



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, Vertente Nefrológica**

Relatório de Estágio

**Educação para a saúde ao doente renal crónico durante a  
sessão de hemodiálise como medida para a promoção do  
seu autocuidado**

**Ângela Cristina Palma Ruaz Oliveira Mósca Antunes**

**Lisboa  
2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, Vertente Nefrológica**

Relatório de Estágio

**Educação para a saúde ao doente renal crónico durante a  
sessão de hemodiálise como medida para a promoção do  
seu autocuidado**

**Ângela Cristina Palma Ruaz Oliveira Mósca Antunes**

Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva

**Lisboa  
2017**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Saraiva por todo o apoio e incentivo ao longo deste percurso formativo.

À Enfermeira Patrícia Eirinha e Enfermeiro João Encarnação, por acreditarem que o projeto era viável e por toda a disponibilidade e ajuda revelada.

Aos Enfermeiros Orientadores de estágio, Susana Duarte, Dora Monteiro, Clara Vasconcelos, pelo apoio e confiança depositada.

Ao enfermeiro Pedro Carrapato, pelo líder que demonstra ser.

A todos os Enfermeiros que participaram no projeto, pela vossa disponibilidade.

Aos meus colegas de serviço por todo o apoio ao longo deste percurso.

Aos meus colegas da Especialidade por todo o apoio, incentivo e ajuda.

Aos meus amigos que sempre estiveram presentes.

Aos meus pais, por estarem presentes, pelo incentivo e ajuda em todos os momentos.

Ao meu marido, um verdadeiro companheiro, por me ajudar a combater todas as adversidades, sempre com uma atitude positiva e com muito carinho. Obrigada pela paciência, amor, amizade e conselhos.

E por fim...

Ao meu filho Simão, por toda a companhia nestes momentos de reflexão, é a minha essência.

Obrigada a todos.



## **LISTA DE SIGLAS**

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DP** - Diálise Peritoneal

**DRC** – Doença Renal Crónica

**DRCT** - Doença Renal Crónica Terminal

**FAV** – Fístula Arteriovenosa

**Hd** - Hemodiálise

**KDIGO** - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

**OCDE** – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PTFE** - Prótese Arteriovenosa de Politetrafluoroetileno / PolyTetraFluoroEthylene

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SPN** – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**TMC** - Tratamento Médico Conservador

**TR** - Transplantação Renal

**TSFR** – Técnica de Substituição da Função Renal



## RESUMO

A elaboração do presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção Nefrológica.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012), Portugal tem vindo a apresentar elevada incidência e prevalência da Doença Renal Crónica (DRC), sendo a maior da Europa, e com uma tendência de crescimento superior à média dos países da OCDE. Neste sentido, o enfermeiro perito em nefrologia deve proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado (EDTNA/ERCA, 1999).

A hemodiálise, enquanto método de tratamento da DRC, requer para a sua realização um acesso vascular que requer cuidados específicos que têm que ser transmitidos e apreendidos para que este se possa tornar um agente de autocuidado.

Assim, apresenta-se um estudo norteado pela teoria do autocuidado de Orem, descritivo de abordagem quantitativa em que se procurou avaliar o conhecimento dos doentes relativamente ao autocuidado com o acesso vascular, especificamente a higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, assim como a adesão e eficácia da ação que visa o controlo de infeção, através de um processo educativo realizado pela equipa de enfermagem.

Foi realizado com utentes com doença renal crónica em programa de hemodiálise numa Unidade na periferia de Lisboa cujo acesso vascular para realizar o tratamento seja uma fístula arteriovenosa ou uma prótese arteriovenosa.

A colheita dos dados foi realizada através de questionários e observações não participantes numa amostra de 117 doentes.

Ao avaliar os resultados observou-se que existiu uma aquisição de conhecimentos acerca do autocuidado através do processo educativo implementado, no entanto, continua a verificar-se um défice de autocuidado quanto à auto-higienização do membro do acesso vascular destes utentes, sendo atribuído possivelmente a fatores pessoais, motivacionais, ambientais ou até mesmo culturais.

**Palavras-chave** – Insuficiência Renal Crónica, Hemodiálise, Acesso Vascular, Autocuidado, Higiene da pele, Infeção.



## **ABSTRAT**

This report falls within the scope of the subject “Internship with Report” of the 6th Master Degree in Nursing with specialization in Medical-surgical nursing in the Nephrological Intervention Area.

According to the General Health Management (DGS,2012), Portugal has shown high incidence and prevalence of chronic kidney disease (DRC), the highest in Europe and with a higher average growth rate than OECD countries. This being said, the Nephrology specialized nurse must provide the best care possible, with special emphasis in supporting, educating, preventing and rehabilitation, stimulating independency and self care (EDTNA/ERCA, 1999).

Hemodialysis as a method of treating DRC requires vascular access, which on it’s own requires specific procedures and cares that must be transmitted to and retainment by the patient so that he can become an agent of self-care.

Thus, this study comes to life, guided by Dorothea Orem’s Self-Care Theory and with a descriptive and quantitative approach where the goal was to evaluate patients’ knowledge about self-caring towards vascular access, more specifically, with the sanitation of the vascular access member before treatment and with adhesion and effectiveness of the infection controlling action using an educational study performed by the nursing team.

This study was performed on patients with chronic kidney disease doing hemodialysis in a hospital unit in the outskirts of Lisbon, where vascular access during treatment was done by using an arteriovenous fistula or an arteriovenous prosthesis.

The study sample was based on question forms and non-participating observations from 117 patients.

By evaluating the results, it became clear there was retainment of the self-caring knowledge by using the educational methods explained in this work. However, there is still a noticeable lack of self-caring knowledge in what concerns the sanitation of the vascular access member, possibly explained by either motivational, environmental or even cultural aspects.

**Keywords** – chronic kidney disease, hemodialysis, vascular access, self-care, skin higiene, infection.



# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
<b>1.1- Definição e contextualização da Doença Renal Crónica e tratamentos</b>	<b>18</b>
1.1.1 - A hemodiálise e a necessidade de um acesso vascular: cuidados ao acesso	20
<b>1.2- Problemática e justificação do tema</b>	<b>24</b>
<b>1.3- Âmbito do projeto nos cuidados de Enfermagem especializados</b>	<b>27</b>
<b>1.4- A Educação para a Saúde: Perspetiva geral</b>	<b>30</b>
<b>1.5- A Educação na Saúde: intervenção terapêutica dos enfermeiros numa perspetiva geral e na Doença Renal Crónica na promoção do autocuidado</b>	<b>37</b>
<b>1.6- Quadro conceptual</b>	<b>39</b>
1.6.1- Modelo conceptual de Dorothea Orem	40
1.6.2- Aplicabilidade no Projeto como promoção do autocuidado	42
<b>2- ENSINO CLÍNICO</b>	<b>43</b>
<b>2.1- Unidade Satélite de Hemodiálise</b>	<b>44</b>
2.1.1- Atividades desenvolvidas	44
<b>2.2- Serviço de Internamento de Nefrologia</b>	<b>45</b>
2.2.1- Atividades desenvolvidas	46
<b>2.3- Unidade de Diálise Peritoneal</b>	<b>47</b>
2.3.1- Atividades desenvolvidas	49
<b>2.4- Serviço de Hemodiálise em contexto hospitalar</b>	<b>50</b>
2.4.1- Atividades desenvolvidas	51
<b>2.5- Fatores condicionantes e facilitadores do ensino clínico</b>	<b>52</b>
<b>3- DESENVOLVIMENTO DO PROJETO</b>	<b>54</b>
<b>3.1- Metodologia</b>	<b>54</b>
3.1.1 – Contextualização da Investigação, Objetivos e Questões	55

<b>3.2-</b>	<b>Amostra</b>	<b>58</b>
<b>3.3-</b>	<b>Identificação e operacionalização das variáveis</b>	<b>59</b>
<b>3.4-</b>	<b>Instrumentos de Colheita de dados e Processo de Recolha de dados</b>	<b>61</b>
<b>3.5-</b>	<b>Aspetos formais e éticos</b>	<b>62</b>
<b>3.6-</b>	<b>Tratamento Estatístico</b>	<b>63</b>
<b>3.7-</b>	<b>Apresentação e análise dos dados</b>	<b>63</b>
<b>4-</b>	<b>DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>67</b>
	<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I - Fórmula Flesh**

**Anexo II - Pedido de autorização para colheita de informação**

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Documento explicativo da intenção do projeto apresentado ao chefe da Unidade, diretor clínico e enfermeira coordenadora nacional**

**Apêndice II – Documento explicativo sobre projeto de educação sobre higienização do membro do acesso antes do tratamento aos restantes elementos envolvidos no projeto, enfermeiros**

**Apêndice III – Plano no de sessão de formação**

**Apêndice IV – Apresentação do projeto na unidade satélite**

**Apêndice V- Vídeo sobre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento**

**Apêndice VI – Monitorização de infeção no acesso vascular**

**Apêndice VII - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre higienização do membro do acesso vascular: Pré-ensino**

**Apendice VIII- Questionário de avaliação de conhecimentos sobre higienização do membro do acesso vascular: Pós-ensino**

**Apêndice IX- Critérios de inclusão e exclusão de utentes**

**Apêndice X - Instrumento de colheita de dados**

**Apêndice XI – Consentimento informado**

**Apêndice XII- Guia de acolhimento de Serviço de Hemodiálise**

**Apêndice XIII - Resultados do estudo**



## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho insere-se no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Pretende evidenciar o trabalho desenvolvido nas Unidades Curriculares Opção II e Ensinos Clínicos realizados, descrevendo as experiências vivenciadas, adquiridas, refletidas e fundamentadas, que contribuiram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem em diferentes áreas de intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Visa também enfatizar a importância da educação para a saúde previamente planeada por profissionais de saúde e a sua implicação na prestação de cuidados de enfermagem, propondo-me a apresentar, analisar e refletir sobre essas intervenções e quais os resultados que podem gerar na promoção do autocuidado e, por sua vez, na atitude e prática da pessoa com doença renal crónica (DRC) em tratamento hemodialítico.

A operacionalização deste trabalho tem como pilar a essência de que o enfermeiro perito em Nefrologia deve perfilar-se como consultor, investigador, e agente de mudança de uma equipa multidisciplinar, sendo elemento motivador dentro da equipa, de forma a promover a melhoria da qualidade na vida dos doentes, assim como nos contextos dos serviços de saúde (EDTNA/ERCA, 1999).

Neste seguimento, e segundo a Ordem dos Enfermeiros, especialista é o enfermeiro:

“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Assim sendo, com o intuito do desenvolvimento de competências de especialista e do processo para aquisição do grau de Mestre, foi-me proposta a realização de um

trabalho de pesquisa. Considerando a área específica da Nefrologia onde tenho exercido, a hemodiálise, bem como as suas particularidades, propus-me a aprofundar uma área de especial interesse: a promoção do autocuidado da Pessoa com DRC em programa de hemodiálise, através de um projeto educativo, implementado numa Unidade de Hemodiálise.

Para tal, a filosofia de Cuidados que norteia o Projeto é o referencial teórico de Dorothea Orem.

Ao longo da construção e execução deste trabalho, considereirei como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver competências específicas de intervenção de Enfermeiro perito em Enfermagem Nefrológica;
- Promover a intervenção terapêutica do enfermeiro para a promoção do autocuidado através da implementação de um Projeto de Educação para a Saúde, relacionado diretamente com um dos cuidados específicos a ter com o acesso vascular.

Este trabalho, tal como acontece em todos, apresenta uma sequência deliberada, com o intuito de facilitar a sua consulta e compreensão.

No ponto 1, o enquadramento teórico onde surge a definição e contextualização da Doença Renal Crónica e tratamentos, a definição da problemática, assim como o âmbito da temática para a profissão de Enfermagem, breve referência ao cuidar da pessoa com acesso vascular, o modelo conceptual inerente ao trabalho visando a prestação de cuidados à luz de um modelo teórico de Enfermagem e ainda o enfoque na importância da educação para a saúde com o desenvolvimento de projetos de ensino nesta área de intervenção, especificamente na hemodiálise.

Posteriormente no ponto 2 apresento a descrição das actividades desenvolvidas em cada campo de estágio, de acordo com os objectivos e metodologia definidos, assim como a análise e reflexão sobre os resultados obtidos e nível de competências alcançadas. Surge também a identificação de questões emergentes, ou seja,

questões por resolver e diferentes perspectivas de análise, novos problemas e novas soluções, situações que precisam ser melhor estudadas. E ainda, a evidência do contributo dos resultados obtidos para o desenvolvimento da enfermagem e da área da especialidade em questão.

No ponto 3, emerge a expressão da investigação quantitativa realizada para o desenvolvimento deste trabalho, a apresentação e análise dos resultados obtidos e das intervenções desenvolvidas à luz do modelo conceptual definido, assim como discussão dos resultados comparando-os com a investigação, evidenciando questões problemáticas observadas e soluções propostas e realizadas para a sua resolução, terminando o capítulo com os pontos fortes e fracos, as dificuldades e limitações percebidas durante a implementação do Projeto evidenciando o seu contributo para a enfermagem na área de especialidade, apresentando sugestões e novas perspectivas de abordagem do problema.

