fuga de líquido da cavidade peritoneal e deu indicação para ficar internado e em repouso no leito. Acompanhei o doente e família até ao quarto e depois de estarem acomodados disponibilizei-me para esclarecer dúvidas. Constatei que receavam ter de suspender a DP e iniciar HD, o que veio a acorrer. A partir desse momento tentei perceber o motivo daquele receio, o que sabiam sobre HD, ajudá-los a identificar as suas necessidades (neste caso, de TSFR) bem como os recursos disponíveis para a resolução dos mesmos tendo em mente a promoção do autocuidado do doente e família, elaborando um plano de acção que permita a eliminação do problema, através do ensino sobre o que é a HD, modo de realização, as suas vantagens e desvantagens, efeitos secundários e dando espaço para que o doente e família expusessem as dúvidas. Não foi um processo fácil, teve avanços e recuos para no final o doente e família conseguirem verbalizar a aceitação da “permuta” para HD. Desde o primeiro momento, ficou claro que a suspensão da DP seria temporária caso houvesse uma evolução favorável da situação clínica.

Em situação de urgência cuidei do Sr. B.A., um jovem de 21 anos de idade tinha iniciado DPCA há cerca de três meses, após falência de transplante. O jovem apresentou-se cansado, triste e com o rosto edemaciado. Verbalizou que não se sentia

bem, que estava cansado e edemaciado, situação com dois dias de evolução. Avaliei os sinais vitais, o seu peso comparando-o com o valor da última consulta de seguimento e observei que ambos os membros inferiores se apresentavam edemaciados. Analisei os registos do BH e constatei que a UF tinha diminuído para valores nulos ou negativos. Questionei o Sr. B.A. sobre os seus hábitos alimentares e o cumprimento do regime terapêutico. Mencionou que tinha feito mais refeições fora de casa nos últimos dias, as quais tinham sido de *fast food*. Posteriormente, foi observado pela nefrologista que alterou o seu esquema terapêutico, substituindo uma das soluções de diálise por outra mais concentrada por um período de três dias. Aproveitei o fim da consulta médica para reforçar o ensino sobre a importância de reduzir o sódio na comida e de não exceder o tempo de permanência da solução hiperconcentrada, aproveitando para explicar as consequências do uso recorrente destas soluções na membrana peritoneal.

Em todo este processo de cuidar de enfermagem, julgo ser importante que a enfermeira de nefrologia consiga avaliar o doente e família de uma forma geral para depois se centrar no problema real do doente de quem cuida. Assim sendo, o objectivo da enfermeira de nefrologia deve ser o de ajudar o doente e família a eliminar a necessidade identificada, promovendo o autocuidado através do ensino e apoio.

Esta situação de sobrecarga hídrica é frequente, tendo sido um dos diagnósticos identificados no quadro conceptual: risco de excesso de volume de líquidos relacionados com o TSFR: DP. Para resolver este problema é importante que a enfermeira de nefrologia identifique as suas causas (hábitos alimentares e/ou diminuição da função renal residual) para depois planear os cuidados em colaboração com o doente e família. A literatura (Daugirdas, Blake e Ing, 2008) menciona que o excesso de líquidos que os doentes apresentam se deve à ingestão de sódio em demasia, pelo que é importante que a enfermeira em nefrologia promova ensino em que aborde as consequências da ingestão de sódio em excesso, incentivando a sua diminuição ou supressão na alimentação.

Se os hábitos alimentares do doente não forem ajustados à patologia, a causa do problema pode estar na diminuição da função renal residual; nesta situação é importante que o doente restrinja o volume de líquidos em função da diurese, tendo a enfermeira um papel importante de apoio nesta situação. É necessário encontrar

estratégias para ajudar a controlar a ingestão de líquidos como por exemplo: molhar os lábios ou bochechar água.

O doente em DP com sobrecarga hídrica necessita de níveis mais altos de glicose nas soluções de diálise para remover o excesso de líquidos. Contudo, é importante que o doente e família compreendam que as soluções hipertónicas provocam esclerose da membrana peritoneal, o que diminui a eficácia da mesma e no futuro, pode contribuir para o abandono da DP. (Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

Considero que a enfermeira especialista em nefrologia deve promover o ensino do doente e família de modo a potenciar a capacidade de ambos para a satisfação das necessidades de autocuidado, contribuindo para a diminuição de complicações e do abandono da DP.

As infecções são situações frequentes e uma preocupação da equipa de enfermagem. Durante uma consulta de seguimento, ao observar o orifício de saída do cateter peritoneal do Sr. A.M., constatei que a região em redor do mesmo se encontrava edemaciada, ruborizada e apresentava exsudado à compressão. Pedi à nefrologista a sua observação clínica e questionei o doente sobre o tempo de evolução da situação, a frequência e o modo de realização do penso, com o objectivo de identificar a causa daquela situação. Segui o protocolo do serviço para as infecções do orifício de saída do cateter peritoneal (colheita de exsudado para bacteriologia, realização do penso) explicando cada uma das etapas ao doente e família. Reforcei o ensino ao doente e família sobre a importância de cumprir o plano terapêutico prescrito, os cuidados de assepsia na realização do penso ao orifício de saída do cateter peritoneal e os sinais de alarme, em caso de infecção. Nesta altura existia na Unidade o “Programa da lavagem/ desinfecção das mãos” e as enfermeiras da Unidade, estavam cientes de que grande parte dos microorganismos responsáveis pela infecção do orifício de saída do cateter peritoneal existe nas nossas mãos. No fim dos ensinamentos pedi ao doente que desinfectasse as suas mãos como é seu hábito e que depois se aproximasse da luz ultra violeta. Constatei que grande parte da superfície das mãos não se encontrava desinfectada; expliquei ao doente que a solução desinfectante que lhe tinha fornecido tinha uma substância de contraste que reagia à luz ultra violeta e que a área branca das mãos estava desinfectada. Pedi, novamente ao doente que observasse as suas mãos, constatando que elas estavam mal desinfectadas, uma vez que existiam poucas zonas brancas. Entreguei ao doente um apoio escrito no qual estavam explícitos todos

os passos para uma correcta lavagem e desinfectação das mãos; demonstrei e expliquei cada um das etapas de uma correcta desinfectação das mãos e depois pedi ao doente que desinfectasse novamente as mãos seguindo cada uma das etapas. Quando o doente observou, mais uma vez, as suas mãos à luz ultra violeta constatou que todas elas eram uma mancha branca. Ficou acordado com o Sr. A.M. a sua vinda à Unidade para ser reavaliado setenta e duas horas após o início da antibioterapia; não estive presente nesse dia mas, pelo que li nos registos de enfermagem posso afirmar que ocorreu uma boa evolução clínica.

A enfermeira de nefrologia deve ser perspicaz na identificação e avaliação de uma situação, que ao evoluir pode colocar em risco a sobrevivência do cateter peritoneal, progredir para peritonite, podendo levar ao abandono da técnica.

Como Leehey Cannon e Lentino (2008) mencionam, a infecção do orifício de saída do cateter peritoneal é, em muitos casos, causada por Staphylococcus aureus ou microrganismos Gram-negativos, o que me leva a pensar que é importante reforçar o ensino sobre a correcta lavagem e desinfectação das mãos, no momento da realização do penso ao orifício de saída do cateter peritoneal e que campanhas de sensibilização e ensino, como a que mencionei anteriormente são uma mais-valia. (Leehey Cannon e Lentino (2008) in Daugirdas, Blake e Ing, 2008)

A lavagem e desinfectação das mãos tornam-se uma rotina para o doente e este sentimento de confiança e de à vontade pode levar a uma “negligência” do doente, contribuindo para o aumento do risco de complicações e infecções associadas ao orifício de saída do cateter peritoneal. Reforçar o ensino sobre a importância e a técnica de lavagem e desinfectação das mãos é um meio de sensibilizar o doente e família para a necessidade de cumprir esta etapa na realização do penso ao orifício de saída do cateter peritoneal. Contudo, considero que o mais importante em todo este processo educativo foi o facto de o Sr. A.M. poder comparar o resultado habitual desinfectação das mãos, com o que obtido após o ensino e conseguir uma correcta desinfectação das mãos. “en la formación lo mas importante no es memorizar, si no ver la importancia de adquirir hábitos más saludables y/o modificar comportamientos adquiridos.” (Castro et al, 1999, p.182 in Montenegro e Olivares, 1999)

A peritonite é considerada uma das principais complicações da DP e contribui para um número elevado de internamentos e fracasso da técnica, sendo uma das grandes preocupações da equipa de enfermagem.

A Sra. B.F. de 67 anos de idade, reformada e em programa de DPA há sete anos dirigiu-se à Unidade de DP verbalizando dores intensas a nível abdominal, náuseas e líquido turvo na drenagem. Apresentava-se com fácies de dor, chorosa, pele e mucosas descoradas. Foi observada pela nefrologista que deu indicação para administração de analgésico EV e seguir o protocolo de peritonite. Procurei um lugar calmo e acolhedor onde pudesse prestar cuidados de enfermagem com tranquilidade e onde a doente conseguisse descansar, sem “ruído” em redor. Acomodei-a num cadeirão, facultei-lhe roupa para se “tapar” e aconchegar e diminuí a intensidade da luz. Pelo facto de a doente realizar DPA houve necessidade de realizar um ciclo extra com uma solução de glicose a 1,36% com uma permanência de duas horas, com o objectivo de colher líquido peritoneal para citologia e bacteriologia. O líquido drenado, resultante deste ciclo, era turvo. Para tratar a peritonite suspendeu-se a DPA e foi elaborado um novo plano de tratamento em DPCA, com administração de antibioterapia intra peritoneal. A doente, nesta altura, já se encontrava sem queixas algícas, mais calma uma vez que tinha conseguido dormir e a analgesia tinha sido eficaz. Feito ensino sobre a administração da medicação intraperitoneal e reforçado a importância de assegurar a técnica asséptica em todos os ciclos de tratamento. Ficou acordado que a Sra B.F. iria regressar quarenta e oito depois para ser reavaliada e feita nova colheita de líquido peritoneal, com a finalidade de se analisar a evolução clínica da peritonite

Por vezes a técnica é ultrapassada por pequenos gestos. Há momentos em que os doentes não procuram na enfermeira o seu saber fazer mas, sim o seu apoio, o seu conforto. A enfermeira especialista em nefrologia deve procurar desenvolver, a par da teoria e da técnica, o modo de estar e de se relacionar com os outros. A preocupação com o conforto do doente é algo inerente aos cuidados de enfermagem; Dowd (2004) define que as medidas de conforto são intervenções de enfermagem que visam abordar as necessidades específicas de conforto do doente, neste caso de alívio, uma vez que a dor mencionada pela Sra. B.F. foi suprimida através do recurso a analgésicos. Julgo que o facto de me preocupar com o ambiente em redor da doente permitiu que a mesma pudesse descansar e restabelecer-se, tendo em mente a capacitação da Sra. B.F. para dar resposta as suas necessidades de autocuidado.

Ao Sr. R.M., de 63 anos de idade, tinha sido diagnosticado peritonite há setenta e duas horas; no dia da reavaliação da sua situação clínica percebi que o filho apresentava um fâcies cansado, mostrando-se impaciente com o pai, situação que não era habitual. Nos momentos que antecederam a consulta pude falar a sós com o filho, tentando perceber o que tinha ocorrido. Percebi que ele se sentia cansado com as constantes deslocações ao hospital e triste com o pai, por ele andar agressivo com a família mais próxima. O meu cuidar de enfermagem centrou-se no filho do Sr. R.M. e caracterizou-se por dar espaço a que o mesmo verbalizasse os seus sentimentos, adoptando uma escuta activa. Questionei-o se haveria alguém na família que o pudesse substituir nos cuidados associados à DP, opção que foi rejeitada pelo mesmo.

Muitas vezes os familiares dos doentes em DP assumem toda a responsabilidade associada ao tratamento. Considero que a enfermeira em nefrologia deve dar atenção à família, ao elemento cuidador do doente em DP com o objectivo de os mesmos não se sentirem sozinhos em todo o processo de cuidar.

Julgo que ao dar atenção ao cuidador, a enfermeira de nefrologia permite que este se sinta apoiado e que procure melhorar os cuidados que presta ao seu familiar, sendo um importante colaborador em todo o processo de DP. Contudo, a enfermeira especialista em nefrologia não pode considerar o cuidador só como um colaborador nos cuidados, uma vez que ele é também um receptor de cuidados de enfermagem o que dificulta a identificação das suas necessidades e as respostas adequadas às mesmas. (Periz, Armangué e Sanchez-Salido, 2007)

“el cansancio, el temor que en muchas ocasiones manifiesta el cuidador (...)” (Periz, Armangué e Sanchez-Salido, 2007, p.51) são sinais para os quais a enfermeira especialista em nefrologia deve estar atenta e creio que o seu cuidar passa por dar apoio caso ocorra algum problema ou proporcionar períodos de descanso. Deste modo, a enfermeira deve reconhecer que é necessário encontrar alguém que assuma o papel de cuidador e a responsabilidade de responder às necessidades de autocuidado do doente, permitindo a diminuição do risco de cansaço do cuidador, não colocando em causa o doente e o seu tratamento; o que se integra no sistema de enfermagem parcialmente compensatório de Orem.

Destaco a situação seguinte, por ser um tema pouco abordado nas consultas de seguimento e nos ensinamentos e difícil de gerir para muitos enfermeiros.

A Sra. R.C. de 43 anos de idade, em programa de DP há dois meses encontrava-se na sala de espera da Unidade de DP e pediu para falar com as enfermeiras, mencionado que não era nada de urgente. Reparei que o rosto dela estava alegre, que os olhos estavam brilhantes, parecia que irradiava alegria. Quando entrou no gabinete de consulta comunicou que tinha perdido o medo e tinha conseguido mostrar o seu cateter peritoneal ao seu namorado. E o receio que tinha de ele não a achar atraente não tinha fundamento. Em suma, a doente vinha agradecer o apoio e a ajuda que as enfermeiras lhe tinham dado.

Creio que esta situação demonstra a importância da relação de confiança inerente à relação de ajuda entre enfermeiro/ doente/ família. A sexualidade continua a ser um assunto de difícil abordagem uma vez que é entendida como uma intrusão à sua vida pessoal.

Os doentes renais crónicos antes do início da DP apresentam dificuldades no âmbito da sua sexualidade, caracterizada pela disfunção sexual decorrente dos efeitos da uremia, neuropatia, depressão e medicação (Cohen, Holder-Perkins e Kimmel, 2008 in Daugirdas, Blake e Ing, 2008) “entre los ombres en TSFR, se estima que existe impotência en aproximadamente el 70% de las personas y tambien entre las mujeres (...) disminuye la frecuencia de orgasmos durante el coito” (Riemann e Casal, 2010, p.153) Muitos doentes em DP mencionam sentimentos de perda do desejo sexual relacionado com a alteração da imagem corporal, a coloração da pele e a presença do cateter peritoneal.

Considero que a acção da enfermeira de nefrologia passa por transmitir ao doente e companheira(o) que a sexualidade e a intimidade são aspectos normais e importantes e que após o início da DP e de recuperar o equilíbrio emocional, o doente se sente preparado para retomar a sua actividade sexual.

Esta situação é exemplo da relação de confiança entre a enfermeira, o doente e sua companheira(o) com o objectivo de responder às suas necessidades, permitindo a vivência de uma sexualidade saudável.

Ao longo do estágio tive oportunidade de realizar a mudança do prolongador do cateter, o que implica preparar todo o material necessário ao procedimento, explicar ao doente

o procedimento, acomodá-lo de forma confortável e dar espaço para que o mesmo possa expressar as suas dúvidas.

É um procedimento que requer cuidados com a assepsia, sendo relativamente demorado, uma vez que é protocolo do serviço mergulhar a ponta do cateter numa solução de iodopovidona durante dez minutos, depois de o mesmo ser desadaptado do prolongador.

A enfermeira de nefrologia ao executar este cuidado de enfermagem contribui para diminuir a probabilidade de contaminação do cateter peritoneal, reduzindo o risco de complicações infecciosas associado ao mesmo.

Durante o período de estágio pude cuidar de doentes em DP aquando da realização do PET. Para a realização deste teste, é feito um contacto prévio com o doente no qual é agendado o dia do “exame” e é fornecido um documento de apoio onde se explica os cuidados do doente na véspera do exame: recolha de líquido peritoneal drenado nas últimas vinte e quatro horas, urina de vinte e quatro horas, jejum de oito horas. À chegada do doente, confirmei que o mesmo cumpriu as condições para a realização do exame, pesei-o e avalei a sua altura. Posteriormente, dirigimo-nos para a sala de urgência e iniciamos o procedimento. Reforcei o ensino sobre a importância do PET e expliquei ao doente e família cada intervenção de enfermagem, dando espaço para expor dúvidas. No fim do PET informei o doente e família que os resultados do exame lhe seriam comunicados assim que estiverem “prontos” e analisados.