Finaliza-se então o trabalho com as considerações finais e trabalho futuro, realizando uma avaliação pessoal do percurso formativo, a contribuição para o meu desenvolvimento profissional e para o avanço da enfermagem com perspectivas de desenvolvimento, continuidade e implementação na prática cuidativa diária e finalizando com as referências bibliográficas das obras consultadas para a consecução deste relatório.

## **1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Este capítulo tem como fundamentos a leitura e análise de documentos considerados fundamentais para a compreensão, justificação e desenvolvimento do tema, mobilizando a pesquisa de artigos científicos, livros, documentos institucionais, tanto nacionais como internacionais.

### **1.1- Definição e contextualização da Doença Renal Crónica e tratamentos**

Entende-se por DRC, como sendo uma condição que afeta o rim na sua estrutura ou função, por um período superior a três meses, com implicações para a saúde do indivíduo. A sua evolução pode ser classificada em cinco estádios, correspondendo o último a uma situação de falência renal, designada de doença renal crónica terminal (DRCT). *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO, 2013)*.

Segundo a DGS (2012), Portugal tem vindo a apresentar elevada incidência e prevalência da Doença Renal Crónica (DRC), a maior da Europa, e com uma tendência de crescimento superior à média dos países da OCDE.

A DRC constitui um problema de saúde pública mundial e crescente. De acordo com dados divulgados pela Direção Geral de Saúde (DGS), Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual de insuficiência renal crónica terminal (IRCT) superior à média dos países da OCDE, apresentando as maiores incidência e prevalência de IRCT da Europa. (DGS, 2012)

Acrescenta-se o dado de que a prevalência mundial estimada da DRC situa-se entre 8 a 16% (Jha et al., 2015).

Segundo a norma da DGS (2012), as modalidades terapêuticas da doença renal crónica em estágio 5 são:

- a)** Transplantação renal (TR);
- b)** Hemodiálise (Hd) crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins;
- c)** Diálise peritoneal (DP) crónica;

#### **d) Tratamento médico conservador (TMC)**

A opção **a**, consiste na colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo. É a modalidade terapêutica que pode proporcionar uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida e em termos de custos, a transplantação renal é também a modalidade com melhor relação custo-eficácia (sobretudo após o primeiro ano pós-transplantação). Todavia, o seu acesso à população IRC em estágio 5 encontra-se limitado pela insuficiente disponibilidade de órgãos (de cadáver ou de dador vivo). (DGS, 2012)

Na opção **b**, uma máquina (monitor de diálise) bombeia o sangue ao longo de um circuito extracorporal através de um acesso vascular com um débito de sangue suficiente para a sua exequibilidade (fístula arteriovenosa, prótese ou cateter central) até ao dialisador, onde é depurado, infundido de seguida no corpo. (DGS, 2012)

Relativamente à opção **c**, é utilizada uma membrana natural, o peritoneu, onde através de um cateter peritoneal que vai progredir até à cavidade peritoneal é possível realizar a infusão e drenagem das soluções de diálise – dialisante e efluente. A renovação ou troca das soluções pode ser efetuada manualmente (durante o dia) ou automaticamente através de uma máquina (à noite, durante o sono) sendo, geralmente efetuada pelo próprio doente (ou cuidador) em sua casa. (DGS, 2012)

Na última opção, ou seja, opção **d**, consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer às opções anteriormente referidas. Não é uma alternativa às outras modalidades, encontrando-se reservado para situações graves, de mau prognóstico de vida, em que a diálise não facultava uma esperança e uma qualidade de vida superiores. Tem indicações específicas tal como consta na norma DGS (2012).

Contempla ainda a norma da DGS (2012), que a escolha da modalidade terapêutica e o seu consentimento informado respeita a vontade do doente, não são vinculativos, podendo ser, a qualquer momento, alterados para as opções existentes dentro da sua situação clínica.

Segundo os dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, SPN (2015), em Portugal existiam 11350 doentes em HD no final de 2014, correspondendo a 61% da população com DRCT.

Dados estes que demonstram que dentro dos tratamentos disponíveis para o tratamento da DRC estadio 5, a hemodiálise é a TSFR (técnica de substituição da função renal) mais realizada em Portugal.

#### 1.1.1 - A hemodiálise e a necessidade de um acesso vascular: cuidados ao acesso

O acesso vascular é um pré-requisito para a realização de Hd, podendo ser uma fístula arteriovenosa (FAV), uma prótese Arteriovenosa de Politetrafluoroetileno (PTFE) e um cateter venoso central (CVC). Portanto, tendo em vista os parâmetros da Naticional Kidney Foundation – Dialysis Outcomes Quality Initiative (NFK-DOQI) para a caracterização do acesso vascular “ideal”, tem-se a FAV, como a melhor opção para acesso em hemodiálise.

Contudo, quando não é possível a construções de uma FAV, é construída uma PTFE ou colocado um CVC, que embora não apresentem todas as vantagens da FAV, podem possibilitar igualmente a realização do tratamento de forma eficaz.

As complicações com os acessos vasculares são motivo de hospitalizações frequentes, conduzindo ao aumento de morbilidade e custos inerentes. (KDIGO, 2013)

As mais frequentes, com possíveis necessidades de internamento hospitalar, incluem a trombose, infecção, estenose, síndrome de roubo, aneurismas, pseudoaneurismas e hipertensão venosa. (Carvalho, 2011)

Cabe essencialmente à equipa de enfermagem esta monitorização contínua, por serem os profissionais que manuseiam regularmente o acesso, referenciando os casos considerados de risco, podendo intervir atempadamente, minimizando assim as potenciais complicações. É, considerada, da responsabilidade da equipa de

enfermagem, a definição de estratégias de vigilância, envolvendo também a equipa médica, o doente e/ou pessoa de referência. (Carvalho, 2011)

Vários são os estudos que demonstram a necessidade do utente em hemodiálise manter os cuidados com o acesso vascular.

Segundo Moreira, Araújo & Thalita (2013), num estudo sobre preservação da FAV, fazem alusão aos diversos cuidados que a pessoa com FAV deve ter, tais como vigiar o funcionamento do acesso por meio da palpação e presença de frêmito, observar sinais e sintomas de infeção, realizar higiene, não permitir punções no membro do acesso por outros profissionais para administração de medicações, verificar pressão arterial no membro da FAV, evitar compressão e dormir sobre o braço do acesso. Verificaram que dos utentes que participaram do estudo, 100% relataram conhecerem a necessidade de cuidar e manter o acesso. Observaram também as ações de cuidado, desde a entrada dos utentes na sala de diálise, como observação da lavagem da FAV com água e sabão, verificação de peso e pressão arterial, o exame físico da FAV, onde verificaram que somente alguns utentes se mostraram pró-ativos. Este dado é de extrema importância tendo em conta a susceptibilidade acrescida à infeção da pessoa com DRC em tratamento.

Segundo Higgins & Evans (2008), os utentes em Hd apresentam elevado risco de desenvolver infeção no acesso vascular, em virtude do seu estado urémico (origina deficiência imunológica), da interrupção da integridade cutânea (punção) e da exposição de infeções nasocomiais, hospitalares e cirúrgicas. Afirmam ainda que as infeções mais comuns em hemodiálise são de origem bacteriana (relacionadas com o acesso vascular) e virais (relacionadas com transfusões sanguíneas e tempo de tratamento).

Para além desses fatores, sabe-se que a deficiência ou insuficiência de vitamina D pode predispor a doenças infecciosas, pois vai alterar a imunidade inata do indivíduo. (Filho & Melamed, 2013).

Os sinais de infecção do acesso vascular, considerando apenas a FAV e a PTFE (no âmbito do projeto), podem ser reconhecidos através do exame físico, ou seja, observação. Podem ser identificados os seguintes sinais na zona envolvente ao acesso vascular e/ou punções: rubor, eritema, edema, celulite, drenagem purulenta e a existência de pequenas feridas. (Sousa, 2009)

Na mesma linha de ideia, estes sinais também podem ser detetados através da palpação, sentindo-se uma elevação da temperatura na zona envolvente ao acesso e/ou punções, observando-se a presença de edema, podendo até mesmo verificar-se a existência de um abscesso ou endurecimento local. A presença de hematomas e/ou aneurismas, podem dificultar o diagnóstico de infecção do acesso vascular. (Sousa, 2009)

Segundo um estudo realizado por Engemann JJ, et al (2005), intitulado “Clinical outcomes and costs due to *Staphylococcus aureus* bacteremia among patients receiving long-term hemodialysis”, o acesso vascular foi a fonte suspeita de bacteremia em 88,1% da amostra, sendo que dos utentes em estudo, 55,7% realizavam hemodiálise por cateter tunelizado e 29,5% por FAV. Dos 88,1%, verificaram que 31% tiveram complicações decorrentes da infecção e a taxa de mortalidade avaliada no intervalo de doze semanas foi de 19%.

.

A infecção geralmente ocorre por manipulação do acesso, sendo que no processo infeccioso, 70% das bactérias identificadas são o *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* (Sousa, 2009)

Assim sendo, mais uma razão que evidencia a importância de uma adequada desinfecção dos locais de punção aquando do momento da punção do acesso, realizada pelos enfermeiros, reforçando-se também a importância da realização da lavagem do membro do acesso vascular da pessoa que vai ser submetida ao tratamento de Hd, com o intuito de diminuir a quantidade de *Staphylococcus aureus* na pele, minimizando a probabilidade de adquirir infecção. (Sousa, 2009)

Contudo, na prática diária, verifica-se um constante questionamento das pessoas sobre a verdadeira necessidade de lavar o membro do acesso vascular antes de iniciarem o tratamento hemodialítico, não compreendendo a sua importância.

Segundo Sousa (2009), de facto, existem três razões importantes para as pessoas lavarem o membro do acesso vascular antes de iniciarem a sessão, independentemente de terem efetuado a higiene pessoal antes de deslocarem à unidade de tratamento:

- Em primeiro lugar, a maior susceptibilidade à infeção tal como referido no início deste ponto, logo, as medidas de prevenção e de reconhecimento dos sinais locais de infeção pelo enfermeiro e pela pessoa são fundamentais para minimizar a incidência desta complicação;

- Em segundo lugar, todos os seres humanos apresentam microrganismos na pele que ajudam à sua proteção. O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria presente na flora natural das fossas nasais em muitos seres humanos, protegendo cada hospedeiro, mas a sua dispersão na circulação sanguínea de outra pessoa pode resultar numa infeção grave (Kaplowitz, Comstock, Landwehr, Dalton, & Mayhall, 1988), e, por isso, uma das razões para que os enfermeiros usem equipamento de proteção pessoal no processo dialítico e realizem sempre a desinfeção adequada das mãos. Surge como um dos cuidados a ter com o acesso vascular e que os enfermeiros devem reforçar esta ação de autocuidado, junto dos utentes para lavarem o membro do acesso antes do tratamento, para assim reduzir o número de bactérias presentes na pele;

- Em terceiro lugar, a resistência das bactérias aos antibióticos que tem vindo a aumentar nas últimas décadas por diversos motivos, tais como o não cumprimento da prescrição médica e auto-medicação provocando uma mutação no ácido desoxirribonucleico, inutilizando o efeito do antibiótico.

Torna-se imperativo a necessidade da promoção da higienização do membro do acesso vascular antes da punção do acesso.

Para tal, é fundamental que haja uma política institucional das Unidade de Hd para a lavagem cuidadosa do membro do acesso vascular antes da punção. Este cuidado,

deve ver-se como um procedimento integrante nos cuidados a ter com o acesso vascular e não como algo facultativo (Sousa, 2009).

Segundo Milton, J., et al (2013), num artigo de revisão intitulado “*Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo?*”, divide as complicações com o acesso vascular em duas áreas, infecciosa e não infecciosa. Nas complicações não infecciosas evidencia as estenoses e trombozes, que vêm sendo de grande interesse de estudo na literatura atual e, nas complicações infecciosas considera as infeções nos acessos com material protésico como sendo as mais comuns. E, conclui dizendo que continua a haver um aperfeiçoamento na construção dos acessos vasculares existindo uma gama de alternativas de construção e manutenção de acessos, dando evidencia através dos estudos relatados no artigo, mas que, o uso racional e os cuidados com o sistema venoso destas pessoas, devem ser um constante nos serviços de diálises, minimizando as complicações e prolongando o tempo de utilização dos mesmos. Assim, em jeito de conclusão deste ponto, cabe ao enfermeiro capacitar cada pessoa de competências para que este consiga preservar e cuidar do seu acesso.

## **1.2– Problemática e justificação do tema**

A hemodiálise representa um tratamento exaustivo e stressante para o utente, estando este inserido nesse ambiente durante algumas horas do dia (em média quatro horas, três vezes por semana), tendo a perspectiva de repetir essa situação durante anos da sua vida.

Para tal é fundamental a constante relação de confiança enfermeiro-utente que permita ao enfermeiro uma melhor compreensão das necessidades tanto educacionais como biopsicossociais, assim como a constante observação da auto-gestão que cada um desenvolve neste processo de doença e tratamento. (Santos, Rocha & Berardinelli, 2010)

Sendo a área da Hd em contexto de trabalho, Unidade Satélite, onde trabalho desde 2009, tenho vindo a perceber que a hemodiálise, enquanto tratamento da DRC,

requer que o enfermeiro que trabalha com estes utentes tenha a condição de acompanhar a sua trajetória e evolução, assim como, capacidade para refletir sobre os comportamentos e as ações por eles já experimentadas.

Constato também que muitos utentes que iniciam tratamento, não são seguidos em consulta de enfermagem pré-diálise, portanto, sem uma preparação anteriormente consistente. Nessa vivência, reflito sobre as dificuldades que poderiam ser evitadas ou minimizadas se essa pessoa recebesse desde o primeiro tratamento que realiza (não sendo possível em algum momento antes), orientação do enfermeiro sobre o seu potencial de autocuidado, tratamento, possíveis complicações e limites.

O enfermeiro é assim o profissional de eleição que pode coordenar a atividade de construção de um processo educativo direcionado às necessidades educativas identificadas, no caso do meu estudo, para o autocuidado com o acesso vascular, focando-me na auto-higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento.

Na verdade, no meu contexto de trabalho, não existe nenhum momento específico para a realização de ensinamentos ou esclarecimentos sobre temas relacionados com o tratamento, ou uma consulta de enfermagem, as dúvidas que vão existindo, vão sendo retiradas pontualmente no decorrer do tratamento quando o utente questiona algum elemento da equipa.

Acrescento ainda a inexistência de registos sobre as dificuldades sentidas pelos utentes ou ações realizadas e direcionadas às suas dúvidas ou dificuldades, assim como uma avaliação posterior da intervenção realizada. Registos estes que se poderiam converter em necessidades de intervenção com diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente intervenções de enfermagem.

Perceciono ainda que na prática do cuidar, os enfermeiros, no geral, poderão não estar muito sensibilizados para a importância da educação e para o déficit de autocuidado existente, de uma forma geral, e neste ponto em particular na importância da higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento.

Percebo também, de forma frequente na minha prática que se priorizam as ações terapêuticas medicamentosas e administrativas em detrimento das ações educativas que considero serem imprescindíveis no processo terapêutico.

Para completar esta problemática, existe um programa de educação para a saúde a ser implementado na Unidade onde trabalho, mas que não contempla especificamente esta área de intervenção.

Por tudo o referido, a minha motivação pela implementação deste projeto parte da premissa de que um maior conhecimento sobre a doença renal crônica, especificamente sobre o autocuidado referente ao acesso vascular e a sua importância, pode possibilitar ao utente um melhor entendimento e aceitação da doença e tratamento, podendo favorecer comportamentos de autocuidado, maior adesão às intervenções terapêuticas, sendo realizadas com eficácia e diminuição de complicações.

Partindo deste pressuposto torna-se evidente a importância de refletir e intervir nesta problemática, especificamente na higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, para que cada utente se sinta responsável e capaz de cuidar de si e com conhecimento presente da importância de se sentirem e serem efetivamente agentes de autocuidado.

É assim que nasce a essência deste tema, encarando a educação para a saúde, previamente planeada por profissionais de saúde, como um aliado para a promoção do autocuidado e mudança de comportamentos, particularmente através de sessões educativas interativas relacionadas com a importância da higienização do membro do acesso vascular, realizadas pelos enfermeiros durante as sessões de hemodiálise.

É assim fundamental a dedicação da equipa de enfermagem não apenas no cuidado técnico, mas sim evidenciando principalmente a promoção do autocuidado. (Marisco, 2002)

### 1.3- Âmbito do Projeto nos cuidados de Enfermagem especializados

Sendo que cada vez mais a pessoa necessita de estar motivado para manter o tratamento adequado, torna-se necessário que o enfermeiro adeque o seu cuidado de enfermagem de forma diferenciada.

A problemática levantada e descrita no ponto anterior, que estrutura e suporta a elaboração deste trabalho, incide e encontra respostas no âmbito da profissão de Enfermagem nos seus documentos reguladores, como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico dos Enfermeiros, as Competências do Enfermeiro de cuidados gerais e também, considerando que não existe regulamentação formalmente redigida que defina a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Nefrológica, engloba-se a Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, segundo a Ordem dos Enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Surge a necessidade de realizar uma introspeção e avaliação das minhas competências a partir dos conhecimentos, experiência e habilidades que detenho, tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com doença renal crónica.

*“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.”*  
(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Independentemente da especialidade, todos os especialistas partilham de um grupo

de quatro domínios comuns de competências que pretendo desenvolver e que são:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: que pressupõe um exercício seguro no respeito dos direitos humanos, assente no conhecimento ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do utente;
  
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: que inclui a participação em projetos institucionais na área da qualidade até à sua operacionalização, bem como a promoção de uma envolvência adequada e a gestão do risco;
  
- Competências do domínio da gestão dos cuidados: relacionado com a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde;
  
- Competências do domínio das aprendizagens profissionais: que pressupõe o autoconhecimento, a assertividade e a construção de uma prática fundamentada em conhecimento válido, atual e pertinente (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico).

A EDTNA/ERCA (1999) começou por definir o perfil do enfermeiro de nefrologia, publicando um documento afirmando a necessidade dos enfermeiros de nefrologia adquirirem conhecimentos e desenvolverem habilidades que lhes permitam gerir os problemas de saúde decorrentes da insuficiência renal com os doentes, familiares e comunidade. O enfermeiro perito em nefrologia deve perfilar-se como consultor, investigador, e agente de mudança de uma equipa multidisciplinar, sendo elemento motivador para os outros colegas, de tal forma que deverá promover a melhoria da qualidade tanto na vida dos doentes como nos contextos dos serviços de saúde. Estes podem incluir: centros de hemodiálise, unidades de diálise peritoneal, unidades de transplantação, unidades de cuidados intensivos, enfermarias, serviços na comunidade, entre outros (EDTNA/ERCA, 1999).

Em 2007, a EDTNA/ERCA desenvolveu um trabalho pormenorizado onde definiu e publicou as competências do enfermeiro em Nefrologia – DRC, HD, DP e

Transplante, de entre as quais realçaram:

- Integrar-se na equipa multidisciplinar;
- Identificar o papel dos utentes, cuidadores e membros da equipa multidisciplinar;
- Assumir um papel de liderança no planeamento dos cuidados;
- Acompanhar e monitorizar o doente com DRC;
- Estabelecer, validar e monitorizar, com o doente, um plano para gerir as complicações associadas à DRC;
- Identificar e gerir as co-morbilidades associadas à DRC e episódios de doença;
- Capacitar os doentes e famílias a reconhecer e responder às complicações associadas à DRC;
- Reconhecer e encaminhar doentes e famílias com necessidade de apoio psicológico;
- Informar e validar com o doente a informação sobre as TSFR existentes;
- Apoiar o doente na decisão de iniciar ou recusar TSFR;
- Capacitar o doente na escolha consciente e informada sobre o acesso de diálise;
- Apoiar o doente no seu regime terapêutico;
- Reconhecer as necessidades culturais e espirituais do doente com DRC.

O presente projeto tem um carácter potenciador de mudança através de ações e estratégias para tentativa de resolução de um problema identificado com um diagnóstico de enfermagem definido: défice de autocuidado ao acesso vascular, manifestado por ausência de procedimento de lavagem do membro do acesso vascular antes do utente iniciar o tratamento.

Apresenta também um carácter potenciador de mudança de enfermeiro de cuidados gerais a enfermeiro especialista, pelo desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais/humanas referentes ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, no âmbito da intervenção em enfermagem nefrológica, no cuidar ao doente e família com insuficiência renal crónica, melhorando o seu desempenho profissional.

#### **1.4- A Educação para a Saúde: Perspetiva geral**

Está previsto no Código Deontológico do enfermeiro, o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área de informação através da educação para a saúde, encorajando a independência e o desempenho autónomo das pessoas. A educação para a saúde em particular, é um processo no qual o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo sempre a participação ativa dos utentes. (Ordem dos enfermeiros, 2011)

A WHO (2003) refere que os enfermeiros devem incluir nas estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico:

- Encorajamento à pessoa a manter relações terapêuticas com os profissionais de saúde;
- Educação para a saúde, nomeadamente o conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o modo como este poderá ajudar. A importância de aderir ao regime terapêutico, possíveis efeitos secundários e estratégias para lidar com eles.

A maior parte da aprendizagem (uma mudança persistente no desempenho humano real ou potencial) é acidental, através da experiência. (Redman, 1999)

A Educação para a Saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. A fase de avaliação de necessidades determina a natureza de uma necessidade e motivação para aprender e as metas são mutuamente estabelecidas com o utentes. A intervenção é contruída para estimular o ensino face às necessidade de aprendizagem dos utentes. A avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos, para verificar se as metas estão a ser alcançadas. (Redman, 1999)

É frequente a necessidade de re-ensino devido a não ser possível predizer com rigor que intervenção conduzirá à aprendizagem desejada num determinado utente. Na maior parte dos casos, o reforço de follow-up, especialmente em utentes com doenças crónicas. (Redman, 1999)

Segundo Redman (1999), o processo de ensino pode ser resumido do seguinte modo:

- a) Avaliação da necessidade de aprendizagem;
- b) Avaliação da motivação, ou então questioner sobre o interesse de aprendizagem sobre a necessidade levantada;
- c) Realização de diagnóstico e estabelecimento de objetivos;
- d) Processo Ensino-Aprendizagem;
- e) Avaliação e re-ensino, se necessário.

Pouco se sabe da forma como este processo é realmente utilizado pelos profissionais, mas o que parece mais claro é que não ocorre na maioria das vezes de modo ordenado ou sequencial como explicado anteriormente. Começa-se normalmente pelo início do processo mas, subsequentemente, salta-se de etapa para etapa. Contudo os elementos servem como pontos de verificação para assegurar que as variáveis relevantes que afetam a atividade de ensino-aprendizagem foram consideradas.

Desta forma, a questão foca-se mais na qualidade do uso deste processo, tanto do processo de ensino como o de enfermagem e se, pelo menos a nível de aquisição de conhecimentos se faz alguma diferença nos resultados do utente.

Segundo Redman (1999), esta acredita que há erros grosseiros assinaláveis na prática da Educação para a Saúde, nomeadamente a omissão da avaliação das necessidades educativas e, dessa forma, não se pode considerar atividade educativa. Há também omissões de etapas como sendo o estabelecimento de metas que, muitas vezes não estão de acordo com as necessidades, ou também a avaliação sistemática e repetida.

Neste processo de ensino-aprendizagem, tal como referido anteriormente neste ponto, a motivação relaciona-se com a vontade da pessoa em aprender, ou seja, a disposição em determinado ponto do tempo. São consideradas de forma geral, seis categorias para dirigir a aprendizagem em diversas situações:

- **Reforçadores**, realizam-se através do reforço de comportamentos, assume-se que os comportamentos que tenham sido reforçados no passado são mais prováveis de serem repetidos do que os comportamentos que não foram reforçados;
  
- **Necessidades**, onde as pessoa diferem no grau de importância que atribuem a cada uma destas necessidades;
  
- **Dissonância cognitiva**, afirma que uma pessoa experimenta tensão ou desconforto quando um valor ou crença firmemente enraizada é desafiada por uma crença ou comportamento considerado para tal inconsistente;
  
- **Atribuição**, onde cada pessoa frequentemente tenta identificar causas para explicar porquê algo lhes aconteceu. Um conceito central nesta teoria é o *locus de controlo* que se for interno atribuem o sucesso ou insucesso de uma situação aos seus próprios esforços ou capacidades, ao passo que no externo, acredita que o sucesso ou a falha depende da sorte, do grau de dificuldade da ação ou de outras pessoa;
  
- **Personalidade**, onde descreve uma tendência geral para a pessoa se esforçar em direção a determinadas metas como realização. Depende muito dos estilos de coping, as pessoa sentem-se melhor a nível psicológico, comportamental e fisiológico quando a informação que recebem se adequa ao seu estilo de coping, ou seja, os preocupados sentem-se melhor quando lhes é dada mais informação e que pode ser utilizada constutivamente bem com mais apoio emocional, o despreocupados sentem-se melhor com menos informação;
  
- **Expectativa**, afirma que a motivação de uma pessoa para alcançar determinada meta depende da percepção de mudança que possuem, bem como do valor que atribuem a esse mesmo sucesso.

É fundamental haver um estímulo motivacional da parte do enfermeiro, através de cuidados que encoragem o sentido de compromisso da pessoa no processo de doença.

Deve-se, de modo consciente, “ativar” a motivação antes de iniciar o processo de ensino e ajudar a pessoa a manter-se motivada durante o mesmo. Deve também proporcionar feedback claro do desempenho de cada pessoa ou do grupo para que se possam sentir orgulhosos e satisfeitos com o que alcançaram.

Mas as práticas de ensino também se baseiam na psicologia da aprendizagem e em materiais de aprendizagem. Apesar das pessoa motivadas serem capazes de aprender sem um processo de ensino, os seus esforços podem ser ineficazes, poderão ter que ter conhecimentos auxiliares de habilidades para que consigam atingir as metas sozinhos.

A aprendizagem é definida como uma mudança provocada num indivíduo por uma experiência, uma mudança para um novo estadio. Podem ser aprendidas novas estratégias de pensamento, novas capacidades motoras e novas atitudes de forma a promover um novo desempenho.

As teorias de aprendizagem do século vinte são categorizadas em duas categorias: behaviorista e cognitiva; e teoria cognitiva social de Bandura.