Sánchez-Tomero e García (2006, in Coronel, 2006, p.94) mencionam que o PET “ (...) avalia a relação entre as concentrações de ureia e de creatinina no líquido de diálise e no plasma, ao longo de um ciclo com quatro horas de permanência.”

A enfermeira especialista em nefrologia deve aproveitar cada momento de interação com o doente e família para avaliar a sua situação. O facto de no PET o doente executar um ciclo de tratamento permite, à enfermeira identificar necessidades, avaliar o autocuidado do doente e dar uma resposta que permita a eliminação do problema identificado.

Considero que o PET é um exame que permite à enfermeira de nefrologia identificar as características da membrana peritoneal do doente e colaborar no planeamento do tratamento tendo em vista a permanência do mesmo, o mais tempo possível, em DP.

Colaborei como observadora em consultas de opção de tratamento: DRC - Opções. Senti necessidade de participar nestas consultas de enfermagem para compreender a situação do doente e família ao iniciar o programa de DP. A consulta de DRC–Opções ocorre às quartas-feiras, sendo realizada por uma equipa multidisciplinar: nefrologista, enfermeira da Unidade de DP, enfermeira da Unidade de HD, nutricionista e assistente social.

Os doentes e família que são observados nas consultas de DRC–Opções são encaminhados por nefrologistas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (SCHOLO) encontram-se no quarto estágio da doença e apresentam muitas dúvidas e receios.

A consulta de enfermagem é realizada em dois tempos: a enfermeira da Unidade de DP faz o acolhimento ao doente e família, realiza uma breve avaliação inicial do mesmo na qual tenta perceber o que já sabem acerca da doença. Partindo deste ponto, faz uma breve exposição sobre o que é a DRC, as diferentes modalidades de TSFR e o objectivo do tratamento. Depois explica o que é a DP e como se realiza, elucida o que é o cateter de DP visualizando-o, explica o plano de ensino ao doente e família e exemplifica um ciclo de tratamento. São ainda abordadas as indicações e contra indicações para a DP, os cuidados com o armazenamento do material, a interferência do tratamento no estilo de vida e as vantagens e desvantagens deste tratamento. É dada oportunidade ao doente para colocar dúvidas e expressar os seus sentimentos.

O transplante renal é também abordado pela enfermeira da Unidade de DP, seguindo a mesma linha de apresentação que mencionei na DP.

De seguida, o doente e família são encaminhados para a enfermeira da Unidade de HD, a qual apresenta a unidade de HD e explica o tratamento seguindo o raciocínio de exposição anterior.

No fim da consulta de enfermagem de DRC – Opções é agendada uma nova consulta, na qual o doente e família comunicam a sua decisão.

Estas consultas de DRC – Opções são importantes porque permitem ao doente e família o acesso a toda a informação relativa às diferentes modalidades de TSFR e a tomada de uma decisão informada, o que julgo contribuir para o aumento do bem-estar do doente e familiar.

Considero que a enfermeira especialista de nefrologia devia ser responsável, devido aos seus conhecimentos específicos, pela organização destas consultas e por fornecer informação, qualquer que seja a unidade/ serviço em que preste cuidados de

enfermagem, pois nem todos os enfermeiros estão sensibilizados ou dominam todas estas opções de tratamento.

Nas consultas de enfermagem de opção de tratamento na DCR é importante que a enfermeira nefrologista dê espaço para que o doente e família verbalizem os seus medos e as suas dúvidas. É ainda importante que na segunda consulta de enfermagem de DRC Opções se avalie o que o doente e família apreenderam sobre cada umas das técnicas de tratamento, de modo a assegurar que o doente e família tomaram a decisão de forma consciente e esclarecida.

No final deste estágio sinto que desenvolvi competências na área de prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico em programa de DP e família, tendo em conta as inúmeras experiências de aprendizagem de que usufruí e que contribuíram para o desenvolvimento da minha capacidade de análise e decisão.

Nesta linha de raciocínio, considero que atingi o primeiro objectivo específico que enunciei: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais referentes ao enfermeiro especialista em nefrologia, no cuidar ao doente em DP e família. Para tal contribuiu a minha integração na Unidade de DP e a prestação de cuidados de enfermagem. Julgo ter conseguido demonstrar capacidade de trabalho, de forma apropriada, na equipa multidisciplinar e de assimilar os conhecimentos adquiridos o que me permitiu reflectir criticamente na e sobre a prática.

No início do estágio senti que me enquadrava no perfil de iniciada, segundo Benner, e que com o desenvolvimento do mesmo fui conseguindo mobilizar a minha experiência e conhecimentos para aquele novo contexto. Deste modo permitiu-me considerar o desenvolvimento de competências num nível de proficiência, pois em determinadas situações consegui através da experiência identificar os acontecimentos típicos que geralmente ocorrem, orientando-me directamente para o problema o que facilitou o meu processo de tomada de decisão. (Benner, 2005)

A avaliação qualitativa da Enfermeira Orientadora (Anexo III), realizada no final do estágio, atesta as minhas competências como aluna do curso de especialista em enfermagem nefrológica.

3.2 – Nephrocare Vila Franca de Xira

Iniciei o estágio no meu contexto de trabalho no dia três de Janeiro de 2011, tendo como minha orientadora a Enfermeira Fernanda Gomes, a qual também é minha co-orientadora.

Na primeira semana de estágio delineei o meu projecto e objectivos de trabalho: a observar de uma visita domiciliária e a elaborar do manual de boas práticas de enfermagem na área da DP.

Entrei em contacto telefónico com a Enfermeira da empresa responsável pelas visitas domiciliárias da região de Lisboa e depois de explicar os meus objectivos, agendei um encontro informal, com a finalidade de compreender como se processa o início do tratamento dos doentes em DP, conhecer frequência das visitas domiciliárias e como é a articulação entre o doente/ família e a Unidade de DP.

No encontro de dia doze de Janeiro de 2011 soube que a enfermeira da empresa tomou conhecimento da existência de um doente para iniciar tratamento por contacto telefónico da equipa de enfermagem da Unidade de DP do hospital de referência do doente ou através do pedido do “Guia de Apoio”. Este consiste num dossiê com informação sobre DP, sobre a empresa fornecedora de material e onde constam os contactos telefónicos de apoio. Está preconizado uma visita domiciliária por ano, mas sempre que ocorre uma infecção (infecção do orifício de saída do cateter peritoneal, infecção do túnel do cateter peritoneal e peritonite) deverá ser agendada uma visita domiciliária com o objectivo de avaliar a situação. As visitas domiciliárias podem, ainda ocorrer a pedido da unidade de DP do doente, caso haja necessidade de observar algum procedimento ou cuidado in loco. O primeiro tratamento do doente no domicílio, (em DPCA ou DPA) é sempre supervisionado pelo enfermeiro da empresa, sendo este o primeiro contacto de proximidade entre ambos os intervenientes. Percebi que o contacto entre a enfermeira da empresa fornecedora do material e o doente e família é muito pobre, limitando-se a resolver as complicações que mencionei anteriormente. A comunicação entre a enfermeira da empresa e a equipa de enfermagem é conseguida através do contacto telefónico ou correio electrónico.

Ficou marcada a minha participação numa visita domiciliara para o dia quinze do mesmo mês. Assisti à visita domiciliária do Sr. J.M. após a alta de enfermagem do programa de ensino de DPA, do Hospital Garcia da Horta, com o consentimento do

doente. O Sr. J.M. é um adulto de cinquenta anos de idade, casado e que considerava a DPA um meio para retomar a sua actividade profissional. Nesta visita domiciliária, a enfermeira informou o doente e família do objectivo da visita, observou as condições do domicílio, do armazenamento do material, colaborou com o doente na arrumação do material tendo em vista a melhor disponibilidade e reforçou o ensino sobre os alarmes da cicladora. De seguida visualizou a execução da técnica, corrigindo algum procedimento menos bem executado, reforçando ensinamentos e esclarecendo dúvidas. A visita domiciliária terminou quando o doente já se encontrava a realizar tratamento. No fim da visita domiciliária, a enfermeira preencheu um documento, no qual registou tudo o que observou e que posteriormente enviou para a Unidade de DP de referência do doente.

Na visita domiciliária, a enfermeira de nefrologia para além dos objectivos que inicialmente planeou pretende reduzir e/ou eliminar os problemas físicos e psicológicos do doente em programa de DP.

Julgo que a visita domiciliária é fundamental, por permitir à enfermeira de nefrologia a observação do doente, da família e do ambiente que o envolve na realização do tratamento. Neste sentido, considero que seria uma mais-valia para o doente e família a realização da visita domiciliária pela enfermeira da Unidade de DP de referência do doente, uma vez que há pormenores que se perdem na comunicação, e porque não existe um acompanhamento constante e de proximidade entre o doente, a família e a enfermeira da empresa. Acredito que os ganhos em saúde por parte do doente e família seriam maiores, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Penso que deveria existir uma ligação do doente com a Unidade de HD de referência da sua área de residência, permitindo que a Unidade pudesse conhecer o nº de doentes em TSFR na sua área de abrangência existindo, deste modo, uma maior vigilância e proximidade do doente e família em DP com a equipa multidisciplinar. Tal situação iria exigir das Unidades de HD a formação dos seus colaboradores sobre DP, o que vejo com um aspecto bastante positivo, ao permitir reduzir a clivagem existente no sistema actual: doente e família em DP/hospital de referência/empresa fornecedora de material.

O manual de boas práticas de enfermagem na área da DP foi elaborado no decurso deste estágio (Anexo IV), servindo para partilhar conhecimentos com a equipa de

enfermagem do meu serviço e como guia orientador de cuidados de enfermagem na Unidade de DP do HSC.

A elaboração do manual visa recomendar intervenções de enfermagem adequadas para a prestação de cuidados de qualidade, que respondam às necessidades dos doentes e promover uma reflexão contínua da prática.

Na produção do Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da Diálise Peritoneal, a metodologia usada compreendeu a revisão de literatura, em particular as últimas recomendações em *guidelines* internacionais, como as da NKF (2006), as quais foram traduzidas e a informação seleccionada de acordo com os temas abordados no manual. A primeira versão do documento foi submetida a análise crítica de três peritos: enfermeiros licenciados com experiência de pelo menos cinco anos na área da nefrologia, com ênfase na DP. Não houve consenso entre os peritos sobre o tema: “Cuidados de enfermagem na manutenção da permeabilidade do cateter peritoneal antes do seu uso contínuo” por não ser um cuidado comum na nossa realidade, tendo sido o mesmo retirado e deste modo, foi obtido o acordo para a versão final do manual. O manual está dividido em três capítulos: o primeiro aborda o conceito de DP e a fundamentação de cuidados de enfermagem, o segundo trata os cuidados de enfermagem ao doente e família no início e na manutenção do tratamento de DP e por último, uma pequena abordagem sobre as questões éticas que se colocam no cuidar de enfermagem.

As práticas apresentadas no manual estão de acordo com o nível de evidência científica quatro (evidência obtida através da opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades da saúde) de acordo com a nomenclatura do Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE).

Por contingências do plano de formação interno do serviço a curto/médio prazo, não foi possível realizar uma divulgação do manual. Todavia, ficou acordado que o mesmo seria apresentado e discutido através de uma formação em serviço a realizar até novembro de 2011, tendo já ficado delineado o plano da sessão. (Anexo V). A sessão foi organizada do seguinte modo: na introdução é exposto o tema, referidos os objectivos e a pertinência da apresentação; no desenvolvimento são apresentados os conhecimentos relativamente à DP, apresentadas as normas relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente e família em DP e na prevenção de complicações. Seguidamente é promovido o debate e reflexão do manual e por fim foram reforçadas

as ideias principais da sessão e validação dos conhecimentos adquiridos dos formandos, através de questões relacionados com os cuidados de enfermagem ao doente e família em DP.

A elaboração do Manual permitiu-me desenvolver a capacidade de interpretar e usar os dados de artigos de investigação na área da DP, apresentar os resultados obtidos, os quais representam um ponto de partida para a concepção de novos caminhos e ideias que contribuam para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência ao doente e família em DP, qualquer que seja a técnica.

Considero que a avaliação dos cuidados de enfermagem relativamente aos procedimentos mencionados no manual deve ocorrer de forma contínua contribuindo para tal a avaliação da incidência de complicações, de infecções, avaliação regular de conhecimentos e auditorias às intervenções de enfermagem praticadas e registadas. Devo ainda mencionar que este manual deve ser actualizado periodicamente, tendo proposto ao meu serviço a actualização de três em três anos. Deste modo existe uma valorização do papel de gestora de qualidade de cuidados da enfermeira especialista em nefrologia.

No planeamento da sessão de formação, enquanto enfermeira especialista tenho o objectivo de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares, agindo como orientadora e deste modo, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Ao concluir a este estágio considero que alcancei o segundo objectivo específico delineado, o que vai de encontro à avaliação qualitativa da Enfermeira Orientadora. (Anexo VI) Todavia, considero que o mesmo só alcançará a sua plenitude após a realização da sessão de formação aos meus pares, tendo em vista a partilha de conhecimentos e a reflexão da prática contribuindo desta forma para a excelência dos cuidados de enfermagem.

4 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A DP é uma área de tratamento em desenvolvimento no panorama da saúde nacional, existindo poucos estudos de enfermagem realizados nesta área em Portugal. A maioria dos estudos que consultei foi realizada em Espanha, em que a temática central são os cuidados de enfermagem ao doente renal crónico em DP e família.

A elaboração do relatório de estágio permitiu uma análise e reflexão sobre o meu desempenho nos diferentes campos de estágio, dando a oportunidade de me conhecer melhor e contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. No fim de todo este processo posso concluir que os meus objectivos foram alcançados. Concorre para tal o desenvolvimento de competências em diferentes domínios, com implicações na minha prática profissional enquanto futura enfermeira especialista.

Foi fundamental o contacto com diferentes contextos clínicos, o que me permitiu conhecer novas realidades.

No início do estágio tinha receios e expectativas elevadas relativas ao modo como me iria sentir, uma vez que não tinha muita experiência na área e por ser um local de estágio por mim escolhido. Do sentimento de receio passei para o sentimento de gratificação, de satisfação pessoal e profissional, pelo facto de as minhas expectativas terem sido atingidas.

Como enfermeira, considero que o meu desenvolvimento profissional passa pela busca do saber e por uma prática baseada na evidência que contribua para a aquisição de novos saberes e competências que promovam a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente e família.

O estágio na Unidade de DP do HSC foi um desafio para mim pois era uma área na qual não possuía grande experiência e conhecimento.

A integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar decorreu sem complicações, de modo dinâmico, o que foi uma mais-valia no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Contudo, o meu maior receio era a intervenção com os doentes, por poderem perceber alguma lacuna em conhecimentos teóricos e habilidades, o que poderia prejudicar a relação e prestação de cuidados. Julgo que a criação de uma relação de proximidade e confiança com o doente e família contribuiu para a eliminação deste possível problema. Nesta linha de pensamento, considero que este estágio permitiu-me desenvolver o meu saber ser, estar e fazer em contexto profissional.

Para o desenvolvimento de competências na área da DP foi relevante o apoio da equipa de enfermagem, em especial da enfermeira orientadora uma vez que através da sua disponibilidade para ensinar, esclarecer dúvidas e apoiar ajudou-me no processo de aprendizagem. A pesquisa bibliográfica efectuada, as reflexões elaboradas na e sobre a prática, as reuniões formais e informais efectuadas com a enfermeira orientadora, enfermeira co-orientadora e orientador do estágio permitiram-me a obtenção de conhecimentos e competências de enfermeiro especialista na área da nefrologia.

A realização do estágio no meu contexto de trabalho permitiu-me conhecer a realidade da empresa na área da DP e desenvolver a minha competência de investigação, através da elaboração do Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da DP.

Tenho pena de não ter tido oportunidade de apresentar e discutir o Manual com os meus pares, o que limitou a aquisição de competências na área da formação. Considero que tais competências vão ser ganhas na formação em serviço, que aguarda agendamento, uma vez que é meu objectivo sensibilizar os meus colegas para a área da DP, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional.

De salientar, neste período de tempo, o trabalho, o apoio e as reflexões dos peritos na área da DP durante a construção do Manual.

Ao concluir este relatório de estágio quero assegurar que tudo o que foi apresentado corresponde a realidades que vividas. A análise crítica das situações expostas visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem e a aquisição de competências de enfermeiro especialista em nefrologia.

A reflexão, a elaboração de estudos na área dos cuidados de enfermagem ao doente em DP e sua família são um meio de dar visibilidade a estas duas áreas (DP e enfermagem), possibilitando a identificação de necessidades/ problemas e contribuindo para a resolução dos mesmos.

O relatório demonstra o meu percurso ao longo do estágio, a minha experiência na identificação de necessidades e resolução dos problemas do doente em DP, apresenta reflexões pessoais sobre esses problemas e evidencia o contributo na melhoria da qualidade através da produção de um folheto e de um manual de boas práticas.

Considerando que este é uma competência do enfermeiro especialista, enumero duas sugestões de possíveis trabalhos, que podem contribuir para a ampliação do campo de acção da Enfermagem:

- ✓ A identificação das necessidades do cuidador do doente em DP, com o objectivo de as mesmas fazerem parte do plano de cuidados ao doente e cuidador;
- ✓ A comparação dos resultados do ensino ao doente em DP e família realizado na Unidade de DP com os resultados do ensino ao doente em DP e família no domicílio.

Este relatório de estágio é um ponto de partida para a concepção de novos caminhos e ideias que contribuam para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência ao doente e família na área da nefrologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARDUAN, Alberto Ortiz; RIVERA, Maria Teresa (2006) – A diálise peritoneal no tratamento da insuficiência renal crónica. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.51-53.

ASH, Stephen, R.; Daugirdas, John T. (2008) – Dispositivos para acesso peritoneal. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p. 327 – 344.

BAJO, María Auxiliadora; SELGAS, Rafael (1999) – Diálisis Peritoneal adecuada. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 273-290.

BASTOS, Nicia M.R.M. [et al] (2006) – Nutrição no paciente renal. **In:** BARROS, Elvino [et al] – **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 85-363-0557-6. p.501-510.

BENNER, Patricia (2005) – **De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. 2ª edição Lisboa: Quarteto editora. ISBN 989-558-052-5.

BERMÚDEZ, Encarnación Lopez; [et al] (2006) – Papel do profissional de enfermagem no seguimento de doentes em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.351-356.

BLAKE, Peter G. (2008) – Adequação da diálise peritoneal e prescrição de diálise peritoneal crónica. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.355–375.

BLAKE, Peter G.; Daugirdas, John T. (2008) – Fisiologia da diálise peritoneal. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.299 – 311.

CAMPBELL, S.; WOODS, M.; SANKEY, J. - Chronic kidney disease and the primary health care framework. **Renal Society of Australasia Journal**. [em linha]. Vol.4, nº3 (Setembro 2008), pp.81-89. Acedido em 2009/11/20. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010107299&lang=pt-br&site=ehost-live>. ISSN 1832-3804.

CAMPOS, Carmen Trujillo (2006) – Complicações infecciosas em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.345-356.

CARDOSO, Jorge. (2004) - Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa. ISSN 0870-7103. Vol. 20, nº 3. (Maio-Junho). p.385-394.

CASTILHA, Antonia Concepción Gómez; GUERRERO, M^a Ángeles Ojeda –Influencia de la complejidad del plan de entrenamiento en la valoración del conocimiento del proceso diálisis peritoneal. **Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica**. [em linha]. Vol.13, nº2 (Abr.-Jun., 2010) 120-125. ISSN: 1139-1375. Acedido em: 10/11/2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n2/original4.pdf>.

CASTRO, María José; [et al] (1999) – La enfermería y la diálisis peritoneal: enseñanza de la DP. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p.181-200.

CHALMERS, Charlotte A (2005) – Anatomia e Fisiologia aplicadas e o processo da doença renal. **In:** THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-85-1. p.29-77.

COHEN, Scott D.; HOLDER-PERKINS, Vincenzo; KIMMEL, Paul L. (2008) – Problemas psicossociais nos pacientes com doença renal em estágio terminal. **In:** DAUGIRDAS,

John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.421–426.

CRISTÓVÃO, António Filipe A. (1998) – **Stress, coping e qualidade de vida em doentes com insuficiência renal crónica terminal em hemodiálise**. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CRUZ, Cosme (1999) – El acceso peritoneal. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 165-174.

CUBELLS, Teresa Doñate (2006) – Falhas de ultrafiltração. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual práctico de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.119 - 125.

DÍAZ-BUXÓ, José A (1999) – Diálisis Peritoneal Automática. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 245-259.

DOWD, Thérèse (2004) – Teoria do conforto. **In:** TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-9. pp.481-493.

DUARTE, Fausto (2008) – Estudo do Índice de Funcionamento Sexual feminino na doente em Hemodiálise. **Nephro's**. Lisboa. ISSN: 0871-0090. Vol 12, nº1. (Dezembro 2008). p. 34-41.

ESEL, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – Documento de apoio à Unidade Curricular Estágio com Relatório, 2010. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

ESEL, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA [cd] – **Planeamento do CPGMC final** – Lisboa: [s.n], 2009.

ESPEJO, Jesús Lucas Martín; CASTILLA, Antonia Concepción Gómez (2006) – Ensino da diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). **In:** CORONEL, Francisco (coord.)

[et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.299-305.

FMC, Fresenius Medical Care. Acedido a 01/07/10. Disponível em: http://www.fresenius-medical-care.pt/quem_somos/visao_missao_valores.html

GARCÍA, Manuel; PONZ, Esther; VACA, Josefa Ramírez (1999) – Organización de un programa de diálisis peritoneal. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 13-26.

HEIMBURGER, Olof; BLAKE, Peter G. (2008) – Aparelhos para diálise peritoneal. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.312–325.

HERAS, Manuel Macia (2006) – Conceito de diálise peritoneal, fisiologia e anatomia. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.27-32.

HSC, Hospital de Santa Cruz. Acedido em 01/07/10. Disponível em: http://www.hsc.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/Missao_Visao_Valores.htm

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan (1984) - **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing. ISBN 0-8261-4191-9.

LAZURE, Hélène (1994) – **A relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

LEEHEY, David J.; SZETO, Cheuk-Chun; LI, Philip K-T (2008) – Peritonite e infecções no local de saída. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.383–404.

LEEHEY, David J.; CANNON, Joan P; LENTINO, Joseph R (2008) – Infecções. **In:** DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.500–528.

MAGARIÑOS, Francisco Caravaca (2006) – Nutrição em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p. 111 – 117.

MARENCO, Felipe Tejuca (2006) – A diálise peritoneal no doente diabético. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p. 201 – 209.

MARENCO, Felipe Tejuca [et al] (2006) – Diagnósticos, resultados e intervenções de doentes em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p. 453 – 461.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho (2006). - **Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres em Diálise**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Dissertação para postular o Título de Mestre em Clínica Médica. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, concentração em nefrologia.

MARTINS, Lucianda Mendes; FRANÇA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako (1996) – Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. **Revista Latino-americana enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol.4, nº3. (Dezembro 1996). p. 5-18.

MAS, Amelia Fabregat; FERRER, Pilar Serrano; ESTEBAN, Josefina Diéguez (2006) – Protocolo de mudança do prolongador. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p. 383 – 385.

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006) – **CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR PERITONEAL DIALYSIS ADEQUACY, UPDATE 2006**. Acedido em: 07/10/2010. Disponível em:

http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/index.htm

NOTARIO, María José Castro (2006) – Cuidados do orifício de saída do cateter peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise**

peritoneal. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.293-298.

OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2009) – **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento profissional**. [em linha]. Lisboa: [s.n]. Acedido a 21/06/10. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/MDP.aspx>

OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Acedido a 01/10/10. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/index.html>.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS. ISBN: 0-433-24902-1.

PÉREZ, Rosario Álvarez; BALLESTERO, Sonia Velasco – La consulta de predialisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. **Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica**. [em linha]. Vol.10, nº3 (Julho-Setembro, 2007) 166-171. ISSN: 1139-1375. Acedido em: 10/11/2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n3/original1.pdf>

PERIZ, Lola Andreu; ARMANGUÉ, Paqui Gruart; SÁNCHEZ-SALIDO, Lia Tamar – Visión enfermeira de las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas en tratamiento com diálisis peritoneal. **Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica**. [em linha]. Vol.10, nº1 (Jan-Mar, 2007) 166-171. ISSN: 1139-1375. Acedido em: 10/11/2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n1/original3.pdf>.

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

PICÓ, Luis (1999) – Protocolos y cuidados de enfermería de la técnica dialítica peritoneal. In: MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 201-215

QUINTANA, Francisco Herrera; [et al] (2006) – Visita domiciliária. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.449-452.

REGULAMENTO nº 122/2011. **Diário da República**. nº 35 (18-02-2011) p.8648-8653.

RICO, Lidia Portela; [et al] (2006) – Ensino da diálise peritoneal automatizada (DPA). **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.307-312.

RIEMANN, Aase; CASAL, Maria Cruz (2010) – **Diálisis Peritoneal: Guía de Práctica Clínica**. Madrid: Imprenta Tomás Hermanos. ISBN: 978-84-613-8802-8.

SÁNCHEZ-TOMERO, José Antonio; GARCÍA, Antonio Cieugeda (2006) – Avaliação funcional da membrana peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) [et al] – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.93-102.

SPN, SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFRLOGIA. Acedido em 04/01/2011.
Disponível em:
http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2009/default.asp

TAYLOR, Susan, G. (2004) – Dorothea E. Orem: Teoria do deficit de Auto – cuidado de Enfermagem. **In:** TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 972-8383-74-6. p.211-236.

THOMAS, Nicola (2005) – Hemodiálise. **In:** THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-85-1. p.184-223.

THOMÉ, Fernando S. [et al] (1999) – Insuficiência renal crónica. **In:** BARROS, Elvino [et al] – **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 85-363-0557-6. p.423-440.

THOMÉ, Fernando S. [et al] (2006) – Doença renal crónica. In: BARROS, Elvino [et al] – **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 85-363-0557-6. p.381-404.

TORRE, Sonia Sánchez de la (2006) – Complicações mecânicas em diálise peritoneal. In: CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.335-343.

TZAMALOUKAS, Antonios H.; LEEHEY, David J.; FRIEDMAN, Eli A. (2008) – Diabetes melito. In: DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. – **Manual de diálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-227-1431-0. p.452–468.

VEIGA, João (2006) – Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-218-1.

VICENT, Luis Picó (2006) – Actividades de enfermagem na implantação do cateter peritoneal. In: CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.289-292.

VILAR, Francisco; SALGADINHO, Suzana (2005) – Qualidade de Vida nos Doentes Insuficientes Renais Crónicos: Transplantados/Hemodialisados. **Nephro´s**. Lisboa. ISSN: 0871-0090. Vol. 9, nº2. (Outubro 2005). p.7-20.

WILD, Janet (2005) – Diálise peritoneal. In: THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-85-1. p.224-287.

WOOD, Kenneth E. et al (2004) – Care of Potential Organ Donor. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts. ISSN 0028-4793. Vol. 351, n.º 26 (Dezembro 2004). p. 2730 – 2739.

ANEXOS

Anexo I - Cronograma

Anexo II - Folheto: “Como cuidar do seu orifício de saída do cateter peritoneal no domicílio”

ATENÇÃO:

Se sentir alguma alteração no orifício de saída do cateter peritoneal ou algum sinal, como por exemplo:

- calor,
- rubor (vermelho em redor do orifício de saída do cateter),
- dor,
- exsudado

devo recorrer ao hospital.

Hospital de Santa Cruz

Avenida Prof. Reinaldo dos Santos

2790 - 134 Carnaxide

Unidade de Diálise Peritoneal

Telefone: 210433094

Elaborado por:

Carina Gonçalves

Co-autoras:

Elisabete Costa

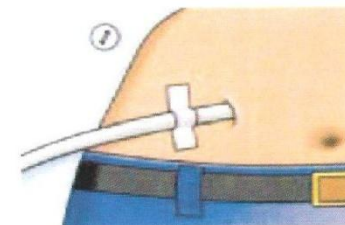
Sara Pereira



Serviço Nefrologia

Unidade de Diálise Peritoneal

Como devo cuidar do meu orifício de saída do cateter peritoneal.



É **importante** cuidar do meu orifício de saída do cateter peritoneal porque estou a prevenir o aparecimento de infecções e deste modo, asseguro o seu correcto funcionamento durante o tratamento.

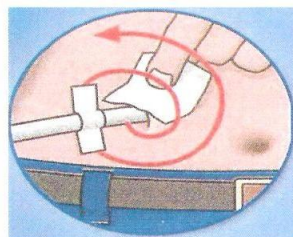
O que preciso para realizar o penso do orifício de saída do cateter peritoneal:

- Máscara;
- Compressas;
- Penso;
- *Sterille-strips* ou adesivo;
- Bolsa protectora ou adesivo.



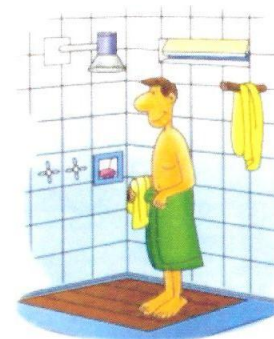
Como devo fazer o penso do orifício de saída do cateter peritoneal?

- **Até 30 dias** após a colocação do cateter, o penso do orifício de saída deve ser feito com **ODOPOVIDONA**;
- **Após 30 dias** da colocação do cateter, o penso do orifício de saída deve ser feito com **SORO FISIOLÓGICO**.



Quando devo realizar o penso do orifício de saída do cateter peritoneal?

DIARIAMENTE, sendo este uma etapa da minha higiene habitual.



Anexo III - Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora da Unidade de DP



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

No decorrer da unidade curricular "Estágio com relatório" do Curso de "Formação em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica" a Luísa Gonçalves desenvolveu o módulo de 27 de Setembro a 27 de Dezembro na Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Santa Cruz, de forma assídua, em especial no dia de consulta de Diálise Peritoneal (segunda, quinta e sexta-feira), mantendo também assistência a Consultas de DRC-órgãos (sobre os tópicos de substituição da função renal e queroses). Por vezes, e por sua iniciativa, altera os dias de estágio por momentos de aprendizagem (indicações em DCAI, DPA).

Durante todo o período de estágio, a Luísa evoluiu positivamente (reflexo que esta era uma área que desconhecia) e foi aumentando a sua segurança. Mantém-se sempre disponível e com vontade de aprender.

Realizamos frequentemente reuniões no decorrer do estágio, onde efectuamos avaliações formativas e em que reflectimos as dificuldades sentidas e os pontos positivos/negativos.

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

Data: Orientador Cláudia Cavaco / Filipa Costa do Santos Assinatura Cláudia Cavaco
Data: Estudante Carine Maria Martins Gonçalves Carine Gonçalves

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Cozinha propôs a realizar um panfletão sobre os cuidados a ter com o café de Saib, o qual foi executado e encontra-se em uso pela unidade, e um "Manual de Boas Práticas de Enfermagem, na área da Diálise Peritoneal", o qual ainda se encontra em redacção, mas possui uma excelente ferramenta de trabalho. O mesmo foi realizado com pesquisa bibliográfica, com a experiência adquirida no local de estágio e com as "Guidelines" mais actualizadas no momento.

Da avaliação do seu estágio, refere que desenvolve um trabalho bem executado, com conhecimentos técnicos que justificam os seus actos, demonstrou sempre interesse em melhorar e aperfeiçoar quer a técnica, quer os conhecimentos. Com a evolução do estágio, encontra-se actualmente capaz de resolver as situações que surjam.

Foram sempre responsáveis e ponderadas.


Desenvolve sempre boa relação, quer com os restantes técnicos da equipa, quer com os doentes/famílias.

Classifico-a com a menção de "Muito Bom" com 17 valores.

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

Data:	Orientador	Assinatura
	<u>Elisabete Laranjo,orgeta Costa do Santo</u>	<u>Elisabete Costa</u>
Data:	Estudante	
	<u>Carine Maria Martins Gonçalves</u>	<u>Carine Gonçalves</u>

Anexo IV - Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da Diálise Peritoneal



**MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM NA ÁREA DA DIÁLISE
PERITONEAL**

ELABORADO POR:

Carina Gonçalves

Lisboa, fevereiro de 2012

Agradecimento

O meu sincero agradecimento a todos aqueles que me ajudaram a concretizar este Manual, em especial ao Prof. Filipe Cristóvão, e às Enfermeiras Fernanda Gomes, Elisabete Costa e Sara Pereira.