Na teoria behaviorista o princípio mais importante é que o comportamento muda de acordo com as suas consequências imediatas. As consequências agradáveis dão força ao comportamento, reforçam-no, enquanto que as desagradáveis o enfraquecem ou inibem. À medida que novos comportamentos são aprendidos, o reforço deve ser frequente, contudo, depois de os comportamentos estarem estabelecidos, o reforço é dado ocasionalmente de modo a encorajar a persistência do comportamento.

Na teoria cognitiva de aprendizagem, novos conhecimentos conduzem a uma reorganização da estrutura cognitiva da pessoa, a qual é armazenada internamente em imagens visuais e em redes e esquemas. O seu sucesso depende de uma motivação extra para agir, para dar sentido ao mundo e resolver os problemas.

Por último, na teoria cognitiva social, há uma abordagem cognitiva mas incorporando

princípios do behaviorismo. As pessoas respondem primeiramente às representações cognitivas do ambiente e não ao próprio ambiente que as rodeia. Adquirem informações, valores, padrões de comportamento e novos comportamentos através da observação dos outros que os rodeiam. (Redman, 1999)

O desempenho real aumenta a proficiência da pessoa, dando-lhe a sensação de eficácia e reduzindo a tendência para esquecer comportamentos aprendidos. O comportamento é regulado pelas expectativas e resultados semelhantes em ocasiões futuras.

Os incentivos extrínsecos são especialmente necessários nos estágios iniciais do desenvolvimento de competências até que a competência se torne auto-recompensadora e faça sentido. O ambiente social natural é frequentemente inconsciente e contraditório, pelo que é preciso atuar nesse ambiente de forma a aproximar práticas e uniformizar a prática.

É sob este ponto que cada vez mais se desenvolve o ensino em grupos nos quais os membros se encontram psicologicamente ligados pelas semelhanças dos seus problemas, das suas preocupações. A aceitação pelo grupo parece ser uma etapa vital para as mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais necessárias para o funcionamento mais eficaz e melhoria da aprendizagem.

Acrescenta-se que, esquecer o que foi aprendido faz parte da nossa existência. A não utilização do que se aprendeu, a interferência de outra aprendizagem, e o esquecimento motivado (que pode ser inconsciente), constituem justificações para não se recordar aquilo que se aprendeu. As ideias, porém, são recordadas por um longo período de tempo. Nem a idade nem a inteligência mostram alguma relação com a memória.

A Nursing Intervention Classification Project, descreve a Educação para a Saúde como uma força de intervenção dentro do domínio comportamental, descrevendo mais de 400 intervenções de enfermagem categorizadas com classes e domínios.

Os comportamentos são divididos em três domínios: cognitivo (habilidades

intelectuais, conhecimentos, compreensão, análise, síntese e avaliação), afetivo (expressão de sentimentos, valores, apreciações, capacidade de recepção) e psicomotor (habilidades motoras, adaptação, resposta guiada, o cenário, o ambiente).

Para finalizar este ponto, apresento uma breve consideração sobre aspetos a valorizar no processo de ensino-aprendizagem.

Quanto ao ensino verbal, o enfermeiro deve apresentar uma linguagem clara, deve ser competente na utilização da linguagem, pois a terminologia médica é estranha para a maior parte do público e pode haver baixos níveis de compreensão pelos efeitos da própria doença. O uso de informação escrita aumenta a retenção da informação e produz um aumento significativo na recordação ao utentes. (Redman, 1999)

Outro fator importante no ensino é a demonstração e prática proporcionando à pessoa que está a aprender uma imagem mental clara de como o procedimento é desempenhado. Pode ser feita através de um video que deve ser reproduzido posteriormente na prática dando tempo e oportunidade para a pessoa praticar. O enfermeiro deve supervisionar de modo a fornecer o feedback para o desempenho correto e estimular a motivação, se necessário.

Um termo que não deve ser esquecido é o termo “literacica” que se refere à capacidade de compreensão de um texto escrito. Não sendo, geralmente utilizados na prática diária, existem testes rápidos para calcular o nível de leitura de um ensino, entre eles a formula Fry, FOG INDEX e flesh. Servem para avaliar a validade do material e a compreensão que o utentes pode ter do material. (Redman, 1999)

Após estes aspetos, surge o planeamento e implementação do projeto de ensino. Este planeamento vai examinar as relações existentes entre a receptividade do utente, os objetivos, os conteúdos, os métodos de ensino, os instrumentos e a avaliação. O treino da equipa e a sua formação é essencial para conseguir implementar os projetos educativos.

Apesar de tudo o que foi apresentado, não podemos esquecer que o indivíduo adulto é criticamente reflexivo, podendo levar à demora no processo de transformação de comportamentos, atitudes e práticas.

Em suma, as intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar. Considerando as intervenções educacionais como intervenções de enfermagem, estas são promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença. Devem ser programadas, devem facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É obrigatória a clareza e objectividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização (Machado, 2009)

Nesta perspectiva a Educação para a saúde surge como uma atividade intencional que permite que a pessoa em processo de doença, adquira conhecimentos de si mesmo e dos tratamentos associados, podendo exercer mudanças no estilo de vida. (Machado, 2009)

Um dos maiores desafios para o enfermeiro é motivar as pessoas a mudar os seus comportamentos, de modo a reduzir o risco de complicações da doença e tratamentos. A intervenção educativa tem que ser oportuna, com metas realistas, e durante um longo período de tempo com reforço frequente. (Edwards, 2009)

Cesarino (1998) afirma que a educação à pessoa com doença renal crónica é um compromisso do enfermeiro, e este deve ter orgulho disso. Diz ainda que os enfermeiros não são treinados para ser professores, por isso há que procurar apoiar esse processo nos já existentes de ensino-aprendizagem.

### **1.5- A Educação para a Saúde à pessoa com Doença Renal Crónica como medida de promoção do autocuidado**

O aparecimento de uma doença crónica implica frequentemente a modificação dos hábitos de vida e o recurso a esquemas terapêuticos, que a pessoa não é capaz de integrar no seu dia-a-dia, resultando daí, riscos para o seu projeto de saúde. A primeira condição para que alguém altere ou adote comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. A ineficácia da gestão do regime terapêutico está fundamentalmente associada a esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos e habilidades para gerir as indicações terapêuticas, não as integrando-as nas atividades do dia-a-dia, exigências excessivas sobre a pessoa e a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis à proposta de tratamento.

São exemplos de dimensões do regime terapêutico que requerem a adaptação e conhecimento, as medidas de autocuidado ao acesso vascular onde se engloba a auto-higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, medidas essas que promovem uma gestão eficaz da doença, ou seja, self-management (gestão do regime terapêutico).

A educação da pessoa com doença crónica em geral requer o envolvimento de vários intervenientes no processo educativo do doente renal crónico e da família, como médicos, enfermeiros, psicólogos, dietistas/nutricionistas entre outros. Estes profissionais, diariamente envolvidos no acompanhamento do doente crónico, devem estar capacitados para desenvolverem programas de educação que assegurem a indispensável qualidade na educação terapêutica, em qualquer área de intervenção.

A constante proximidade enfermeiro-utente permite ao enfermeiro compreender as necessidades de orientações de cuidados e, conseqüentemente, identificar o melhor plano educativo-terapêutico seja em grupo ou individualizado.

O autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

Vários têm sido os fatores que têm contribuído para a importância do autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde entre os quais se destacam: alterações dos padrões e prevalência de doenças crônicas, mudança de paradigma de uma lógica de cuidados curativos para os cuidados orientados para a promoção da saúde, existência de recursos limitados e contenção de custos com internamentos mais curtos com necessidade de capacitar famílias e cuidadores para uma melhor adaptação aos desafios de saúde e maior informação das pessoas tornando-os mais capacitados a tomar decisões sobre as questões de saúde com envolvimento ativo e maior motivação para melhorar a sua saúde e bem-estar. (Petronilho, 2012)

Ainda segundo este autor, Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Theuerkauf (2000), define autocuidado:

*“é mais que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.*

O enfermeiro, como elemento integrante da equipa multidisciplinar, contribui em grande dimensão, através da informação que fornece à pessoa, tentando incentivá-la a procurar e utilizar o seu potencial proporcionando o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos do autocuidado que, por sua vez se manifestam em adesão.

Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes et al., 2008).

Mais recentemente, surge o termo *adesão parcial* que se refere a situações em que

o doente não manifesta uma adesão total, podendo ainda ter um caráter intencional ou não intencional.

Todas as definições assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso o comportamento racionalmente mais adequado é seguir essas recomendações (Vermeire et al., 2001).

A *não adesão* foi reconhecida pela North American Nursing Diagnosis Association como um diagnóstico de enfermagem, em 1973 (Russel, 2003 cit. por Machado, 2009).

Neste sentido, defende-se que o enfermeiro deve desenvolver atividades educativas junto aos clientes, principalmente, relativas ao autocuidado, com o objetivo de conduzi-los à sua independência em questões de saúde. Esta ideia corrobora com os preceitos defendidos por Mendes (2012), no qual, incorpora o conceito de autocuidado apoiado aos preceitos da promoção da saúde. Tal princípio contempla a prática educativa vinculando a continuidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem.

## **1.6- Quadro conceptual**

Os modelos conceptuais detalham uma rede de conceitos e descrevem os seus relacionamentos, explicando, dessa forma, os fenómenos amplos da enfermagem.

A teoria em enfermagem conduz à autonomia profissional, orientando as práticas de cuidar, de ensino e a de investigação dentro da profissão (Tomey & Alligood, 2002).

### **1.6.1 – Modelo conceptual de Dorothea Orem**

Encontro na Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem o enquadramento conceptual do meu ensino clínico e do trabalho de pesquisa.

Dorothea Orem iniciou o seu trabalho teórico durante a década de 50 do século passado, tendo publicado a sua primeira obra de vulto em 1971 – Nursing: Concepts and Practice - a qual foi atualizada em cinco edições seguintes. (Veiga, 2014).

A interrogação a que Orem procurou responder nas suas formulações teóricas foi: “Quais as condições existentes numa determinada pessoa que estabelecem a sua necessidade de cuidados de enfermagem?” (Veiga, 2014).

Para responder a esta questão, Orem parte do conceito de autocuidado, ou seja, os cuidados pessoais que os seres humanos necessitam todos os dias e que podem ser alterados pela situação de saúde e pelos fatores ambientais entre outros. (Veiga, 2014)

A atividade de autocuidado tem assim como finalidade manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar. (Orem, 1993).

O modelo conceitual de Orem engloba a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria de Sistemas de enfermagem, interligadas e inter-relacionadas. A teoria do autocuidado de Orem, incorpora o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado.

Considerando o autocuidado uma capacidade humana, o mesmo varia a par com o desenvolvimento da pessoa desde a infância até à velhice. “Varia com o estado de saúde, com os fatores que influenciam na educação, bem como nas experiências de vida, na medida em que permitem a aprendizagem, a exposição a influências culturais, e o uso de recursos da vida diária” (Orem, 1993).

Este modelo adequa-se a qualquer indivíduo que necessita de autocuidado, portanto pode perfeitamente ser direcionada ao doente renal crónico que, dado o caráter de cronicidade necessitam de um processo educativo sistematizado.

A teoria do déficit do autocuidado de Orem (2001) constitui a essência da teoria geral

de enfermagem, pois realça quando há necessidade de intervenções de enfermagem. Esta intervenção é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os seus efeitos. (Taylor, 2004).

Orem (2001) identificou cinco métodos de ajuda que são eles: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

Segundo Foster & Janssens (1993), a teoria dos Sistemas de enfermagem está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do utente para a execução de atividades de autocuidado. A teoria dos sistemas de enfermagem tem por base a premissa que sempre que é criada uma exigência para um cuidado de enfermagem existe automaticamente a produção de um sistema de enfermagem.

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de Sistemas de enfermagem que são os seguintes: o Sistema totalmente compensatório, o Sistema parcialmente compensatório e o Sistema de apoio-educação.

O sistema de enfermagem de apoio-educação ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar.

Escolhendo o sistema de enfermagem mais adequado à pessoa, (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou apoio-educação), o enfermeiro estabelece cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa, família e comunidade. Para orientar o desenvolvimento das ações de enfermagem, serão elaborados objetivos a atingir, um plano de atividades a ser implementado bem como os critérios de avaliação a serem aplicados. A avaliação, vista como processo de enfermagem convencional, é para "Orem, um processo contínuo e simultâneo à execução dos

cuidados”, com a participação da pessoa. (Ramos, Chagas, Freitas, Monteiro, Leite 2007).

#### 1.6.2– Aplicabilidade no Projeto como promoção do autocuidado

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a atuação do enfermeiro especialista envolve dimensões da educação dos clientes e inclui a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

No âmbito do presente projeto, optou-se pela utilização do sistema de apoio-educação, no qual o autocuidado está relacionado com a prática de atividades de educação para a saúde, tendo como objetivo que a pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise possa adquirir conhecimentos para uma tomada de decisão em seu próprio benefício, colocando em prática um procedimento reconhecido como medida de grande importância de autocuidado com o acesso vascular: Auto-higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento. Os cuidados de enfermagem, para além de garantirem o autocuidado terapêutico, devem proteger a capacidade de ação das pessoas salvaguardando a sua autonomia. Não basta criar as condições necessárias para que a pessoa consiga satisfazer um défice de autocuidado resultante do desequilíbrio entre aptidões e défices; a preservação e incremento da sua capacidade de decisão autónoma constituem uma finalidade e um imperativo moral do exercício profissional. (Veiga, 2014).