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	8
1 – QUADRO CONCEPTUAL.....	11
2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO E FAMÍLIA EM DIÁLISE PERITONEAL	18
2.1 – Preparação do doente renal crónico e família para o início da diálise	18
2.1.1 – Cuidados de enfermagem na “Consulta de Opção de Tratamento da Doença Renal Crónica”	20
2.2 – Preparação do doente renal crónico e família para a colocação do cateter peritoneal.....	26
2.3 – Cuidados de enfermagem a ter com o cateter peritoneal no pós-operatório (imediato e tardio).....	28
2.4 – Cuidados de enfermagem no ensino da diálise peritoneal contínua ambulatoria ao doente renal crónico e família	32
2.5 – Cuidados de enfermagem no ensino da diálise peritoneal automatizada ao doente renal crónico e família	37
2.6 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família nas consultas de reavaliação após o início de diálise peritoneal continua ambulatoria.....	41
2.7 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em diálise peritoneal nas consultas de seguimento.....	44
2.8 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em dialise peritoneal com complicações mecânicas relacionadas com o cateter peritoneal	46

2.9 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em diálise peritoneal com complicações de infecção relacionadas com o cateter peritoneal (infecção do orifício, do túnel e peritonite)	49
2.10- cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em diálise peritoneal a realizar teste de equilíbrio peritoneal	55
2.11 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em diálise peritoneal na mudança do prolongador.	59
2.12 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em diálise peritoneal na visita domiciliária.....	61
3 – QUESTÕES ÉTICAS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura nº 1: Imagem de vários Cateteres Peritoneais.

Figuras nº 2 e 3: Exemplos de cicladoras, que existentes em Portugal.

SIGLAS

AGREE – Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

BH – Balanço Hídrico

BO – Bloco Operatório

cm – Centímetro

CPGMC – Curso de Pós-Graduação Médico-cirúrgica

DP – Diálise Peritoneal

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal crónica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão arterial

Kt/V – Eficácia Dialítica

min – Minuto

mL – Milímetro

NKF – National Kidney Foundation

OE – Ordem dos enfermeiros

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

sc – Subcutânea

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TA – Tensão Arterial

TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal

UF – Ultrafiltração

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

0 – INTRODUÇÃO

Actualmente, os enfermeiros têm mostrado preocupação com a elaboração de guias que orientem a prática de cuidados, uma vez que os mesmos são considerados instrumentos de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2007) Assim, deseja-se que os enfermeiros baseiem os seus actos de prestação de cuidados em práticas recomendadas, permitindo-os cuidar de uma forma mais segura e visível, com ganhos em saúde para a população alvo dos seus cuidados.

Os ganhos em saúde decorrentes de intervenções de enfermagem recomendadas podem ser visíveis quando:

- “as intervenções de enfermagem conseguem prevenir complicações;
- as intervenções de enfermagem contribuem para o melhor conhecimento do cliente na gestão da sua doença (...), por exemplo em aspectos em que o ensino feito pelos enfermeiros pode estimular comportamentos saudáveis;
- as intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria de resultados de saúde funcional dos clientes e sua qualidade de vida (...);
- as intervenções de enfermagem aumentam a satisfação dos clientes na sua relação com os enfermeiros;
- as intervenções de enfermagem derivam sistematicamente das recomendações de Boas Práticas de Cuidados conseguindo obter mudanças positivas, não só a nível profissional, como também a nível das organizações e das políticas.” (OE, 2007, p.9)

Nesta linha de raciocínio, é fácil perceber que há vantagens em basear a prática de enfermagem em guias de orientação tanto para os enfermeiros, os clientes e a própria organização.

A elaboração deste guia visa recomendar intervenções de enfermagem adequadas para a prestação de cuidados de qualidade, que respondam às necessidades dos doentes e promova uma reflexão contínua da prática.

Na produção do Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da Diálise Peritoneal, a metodologia usada compreendeu a revisão de literatura, pesquisando práticas baseadas na evidência científica; a primeira versão do documento foi

submetida a análise crítica de enfermeiros peritos na área da nefrologia, com ênfase na DP.

As práticas apresentadas estão de acordo com o nível de evidência científica 4: evidência obtida através da opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades da saúde, de acordo com a nomenclatura do AGREE.

A doença renal crónica (DRC) é uma realidade no nosso mundo e a sua incidência tende a aumentar, não sendo Portugal exceção, sendo considerada um problema de saúde pública. Em Portugal, dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) demonstram que a cada ano que passa, são registados 2200 novos casos de DRC, existindo no ano de 2009: 16011 doentes em tratamento substitutivo da função renal, estando 9646 doentes em hemodiálise (HD), 571 em DP e 5793 em transplante renal funcionante (SPN, 2010). Dos doentes em DP, 267 estão em DPCA e 307 em DPA e de 2005 a 2009 houve um aumento de 23,5% do número de doentes em DP. A aposta na promoção da saúde, prevenção da doença e complicações associadas de modo a diminuir os custos em saúde e melhorar a qualidade dos cuidados é necessária e neste contexto, o enfermeiro assume um papel de relevo para que seja possível contornar as consequências desta problemática em crescente evolução (Campbell, Woods e Sankey, 2008).

O enfermeiro com conhecimentos específicos na área da nefrologia justifica-se pela importância da prevenção e retardamento da evolução da DRC, pela necessidade de ajudar o doente e família a adaptar-se e a diminuir a dependência associada ao tratamento substitutivo da função renal, uma vez que a DRC e o seu tratamento têm impacto na qualidade de vida dos mesmos. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define o enfermeiro especialista como aquele que possui competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, na sua área de especialidade, para além dos cuidados gerais. A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) vai ao encontro do que é defendido pela OE como enfermeiro especialista, ao definir que o mesmo deve ser:

“perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos; Agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seio da família e comunidade; Intervir como perito: na criação de

condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade e na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais; (...) e Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da Pessoa Adulta e Idosa com doença crónica nas diferentes áreas de intervenção específicas Enfermagem Nefrológica” (Planeamento do CPGMC, 2009, p.5).

A DP é uma opção de tratamento da DRC “(...) que utiliza o peritoneu como membrana de diálise e a capacidade desta para permitir, após um período de equilíbrio, a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise.” (Heras, 2006, p.27 in Coronel, 2006).

Nesta área de tratamento da DRC, compete ao enfermeiro especialista desenvolver conhecimentos e técnicas que lhe permitem oferecer ao doente e família cuidados de enfermagem de qualidade, que promovam o seu auto-cuidado com “(...) intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao seu desenvolvimento e ao seu bem-estar pessoal”. (Taylor, 2002, p.213 in Torney e Alligood, 2004)

Este Manual de Boas Práticas em Enfermagem na área da DP é um ponto de partida para a concepção de novos caminhos e ideias que contribuam para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência ao doente em DP e família, qualquer que seja a técnica.

O manual em questão encontra-se dividido em três partes: a primeira apresenta o conceito de DP e a fundamentação de cuidados de enfermagem, a segunda aborda os cuidados de enfermagem ao doente e família no início e na manutenção do tratamento de DP e por último, uma pequena abordagem sobre as questões éticas que se colocam no cuidar de enfermagem.

1 – QUADRO CONCEPTUAL

A DP surge como tratamento de substituição da função renal (TSFR) na segunda metade do século XX e inicialmente, para tratar o doente numa situação aguda de insuficiência renal. No ano de 1968, o aparecimento do Cateter Tenckhoff permitiu que a DP fosse considerada como uma opção de tratamento intermitente ao doente renal crónico contudo, só em 1976 com a chegada da técnica de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) é que ocorreu o avanço da DP. (Riemam e Casal, 2010)

A DP utiliza o peritoneu como membrana de diálise e a sua capacidade para, após um período de equilíbrio, proceder à troca de água e solutos entre o sangue e a solução de diálise. (Heras, 2006, in Coronel, 2006) Considera-se que são três os elementos básicos associados à DP: a estrutura anatomo-funcional do peritoneu, as características físicas e químicas das soluções e o cateter peritoneal.

“o transporte peritoneal realiza-se entre a microcirculação e a cavidade peritoneal, por meio da combinação de dois mecanismos: difusão e convexão.” (Heras, 2006, p.32 in Coronel, 2006) A difusão é o principal mecanismo de transporte, sendo determinado pelas características do soluto e da membrana peritoneal. A convexão “(...) depende do gradiente osmótico gerado pelo agente integrante da solução de diálise (...) e da presença de aquaporinas.” (Heras, 2006, p.32 in Coronel, 2006)

As consultas de opção de tratamento na DRC devem ocorrer em tempo oportuno, de preferência no quarto estágio da doença, devendo ser um espaço de partilha de informação e de educação sobre a DRC e as diferentes técnicas de substituição da função renal: HD, DP e transplante renal. É importante que o doente renal crónico e família compreenda cada uma das TSFR e que opte por uma delas “(...) em função do seu estilo de vida e das preferências pessoais, se não existirem contra-indicações para nenhuma delas” (Arduan e Rivera, 2006, p.51 in Coronel, 2006). Contudo esta escolha do doente e família está condicionada pela anatomia e fisiologia da membrana peritoneal bem como por critérios médicos, demográficos e psico-sociais como por exemplo: doença inflamatória intestinal grave, abscesso abdominal, psicose ou depressão grave activa e deficiência mental grave sem apoio familiar, os quais constituem contra indicações. (Heras, 2006 in Coronel, 2006).

Esta TSFR apresenta algumas vantagens em relação à HD no que respeita à conservação da função renal residual e a uma

“(...) maior liberdade para a organização do tempo pessoal e habitualmente menos restrições dietéticas e de fluidos. Sob o ponto de vista médico, o estado de hidratação e os parâmetros analíticos são mais estáveis (...) a possibilidade de infecção por vírus hepatotrópicos (VHB e VHC) é muito remota.” (Arduan e Rivera, 2006, pp.51-52 in Coronel, 2006)

A DP para ser efectivada requer a existência de um acesso à cavidade peritoneal, o que é conseguido através do cateter peritoneal, sendo inúmeras as técnicas de implementação do mesmo.

“la principal función del cateter de diálisis peritoneal es facilitar el flujo bi-direccional de la solución dializante de forma consistente, sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.” (Cruz, 1999, p.166 in Montenegro e Olivares, 1999).

A equipa de enfermagem da Unidade de DP tem um papel activo na fase de implementação do cateter peritoneal, abrangendo diferentes pontos de actuação: o doente, a preparação do material e os cuidados com o cateter no pós-operatório imediato e tardio.

Antes da intervenção cirúrgica para a colocação do cateter, a enfermeira deve informar o doente e família sobre a cirurgia a que vai ser sujeito com o objectivo de reduzir o nível de ansiedade; a preparação física tem em vista a diminuição do risco de complicações e facilitar a implementação do cateter peritoneal e a preparação cirúrgica tem a finalidade de minimizar o risco de complicações e infecções associados à técnica de colocação do cateter peritoneal. (Vicent, 2006 in Coronel, 2006) Neste sentido, é recomendada a administração de um laxante que não irrite o intestino, na véspera do dia da cirurgia, com vista a diminuir o risco de perfuração em caso de má colocação do cateter peritoneal e a facilitar a colocação do cateter peritoneal no espaço intraperitoneal.

Os cuidados posteriores a ter com o cateter peritoneal são importantes para manter a sua função, aumentar a sua sobrevida e deste modo aumentar o êxito da técnica da DP. “para facilitar la cicatrización de la incisión y la incorporación de tejido a los manguitos de dacron y se cree una barrera a las bacterias, el cateter debe inmovilizarse y la incisión y orificio de salida ser cubierto por un vendaje estéril (...)” (Cruz, 1999, p.173 in Montenegro e Olivares, 1999).

Por um período de quatro a seis semanas após a implementação do cateter peritoneal, o penso do orifício de saída do mesmo deve ser executado com soluções que não

retardem o processo de cicatrização ou que afectem a pele como por exemplo “(...) produtos yodados (...)” (Cruz, 1999, p.173 in Montenegro e Olivares, 1999).

Depois deste período, os cuidados a ter com o orifício de saída do cateter peritoneal traduzem-se na lavagem/ desinfecção do mesmo com soro fisiológico ou água e sabão. A partir deste momento, o objectivo principal é manter a integridade da pele e diminuir o risco de complicações associadas ao orifício de saída do cateter peritoneal. Como este é um cuidado a ser realizado pelo doente e família no domicílio, o mesmo deve ser preparado para cuidar do cateter e do seu orifício de saída, devendo integrar este cuidado como mais uma parte da sua higiene habitual. (Notario, 2006, in Coronel, 2006)

A DP divide-se em duas modalidades: DPCA e diálise peritoneal automatizada (DPA), consoante a realização do procedimento. Na DPCA, o tratamento realiza-se “(...) de forma manual e a cavidade abdominal permanece cheia de líquido em todo o dia” (Heras, 2006, p.29 in Coronel, 2006) e a técnica divide-se em três etapas: drenagem, infusão e permanência. Na DPA é usado um sistema mecânico (cicladora) que permite a programação de um plano terapêutico.

Na DPCA, o doente e família realiza o seu tratamento de forma autónoma, no domicílio e para que tal seja possível “(...) o doente tem que passar por uma fase previa de treino, (...) e na qual se assume uma série de conceitos, na sua maioria novos para o doente, tendo que manuseá-los quase diariamente, pelo que estes devem ser claros e adaptados a cada doente que treinamos.” (Espejo e Castilla, 2006, p.299 in Coronel, 2006). O objectivo principal do ensino da DPCA é educar os doentes para que os mesmos possam realizar de modo autónomo e com a máxima segurança o seu tratamento, no domicílio. O plano de ensino do doente e família na DPCA deve contemplar temas como: descrição geral da DP, técnica asséptica da lavagem das mãos, o procedimento correcto das trocas, cuidados com o orifício de saída do cateter peritoneal, identificação de possíveis complicações e os procedimentos a realizar, o registo de dados, a adequação das suas rotinas ao tratamento e as consultas de rotina. (Riemam e Casal, 2010)

“La dialisis peritoneal automática se desarrolló com el propósito de proveer un mayor número de câmbios durante períodos prolongados de manera conveniente” (Díaz-Buxó, 1999, p.245 in Montenegro e Olivares, 1999). O ensino ao doente e família desta técnica exige um treino prévio, de aproximadamente cinco dias, com o objectivo de

“conseguir que o doente tenha um conhecimento teórico e prático da técnica; que o doente detecte e resolva as diferentes complicações que surjam durante o tratamento; potenciar o auto-cuidado, independência e integração sócio-profissional e familiar.” (Rico et al, 2006, p.307 in Coronel, 2006) O ensino termina quando o doente e família demonstram segurança na realização da técnica. Em todo este processo, a enfermeira em vez de dizer ao doente o que fazer ou de fazer por ele, trabalha com ele com o objectivo de o capacitar a tomar decisões e a agir por ele mesmo. (Pearson e Vaughan, 1992) De acordo com a teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem de Orem, o autocuidado

“(…) é uma função reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém o execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar. (...) o autocuidado tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos.” (Taylor, 2004, p.218 in Tomey e Alligood, 2004)

O facto da DP, qualquer que seja a técnica, ser realizada em ambulatório, pelo doente e família exige que ocorra um contacto periódico entre o doente e a Unidade de DP de referência.

Após a iniciação do tratamento por parte do doente e família no domicílio este deve ser observado regularmente, aproximadamente uma semana, para se analisar o risco de possíveis complicações e se proceder à avaliação da adequação do tratamento. (Bermúdez et al, 2006, p.352 in Coronel, 2006)

“Las visitas del paciente al hospital son realizadas por término medio con una periodicidad de entre 1y 2 meses, dependiendo de la estabilidad clinica del paciente y su pulcritude en el seguimiento correcto de los protocolos establecidos para sus autocuidados.” (Picó, 1999, p.207 in Montenegro e Olivares, 1999)

Contudo, o doente e família que apresentem um *deficit* de cuidado na realização do tratamento ou que apresentem, frequentemente, problemas e/ou complicações devem ser reavaliados com mais frequência.

Nas consultas de seguimento de enfermagem preconiza-se a avaliação dos aspectos relacionados com o estado físico, psíquico do doente e família e os relacionados com a execução do tratamento, com a finalidade de identificar e responder às necessidades

do doente e família, evitando possíveis complicações. (Bermúdez et al, 2006, in Coronel, 2006)

Por vezes, surgem complicações mecânicas associadas ao tratamento e que exigem um cuidado especial e adequado da enfermeira “(...) já que o compromisso do acesso à cavidade peritoneal e as próprias consequências do tratamento podem constituir um passo para o seu fracasso.” (Torre, 2006, p.335 in Coronel, 2006) Entre as complicações mais frequentes destaca-se a falência do fluxo, caracterizada pela inexistência de drenagem parcial ou total do líquido presente na cavidade peritoneal ou ainda pela dificuldade na infusão, e a fuga do líquido da cavidade peritoneal para outra região do corpo e que pode levar à suspensão temporária da técnica de DP ou à substituição do cateter peritoneal. (Torre, 2006 in Coronel, 2006)

O facto de actualmente o acesso para diálise peritoneal ser permanente deu origem a que surgisse um novo grupo de patologias, que engloba: as infecções do orifício de saída do cateter peritoneal, as do túnel do cateter e as peritonites. Estas infecções são alvo de preocupação da equipa de enfermagem e exigem uma intervenção imediata com o objectivo de “(...) evitar a colonização crónica, que pode colocar em perigo a sobrevivência do cateter e o risco de peritonite”, com o consequente abandono da técnica. (Campos, 2006, p.345 in Coronel, 2006)

O teste de equilíbrio peritoneal (PET) é essencial ao permitir:

“(...) estabelecer as características basais do peritoneu e planear o tratamento de diálise e, posteriormente, a médio prazo e a longo prazo, evidenciar as alterações funcionais, modificar planos terapêuticos, avaliar a eficácia da DP, monitorizar a estabilidade da membrana e planear estudos prospectivos” (Sánchez-Tomero e García, 2006, p.93 in Coronel, 2006)

Este teste deve ser realizado nos primeiros meses após o início de tratamento e posteriormente, de acordo com o protocolo do serviço, pelo menos uma vez por ano. Caso ocorra algum processo inflamatório grave - peritonite - deve-se realizar uma nova avaliação da membrana peritoneal, com um intervalo de quatro semanas após o episódio de infecção. (Sánchez-Tomero e García, 2006 in Coronel, 2006)

O PET permite avaliar a adequação do tratamento facultado ao doente, possibilitando que este tenha uma maior esperança de vida, sem comorbidades, complicações e sintomatologia clínica associadas. Um dos métodos de avaliação da adequação da DP

é o modelo cinético da ureia, em especial o Kt/V, que para o seu cálculo “(...) se debe sumar los aclaramientos peritoneales y renales de urea y dividirlos por el volumen de distribución de la misma. Este valor debe ser multiplicado por siete para obtener el KT/V semanal, forma habitual de expresarlo” (Bajo e Selgas, 1999, p.275 in Montenegro e Olivares, 1999)

Com vista a que os resultados obtidos através do TEP sejam validos, o líquido peritoneal drenado nas vinte e quatro horas antes do exame deve ser recolhido. As guidelines defendem um objectivo mínimo de eficácia dialítica na DP de 1,7. (NKF, 2010)

A manutenção da DP exige uma série de procedimentos quer por parte do doente e família quer por parte da equipa de enfermagem. A mudança de prolongador do cateter peritoneal é um desses procedimentos, devendo ser realizada de seis em seis meses ou sempre que ocorrer uma ruptura ou estrago no prolongador, com vista “(...) evitar qualquer tipo de contaminação.” (Ferrer e Esteban, 2006, p.383 in Coronel, 2006) e diminuir o risco de complicações e infecções.

A enfermeira de DP tem um papel importante no treino, no controlo e no seguimento do doente e família em tratamento de DP no domicílio, sendo as visitas domiciliárias uma etapa importante em todo este processo.

É através das visitas domiciliárias que é possível ajudar o doente e família a adaptar a técnica de tratamento ao seu habitat e permite a continuação dos cuidados. Actualmente no nosso país, as visitas domiciliárias são realizadas por enfermeiras referentes à empresa que fornece o material e as soluções para a realização do tratamento. As enfermeiras em questão, tomam conhecimento de que existe um doente para iniciar tratamento quando é solicitado o “Guia de Apoio ao Doente” à empresa e posteriormente, é estabelecido contacto telefónico com a equipa de enfermagem da Unidade de DP do hospital de referência e com o doente com o objectivo de agendar a visita domiciliária.

As visitas domiciliárias devem ocorrer antes do início da diálise, de modo a acorrer uma avaliação das condições do domicílio do doente e família; no momento da alta após o ensino da técnica de tratamento em que

“ajuda-se e aconselha-se como se deve colocar o material de diálise recebido, para uma melhor disponibilidade e comodidade, adaptando-o sempre o melhor possível às suas circunstâncias. Avalia-se o apoio familiar, o estado psico-social e,

logicamente, a técnica. O doente deve realizar o procedimento completamente, com o objectivo de corrigir, se for necessário, alguma anomalia e resolver as duvidas que surjam.” (Quintana et al, 2006, p.449 in Coronel, 2006)

Nas visitas de rotina anuais, avalia-se o estado físico e psicológico do doente e família, a técnica e as condições de higiene do domicílio. As visitas domiciliárias podem ainda ocorrer por pedido do doente e família, por pedido da unidade de DP de referência, para se analisar/ identificar alguma situação em concreto e após o diagnóstico de peritonite. O contacto e a transferência de informação entre a equipa de enfermagem de DP da unidade de referência e a enfermeira da empresa são conseguidos através de contacto telefónico e do envio do relatório de enfermagem após a visita domiciliária. “actualmente, a visita domiciliaria é decisiva na DP, já que nos permite observar como é realizada a técnica, assim como as condições físicas, económicas e psico-sociais onde se desenvolve (...) podemos avaliar a evolução do doente (...) assim como a sua qualidade de vida.” (Quintana et al, 2006, p. 452 in Coronel, 2006)

2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO E FAMÍLIA EM DIÁLISE PERITONEAL

A DP requer um envolvimento da equipa de enfermagem, desde o primeiro momento, com o doente/ família de modo a que este sinta que não está só e que tem ao seu lado alguém que o apoia, que o ensina e que o acompanha ao longo da sua evolução na realização do tratamento.

2.1 – Preparação do doente renal crónico e família para o início da diálise

Durante o quarto estágio da DRC (taxa de filtração glomerular estimada inferior a 30 mL/min/1.73 m²), de acordo com a NKF (2010), o doente e sua família devem ter acesso, em tempo útil, a toda a informação sobre a evolução da doença e a serem educados sobre as diferentes opções de tratamento a que podem aceder no quinto estágio: DP, HD e transplante renal – “Consulta de opção de tratamento”.

A “Consulta de opção de tratamento” na DRC é o momento privilegiado para a educação e elucidação do doente e sua família em relação ao desenvolvimento da doença e dos diferentes modos de tratamento. Hurst (1995, citado em Thomas, 2005) menciona que a educação e preparação do doente e família deve ser integrado no protocolo de tratamento uma vez que

“é essencial que o doente e os profissionais de nefrologia trabalhem em colaboração, não só para assegurar a prestação dos melhores cuidados possíveis à pessoa, mas também para que a equipa de nefrologia possa compreender os objectivos de tratamento que o doente tem em mente.” Hurst (1995, p.148 in Thomas, 2005)

A “Consulta de opção de tratamento” na DRC deve ocorrer no quarto estágio da doença, uma vez que a evolução da mesma não é previsível e os sintomas urémicos ou outro tipo de complicações pode afectar a capacidade de compreensão e decisão do doente. (NKF, 2006).

A participação do doente na opção terapêutica é importante uma vez que o torna um elemento activo no seu plano de cuidados, factor importante no sucesso de qualquer plano de tratamento, influenciando a sua qualidade de vida. (Montenegro e Olivares, 1999). Esta atitude contribui para a diminuição dos riscos de negligência e de depressão que têm sido associados ao início do TSFR. (NKF, 2010).

A família do doente, os seus amigos ou alguém significativo deve ser envolvido em todo este processo, uma vez que os mesmos podem influenciar a tomada de decisão e serão a primeira linha de apoio informal do doente. (NKF, 2010).

Para que o doente possa participar na escolha do modo de TSFR é importante que a equipa de nefrologia se tenha assegurado que o mesmo compreendeu toda a informação facultada.

Em todo este processo há um conjunto de factores que podem influenciar a tomada de decisão, entre eles salienta-se: a personalidade do doente, o seu meio social, “el deseo de mayor libertad y autonomia, la ansiedad ante las punciones venosas y la distancia al centro de hemodiálisis”. (García, Clemente e Vaca, 1999, p.16 in Montenegro e Olivares, 1999)

Na consulta de opções de tratamento da DRC devemos ser assertivos com os doentes e reflectir em conjunto, o presente e o futuro de cada uma das TSFR, de modo a evitar o fracasso das mesmas a curto médio prazo, principalmente nos doentes sem indicação para transplante.

No processo de escolha da TSFR para além de toda a informação que deve ser facultada, sempre que possível, visualizar na prática os diferentes modos de tratamento: visualização de uma sessão de hemodiálise e de um ciclo de tratamento de DP. (García, Clemente e Vaca, 1999, p.16 in Montenegro e Olivares, 1999)

Com o objectivo de cumprir o que foi mencionado anteriormente, é necessário a criação de um protocolo que oriente a equipa de enfermagem nesta abordagem ao doente e família.

Um plano de educação adequado e oportuno permite que o doente renal crónico e sua família tenham tempo para assimilar toda a informação facultada e avaliar os prós e os contras de cada opção de tratamento, permite que a equipa de saúde tenha tempo para ensinar os doentes que optam por realizar o tratamento no domicílio e aumenta a hipótese de um início de tratamento ordenado e planeado, em que é usado um acesso permanente. (NKF, 2010)

2.1.1 – Cuidados de enfermagem na “Consulta de Opção de Tratamento da Doença Renal Crónica”

Definição: Conjunto de informações a facultar, na consulta de opções de tratamento da DRC, ao doente renal crónico e sua família que visam optar por uma modalidade de TSFR.

Objectivo: Permitir que o doente renal crónico e sua família possam seleccionar o TSFR de forma informada e esclarecida, em tempo atempado.

Quem executa: O enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar.

Com que frequência: Duas consultas: na primeira consulta é facultada toda a informação relativa aos diferentes TSFR, vantagens e desvantagens de cada um, critérios de inclusão ou não nos diferentes TSFR, visualização das técnicas – HD e DP; e na segunda consulta ocorre uma reavaliação da informação anteriormente facultada e o conhecimento da tomada de decisão.

Orientações quanto à execução:

- Atender às condições do gabinete de enfermagem, o qual deve ter um ambiente calmo, sossegado e bem iluminado;
- Informar o doente e família do objectivo da consulta;
- Manter a privacidade do doente e família;
- Não prolongar a consulta por mais de quarenta e cinco min (com o objectivo de não “cansar” e sobrecarregar o doente e família com toda a informação facultada);
- Dar espaço para que o doente e família possam expor as suas dúvidas, receios.

Material necessário:

- Um gabinete de enfermagem;
- Um avental para demonstrar a técnica DPCA e o peritoneu;
- Um filtro de HD;
- Cateter de diálise peritoneal;
- Uma solução de diálise peritoneal;
- Uma agulha de punção para HD;

- Livros e folhetos para facultar ao doente e família;
- Postres de apoio.

Procedimento:

1ª Consulta:

Acção	Justificação
Reúna todo o material necessário.	Gestão de tempo.
Explique ao doente e família qual é o objectivo da “Consulta de opções de tratamento da DRC”.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
<p>Questione o doente e família sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - os seus dados pessoais (nome, idade); - actividade profissional, actividades de lazer; - patologia subjacente à DRC e comorbidades - os seus conhecimentos relativos à doença. 	Permite ao enfermeiro fazer uma avaliação inicial do doente e família que tem perante si.
<p>Forneça informações gerias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - função renal normal; - insuficiência renal; - necessidade de TSFR; - objectivo do TSFR; - suspensão/ mudança de TSFR. 	Permite ao doente e família compreenderem como o rim funciona, o que é a DRC e o objectivo do TSFR.

Os diferentes TSFR:

- Hemodiálise:

- . o que é a HD;
- . onde se realiza;
- . quando se realiza;
- . frequência e duração do tratamento;
- . acesso vascular (mostrar a agulha);
- . monitor de HD (mostrar o filtro);
- . complicações intradialíticas;
- . dieta;
- . urgências;
- . estilos de vida (trabalho, lazer, vida família, viagens);
- . vantagens e desvantagens.

- Diálise Peritoneal:

- . o que é a DP;
- . onde se realiza;
- . quando se realiza;
- . o que é o cateter peritoneal (visualização do mesmo);
- . plano de ensino ao doente e família;
- . DPCA e DPA;

Permite ao doente e família compreenderem cada um dos TSFR.

<ul style="list-style-type: none"> . visualização e exemplificação da DP através da técnica do avental e do saco de mudança; . armazenamento do material no domicílio; . dieta; . relação do doente/ família com o hospital de referencia; . urgências; . estilos de vida (trabalho, lazer, vida familiar, viagens); . vantagens e desvantagens; . indicações e contra indicações para a DP. <p>- Transplante Renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> . o que é o transplante renal; . como se realiza; . onde se realiza o transplante renal; . lista de espera e indicação para ser incluído na mesma; . origem dos rins para transplante renal; . duração do transplante renal; . consultas de rotina pós-transplante; . estilos de vida (trabalho, lazer, vida familiar, viagens). 	
<p>Dê espaço para que o doente e família possam colocar as suas dúvidas e receios.</p>	<p>Permite esclarecer dúvidas e informações incorrectas.</p>

	Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Se possível, permita que o doente e família assistam a um ciclo de tratamento de DP e a uma sessão de HD.	Permite ao doente e família ter a noção do que é cada uma das técnicas.
Agende com o doente e família uma nova consulta.	Possibilita ao doente e família tempo para assimilarem toda a informação facultada e optarem por um dos TSFR.

2º Consulta:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da segunda “Consulta de opções de tratamento da DRC”.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
<p>Questione o doente e família sobre a informação facultada na anterior consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o que é a DRC; - qual o objectivo da TSFR; - o que é a HD; - quais as vantagens e desvantagens desta técnica; 	<p>Permite ao enfermeiro fazer uma avaliação da informação retida da consulta anterior;</p> <p>Permite reformular, se necessário, alguma informação.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - qual é o conceito da DP e suas características; - as vantagens e desvantagens inerentes à técnica; - o que é o transplante renal; - quais as vantagens e desvantagens relacionadas com esta TSFR. 	
<p>Dê espaço para que o doente e família possam colocar as suas dúvidas e receios.</p>	<p>Permite esclarecer dúvidas e informações incorrectas;</p> <p>Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.</p>
<p>Peça ao doente para comunicar a sua decisão sobre a sua opção de TSFR.</p>	<p>Permite ao enfermeiro preparar o doente e família para o início do tratamento, de acordo com o TSFR seleccionado.</p>
<p>Encaminhe o doente e família para as consultas de nutrição e de apoio social.</p>	<p>Permite que o doente tenha uma dieta personalizada e que conheça os seus direitos e deveres, enquanto doente renal crónico em TSFR.</p>

2.2 – Preparação do doente renal crónico e família para a colocação do cateter peritoneal

Definição: Conjunto de acções que visam assegurar a preparação do doente para a colocação do cateter peritoneal e prevenir complicações.

Objectivos: Diminuir o nível de ansiedade do doente e família; Preparar o doente e família para a realização da técnica; Diminuir o risco de infecção.

Quem executa: O enfermeiro.

Frequência: De acordo com a necessidade do doente.

Orientação à execução:

- Atender às condições ambientais, o qual deve ser calmo, sossegado e bem iluminado;
- Informar o doente/ família do objectivo e da técnica de colocação do cateter peritoneal;
- Manter a privacidade do doente/ família.

Material necessário:

- Um cateter peritoneal;
- Um prolongador de cateter peritoneal;
- Uma máquina de tricotomia;
- Produto para enema de limpeza;
- Exames de rotina pré-operatória (analises, RX e ECG)
- Consulta de cirurgia;
- Consulta de anestesia.

Figura nº 1: Imagem de vários Cateteres Peritoneais.



Fonte: http://www.fresenius-medical-care.pt/produtos/dp_dialise_peritoneal_cateteres.html

Procedimentos:

Ação	Justificação
Reúna o material necessário.	Gestão de tempo.
Explique ao doente e família o objectivo e a técnica de intervenção a que vai ser submetido.	Permite diminuir os níveis de ansiedade do doente e família.
Prepare o doente para a intervenção cirúrgica a que vai ser submetido: - tricotomia da área de inserção do cateter peritoneal; - enema de limpeza; - esvaziamento da bexiga (incentivar o doente a urinar antes da ida para o BO); - banho/ duche com substância germicida.; - avaliação dos sinais vitais.	Permite diminuir o risco de infecção e de complicações associadas à implementação do cateter peritoneal.
Dê espaço para que o doente e família possam colocar as suas dúvidas e receios.	Permite esclarecer dúvidas do doente e família;

	Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Acompanhe o doente até ao BO.	

2.3 – Cuidados de enfermagem a ter com o cateter peritoneal no pós-operatório (imediato e tardio)

Definição: Conjunto de acções que visam promover a cicatrização e a prevenção de complicações, a assepsia através da limpeza e desinfeção do cateter, do local de inserção do mesmo, da pele subjacente e na aplicação de penso protector.

Objectivo: Diminuir o risco de infecção e de complicações associadas ao pós-operatório imediato ou tardio de colocação do cateter; Manter a integridade cutânea.

Quem executa: O enfermeiro.

Frequência: Vigilância contínua nas primeiras horas de pós-operatório; Vigilância monitorizada nos primeiros quinze dias de tratamento ou de acordo com o que é preconizado no serviço.