## 2- ENSINO CLÍNICO

Para a realização do estágio elaborei um projeto que me permitiu ter um papel ativo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, conferindo-me a possibilidade de transpor para a prática algumas das necessidades por mim identificadas, para as quais pretendia obter resposta. Ou seja, a possibilidade de envolver-me em algo para o qual me sinto motivada e empenhada.

Desta forma, contextualizei objetivos de aprendizagem de forma a promover o desenvolvimento de competências comuns e específicas para a prática da Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica, na prestação de cuidados à Pessoa na área específica de intervenção Nefrológica, adaptadas às especificidades de cada momento do processo de aprendizagem em cada ensino clínico, incidindo nas componentes relacional, científica e técnica.

Assim, ao longo do planeamento e construção deste trabalho, mantive como objetivos gerais e transversais aos campos de intervenção:

- Adquirir conhecimentos e aprofundar os já existentes na prestação de cuidados ao doente renal crónico nas suas dimensões e estádios da doença;
- Desenvolver competências na área da formação relacionadas com os cuidados ao doente renal crónico;
- Desenvolver um Projeto de Intervenção de interesse científico para o utente em programa de Hemodiálise com vista à promoção do seu autocuidado;
- Desenvolver competências nos diversos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, de iniciada a avançada de acordo com o campo de intervenção onde decorre cada ensaio clínico;
- Desenvolver intervenções de enfermagem baseadas em princípios científicos e estabelecer linhas orientadoras de boas práticas no cuidar ao doente renal crónico.

O Ensino Clínico desenrolou-se ao longo de 18 semanas (500horas) em quatro contextos diferentes.

O trabalho de Projeto realizado foi pertinente e crucial para o desenvolvimento de todo o ensino clínico.

Os locais de ensino selecionados foram de forma cronológica:

- Unidade Satélite Hemodiálise
- Internamento em Serviço de Nefrologia
- Unidade de Diálise Peritoneal
- Serviço de Hemodiálise em contexto hospitalar

Para cada ensino clínico defini objetivos específicos e atividades a desenvolver, assim como, recursos humanos e materiais necessários, de forma a atingir os objetivos a que me propus, definindo indicadores de avaliação.

## **2.1 – Unidade Satélite Hemodiálise**

Este estágio decorreu durante seis semanas que foram divididas em duas fases com o intuito de implementar um projeto educativo e posteriormente a sua reavaliação.

Delinieei como objetivos específicos neste ensino clínico:

- 1) Adquirir competências especializadas na área de Nefrologia demonstrando capacidade crítica e reflexiva sobre os cuidados a prestar ao doente com insuficiência renal em programa de Hemodiálise, à sua família e cuidadores, de forma a dar resposta as necessidades sentidas pelos mesmos;
- 2) Desenvolver medidas de promoção para a Saúde;
- 3) Implementar um projeto educativo com vista à promoção do autocuidado.

### **2.1.1 – Atividades desenvolvidas**

A maioria das atividades desenvolvidas neste campo foram direccionadas à realização do Projeto educativo, pelo que a exploração aprofundada das mesmas e apresentada no capítulo 3.

No entanto, descrevo algumas das atividades desenvolvidas:

- Contato com enfermeiro responsável do Serviço e restante equipa;
- Conhecimento de normas e procedimentos existentes no serviço;
- Colaboração e prestação de cuidados ao utente com doença renal crónica em tratamento de substituição da função renal e orientação da família;
- Consolidação de conhecimentos;
- Avaliação de necessidades de ensino de forma contínua e sistemática;
- Planeamento de sessão educativa tendo por base o processo de enfermagem proposto por Orem através do diagnóstico de necessidades educativas, planeamento das intervenções de enfermagem, selecionando materiais de auxílio direccionados para o desenvolvimento da atividade educativa, e a produção e execução do projeto;
- Planeamento de sessão de formação aos pares sobre projeto a implementar;
- Reuniões informais e formais com responsáveis da Unidade e equipa de enfermagem envolvida.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no apêndice XIII.

## **2.2 – Serviço de Internamento de Nefrologia**

Este estágio decorreu durante três semanas, incidindo, a meu pedido mais no internamento na unidade de transplante renal constituído por quatro camas.

A consulta dos conteúdos lecionados na componente teórica do curso, bem como outras fontes de informação provenientes de pesquisa bibliográfica, revelaram-se indispensáveis para minorar as dificuldades iniciais.

Delinieei como objetivos específicos nesta área de intervenção:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem que exijam conhecimentos especializados na

- área de enfermagem em nefrologia, aos doentes com insuficiência renal que necessitam de tratamento de substituição da função renal em contexto hospitalar;
- 2) Compreender o papel do enfermeiro especialista, na resposta às necessidades do doente com insuficiência renal, família e cuidadores em contexto hospitalar;
  - 3) Adquirir competências especializadas na área de Nefrologia demonstrando capacidade crítica e reflexiva sobre os cuidados a prestar ao doente com insuficiência renal, a sua família e cuidadores, de forma a dar resposta as necessidades sentidas pelos mesmos;
  - 4) Gerir cuidados de Enfermagem à Pessoa transplantada e sua família que visem a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

#### 2.2.1 – Atividades desenvolvidas

- Visita orientada e estruturada aos espaços físicos do serviço;
- Contato com enfermeira responsável do Serviço e restante equipa de forma gradual;
- Conhecimento gradual da dinâmica do serviço;
- Integração contínua na equipa de enfermagem e multidisciplinar
- Conhecimento de normas e procedimentos existentes no serviço
- Prestação de cuidados individualizados e personalizados ao utente internado;
- Colaboração e prestação de cuidados ao utente com doença renal crónica em tratamento de substituição da função renal e orientação da família;
- Colaboração na colocação de cateteres de hemodiálise (temporários ou de longo da duração) em sala de técnicas;
- Colaboração na realização de biópsia renal, prestação de cuidados ao utente submetido a biópsia renal:
- Consolidação de conhecimentos sobre as várias modalidades de tratamento depurativo extra-renal (diálise peritoneal e hemodiálise) aquando do internamento e técnicas dialíticas e participação na sua realização de forma autónoma;
- Avaliação e evolução diária dos utentes numa perspetiva holística atendendo à integralidade do cuidado;
- Planeamento e transmissão de orientações para a alta de enfermagem de acordo com o motivo de internamento e potenciais aspetos a melhorar ou agentes de mudança.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no apêndice XIII.

### **2.3 – Unidade de Diálise Peritoneal**

Este estágio decorreu durante duas semanas.

Trata-se de uma Unidade que funciona apenas nos dias úteis no horário das 9:00 às 17:00 horas. A equipa de enfermagem desta Unidade é constituída por duas enfermeiras, sendo as duas especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (vertente nefrológica). A equipa multidisciplinar é ainda composta por dois médicos nefrologistas, dietista e assistente social.

Para os utentes desta unidade existe um apoio domiciliário de enfermagem assegurado por uma enfermeira externa à Unidade e que presta serviço para essa empresa de apoio, transmitindo informação relevante do tratamento.

A consulta de opções, também designada de consulta de esclarecimento de enfermagem é realizada pelas enfermeiras da DP, embora numa sala do serviço de Hemodiálise.

A escolha deste contexto em particular focou-se na existência de enfermeiros especialistas na área de cuidados em que me pretendo especializar e por ser uma área da nefrologia da qual tenho sentido uma maior necessidade de aprofundar, assim como o conhecimento da técnica e cuidados inerente com o intuito de sentir maior segurança nas intervenções de enfermagem, principalmente no campo da educação para a saúde.

A consulta dos conteúdos lecionados na componente teórica do curso, bem como outras fontes de informação provenientes de pesquisa bibliográfica, revelaram-se indispensáveis para minorar as dificuldades iniciais.

Atendendo às sugestões do tutor e em virtude de não ter qualquer experiência nesta área, considerou que realizar uma atividade, apreende-la, consolidá-la e só depois transitar para a seguinte seria o melhor método, pelo que, atendendo à curta duração do estágio, foi um desafio enorme para mim.

Apercebi-me que é fundamental, principalmente com o doente que efetua técnicas de substituição da função renal, estabelecer uma relação de confiança com os mesmos, verifiquei que com a entrada de um elemento novo no seu tratamento que é necessário algum tempo até ser totalmente aceite como “capaz” para cuidar de si. Fui estabelecendo essa relação de confiança apresentando-me sempre, perguntando sempre se o doente permitia que lhe prestasse cuidados tentando obter o seu consentimento que sempre consegui.

A educação e o apoio permanentes são vitais para garantir o sucesso do tratamento em diálise peritoneal. À medida que os utentes vão ficando capacitados, surgem novas dúvidas e questões. É fundamental criar um ambiente de disponibilidade transmitindo aos utentes segurança no sentido de que lhes será dada uma resposta completa para as suas dúvidas e medos promovendo a autonomia crescente em relação ao seu autocuidado ou de um cuidador informal.

Delinieei como objetivos específicos nesta área de intervenção:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes com insuficiência renal que recorrem ao serviço de Diálise Peritoneal;
- 2) Adquirir conhecimentos sobre os cuidados específicos a ter com doente com insuficiência renal em programa de Diálise Peritoneal

### 2.3.1– Atividades desenvolvidas

- Conhecimento da estrutura física, organização do serviço e dinâmica da unidade;
- Integração na equipa multidisciplinar;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a técnica de substituição da função renal e sobre cuidados de enfermagem a pessoas em diálise peritoneal
- Aquisição gradual de conhecimentos profundos sobre os cuidados específicos a ter

com doente renal em programa de DP;

- Acompanhamento do processo de treino e indução de DP, a sua prescrição e fatores de individualização do treino;
- Consolidação de conhecimentos sobre a fisiologia do peritoneu aplicada às prescrições para a remoção de fluidos e solutos;
- Conhecimento sobre os requisitos e parâmetros avaliados de diálise adequada;
- Conhecimento sobre as complicações da modalidade, as razões de transferência de modalidade e protocolos aplicados aquando das complicações;
- Participação em consulta de esclarecimento e opção dialítica;
- Conhecimento de Normas, protocolos e outros documentos existentes face ao funcionamento e aos cuidados de enfermagem ao doente renal crónico em DP;
- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos lecionados no curso (cateter peritoneal, despiste de complicações, alimentação, diferentes modalidades e manuseamento dos equipamentos);
- Participação em ações de ensino ao doente e família acerca dos cuidados inerentes à pré-diálise peritoneal e DP;
- Cuidados ao cateter peritoneal:
- Realização de sessão educativa do treino à pessoa com DRC e família e esclarecer dúvidas apresentadas pelo doente/família;
- Compreensão da atuação do enfermeiro especialista na resolução das necessidades do doente renal crónico e a sua família em DP;
- Identificação dos problemas ou necessidades dos doentes/família em relação à DP;
- Promoção da capacitação do utente no tratamento dialítico para o autocuidado;
- Informação constante ao doente/família sobre os sinais e sintomas de possíveis complicações e quais os cuidados a ter com o cateter;
- Criação de relação de confiança, empatia, mantendo a privacidade e confidencialidade com o doente renal crónico e família;
- Análise e discussão com o tutor caso a caso e apoio do utente;
- Execução técnica de trocas manuais de bolsas de DP, ensino a utentes a usar cicladora;
- Participação em tratamentos e consultas de rotina com as colegas da DP aos utentes da consulta de transplante renal.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no Apêndice XIII.

## **2.4– Serviço de Hemodiálise em contexto hospitalar**

O estágio decorreu durante sete semanas. O serviço escolhido é composto por duas salas, uma com doze postos de diálise, sendo que um posto é reservados para utentes em isolamento e outra sala com dois postos de tratamento reservados para utentes com infeção a VIH e/ou VHB. Os utentes com infeção a VHC efetuam o seu tratamento na primeira sala referida, no último posto do circuito da água. A unidade funciona das 7h30 às 23h, de Segunda-feira a Sábado. É constituído ainda por uma Unidade de Diálise Peritoneal

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros cuidados gerais, enfermeiros especialistas, médicos nefrologistas, dietista e assistente social. Efetuam-se aproximadamente entre 35 a 40 sessões por dia e engloba para tratamento utentes que se encontram internados e utentes de ambulatório.

Foram fatores determinantes para que escolhesse este contexto em particular: a existência de enfermeiros especialistas na área de cuidados em que me pretendo especializar, o interesse em conhecer o serviço e sua diferenciação e também a relação com a proximidade com o meu local de trabalho, a motivação por conhecer a amplitude do tratamento em contexto hospitalar, visto que a minha prática recai apenas no contexto das Unidades Satélite.

Considerando a minha experiência nesta área e estando já de uma forma geral familiarizada com as técnicas que lhe são específicas e os seus fundamentos, pretendi sobretudo encontrar possíveis diferenças que me levassem a questionar as minhas próprias práticas. Acresce ainda a receptividade que o serviço demonstrou em relação ao meu projeto de estágio.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no Apêndice XIII.