Orientação à execução:

- Executar técnica asséptica na manipulação do cateter peritoneal;
- Manter o penso do local de inserção íntegro, seco e estéril.
- Diminuir o risco de complicações associadas ao cateter peritoneal.

Material necessário:

- Um campo esterilizado com buraco (no pós operatório imediato);
- Compressas esterilizadas 10x10;
- Clorexidina 2% com álcool a 70%;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Dois pensos protectores esterilizados;
- Sterille-strips ou adesivo;

- Duas máscaras cirúrgicas (enfermeiro e doente).

Procedimento durante o processo de cicatrização:

Acção	Justificação
Reúna o material necessário.	Gestão de tempo.
Explique ao doente e família qual é o objectivo do procedimento e como o vai realizar.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família; Permite integrar o doente e família nos cuidados.
Posicione o doente em decúbito dorsal.	Facilita a realização do procedimento; Permite assegurar o bem-estar do doente.
Coloque a máscara cirúrgica.	Diminuir o risco de infecções nosocomiais.
Proceda à lavagem das mãos.	Diminuir o risco de infecções nosocomiais.
Peça ao doente que coloque a sua máscara.	Diminuir o risco de infecções nosocomiais.
Prepare o material.	Gestão de tempo
Remova o penso que protege o cateter peritoneal bem como o penso do local de inserção do mesmo.	
Avalie as características do penso removido, do cateter, do local de inserção do mesmo e o local circundante.	Permite monitorizar o processo de cicatrização

<p>Se apresentar sinais inflamatórios, avise o médico.</p>	<p>do local de inserção do cateter peritoneal, das suturas operatórias e despistar sinais de infezcção.</p>
<p>Aplique clorexidina 2% com álcool a 70% no cateter e no local de inserção do mesmo, deixe actuar durante 15 segundos, nos primeiros trinta dias após a colocação de cateter de diálise peritoneal.</p> <p>OU</p> <p>Aplique soro fisiológico a 0,9% no local de inserção do local de inserção do cateter, ao fim de um período de trinta dias após a colocação do cateter peritoneal.</p>	<p>Permite a remoção de microorganismos;</p> <p>Permite a desinfecção do local de inserção do cateter e do cateter;</p> <p>Facilita o processo de cicatrização;</p> <p>Permite manter a integridade da pele em redor do local de inserção do cateter.</p>
<p>Lave/ desinfecte as mãos.</p>	<p>Diminuir o risco de infecções nosocomiais</p>
<p>Limpe mecanicamente o local de inserção do cateter.</p> <p>(no 15º dia após a colocação do cateter deve retirar os pontos das suturas, caso não existam contra-indicações).</p>	<p>Ajuda na remoção de microorganismos.</p>
<p>Aplique o penso de protecção do local de inserção do cateter.</p>	<p>Permite assegurar a esterilidade do local de inserção do cateter.</p>

Coloque duas fitas de Sterille-strips ou de adesivo, em forma de X, a 5 cm do local de inserção do cateter peritoneal	Permite prevenir o traumatismo do local de inserção do cateter bem como a tracção do mesmo.
Aplique o penso de protecção do prolongador do cateter.	Permite prevenir o traumatismo do local de inserção do cateter bem como a tracção do mesmo.
Retire a sua mascara e a do doente.	
Proceda à remoção do lixo.	
Lave/ desinfecte as suas mãos.	
Ajude o doente a vestir-se e a levantar-se, se necessário.	
Proceda aos registos de enfermagem: dia/ turno; classificação do local de inserção do cateter, características da região em redor do mesmo; educação para saúde.	Permite a continuidade dos cuidados.

Nota: É da responsabilidade da enfermeira da Unidade de DP a realização do penso do local de inserção do cateter peritoneal ao quinto dia e posteriormente de três em três dias até ao décimo quinto dia, altura em que são retirados os pontos das suturas operatórias.

Classificação do orifício de saída do cateter peritoneal, de cordo com Twardoski e Prowant (Riemann e Casal, 2010):

- Orifício Perfeito: tem pelo menos seis meses de evolução; apresenta uma tonalidade de pele normal sem exsudado; pode apresentar uma pena crosta no local de inserção do cateter peritoneal;

- Orifício Bom: a pele do local de inserção do cateter peritoneal por vezes pode apresentar uma tonalidade rosa pálido, púrpura; não existe exsudado purulento ou hemático mas, pode existir um exsudado claro que resulta do tecido de granulação;
- Orifício Equívoco: há exsudado purulento e/ou hemático, em pequena quantidade, no local de inserção do cateter peritoneal acompanhado de diminuição do tecido epitelial no orifício de saída do cateter peritoneal;
- Infecção Aguda do Orifício: existe presença de exsudado purulento e/ou hemático, de forma espontânea ou após pressão na região em redor do local de inserção do cateter peritoneal. O processo de inflamação dura menos de quatro semanas e pode ser acompanhado de dor, tecido de granulação exuberante na zona e local de inserção do cateter peritoneal e existe crosta;
- Infecção Crónica do Orifício: existe presença de exsudado purulento e/ou hemático, de forma espontânea ou após pressão na região em redor do local de inserção do cateter peritoneal. O processo de inflamação dura mais de quatro semanas e existe presença de crosta no local de inserção do cateter peritoneal.

2.4 – Cuidados de enfermagem no ensino da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória ao doente renal crónico e família

Definição: Conjunto de acções que orientam o programa de ensino do doente e família na indução da DPCA.

Objectivos: Capacitar o doente e família, através de uma fase de ensino, para a realização do tratamento no domicílio, de uma forma segura.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Na indução do tratamento, durante cinco dias consecutivos.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo do programa de ensino;
- Assegurar que o doente e família compreendem cada etapa do processo de ensino;

- Assegurar que o doente e família estão capacitados para realizar o seu tratamento de forma segura, no domicílio.

Material:

- Máscara cirúrgica para cada uma das pessoas intervenientes no processo de ensino;
- Um suporte de soro;
- Uma balança;
- Duas bolsas de solução para diálise peritoneal (de acordo com o sistema do doente);
- Um campo com orifício esterilizado;
- Tampas para o prolongador do cateter;
- Desinfectante das mãos;
- Desinfectante para as conexões do cateter peritoneal.

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo e de que modo está organizado o programa do ensino do DPCA.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família
Perceba o que o doente e a família sabem sobre esta técnica de tratamento	
Programa de ensino: 1º dia: - avaliação dos sinais vitais; - avaliação do peso; - ensino sobre a função da membrana peritoneal na DP; - distinga os conceitos de diálise, eliminação de substâncias do organismo e ultrafiltração;	Iniciar o doente e família no tratamento.

<ul style="list-style-type: none"> - reforçe a técnica e a importância da realização do penso diário, ao orifício de saída do cateter peritoneal; - explique o que é a DPCA; - identifique o material necessário; - demonstre o procedimento de lavagem das mãos, justificando a sua importância; - explique a importância da técnica asséptica em cada ciclo de tratamento DP; - realize o ciclo de tratamento de DP, explicando cada passo; <p>2º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação dos sinais vitais; - avaliação do peso; - reavalie os conhecimentos adquiridos pelo doente e família do dia anterior; - explique o significado das diferentes concentrações das bolsas de solução para DP e o seu efeito; - elucide sobre a importância de cumprir o horário das mudanças e as diferenças que existem; - explique a necessidade da avaliação do peso diário, TA e do balanço hídrico na DPCA (com suporte da folha de registo do BH no domicílio); - reforçe a importância de uma correcta lavagem das mãos e da técnica asséptica (execute-a em conjunto com o doente); 	<p>Permite identificar sinais de alarme.</p> <p>Permite diminuir o risco de infecções nosocomiais.</p> <p>Permite diminuir o risco de infecções.</p> <p>Permite diminuir a ansiedade do doente e família na realização do tratamento.</p> <p>Permite reformular o ensino e esclarecer dúvidas.</p> <p>Permite despistar sinais de complicações como a HTA e a retenção de líquidos.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - promova a realização dos ciclos pelo doente com supervisão; - efectue ensino sobre os diferentes exames e testes laboratoriais a realizar periodicamente, na unidade de DP. <p>3º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação dos sinais vitais; - avaliação do peso; - reavalie os conhecimentos adquiridos pelo doente e família do dia anterior ; - reforce o ensino sobre a importância da realização diária do penso ao orifício de saída do cateter peritoneal; - explique a importância de verificar as características do liquido drenado, para despiste de complicações; - elucide sobre o que é a fibrina e o que significa; - efectue ensino sobre a administração de medicação intra - peritoneal; - reforce os ensinamentos sobre os cuidados a ter na realização de algumas actividades diárias (cuidados de higiene, exercício físico); - observe a lavagem das mãos do doente; - promova a realização dos ciclos de tratamento pelo doente com supervisão, se necessário. 	<p>Permite principiar o doente no seu processo de autocuidado.</p> <p>Permite reformular o ensino e esclarecer dúvidas do doente e família.</p> <p>Permite identificar sinais de infecção.</p> <p>Permite ao doente e família reconhecer sinais de peritonite.</p> <p>Possibilita ao doente e família reajustar a sua rotina de tratamento.</p> <p>Permite avaliar o progresso do doente na realização da técnica.</p>
---	--

<p>4º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação dos sinais vitais (pelo doente); - avaliação do peso (do doente); - reavalie o que o doente apreendeu do dia anterior; - explique ao doente e família as principais complicações infecciosas, relacionadas com: o orifício de saída do cateter peritoneal, infecção do túnel do cateter peritoneal e peritonite; - elucide o doente e família sobre as principais complicações mecânicas relacionadas com o cateter peritoneal e sua resolução; - promova a realização da técnica pelo doente, de forma autónoma; - controle todos os procedimentos efectuados pelo doente na mudança de um ciclo de DP e corrija, caso seja necessário. 	<p>Permite identificar e esclarecer dúvidas.</p> <p>Permite identificar sinais de infecção.</p> <p>Permite identificar e solucionar possíveis problemas.</p> <p>Permite avaliar o progresso do doente na realização da técnica.</p>
<p>5º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avalie a independência do doente em todos os aspectos relacionados com o seu autocuidado; - assegure que são dadas instruções escritas ao doente e família sobre a técnica, a dieta, acções que podem solucionar as diferentes complicações, bem como o contacto telefónico do hospital e da unidade de DP; - certifique-se que o doente e família já têm todo o material que necessitam para o início do tratamento no domicílio; 	<p>Permite avaliar o progresso do doente na execução do tratamento.</p> <p>Permite ao doente e família iniciar o seu tratamento no domicílio.</p>

- agende com o doente a marcação de uma consulta, para reavaliação da situação e despiste de complicações (de preferência, uma semana após o início do tratamento no domicílio).

Permite a avaliação do estado do doente e o despiste de complicações.

2.5 – Cuidados de enfermagem no ensino da Diálise Peritoneal Automatizada ao doente renal crónico e família

Definição: Conjunto de acções que orientam o programa de ensino do doente e família na indução da DPA.

Objectivos: Capacitar o doente e família, através de uma fase de ensino, para a realização do tratamento, no domicílio, de uma forma segura.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Na indução do tratamento, durante três dias consecutivos.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo do programa de ensino;
- Assegurar que o doente e família compreendem cada etapa do processo de ensino;
- Assegurar que o doente e família estão capacitados para realizar o seu tratamento de forma segura, no domicílio.

Material:

- Máscara cirúrgica para cada uma das pessoas intervenientes no processo de ensino;
- Um suporte de soro;
- Bolsas de solução para DP (de acordo com o sistema do prolongador do cateter do doente);
- Um campo com buraco esterilizado;
- Desinfectante das mãos;
- Desinfectante para as conexões do cateter peritoneal;
- Tampa para a conexão do prolongador do cateter peritoneal;

- Tampa de protecção da conexão do prolongador com a linha do sistema;
- Cicladora.

Figuras nº 3 e 4: Exemplos de cicladoras existentes em Portugal.



Fonte: http://www.baxter.pt/sobre_baxter/Brochura_Pre_Dialise.pdf e

http://www.fresenius-medical-care.pt/produtos/dp_dialise_peritoneal_automatizada.html

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo e de que modo está organizado o programa do ensino da DPA.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Perceba o que o doente/ família sabe sobre esta técnica de tratamento.	
<p>Programa de ensino:</p> <p>1º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação de sinais vitais; - avaliação do peso; - explique o que é a DPA; - identifique o material necessário; 	Iniciar o doente e família no tratamento

<p>-demonstre o funcionamento teórico-prático da cicladora;</p> <p>- reforce a importância da técnica asséptica em cada ciclo de tratamento de DP;</p> <p>- explique ao doente e família a maneira de preparar o seu tratamento;</p> <p>- realize o ciclo de tratamento de DP, explicando cada passo e a importância da técnica asséptica em todas as conexões.</p>	<p>Diminuir o risco de infecções nosocomiais.</p> <p>Principiar o doente no seu processo de autocuidado.</p>
<p>2º dia</p> <p>- avaliação dos sinais vitais</p> <p>- avaliação do peso (por parte do doente);</p> <p>- reavalie o que o doente apreendeu do dia anterior</p> <p>- reforce o significado das diferentes concentrações e volume das bolsas de solução para DP;</p> <p>- reforce a importância de uma correcta lavagem das mãos e da técnica asséptica (execute-a em conjunto com o doente);</p> <p>- efectue ensine ao doente/ família o significado dos diferentes parâmetros do tratamento (tipo de terapêutica, horas, volume total, volume de infusão, permanência e tempo perdido);</p> <p>- permita a preparação da cicladora pelo doente, com supervisão;</p>	<p>Permite esclarecer dúvidas do doente e família.</p> <p>Permite diminuir o risco de infecções nosocomiais.</p> <p>Permite iniciar o doente e família no processo de tratamento.</p> <p>Permite diminuir a ansiedade do doente e família na realização do tratamento.</p>

<p>3º dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação dos sinais viais; - avaliação do peso; - reavalie o que o doente apreendeu do dia anterior; - reforce a importância de verificar as características do líquido drenado, para despiste de complicações; - efectue ensino ao doente e família a recolher amostra de líquido peritoneal; - efectue ensino sobre a administração de medicação intra- peritoneal; - efectue ensino sobre os alarmes mais frequentes e sua resolução; - promova a preparação da cicladora e conexão do doente a esta de forma autónoma. - certifique-se que o doente e família já têm todo o material que necessitam para o início do tratamento no domicílio; - agende com o doente a marcação de uma consulta para reavaliação da situação e despiste de complicações (de preferência uma semana após o início do tratamento no domicílio). 	<p>Permite identificar e esclarecer dúvidas.</p> <p>Permite identificar sinais de peritonite.</p> <p>Permite avaliar o progresso do doente na realização da técnica.</p> <p>Permite ao doente iniciar o seu tratamento no domicílio.</p> <p>Possibilita a avaliação do estado do doente e o despiste de complicações.</p>
--	---

NOTA: Cada sessão de ensino não tem tempo determinado, varia de acordo com as necessidades do doente e família. A literatura defende que em cada sessão se devem realizar dois ciclos completos e mais uma última infusão. (Rico et al, 2006 in Coronel, 2006)

2.6 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família nas consultas de reavaliação após o início de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na consulta de enfermagem de reavaliação, ao doente e família em DP.

Objectivos: Aumentar o autocuidado e a independência do doente e família na realização do tratamento; Evitar o esquecimento por parte do doente e família dos conhecimentos já adquiridos; Permitir identificar e prevenir possíveis focos de complicações.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Nas diferentes consultas de reavaliação de enfermagem.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo das consultas de reavaliação de enfermagem;
- Cooperar com o doente e família para permitir aumentar o seu nível de qualidade de vida;
- Assegurar que o doente e família estão capacitados para realizar o seu tratamento de forma segura, no domicílio.