#### 2.4.1 – Atividades desenvolvidas

- Conhecimento da estrutura física, organização do serviço e dinâmica da unidade;
- Integração na equipa multidisciplinar;
- Preparação de todo o equipamento necessário ao tratamento;
- Conhecimento das normas e protocolos do serviço, leitura de documentação existentes:
  - Melhoria da capacidade técnica, principalmente na punção de acessos vasculares, na monitorização do doente e término do tratamento;
  - Contacto com doentes em hemodiálise com instabilidade clínica por se tratar de hemodiálise hospitalar, indução do tratamento pela primeira vez;
  - Desenvolvimento e implementação de estratégias de melhoria do autocuidado, através da elaboração de um guia de acolhimento ao serviço, sobre a constituição do Serviço, o tratamento e cuidados a ter, visto que não existia ainda nenhum documento redigido neste sentido;
  - Tentativa de implementação de ensino sobre a auto-higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, mas por condições técnicas dos lavatórios, não foi possível a sua execução;
  - Observação contínua do utente em tratamento, medidas de autocuidado e adesão ao tratamento, tentando identificar em cada situação ações a serem trabalhadas com a equipa de uma forma geral;
  - Colocação de cateter de hemodiálise e contato com outras técnicas anteriormente desconhecidas na minha prática e com as quais nunca tinha contactado, nomeadamente a plasmaferese, possibilidade de poder acompanhar o tratamento e realizar o mesmo com supervisão, adequando intervenções de enfermagem;
  - Reflexão sobre a minha prática de cuidados no local onde exerço funções;
  - Procura de fundamentação de decisões que são prática no meu quotidiano profissional mas que muitas vezes não tinha ainda desenvolvido capacidade reflexiva e de análise de determinadas ações/intervenções de enfermagem, através de conversas informais com os elementos da equipa.
- Participação em consulta de opções.
- Realização de um guia de acolhimento para o Serviço que consta em apêndice XII.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no Apêndice XIII.

## **2.5 - Fatores condicionantes e facilitadores do ensino clínico**

Todo este percurso foi desenvolvido em paralelo com a minha atividade profissional, carecendo de folgas, de tempo extra para conseguir também desenvolver algum trabalho em casa, pelo que se tornou desgastante tanto fisicamente como intelectualmente pela especificidade de cada serviço e área de intervenção, assim como equipas e utentes.

Para além dos estágios, a gestão de tempo tornou-se impreterível tanto para as pesquisas, como para o projeto de ensino, para a implementação dos instrumentos de colheita de dados, para a análise de dados e elaboração do presente trabalho. O tempo de estágio, apesar de extenso, sendo constituídos por 500 horas, surge como uma luta contra o tempo, querendo passar por todas as áreas de cuidados, todas as oportunidades. Surgiu a DP como uma área que me suscitou um interesse enorme, que apesar de se tratar de uma área em que não tinha qualquer experiência, sinto que rapidamente ultrapassei esse fator sentido-me com segurança nos cuidados que prestava.

A necessidade de me integrar rapidamente nas equipas como fator facilitador de qualquer estágio, foi de fato um desafio que felizmente consegui vencer, apesar de algum receio, agora vejo que sem sentido e que até facilitou o desenvolvimento das diversas competências a que me propunha atingir. Senti que, por estar a prestar cuidados a pessoas com uma doença crónica, já com enfermeiros de referência com os quais estabelecem uma relação diária, que tive alguma dificuldade numa fase inicial mas, com o excelente apoio das minhas orientadoras em todos os campos de estágio, este processo tornou-se mais fácil dado que transmitiam sempre muita segurança ao utente quando falavam de mim enquanto profissional. O trabalho foi-se desenvolvendo, foi estimulando a minha prática e motivação.

De uma forma geral, a integração nas Equipas multidisciplinares, a noção da estrutura física e organizacional dos serviços, bem como as metodologias de trabalho e rotinas

e dos protocolos de atuação, normas e regulamentos, revelaram-se pontos-chave e transversais para uma boa e ágil adaptação a cada serviço e adequada prestação de cuidados e desenvolvimento de competências.

Foi fundamental ao longo de todos os estágios a organização do conhecimento, ou seja, reorganizar todo o conhecimento previamente adquirido (através de ensino teórico e prática profissional) para conseguir reaprender e em outras situações aprender. Por exemplo – reaprender a preparação de um monitor de HD por ser a montagem diferente daquilo que eu já conhecia e executar a técnica de colocação de cateter de diálise, técnica que apenas conhecia teoricamente.

Essencialmente, foi uma gestão adequada de todos os conhecimentos provenientes da formação especializada, da experiência profissional e de todo o percurso de ensino clínico. Pensar por mim própria, supõe o desenvolvimento de todo este processo.

A própria prática profissional e o decorrer do estágio levantaram problemas que exigiram a minha reflexão e estudo, o confronto de ideias, interrogação constante das práticas e a sua partilha com os restantes elementos da equipa. Os estágios representam um tempo de trabalho baseado na observação, aprendizagem e avaliação fomentando o desenvolvimento de competências e adquirindo novas.

De uma forma geral, os estágios permitiram-me a par da dimensão anteriormente referida, desenvolver competências relacionadas com o trabalho em equipa, organização individual do trabalho, relações interpessoais (com a equipa e utentes/família), partilha de responsabilidades, aprendizagem, comunicação e decisão individual ou em grupo perante novas situações, o desenvolvimento do pensamento criativo através de reflexões sobre as práticas e reconhecer potencialidades formativas no contexto de trabalho.

### 3– DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

#### 3.1 - Metodologia

A pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é essencial para alterar práticas que favoreçam a melhoria do estado de saúde da pessoa. (Polit, Beck e Hungler (2004)

A metodologia permite delinear a abordagem mais adequada aos problemas identificados. Segundo Fortin, Côté & Filion (2009), a metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e sistemático e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação.

Ainda segundo os mesmos autores, no decurso da fase metodológica a atenção do investigador é dirigida, sobretudo, para o desenho de investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados.

Resumidamente a implementação do projeto em 3 passos à luz do processo de Enfermagem de Orem:

- **Passo 1** - Fase de diagnóstico e prescrição, que determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem.

Neste primeiro passo, identifiquei a ausência de medida de autocuidado relativamente aos cuidados a ter com o acesso vascular.

- **Passo 2** - Fase de planeamento dos sistemas de enfermagem e de planeamento da execução das intervenções de enfermagem.

O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação.

Especificamente, no decorrer do projeto, guiei-me pelo modelo de Educação em saúde centrado na promoção do autocuidado do doente renal crónico em programa de hemodiálise, aplicando o processo de enfermagem de Orem orientando-me pelo Sistema de enfermagem de apoio educativo com o objetivo de desenvolver a capacidade de cada utentes se tornar agentes de autocuidado.

As ações envolvidas no planeamento dos sistemas de enfermagem foram a seleção da combinação de materiais de auxílio efetivos e eficientes na medida de ultrapassar o déficite de autocuidado de higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento.

- **Passo 3** – Produção e execução do Sistema de Enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de forma a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Este passo inclui a evolução, onde, juntos, os utentes e os enfermeiros realizaram utilizaram instrumentos de avaliação, como o questionário de avaliação de conhecimento antes e após o ensino, observação não participante do comportamento de adesão do utente antes de iniciar o tratamento, ou seja, se realiza a higienização do membro do acesso e em caso afirmativo, se realiza corretamente o procedimento pelos passos apresentados no ensino que lhes foi realizado; repetição das observações ao primeiro mês e ao terceiro e possível repetição dos ensinamentos.

### 3.1.1 – Contextualização da Investigação, Objetivos e Questões

O presente estudo foi desenvolvido no campo de estágio descrito no ponto 2.1 que teve em vista o desenvolvimento do cerne do estudo, com a implementação de um projeto de Educação para a Saúde.

Partindo da premissa de que os doentes que estão melhor informados, que têm mais conhecimentos sobre a sua doença e sobre as implicações do seu tratamento, são doentes que estarão melhor capacitados para se adaptarem de uma forma mais positiva ao impacto que a hemodiálise tem no seu quotidiano e, assim, para terem maior controlo sobre a sua vida e serem agentes de autocuidado, surge a importância do desenvolvimento deste projeto.

Construiu-se um problema de investigação, ou seja, estudar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise, com um projeto educativo realizado durante o tratamento, avaliando duas perspetivas diferentes:

- a) Perspetiva dos conhecimentos adquiridos;

- b) Perspetiva da evolução da pessoa face ao seu desempenho no autocuidado com o acesso vascular, através da medida de autocuidado - higienização do membro do acesso antes do tratamento, tanto em adesão como em eficácia.

Deste modo o desenho da investigação teve por objetivos os seguintes pontos:

- Caracterizar a amostra em estudo no que respeita às variáveis sociodemográficas (género e idade) e de contexto clínico (conhecimento e ensino sobre o tema) da pessoa com doença renal crónica a realizar tratamento de hemodiálise numa Unidade de Hemodiálise da periferia de Lisboa;
- Avaliar e caracterizar a evolução do conhecimento sobre o autocuidado ao acesso vascular, especificamente sobre a importância da higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, como adquirido ou não adquirido pela pessoa em estudo, através de sessão de educação para a saúde sobre o tema. Para tal, avaliar o conhecimento prévio ao ensino e posteriormente ao ensino;
- Analisar a relação entre as variáveis de contexto clínico (conhecimento e ensino) e a adesão à medida de autocuidado (domínio da técnica de higienização do membro do acesso vascular) na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise na Unidade em questão;

O trabalho de desenvolvimento do processo de investigação ganhou sentido na procura de respostas para algumas questões e hipóteses de investigação formuladas e baseadas no meu quadro de referência e experiência.

Surgiram as seguintes questões:

- As pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise na Unidade em questão têm conhecimento sobre a importância da higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, como medida de autocuidado?
- As pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise na Unidade em questão, realizam a higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento?
- Qual a relação entre as variáveis de contexto clínico (conhecimento e ensino) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio da técnica de higienização do membro do acesso vascular) na pessoa programa de hemodiálise na Unidade em questão?

Surgiu assim a principal questão de investigação no sentido de dar resposta a:

“Qual o impacto da educação para a saúde, através da implementação de um projeto de educação durante a sessão de hemodiálise, sobre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, a nível de aquisição de conhecimentos, adesão e eficácia, visando a promoção do seu autocuidado?”

Embora este estudo seja essencialmente descritivo, ou seja, pretende obter dados em relação às questões acima enumeradas, formulam-se as seguintes hipóteses:

**HIPÓTESE 1 (H1)** - Existe relação entre **conhecimento** sobre medidas de autocuidado, especificamente higienização do membro do acesso vascular, e **prática** dessas medidas (domínio da técnica de higienização do membro do acesso vascular) na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise na Unidade em questão?

**HIPÓTESE 2 (H2)** - Existe **relação entre o ensino realizado** durante as sessões de hemodiálise e a **evolução do conhecimento** sobre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento como medida de autocuidado, na pessoa com doença renal crónica em tratamento na Unidade em questão?

**HIPÓTESE 3 (H3)** - Existe **relação entre o ensino realizado** durante as sessões de hemodiálise e a evolução do **desempenho do autocuidado**, traduzindo-se em adesão da pessoa com doença renal crónica em tratamento na Unidade em questão à medida de autocuidado higienização do membro do acesso vascular?

Assim, trata-se de um estudo descritivo-correlacional com follow-up, uma vez que visa explorar relações entre variáveis sociodemográficas e de contexto clínico com uma medida de autocuidado.

A abordagem realizada é quantitativa e consiste em perceber através dos dados obtidos como os conceitos interagem e podem estar associados, determinando a

existência de relações possíveis entre os conceitos. Para tal são utilizadas análises estatísticas.

### **3.2 - Amostra**

A população-alvo é o conjunto das pessoas que encaixam nos critérios de selecção definidos previamente, permitindo produzir generalizações.

Assim, para obter a população em estudo definem-se critérios de inclusão, ou seja, as características que se desejam encontrar na amostra e, os de exclusão que determinam os indivíduos que não fazem parte da amostra. (Fortin, Côté & Filion, 2009)

Tendo em conta o estudo pretendido, optou-se por uma amostra de conveniência, ou seja, constituída por indivíduos facilmente acessíveis e com critérios de inclusão definidos. Desta forma, constituiu-se uma amostra de 117 pessoas com doença renal crónica, que se encontram a realizar tratamento de Hd numa Unidade na periferia de Lisboa, tendo como critérios de inclusão:

- A pessoa em tratamento na Unidade em questão de 28 de Setembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016, ser autónoma no desempenho do autocuidado, com competência para falar, ler e escrever Português de forma fluente e cujo acesso vascular utilizado para o tratamento é a presença de FAV ou PTFE, assim como consentirem de forma livre e esclarecida participar no projeto.

Consideraram-se critérios de exclusão:

- Os restantes utentes, ou seja, dependentes fisicamente, parcialmente ou totalmente dependentes de terceiros, sem compreensão cognitiva, cujo acesso vascular utilizado para o tratamento é o Cateter Venoso Central (CVC) ou que tenham implantado o acesso vascular num membro inferior e os que recusaram participar no estudo.

Tendo em conta que se encontram em tratamento na Unidade 178 utentes, foram excluídos 61 utentes sendo que por critérios de exclusão, 29 não apresentam compreensão para o estudo por alterações cognitivas nomeadamente processos

demenciais, 16 com dependência no autocuidado, para além dos 29 referidos, estes apenas por dependência funcional, mesmo que mantida a função cognitiva, 13 utentes com Cateter Central, nenhum utente apresenta acesso vascular num dos membros inferiores e três utentes recusaram participação.

A escolha do local presta-se pela acessibilidade e interesse por parte do investigador em explorar o fenómeno da promoção do autocuidado naquela Unidade, em que o foco autocuidado seja desenvolvido como indicador de qualidade.

A avaliação cognitiva prévia foi determinada, visto ser estimado o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado e a realização de ensino.

### **3.3- Identificação e operacionalização das variáveis**

Foram seleccionadas as variáveis mais pertinentes, atendendo aos objetivos do estudo e às particularidades do instrumento de colheita de dados. Neste sentido, tornou-se necessário classificar as variáveis seleccionadas, em variáveis dependentes, independentes e de atributo, segundo o papel que detêm na investigação.

A variável dependente é, na perspetiva de Polit, Beck e Hungler (2004) o comportamento, a característica ou o resultado no qual o investigador está interessado em compreender e explicar, corresponde neste estudo à medida do autocuidado.

Apoiadas na fundamentação teórica e nas questões de investigação formuladas foram consideradas como variáveis independentes as de contexto clínico, o processo de ensino e o conhecimento.

As variáveis atributos consideradas foram a idade e o género.

Quanto à sua operacionalização, a definição operacional da variável dependente faz-se através da observação não participante da medida de autocuidado: auto-higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, avaliando o grau de adesão a este procedimento em vários momentos.

A definição operacional da variável independente conhecimento sobre a medida de autocuidado relacionado com o acesso vascular – higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, faz-se através de um questionário com três questões sobre esta medida de autocuidado. Este questionário é realizado antes de qualquer intervenção educativa do estudo.

Assume-se conhecimento como um conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências adquiridas. (Conselho Internacional de Enfermeiras,1999)

A definição operacional da outra variável independente, o ensino à pessoa com doença renal crónica durante a sessão de hemodiálise sobre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, como medida da promoção do autocuidado, faz-se através da realização do mesmo questionário realizado para a operacionalização da variável conhecimento, mas num momento posterior à intervenção educativa. Avalia-se então o conhecimento demonstrado ou não demonstrado com o ensino efetuado.

No que se refere a esta variável, o ensino foi realizado por nove enfermeiros da equipa de enfermagem da Unidade, após ter sido realizada formação em contexto de trabalho sobre todo o estudo, para uniformizar o processo de ensino.

Assim, para o desenvolvimento do projeto, foram convidados nove enfermeiros da Unidade, assim como dois enfermeiros peritos para integrarem o projeto, sendo que aceitaram desde logo. Foram estabelecidas reuniões informais e uma apresentação do projeto formal em sala de reuniões, com material audiovisual, cuja planificação da sessão e respetiva sessão se encontram do apêndice II ao apêndice XI.

Nesta mesma sessão, foi logo traçado todo a fase de implementação do projeto e respetivas datas e distribuição de utentes por enfermeiro para ser mais fácil a realização e acompanhamento das intervenções assim como dos respetivos registos em processo de enfermagem.

Por fim, quanto à definição operacional das variáveis atributo, as idades foram recolhidas através de uma pergunta aberta com campo para preenchimento, e a informação do género foi recolhida através de pergunta fechada: masculino e feminino.

### **3.4– Instrumentos de Colheita de dados e Processo de Recolha de dados**

O método de colheita de dados é determinado pela essência do problema de investigação, pelas variáveis e pelas estratégias de análise estatística utilizadas.

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliar as variáveis a estudar: um questionário realizado em dois momentos e observações não participantes realizadas no momento da entrada dos utentes em programa de hemodiálise para a sala de tratamento a fim de observar a medida de autocuidado higienização do membro do acesso vascular.

O questionário teve por objectivo, obter dados sobre o conhecimento e atitudes. Segundo Fortin, et al (2009) os questionários têm a vantagem de obtenção de dados de forma rápida, sendo que a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação, assegura uma fidelidade do instrumento que possibilita comparações entre quem responde.

Assim, para este estudo foi concebido um questionário de caracterização sociodemográfica e de contexto clínico, havendo a necessidade de aplicação dos instrumentos de colheita de dados em dois momentos, com um tronco comum, permitindo a comparação de dados nos dois momentos, nomeadamente medida de autocuidado, conhecimento e ensino.

O questionário é constituído por três questões que foram elaboradas pela pesquisadora e foram sujeitas a avaliação de conteúdo através da fórmula de literacia para a avaliação do conteúdo do texto, fórmula Flesh (anexo 1) obtendo-se pontuação correspondente à descrição do estilo como sendo muito fácil. Ainda assim foi

apresentado aos dois enfermeiros peritos antes da sua implementação tendo sido sujeito a pequenas alterações.

As perguntas foram lidas pelos enfermeiros participantes no projeto e respondidas pelos utentes, durante o tratamento, com a mínima interferência nas respostas.

O processo de recolha de dados consiste em aplicar os instrumentos de medida selecionados e foi concretizado por mim no período 28 de Setembro de 2015 a 28 de Maio de 2016.

### **3.5 – Aspetos formais e éticos**

Para realizar a colheita de dados, são necessários determinados procedimentos, nomeadamente recorrer à obtenção de uma autorização para realizar o estudo em determinada área.

De forma a dar cumprimento aos preceitos formais e éticos inerentes à realização deste estudo, formalizou-se por escrito um pedido de autorização para colheita de informação à coordenadora nacional de enfermagem para a implementação do projeto, reponsáveis da Unidade, cuja descrição da intenção do projeto se encontra no anexo II, recendo parecer favorável para a sua implementação. O pedido de autorização foi acompanhado do instrumento de colheita de dados e do consentimento informado, tendo este sido diferido, no sentido de ser possível a recolha de dados. (Apendice X e XI)

Todos os cuidados éticos foram adotados visando a integridade e bem-estar dos participantes.

Foi solicitado o termo consentimento livre e esclarecido, a fim de obter-se a concordância de participação de cada elemento, onde lhe foi assegurado à privacidade e a proteção da identidade, a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

### 3.6 – Tratamento Estatístico

O estudo estatístico das variáveis foi efetuado através da utilização do programa de estatística IBM.SPSS.19 tendo sido aplicadas técnicas e procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial e foram codificados por meio de software Excel versão 2013, para a criação dos gráficos e tabelas. Em relação à estatística descritiva foram calculadas frequências absolutas e percentuais. Realizou-se exame prévio dos dados, com o intuito de verificar existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo, para depois avançar para a aplicação dos testes. Assim relativamente à estatística inferencial foram utilizados os testes paramétricos (teste de t de Student para amostras independentes e emparelhadas, a análise da variância) quando tinha indicação e, sempre que necessário, foram utilizados o seu correspondente não paramétricos, o teste T de Wilcoxon. Os testes foram aplicados ao nível de significância 5% ( $p$  inferior ou igual a 0.05).

### 3.7 - Apresentação e análise dos dados

Procede-se então à análise descritiva dos dados e posteriormente à análise inferencial para testar as hipóteses formuladas no estudo.

Para a caracterização sócio-demográfica, foram contempladas as variáveis idade e género, tal como referido anteriormente.

A amostra é constituída por 117 pessoas, sendo que, quanto ao género, 56% homens (66) e 44% mulheres (51) em tratamento hemodialítico na Unidade na periferia de Lisboa. (Gráfico 1)

Os indivíduos têm idades compreendidas entre os 23 e 89 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 65 anos.

Não se considerou habilitações literárias por inclusão no estudo apenas utentes com competência para falar, ler e escrever Português de forma fluente, como já referido e por ter sido realizado teste de literacia ao questionário tendo sido avaliado em muito fácil na escala de flesh.

Para a caracterização do contexto clínico, quanto ao conhecimento antes da implementação do processo de ensino, através das respostas obtidas do questionário de avaliação de conhecimento, verificou-se o seguinte:

- À primeira questão "Lavar o braço do acesso vascular, com água e sabão, antes de iniciar o tratamento, é um dos cuidados que devo ter", 88% dos utentes (103) reponderam corretamente como sendo verdadeira, 10% utentes (12) responderam incorretamente e 2% dos utentes (2) não conseguiram responder à questão. (Gráfico 2)

- À 2ª questão " Os cuidados de higiene com o braço do acesso vascular, são fundamentais para prevenir as infeções", 84% utentes (99) responderam corretamente como sendo verdadeira, 14% (16) responderam incorretamente e 2% dos utentes (2) não souberam responder à questão. (Gráfico 3)

- À 3ª questão " Se tomar banho em casa, não é necessário lavar o braço do acesso antes de iniciar o tratamento", apenas 67% utentes (78) responderam corretamente como sendo falsa, 30% dos utentes (35) responderam erradamente e 3% (4) pessoas não souberam responder à questão. (Gráfico 4)

Para a caracterização do contexto clínico, quanto ao conhecimento depois da implementação do processo de ensino, através das respostas obtidas do questionário de avaliação de conhecimento, verificou-se o seguinte:

- À primeira questão "Lavar o braço do acesso vascular, com água e sabão, antes de iniciar o tratamento, é um dos cuidados que devo ter", 99% das pessoas (116) reponderam corretamente como sendo verdadeira e 1%, 1 utente respondeu incorretamente. (Gráfico 5)

- À 2ª questão " Os cuidados de higiene com o braço do acesso vascular, são fundamentais para prevenir as infeções", 93% dos utentes (109) responderam corretamente como sendo verdadeira e 7% utentes (8) responderam incorretamente. (Gráfico 6)

- À 3ª questão "Se tomar banho em casa, não é necessário lavar o braço do acesso antes de iniciar o tratamento", 96% da amostra (112) responderam corretamente como sendo falsa e apenas 4% (5 utentes) responderam de forma errada. (Gráfico 7)

Conclui-se que na avaliação da variável ensino, houve um aumento significativo do conhecimento de forma particular em cada questão e de forma geral. (Gráfico 8)

Quanto à avaliação da medida de autocuidado higienização do membro do acesso vascular, na observação não participante antes do processo de educação para a saúde, verificou-se que nenhuma pessoa realizava esta medida de autocuidado, considerando-se adesão 0%, não adesão 100%.

Na primeira observação não participante, realizada na semana após a sessão educativa, apenas 4 utentes em 117 utentes higienizaram o membro do acesso vascular antes do tratamento e os que realizaram o procedimento, realizaram de forma correta e seguindo as indicações fornecidas no ensino, este valor significa 3% da amostra. (Gráfico 9)

Na segunda observação não participante (passado um mês da primeira observação realizada), houve um aumento muito discreto de utentes a realizarem o procedimento, verificando-se o número total de utentes a efetuar o procedimento de 10 utentes, significando 9% da amostra. (Gráfico 10)

Na terceira observação não participante (após três meses da primeira observação), houve um aumento para o dobro do valor relativamente à segunda observação, constantando-se 21 utentes a realizarem o procedimento, portanto uma taxa de adesão de 18%, a par da taxa de eficácia de também 18%. (Gráfico 11)

Conclui-se que houve aquisição de conhecimentos com o ensino, e que quando se verifica adesão, o procedimento é realizado sempre de forma correta.

#### 4- DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apresentados os resultados obtidos, importa realizar um esforço de interpretação dos mesmos, procedendo à sua discussão e apreciação crítica, comparando-os entre si e com o quadro teórico de referência, para uma melhor compreensão.

A discussão dos resultados é efetuada tendo em consideração os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas. São destacados os resultados mais relevantes procurando, sempre que possível, encontrar uma justificação, confrontando-a com o quadro de referência. Pretende-se com o presente estudo explorar uma medida de autocuidado com o acesso vascular que o doente renal crónico em programa de Hd na Unidade em estudo deve apresentar, quer na perspetiva da evolução da pessoa no desempenho do autocuidado, quer na perspetiva dos conhecimentos adquiridos.

Considero adequado abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra a nível sociodemográfico, do contexto clínico e do autocuidado.

Em relação aos dados sociodemográficos, destaca-se a percentagem maior de utentes da amostra do género masculino.

É de sublinhar, quando ao contexto clínico que entre o primeiro e o segundo momento de avaliação de conhecimento, registou-se de forma geral um aumento de 16% e em particular, na questão 3, com 30% de respostas erradas no questionário pré-ensino e apenas 4% de respostas erradas no questionário pós-ensino. Portanto, uma evolução muito positiva na aquisição de conhecimento, ou seja, regista-se um aumento de utentes com demonstração de conhecimento de forma geral nas medidas de autocuidado relacionado com o membro do acesso vascular: higienização do membro do acesso antes do tratamento.

Remetendo à **Hipótese 2**, é possível identificar no momento antes do processo educativo e no momento posterior, uma relação positiva, muito significativa

Neste sentido, corroborando com o estudo de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Remetendo à **Hipótese 1**, percebe-se que apesar do conhecimento de uma forma geral sobre o autocuidado relativamente com o acesso vascular, especificamente higiene do membro do acesso antes do tratamento se situar nos 80% no momento antes do ensino, o grau de adesão é de 0%, logo emana a negação de relação direta do conhecimento com adesão.

No entanto, tentando responder à **Hipótese 3**, nota-se uma relação, embora relativamente baixa entre o desempenho no autocuidado dos utentes constituintes da amostra e o ensino efetuado. Tendencialmente, parece que com o passar do tempo, tende a melhorar a adesão à medida. Este dado revela desta forma a importância do papel do enfermeiro no ensino.