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo das consultas de reavaliação de enfermagem.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
1º consulta de reavaliação – habitualmente, oito dias após o doente iniciar o tratamento em DPCA:	

<ul style="list-style-type: none"> - efectue uma avaliação inicial do doente (peso, avaliação de sinais vitais, avaliação da UF, pesquisa de sinais de edema, estado geral do doente e família (humor e aspecto físico), processo de adaptação ao tratamento, vida familiar, trabalho, actividades lúdicas...) - questione o doente e família se ocorreram problemas na realização do tratamento; - avalie o orifício de saída do cateter peritoneal; - reforce os ensinamentos necessários; - agende nova consulta de enfermagem, com um intervalo de oito dias; - efectue registos de enfermagem. 	<p>Possibilita a avaliação do estado do doente, o despiste de complicações, o reforço de ensinamentos e a avaliação do doente ao tratamento.</p> <p>Permite detectar sinais de infecção.</p> <p>Permite a continuidade dos cuidados.</p>
<p>2º consulta de enfermagem de reavaliação – quinze dias após o início do tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efectue uma avaliação inicial do doente (peso, avaliação de sinais vitais, avaliação da UF, pesquisa de sinais de edema, estado geral do doente e família (humor e aspecto físico), processo de adaptação ao tratamento, vida familiar, trabalho, actividades lúdicas...) - questione o doente e família se ocorreram problemas na realização do tratamento; - avalie o orifício de saída do cateter peritoneal; - avalie os conhecimentos dos doentes relativos aos 	<p>Possibilita a avaliação do estado do doente, o despiste de complicações, o reforço de ensinamentos e a avaliação do doente ao tratamento.</p> <p>Permite reavaliar os</p>

<p>ensinos realizados na consulta anterior;</p> <ul style="list-style-type: none"> - corrija, se necessário, algum dos procedimentos incorrectos que podem por em risco o doente; - reforce os ensinos necessários; - agende nova consulta de enfermagem, com um período de intervalo de quinze dias; - efectue os registos de enfermagem. 	<p>ensinos realizados na consulta anterior.</p> <p>Permite a continuidade dos cuidados.</p>
<p>3º consulta de enfermagem de reavaliação – habitualmente, um mês após o início do tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efectue a avaliação inicial do doente (peso, avaliação de sinais vitais, avaliação da UF, pesquisa de sinais de edema, estado geral do doente e família (humor e aspecto físico), processo de adaptação ao tratamento, vida familiar, trabalho, actividades lúdicas...) - questione o doente e família se ocorreram problemas na realização do tratamento; - avalie o orifício de saída do cateter peritoneal; - avalie os conhecimentos dos doentes relativos aos ensinos realizados na consulta anterior e corrija os que estiverem “erradas”; - reforce o ensino relativo a dieta, exercício físico e medicação que toma (falar também das diferentes concentrações das soluções de DP); - agende nova consulta de enfermagem; - efectue as notas de enfermagem. 	<p>Possibilita a avaliação do estado do doente, o despiste de complicações, o reforce de ensinos e a avaliação do doente ao tratamento.</p> <p>Permite a continuidade dos cuidados.</p>

Nota: Ao fim da terceira consulta de reavaliação de enfermagem ao doente renal crónico em DP e sua família, se não for identificada nenhuma complicação que possa por em causa a qualidade do tratamento, o doente pode ter “alta” das consultas de reavaliação de enfermagem. Deverá ser agendada uma consulta de rotina de enfermagem com um intervalo de tempo de aproximadamente um mês.

2.7 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal nas consultas de seguimento

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na consulta de enfermagem de rotina, ao doente e família em DP.

Objectivos: Aumentar o autocuidado e a independência do doente e família na realização do tratamento; Evitar o esquecimento por parte do doente e família dos conhecimentos já adquiridos; Permitir identificar e prevenir possíveis focos de complicações.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Nas diferentes consultas de rotina de enfermagem.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo das consultas de rotina de enfermagem;
- Cooperar com o doente e família para permitir aumentar o seu nível de qualidade de vida;
- Assegurar que o doente e família estão capacitados para realizar o seu tratamento de forma segura, no domicílio.

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo das consultas de rotina de enfermagem.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
<p>Consulta de rotina de enfermagem (dois meses após o início do tratamento):</p> <ul style="list-style-type: none">- faça uma avaliação inicial do doente:<ul style="list-style-type: none">. peso, avaliação de sinais vitais, avaliação da UF, pesquisa de sinais de edema;- estado geral do doente e família (humor e aspecto físico), processo de adaptação ao tratamento, vida familiar, trabalho, actividades lúdicas;- questione o doente e família se houve problemas na realização do tratamento;- avalie o orifício de saída do cateter peritoneal;- reavalie os ensinamentos realizados nas consultas anteriores;- reforce o ensino de acordo com as necessidades identificadas;- agende uma nova consulta de rotina de enfermagem (com um intervalo de tempo de dois meses);- registre os dados de enfermagem.	<p>Permite avaliar o estado físico e psicológico do doente e família.</p> <p>Permite avaliar as características do orifício de saída do cateter peritoneal.</p> <p>Permite responder às necessidades identificadas e diminuir o risco de complicações.</p> <p>Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.</p>

Nota: Os ensinamentos a efectuar nas consultas de rotina de enfermagem devem ser feitos tendo em linha de conta a avaliação das necessidades detectadas. Contudo, existe um conjunto de temas que devem ser abordados: a lavagem/ desinfeção das mãos, a técnica asséptica na realização das trocas, a importância de cumprir o horário das mudanças, o registo do balanço hídrico, a avaliação do peso diário, a realização do penso diário do orifício de saída do cateter peritoneal e o despiste de sinais de complicações, a importância da observação do líquido drenado para despiste de sinais de infecção, o “enquadramento” do tratamento nas rotinas diárias do doente e família (cuidados de higiene, trabalho, exercício físico, dieta, vida familiar) e despiste de sinais de infecção (infecção do orifício de saída do cateter peritoneal, infecção do túnel e peritonite).

2.8 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal com complicações mecânicas relacionadas com o cateter peritoneal

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na identificação e na resolução de complicações secundárias a técnica de DP.

Objectivos: Diminuir o risco do fracasso do tratamento – DP – associado ao compromisso do acesso a cavidade peritoneal e às consequências do próprio tratamento.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Sempre que for identificada uma complicação mecânica relacionada com a DP.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito o doente;
- Assegurar ao doente e família a manutenção do tratamento de forma segura e eficaz, no domicílio.

Nota: As complicações secundárias a técnica de DP e à disfunção do cateter peritoneal são várias. Neste manual serão abordadas algumas: a falência do fluxo (infusão/drenagem) e fuga do líquido.

Procedimento na Falência do Fluxo:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Providencie a realização de um RX de abdómen em pé.	
<p>O tratamento depende da causa subjacente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cateter mal posicionado: explique a importância da administração de laxantes e/ ou enemas de limpeza; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - cateter obstruído: realize um enema de limpeza ao doente; administre agente fibrinolítico no cateter peritoneal de acordo com protocolo do serviço e, se necessário, prepare o doente para medidas mais invasivas como a desobstrução cirúrgica do cateter peritoneal. 	<p>Favorece as variações da posição de cateter.</p> <p>Permite o funcionamento do cateter peritoneal, de forma adequada.</p>
Registe todas as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados das mesmas.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Procedimento na fuga de líquido:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais, peso, pesquise sinais de edemas).	Permite identificar as necessidades do doente.
Prepare o doente para a realização de exames complementares de diagnóstico, de acordo com indicação médica.	Permite ajudar no diagnóstico da fuga de líquido peritoneal.
Incentive o doente a realizar os ciclos de tratamento na posição de supina e com volumes de solução menores (no caso de uma fuga pequena); OU Providencie o repouso peritoneal de duas a quatro semanas, com suspensão temporária da DP (no caso de uma fuga grande); Ajude o doente e família no seu processo de adaptação à HD.	Permite a continuação da DP sem causar mais complicações. Permite diminuir o risco de complicações associadas à fuga do líquido peritoneal. Permite diminuir os receios e a ansiedade do doente e família.
Registe os dados colhidos da avaliação inicial, as intervenções de enfermagem realizadas e o resultado das mesmas.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.

2.9 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal com complicações de infecção relacionadas com o cateter peritoneal (infecção do orifício, do túnel e peritonite)

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na identificação e na resolução de complicações infecciosas em DP.

Objectivos: Diminuir o risco do fracasso do tratamento – DP – associado ao compromisso do acesso a cavidade peritoneal e às consequências do próprio tratamento.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Sempre que for identificada uma complicação infecciosa relacionada com a DP.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito o doente;
- Assegurar ao doente e família a manutenção do tratamento de forma segura e eficaz, no domicílio.

Procedimento na Infecção do Orifício de Saída:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais, peso).	Permite identificar as necessidades do doente e família.

Observe o orifício de saída do cateter peritoneal	Permite detectar sinais de alarme.
Aperte suavemente a região em redor do orifício de saída, para verificar a existência de exsudado purulento.	
Colha amostra do exsudado do cateter em condições de assepsia, de acordo com protocolo do serviço.	Permite a identificação do agente microbiano responsável pela infecção.
Palpe o túnel para detectar sinais de tumoração.	Permite o despiste de complicações.
Realize o penso do orifício de saída do cateter peritoneal.	Permite diminuir o risco de infecções.
Reforce os ensinamentos sobre os cuidados a ter com a lavagem/ desinfecção das mãos, na realização do penso do orifício de saída do cateter peritoneal.	Permite diminuir o risco de infecção nosocomial.
Incite o doente a cumprir o esquema terapêutico que lhe foi instituído.	Permite tornar o tratamento eficaz.
Dê espaço para que o doente e família possam expressar as suas dúvidas e receios.	Possibilita a diminuição da ansiedade do doente e família.
Agende com o doente e família uma visita à unidade setenta e duas horas após o início da antibioterapia, para reavaliação do tratamento.	Permite que exista um reajuste do antibiótico de acordo com o teste de sensibilidade e a resposta clínica.

Registe os dados colhidos da avaliação inicial, as intervenções e os ensinamentos de enfermagem realizados.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.
---	--

Nota: Se existir uma melhoria clínica na primeira semana o esquema terapêutico deve ser mantido durante três semanas. Se não ocorrer uma melhoria clínica na primeira semana deve ser considerada a realização de ecografia do túnel e o “shaving do cuff externo”.

Procedimento na Infecção no Túnel do Cateter Peritoneal:

Ação	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais, peso).	Permite identificar as necessidades do doente e família.
Observe o orifício de saída do cateter peritoneal.	Permite detectar sinais de infecção.
Aperte suavemente a região em redor do orifício de saída, para verificar a existência de exsudado purulento.	
Colha amostra do exsudado do peri cateter em condições de assepsia, de acordo com protocolo do serviço.	Permite a identificação do agente microbiano responsável pela infecção.
Palpe o túnel para detectar sinais de tumoração.	

Realize o penso do orifício de saída do cateter peritoneal.	
Colha sangue para exame analítico, de acordo com protocolo do serviço.	
Prepare o doente para a realização de ecografia do túnel subcutâneo.	Ajuda no diagnóstico clínico.
Reforce os ensinamentos sobre os cuidados a ter com a lavagem/ desinfecção das mãos, na realização do penso do orifício de saída do cateter peritoneal.	Permite diminuir o risco de infecção nosocomial.
Incite o doente a cumprir o esquema terapêutico que lhe foi instituído.	Permite uma resposta eficaz do tratamento.
Dê espaço para que o doente e família possam expressar as suas dúvidas e receios.	Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Agende com o doente e família uma visita à unidade setenta e duas horas após o início da antibioterapia, para reavaliação do tratamento.	Permite que exista um reajuste do antibiótico de acordo com o teste de sensibilidade e a resposta clínica.
Registe os dados colhidos da avaliação inicial, as intervenções e os ensinamentos de enfermagem realizados.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Nota: Se não ocorrer uma melhoria clínica e ecográfica na primeira semana após o início da antibioterapia, deve ser ponderada a remoção do cateter peritoneal.

Procedimento na Peritonite:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Crie um ambiente de conforto e de segurança	
Faça uma avaliação inicial do doente (avaliar sinais vitais, peso, temperatura auricular).	Permite avaliar física e psicologicamente o doente e família.
Questione o doente e família sobre a existência de problemas intestinais ou a ocorrência de erros na realização da técnica.	
Pesquise sinais de infecção peritoneal (dor abdominal, febre, vômitos, líquido peritoneal turvo).	Ajuda no diagnóstico da patologia.
Colha sangue para exame analítico, de acordo com protocolo do serviço.	
Colha líquido peritoneal para exame citológico e bacteriológico, de acordo com protocolo do serviço.	Permite identificar o agente responsável pela infecção.
Promova o conforto do doente através da administração de antipiréticos (no caso de febre) e analgésicos.	Permite aumentar o nível de bem-estar do doente.
Reforce o ensino sobre o modo e os cuidados a ter na administração de medicação nas bolsas de solução para DP	Permite diminuir o risco de infecção nosocomial.

Demonstre como é preparada e administrada a antibioterapia nas bolsas de solução para tratamento em DP, de acordo com o protocolo do serviço e a função renal do doente.	
Dê informação escrita ao doente e família que permitam a realização de um tratamento eficaz.	
Incite o doente a cumprir o esquema terapêutico que lhe foi instituído	Possibilita a eficácia do tratamento.
Reforce os ensinamentos sobre os cuidados a ter com a lavagem/ desinfecção das mãos, na realização do penso do orifício de saída do cateter peritoneal.	Permite diminuir o risco de infecção nosocomial.
Dê espaço para que o doente e família possam expressar as suas dúvidas e receios.	Possibilita diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Agende com o doente e família uma visita à unidade quarenta e oito horas após o início da antibioterapia, para reavaliação do tratamento (avaliação inicial do doente, pesquisa de complicações e intercorrências, colheita de líquido peritoneal para citologia e bacteriológico).	Permite que exista um reajuste do antibiótico de acordo com o teste de sensibilidade e a resposta clínica.
Registe os dados colhidos da avaliação inicial, as intervenções e os ensinamentos de enfermagem realizados.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Nota: Se o doente com diagnóstico de peritonite tiver como modo de tratamento: DPA o mesmo deve mudar para DPCA durante alguns dias. Nestes casos há necessidade de reforçar o ensino sobre os cuidados a ter na conexão e desconexão do cateter peritoneal, de modo a garantir a diminuição do risco de infecção.

O uso de heparina está recomendado em todas as trocas desde o início do protocolo de tratamento da peritonite até que o líquido peritoneal fique límpido, excepto indicação contrária.

É importante reforçar que a administração de antibioterapia intra peritoneal deve ocorrer no ciclo de maior permanência.

Ao décimo dia após o início do protocolo para a peritonite, o doente deve ser reavaliado, tendo em linha de conta a intervenção de enfermagem realizada nas quarenta e oito horas de tratamento.

2.10- Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal a realizar Teste de Equilíbrio Peritoneal

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na execução do teste de equilíbrio peritoneal ao doente renal crónico em DP.

Objectivos: Permitir a avaliação do Kt/V e deste modo identificar a eficácia da diálise.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: Uma vez por ano e sempre após a ocorrência de uma peritonite, com um intervalo de quatro semanas após o fim do tratamento.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito o doente;

Material:

- Saco de solução de DP de maior concentração;
- Desinfectante para as mãos e conexões;
- Tubos secos (7);
- Máscaras (enfermeiro e doente);
- Suporte de soro;
- Balança;
- Campo com orifício esterilizado;

- Aquecedor;
- Garrote;
- Seringas de 5cc;
- Agulhas SC;
- Dois frascos esterilizados.

Nota: Previamente, existe um contacto com entrega de informação escrita ao doente e família em que é explicado o protocolo do PET e o que o doente deve realizar na véspera.

A informação escrita facultada deve conter os seguintes dados:

- o doente deve dirigir-se em jejum à Unidade, no horário a combinar com a enfermeira;
- irá permanecer cerca de quatro horas e trinta minutos na Unidade; durante este tempo serão colhidas amostras à chegada, na segunda e quarta hora, neste intervalo de tempo o doente pode ausentar-se da Unidade;
- não deve realizar a primeira mudança da manhã;
- deverá trazer para a realização do PET:
 - . urina das 24horas;
 - . amostra do líquido drenado na noite, no caso de DPA;
 - . amostra de todas as trocas realizadas, no caso de DPCA (excepto a primeira mudança do dia anterior);
 - . amostra da permanência diurna ou nocturna, se houver;
 - . registo do balanço hídrico do dia anterior.

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Coloque o saco da solução de diálise a aquecer.	

<p>Crie um ambiente de conforto e de segurança.</p>	
<p>Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais, peso e altura do doente; intercorrências).</p>	<p>Permite uma avaliação física e psicológica do doente e família.</p>
<p>Realize a técnica de acordo com o protocolo da unidade.</p>	
<p>Colha as amostras segundo o protocolo da unidade.</p> <p>Exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colha amostra de sangue para tubo seco (S0); - ajude o doente a preparar o saco de diálise, pese-o e registre o seu peso; - coloque a máscara e peça ao doente para a colocar também; - incentive o doente a lavar as mãos; - peça ao doente para conectar o saco de diálise ao cateter peritoneal, cumprindo a técnica asséptica; - peça ao doente para realizar a drenagem do peritoneu numa posição vertical; - recolha uma amostra da solução de diálise a infundir (L0), para tubo seco; - informe o doente que a solução a infundir deve ser administrada na posição de supina, o mais rápido possível; 	<p>Permite a colheita de substâncias que permitem a avaliação da eficácia dialítica.</p>

- peça ao doente, posteriormente, para rodar de um lado para o outro umas seis vezes;
- registre a hora do início da infusão;
- meça o débito total de urina de 24h e registre o seu valor (U24h)
- recolha amostras em tubo seco de:
 - . líquido drenado na DPA (L24h) ou
 - . misture 5cc de cada troca, no caso da DPCA, num frasco, misture a solução obtida e depois recolha 5cc da mesma (L24h);
- na segunda hora, após a infusão:
 - . colha amostra de sangue para tubo seco (S2);
 - . peça ao doente para abrir o cateter e drenar 100cc do líquido presente no peritoneu para um frasco; posteriormente, colha 5 cc desse mesmo líquido para tubo seco (L2);
- na quarta hora após a infusão:
 - . peça ao doente para realizar a drenagem completa da solução presente no peritoneu;
 - . pese o saco drenado e registre o seu valor;
 - . recolha 10cc do líquido drenado e posteriormente divida-o por dois tubos secos (5cc para cada).
- peça ao doente para infundir a solução correspondente ao seu tratamento e já pré-aquecida.

Dê espaço para que o doente/ família possam expressar as suas dúvidas e receios.	Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Registe a actividade realizada, assim como as necessidades identificadas e/ ou os ensinamentos reforçados.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.

2.11 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal na mudança do prolongador.

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na mudança do prolongador do cateter peritoneal.

Objectivos: Mudar o prolongador do cateter de uma forma estéril, evitando qualquer tipo de contaminação.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: De seis em seis meses, excepto quando ocorrem rupturas ou exteriorização do prolongador.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito o doente;
- Assegurar ao doente e família a realização da técnica o mais segura possível;
- Assegurar ao doente e família a manutenção do tratamento de forma eficaz, no domicílio.

Material:

- Duas máscaras cirúrgicas;
- Um par de luvas esterilizadas;
- Iodopovidona;
- Um tabuleiro de penso composto;
- Um prolongador (do sistema do doente);

- Tampa de cateter;
- Campo com orifício esterilizado.

Procedimento:

Acção	Justificação
Prepare o material todo.	Gestão de tempo.
Explique ao doente e família qual é o objectivo da intervenção a que vai ser sujeito.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Crie um ambiente de conforto e de segurança.	
Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais e peso).	Permite identificar sinais de complicações.
Peça ao doente para se deitar em decúbito supino.	
Peça ao doente para colocar máscara.	Permite diminuir o risco de infecção nosocomial.
<p>Execute a técnica de acordo com protocolo do serviço.</p> <p>Ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lave as mãos; - abra todo o material e coloque-o na mesa de apoio; - coloque iodopovidona até ao meio da cuvete; - calce os dois pares de luvas; - adapte a tampa do cateter ao novo prolongador; 	Permite diminuir o risco de infecção.

<ul style="list-style-type: none"> - envolva o prolongador do cateter peritoneal com compressas embebidas em iodopovidona e desadapte-o; - mergulhe a “ponta” do cateter peritoneal na cuvette com iodopovidona durante dez min; - proteja a ponta do cateter com uma compressa seca; - retire o primeiro par de luvas; - adapte o novo prolongador ao cateter; - certifique-se que não há risco de que ocorra uma desconexão inadvertidamente; - ajude o doente a levantar-se. 	
<p>Dê espaço para que o doente e família possam expressar as suas dúvidas e receios.</p>	<p>Permite diminuir o nível de ansiedade do doente e família.</p>
<p>Registe a actividade realizada, assim como as necessidades identificadas e/ ou os ensinios reforçados.</p>	<p>Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem.</p>

2.12 – Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico e família em Diálise Peritoneal na visita domiciliária

Definição: Conjunto de acções que orientam o enfermeiro na visita domiciliária ao doente e família em DP.

Objectivos: Permitir avaliar e acompanhar a evolução do doente e família em programa de DP; Fazer a ligação entre o doente e família no seu domicílio e a equipa de enfermagem da unidade de referência do doente.

Quem executa: O Enfermeiro.

Frequência: A primeira visita deve ocorrer logo que o doente inicie o seu tratamento no domicílio; uma vez por ano, por rotina; sempre que o doente e família ou a unidade de referência do mesmo requisitar uma visita domiciliária e após o diagnóstico de peritonite.

Orientações quanto à utilização:

- Explicar o objectivo da visita domiciliária ao doente e família;
- Garantir o apoio telefónico e presencial ao doente e família de modo a diminuir o nível de ansiedade dos mesmos;
- Assegurar ao doente e família a manutenção do tratamento de forma eficaz, no domicílio.

Procedimento:

Acção	Justificação
Explique ao doente e família qual é o objectivo da visita domiciliária.	Diminuir o nível de ansiedade do doente e família.
Crie um ambiente de conforto e de segurança.	
Faça uma avaliação inicial do doente (avalie sinais vitais e peso).	Permite a identificação de sinais de alarme.
Faça uma avaliação do local em que se vai realizar o tratamento.	Permite detectar sinais de complicações.
Avalie as condições de acondicionamento do material.	
Ajude o doente a reorganizar o espaço em que vai acondicionar e/ ou realizar o tratamento.	Permite otimizar o espaço em que o doente e família irá acondicionar o material e/ ou realizar o tratamento.

Ensine o doente a trabalhar com a balança (para pesar o saco das soluções).	
Explique ao doente e família como funciona a linha de apoio.	Permite o contacto telefónico com a enfermeira da empresa que lhe fornece o tratamento.
Observe a técnica de conexão do doente em DPCA ou em DPA.	Permite identificar necessidades.
Reforce ensino, de acordo com as necessidades identificadas.	Permite colmatar as necessidades identificadas.
Dê espaço para que o doente e família possam expressar as suas dúvidas e receios.	Permite diminuir o risco de ansiedade do doente e família.
Registe os dados colhidos através da avaliação inicial, as necessidades identificadas e/ ou os ensinamentos reforçados.	Permite a continuidade dos cuidados.
Reencaminhe a folha do registo da visita domiciliária para a Unidade de DP de referência do doente/ família.	Permite a continuidade dos cuidados de enfermagem e a ligação entre o domicílio do doente e a unidade de referência do mesmo.

Nota: De acordo com a avaliação da equipa de enfermagem da Unidade de referência do doente e família pode ser pedido a observação de um procedimento em particular, como por ex. a realização do penso do orifício de saída do cateter peritoneal.

A visita domiciliar estabelece a ligação do doente e família no domicílio com a sua Unidade de referência e, deste modo, a continuidade dos cuidados através da partilha de informação, de necessidades/ complicações identificadas, o que possibilita ajudar o doente/ família a manter um tratamento seguro e eficaz.

3 – QUESTÕES ÉTICAS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento da profissão de Enfermagem tem-se realizado a diferentes níveis, com especial atenção para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica.

A “enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e os grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima funcional tão rapidamente quanto possível” (DL nº 161/96, artº 4º, ponto 1, in OE, 2003)

A equipa de enfermagem tem um papel preponderante no cuidar do doente renal crónico e família em DP, uma vez que a essência da enfermagem é o cuidar, tendo por base o respeito pelos direitos e pela dignidade humana. Neste sentido e numa perspectiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente e família assenta no princípio da dignidade humana. O Código Deontológico do Enfermeiro, nº 1 do artigo 78 menciona que “as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação de defesa da liberdade e da dignidade humana.” (OE, 2003)

A OE (2003) defende que a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais numa relação profissional.

Nesta lógica de pensamento, o enfermeiro deve cuidar de todos os doentes sem os discriminar por motivo algum que seja, promover o seu bem, o seu benefício tendo em linha de conta o reconhecimento que cada pessoa é um fim em si mesma: livre, autónoma e capaz de decidir por si mesma. (OE, 2003) O cuidado é uma finalidade em enfermagem tendo como objectivo contribuir para o bem-estar de todos aqueles de quem cuida.

A equipa de enfermagem tem um contacto mais próximo e contínuo com o doente e família e para além dos cuidados de cuidados de enfermagem devem assumir um “(...) um papel significativo no bem estar psicológico do doente” (Azevedo et al, 2010, p.35) No processo de cuidar do doente e família em DP, a equipa de enfermagem deve apresentar-se coesa, com os mesmos objectivos e com o mesmo modo de abordagem

para que o doente e família se sintam seguros de que todas as suas necessidades terão uma resposta eficaz.

Desde o primeiro contacto do doente e família com a equipa de enfermagem deve ocorrer uma definição do campo de acção da enfermagem e do doente e família, incentivando a que este tenha o poder de decisão sobre si próprio, promovendo a sua independência, a sua responsabilização e autocuidado. Nesta relação de cuidar devem ser respeitados direitos e deveres éticos:

- dever de informação (Art. 84): a informação baseia-se na capacidade de comunicar de cada um dos intervenientes. Neste campo, a enfermeira deve

“informar o individuo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo, em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, s.d. p.71)

com a finalidade de proteger, promover a liberdade individual e o respeito pelas decisões tomadas por cada um, desde que sejam esclarecidas;

- dever de sigilo (Art. 85) que obriga o enfermeiro a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. Deste modo, é salvaguardado “(...) que o dever de sigilo ou de segredo existe como forma de preservar um direito, ou seja, é pelo direito à confidencialidade, que se afirma o dever de sigilo” (OE, s.d. p.80);

- direito ao cuidado (Art. 83), o respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença é assumido pelo enfermeiro como um dever de

“co-responsabilizar-se pelo atendimento do individuo em termo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento; orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência; respeitar e possibilitar ao individuo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde; assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; (...)” (OE, s.d. p.65);

- direito à vida e à qualidade de vida (Art. 82) que se resume a atribuir valor à vida de qualquer pessoa; respeitar as dimensões bio-psicossocial, cultural e espiritual de cada pessoa; valorizar a vida e a qualidade de vida recusando a participação em alguma forma de tratamento desumano. Estes direitos transformam-se em deveres que devem ser assumidos pelo enfermeiro em cada acto de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARDUAN, Alberto Ortiz; RIVERA, Maria Teresa (2006) – A diálise peritoneal no tratamento da insuficiência renal crónica. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual práctico de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.51-53.

BAJO, María Auxiliadora; SELGAS, Rafael (1999) – Diálisis Peritoneal adecuada. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 273-290.

BERMÚDEZ, Encarnación Lopez; [et al] (2006) – Papel do profissional de enfermagem no seguimento de doentes em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual práctico de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.351-356.

CAMPBELL, S.; WOODS, M.; SANKEY, J. - Chronic kidney disease and the primary health care framework. **Renal Society of Australasia Journal**. [em linha]. Vol.4, nº3 (Setembro 2008), pp.81-89. Acedido em 2009/11/20. Disponível em:

CAMPOS, Carmen Trujillo (2006) – Complicações infecciosas em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual práctico de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.345-356.

CRUZ, Cosme (1999) – El acceso peritoneal. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 165-174.

DÍAZ-BUXÓ, José A. (1999) – Diálisis Peritoneal Automática. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 245-259.

ESL, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA [cd] – **Planeamento do CPGMC final** – Lisboa: [s.n], 2009.

ESPEJO, Jesús Lucas Martín; CASTILLA, Antonia Concepción Gómez (2006) – Ensino da diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et

al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.299-305.

GARCÍA, Manuel; PONZ, Esther; VACA, Josefa Ramírez (1999) – Organización de un programa de diálisis peritoneal. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 13-26.

HERAS, Manuel Macia (2006) – Conceito de diálise peritoneal, fisiologia e anatomia. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.27-32.

HURST, Judith (2005) – Cuidados pré-dialise. **In:** THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-85. p.133-154.

MAS, Amelia Fabregat;-ç FERRER, Pilar, Serrano; ESTEBAN, Josefina Diéguez (2006) – Protocolo de mudança do prolongador. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.383-385.

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_guide1.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_guide2.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_guide3.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_guide5.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_rec1.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uhd_pd_va/pd_rec2.htm

NKF, NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006). Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va/pd_rec3.htm

NOTARIO, María José Castro (2006) – Cuidados do orifício de saída do cateter peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.293-298.

OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados**. [em linha] Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_B_Praticas.pdf

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS. ISBN: 0-433-24902-1.

PICÓ, Luis (1999) – Protocolos y cuidados de enfermería de la técnica dialítica peritoneal. **In:** MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Jesús – **La Dialisis Peritoneal**. [s.l.]: DIBE, S.L. ISBN: 84-605-9322-3. p. 201-215.

QUINTANA, Francisco Herrera; [et al] (2006) – Visita domiciliária. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.449-452.

RICO, Lidia Portela; [et al] (2006) – Ensino da diálise peritoneal automatizada (DPA). **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.307-312.

RIEMANN, Aase; CASAL, Maria Cruz (2010) – **Diálisis Peritoneal: Guía de Práctica Clínica**. Madrid: Imprenta Tomás Hermanos. ISBN: 978-84-613-8802-8.

SÁNCHEZ-TOMERO, José Antonio; GARCÍA, Antonio Cieugeda (2006) – Avaliação funcional da membrana peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual**

prático de diálise peritoneal. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.93-102.

SPN, SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFRLOGIA. Acedido em 07/10/2010.
Disponível em:
http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registro_2009/default.asp.

TAYLOR, Susan, G. (2004) – Dorothea E. Orem: Teoria do deficit de Auto – cuidado de Enfermagem. **In:** TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 972-8383-74-6. p.211-236.

TORRE, Sonia Sánchez de la (2006) – Complicações mecânicas em diálise peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.335-343.

VICENT, Luis Picó (2006) – Actividades de enfermagem na implantação do cateter peritoneal. **In:** CORONEL, Francisco (coord.) et al – **Manual prático de diálise peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN 972-99288-5-1. p.289-292

Anexo V - Plano da sessão

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

ÁREA DE INTERVENÇÃO ESPECÍFICA: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

Plano da Sessão de Formação em Serviço

TEMA DA SESSÃO: Apresentação e discussão do Manual de Boas Práticas de Enfermagem na área da DP.

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

LOCAL: Nephrocare Vila Franca de Xira

DATA: a agendar

DURAÇÃO: 45 a 60 min

FORMADOR: Carina Gonçalves

OBJECTIVO GERAL:

- Sensibilizar os enfermeiros da Nephrocare de VFX para a importância de adopção de boas práticas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica e família em DP.

	Objectivos específicos	Conteúdos	Metodologia / recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar o tema;• Expor os objectivos;• Fundamentar a pertinência do trabalho.	<ul style="list-style-type: none">• Tema;• Objectivo geral;• Objectivos específicos;• Sumário.	Expositivo/ Projector multimédia e computador (PowerPoin)	2 minutos

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar conhecimentos sobre DP; • Dar a conhecer cuidados de enfermagem que visem promover a boa prática de cuidados na DP; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de DP; • Selecção dos doentes para DP; • Características do cateter peritoneal; • Tipos de modalidades de DP; • Soluções electrolíticas para DP. • Cuidados de enfermagem antes, durante e após à Pessoa e família submetida a DP; • Prevenção de complicações. 	Expositivo/ Projector multimédia e computador (PowerPoin)	25 a 30 minutos
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a discussão e debate de ideias acerca do Manual de Boas Práticas. 		Discussão	10 a 15 minutos

Síntese e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as ideias principais da sessão; • Avaliação da sessão pelos formandos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias da sessão; • Preenchimento da folha de avaliação. 	Expositivo/ Projector multimédia e computador (PowerPoin)	3 minutos
---------------------	--	--	--	--------------

**Anexo VI - Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora da
Nephrocare de Vila Franca de Xira**

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Srª Enfermeira demonstra empenho nas funções que lhe são atribuídas e nos cumprimentos dos objectivos a que se propõe. Com frequência questiona de forma crítica as práticas, procurando pesquisas as teriar e referenciar que as regulam e que contribuem para a melhoria contínua do seu desempenho como enfermeira.

Evoluiu bastante no conhecimento do dte e da doença renal crónica e nas terapias de substituição de doença renal nomeadamente a diálise peritoneal em que tinha poucos conhecimentos e onde desenvolveu competências que lhe permitem contribuir para a formação dos restantes elementos de equipa em que se encontra integrada. Para tal contribuiu o estágio que realizou no serviço de DR do HSC bem como a elaboração do Manual de diálise peritoneal que contribuiu como elemento de orientação para o planeamento de formação dos restantes elementos.

Apresenta grande espírito de iniciativa e abertura à mudança, assim como se mostrou muito disponível no desempenho das suas funções. Participeu de modo activo com a restante equipa, docentes e alunos, sendo seu lugar situações nomeadamente situações de conflito. Globalmente a Srª Enf. teve um excelente desempenho no estágio.

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

Data:	Orientador	Assinatura
	<u>Fernanda Maria dos Santos Gomes</u>	<u>Fernando Gouveia</u>
Data:	Estudante	
	<u>Cecilia Maria Martins Gonçalves</u>	<u>Cecilia Maria</u>