Realça-se a existência de poucos estudos comparativos face ao conhecimento adquirido pelos utentes acerca do autocuidado com o acesso vascular / higienização do membro do acesso, por ainda haver um longo percurso a ser desenvolvido no campo da educação para a saúde. A maioria dos estudos consultados apoiam-se essencialmente num momento de avaliação, cruzando essencialmente variáveis sociodemográficas. O papel do enfermeiro enquanto promotor de ganhos em conhecimento sobre o autocuidado e em ensinos é pouco discutido. De acordo com os estudos e tendo presentes os resultados do projeto desenvolvido pode concluir-se cabe ao enfermeiro dar as “ferramentas” para a tomada de decisão consciente e informada. Existe uma forte ligação entre educação, motivação e adesão.

Percebe-se através do estudo que mudar comportamentos é muito difícil, não é como uma sessão educativa que se consegue, mas sim através de um processo que exige persistência, dedicação e acompanhamento. Nada garante que o aumento do conhecimento provoque obrigatoriamente uma mudança de prática de autocuidado. Do estudo apenas se pôde concluir que houve um ganho de conhecimento com o processo educativo e gradualmente parece haver uma tendência à adesão de medidas de autocuidado, com persistência e medidas motivadoras e de reforço.

Apesar de todas as limitações inerentes acredito que os resultados poderão fornecer informações importantes relativamente à importância da promoção do autocuidado relativamente ao ensino efetuado pelos enfermeiros, o conhecimento adquirido pelos utentes face às atividades do autocuidado, assim como a evolução do nível no desempenho do autocuidado.

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A prática baseada na evidência pretende maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas, tendo em conta a maior evidência científica existente. Torna-se clara a necessidade de realização de mais estudos nesta área, que apresentem um nível de evidência superior ao encontrado até agora nos estudos existentes nas bases de dados científicas.

A conclusão deste trabalho gera uma dualidade de sentimentos. Por um lado, surge certamente a agradável compensação de se ver concretizado algo que durante algum tempo pareceu tão distante e difícil de concretizar, e por outro, começa a emergir alguma inquietação provocada pela constatação de que ainda há muito para esclarecer na temática em estudo.

Os enfermeiros devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte para a pessoa com doença renal crónica, contribuindo na ajuda e orientação à auto-gestão da doença. Compete ao enfermeiro provar cientificamente a vantagem de investir na educação para a saúde como forma de minimizar os custos com as complicações, quer em termos monetários quer em qualidade de vida da pessoa.

As reflexões efetuadas ao longo do trabalho permitem concluir que ainda existe um longo caminho a percorrer na promoção do autocuidado, o que reforça a necessidade de se continuar a investigar sobre o autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, no aumento do conhecimento e habilidades, onde os enfermeiros têm particular relevo.

Depois de refletir sobre os resultados obtidos e, numa tentativa de encontrar formas de explorar o fenómeno da promoção do autocuidado, considera-se que seria enriquecedor num próximo estudo:

- Realizar um estudo de abordagem qualitativa analisando fatores que possam ter influência no desempenho do seu autocuidado, visto já termos presente o conhecimento;

- Efetuar um estudo de abordagem quantitativa em que se pudesse estudar o autocuidado em duas populações distintas, uma nas pessoas com doença renal crónica que iniciam tratamento pela primeira vez e outra a população já estudada no presente trabalho;

- E ainda, conseguir dar evidência da relação que possa existir entre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, redução do risco de infeção e consequentemente, menos custos com antibioterapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allon, M., & Michelle, L. (2009). Hemodialysis vascular Access monitoring: current concepts. *Hemodialysis International*, 13 (2009), 153-162.
- Ballerini, L., & Paris, V. (2006). Nosology: when the learner is a patient with chronic renal failure. *Kidney International Supplement*, 103. doi:10.1038/sj.ki.5001928.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5th ed.). Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, T. (2011). Acessos vasculares. *In Manual de hemodiálise para enfermeiros*. Coimbra: Almedina, 2011, 121-140. ISBN: 978972404488.
- Cesarino, C & Casagrande, L (1998). Paciente com insuficiência renal crónica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Rev. latino-am. Enfermagem*, 6(4), 31-40.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (1999). *Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão Beta 2*. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras, 227. ISBN 972-981-49-5-3.
- Deaver, K. (2010). Preventing infections in hemodialysis fistula and graft vascular accesses. *Nephrology Nursing J*, 47 (5).
- Direção Geral da Saúde (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Norma da Direção Geral da Saúde N. 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012), 1–35.
- Edwards, M. (2009). Supporting patients after a diagnosis with diabetes. *Practice Nursing*, 20(4), 185-187. Acedido em 2016/10/03. Disponível em EBSCOhost.

European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). (2007). *Competency Framework*. Acedido em: 05/06/2016. Disponível em

<http://www.edtnerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>;

Filho, A; Melamed, M. (2013). Vitamina D e doença renal. O que nós sabemos e o que nós não sabemos. *J Bras Nefrol*, 35 (4), 323-331. doi: 10.5935/0101-2800.20130051

Higgins M., Evans D. (2008). Nurses knowledge and practice of vascular access infection control in haemodialysis patients in the republic of Ireland. *Journal Renal Care*, 34(2), 48-53. Acedido em 2/05/2016. Disponível em MEDLINE. Doi: 10.1111/j.1755-6686.2008.00016.x.

Engemann JJ, Friedman JY, Reed SD, Griffiths RI, Szczech LA, Kaye KS. ... Fowler Jr. (2005). Clinical outcomes and costs due to Staphylococcus aureus bacteremia among patients receiving long-term hemodialysis. , 2005 Jun, 26 (6), 534-9.

Fortin, M., Côte, J., Filion F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009, 595. ISBN 978-989-8075-18-5.

Haynes, R et al. (2008). Intervention for Enhancing Medication Adherence. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Acedido em 4/1/2016.

Disponível em:

[http://www.sefap.it/servizi\\_letteraturacardio\\_200807/CD000011.pdf](http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf)

Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., ... Yang, C.-W. (2015). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382, 260–272. doi:10.1016/S0140-6736(13)60687-X.

Kaplowitz L, Comstock J, Landwehr D, Dalton H, Mayhall C. (1988). Prospective study of microbial colonization of the nose and skin and infection of the vascular access site in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Microbiology*, 26 (7), 1257-1262.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) & Of, O. J. O. S. CKD Work Group. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3 (1), 4. doi:10.1038/kisup.2012.76.

Macário, F. (2015). *Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal*. Gabinete de Registo da SPN. Acedido em 3/3/2017. Disponível em:  
[http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO\\_DRC2016.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf);

Machado, E. (2009). A Pedagogia Social: Reflexões e diálogos necessários. In Silva, *Pedagogia Social: O campo de trabalho do educador social escolar e não escolar na organização da pedagogia social*. São Paulo: Expressão e Arte Editora/FAPESP/UNESCO. 2009, 133-136.

Manual de acessos vasculares. Lisboa: Fresenius Medical Care, 2011.

Marisco, N. (2002). Novas possibilidades de humanização na hemodiálise: o cliente e a equipe de enfermagem na construção do mais-ser. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

McDaniel, H., Hepworth, J., & Doherty, D. (1994). Os desafios da doença crónica. In *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes médicas, 179-223.

MENDES, E. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan Americana de Saúde, 512.

Milton, J., et al (2013). Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *J Vasc Bras*. 2013, Jul-Set, 12(3), 221-225.

Moreira, A; Araújo, S & Thalita, T. (2013). Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc Anna Nery*, abr- jun, 17(2), 256- 262.

NKF (2006). Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Revista da Ordem dos enfermeiros: pela qualidade de enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros, 1–10 (2010). Acedido em 4/06/2016.

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora, 105. ISBN 978-989- 8269-17-1.

Polit, F.; Beck, C., Bernardette P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed, Porto Alegre: Artmed, 487. ISBN – 85-7307-984-3.

Ramos, I.; Chagas, N.; Freitas, M; Monteiro,A; Leite, A. (2007). A teoria de Orem e o cuidado a paciente renal crónico. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun, 15(2), 444-449.

Redman, B. (1999). A prática da Educação para a Saúde. Lusociência.

- Santos I; Rocha, R & Berardinelli, L. (2011). Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev Bras Enferm, Brasília*. Mar-Abr, 64 (2), 335-42
- Sousa C (2009). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas. Dissertação (mestrado). Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Szymanski, N. (2001). Infection and Inflammation in Dialysis Patients: impact on laboratory Parameters and anemia. *Nephology Nursing Journal*, 28 (3), 337-340. Acedido em 2016/10/03. Disponível em EBSCOhost.
- Theuerkauf, A (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Shirley, P. (coords). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (pp. 173-2017). 2ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Thomas, N. (2014). *Renal Nursing* (4th ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- Veiga, N., Pereira, C. (2014). *Educação Para a Saúde Baseada em Evidências*. Millenium, 46, 107-136.
- Vermeire, E., et al. (2001). Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26 (5), 331-342.
- Woodcock, S. (1999). Por qué se centran las enfermeras que trabajan en centros de HD en temas de cumplimiento? *Journal of the European Dialysis and Transplant Nurses Association, European Renal Care Association (EDTNA/ERCA Journal)*, XXVD 1, EDTNA\_ERCA Journal, XXV (1), 30-37.

## **ANEXO I- Fórmula Flesh**

**Quadro 3-15** *Formula Flesch*

1. Para trechos pequenos, teste toda a selecção. Para maiores, teste pelo menos três amostras probabilisticamente seleccionadas de 100 palavras cada. Não inclua parágrafos introdutórios na amostra. Inicie cada amostra no início de um parágrafo.
2. Determine o comprimento médio da frase contando o número de palavras na amostra e dividindo pelo número de frases. Conte como frase cada unidade independente de pensamento que é gramaticalmente independente, ou seja, se termina num período pontuado, ponto de interrogação, ponto de exclamação, ponto e vírgula ou vírgula. Em diálogo, conte as indicações de discurso (p. ex: "ele disse") como parte da frase citada.
3. Determine o tamanho da palavra contando todas as sílabas na amostra como se lesse as palavras em voz alta. Divida as sílabas pelo número de palavras na amostra e multiplique por 100.
4. Estes índices são então aplicados à fórmula para determinar a facilidade de leitura

$$RE = 206.835 - 1.015 SL - .846 WL$$

Em que *RE* é o score de facilidade de leitura, *SL* é a média de comprimento da frase em palavras e *WL* é a média de comprimento de palavra medido em sílabas por 100 palavras.

**Interpretação do Score de Facilidade de Leitura Flesch**

<u>FACILIDADE DE LEITURA</u>	<u>NÍVEL</u>	<u>DESCRIÇÃO DO ESTILO</u>	<u>Nº SÍLABAS/100 PALAVRAS</u>	<u>TAMANHO MÉDIO DA FRASE</u>
90-100	5	Muito fácil	123	8
80-90	6	Fácil	131	11
70-80	7	Um pouco fácil	139	14
60-70	8-9	Padrão	147	17
50-60	10-12	Um pouco difícil	155	21
30-50	Universidade	Difícil	167	25
0-30	Licenciado	Muito difícil	192	29

De Flesch R: *The art of readable writing*. New York, 1974, Harper & Row, pp. 184-186, 247-251.

## **ANEXO II - Pedido de autorização para colheita de informação**



**APÊNDICE I - Documento explicativo da intenção do projeto  
apresentado ao chefe da Unidade, diretor clínico e enfermeira  
coordenadora nacional**

## **SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: HIGIENIZAÇÃO DO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR**

No âmbito do Curso de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica, proponho-me ao desenvolvimento do tema “Educação para a saúde ao doente renal crónico durante a sessão de hemodiálise como medida para a promoção do seu autocuidado. Dessa forma, viso focar-me na higienização do membro do acesso vascular no momento que antecede a entrada do doente na sala de hemodiálise.

Construindo uma problemática em torno da possibilidade de poder transformar o tempo de cada sessão de hemodiálise, em momentos de produção e troca de conhecimentos e num espaço privilegiado para a interação dos utentes com a equipa de enfermagem sobre questões como a gestão do seu autocuidado, nasce aqui a pertinência do tema deste projeto, encarando a educação para a saúde, previamente planeada por profissionais de saúde, como um aliado para a promoção do autocuidado e mudança de comportamentos.

Partindo da premissa de que uma das principais condições para que uma pessoa altere ou adote comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é a de possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar, surgiu o interesse em realizar diagnósticos de enfermagem de não adesão relativamente ao processo de higienização do membro do acesso vascular antes de entrar para a sala de tratamento.

Tendo em conta que a taxa de realização deste procedimento pelos utentes da Unidade onde trabalho é de 0% (em todos os turnos) e, tendo perceção da importância da realização deste momento antes do tratamento, foi despoletado o interesse pela realização deste ensino com vista a alterar este comportamento de forma a promover um melhor autocuidado ao acesso vascular incidindo sobre a prevenção da infeção.

Alguns diagnósticos de enfermagem podem ser lançados como por exemplo: Uteute com conhecimento diminuído ou ausente sobre a importância da higienização do membro do acesso antes de entrar para a sala de hemodiálise, manifestado não execução do procedimento, relacionado com ausência de informação sobre a importância do mesmo.

Desta forma, pretenderia com esta proposta de ensino encontrar resultados sensíveis ao autocuidado do acesso vascular e resultados positivos atribuíveis à proposta de ensino.

A partir deste foco de atenção, produzem-se indicadores de qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente indicadores de processo, como a percentagem de casos de não adesão ao regime terapêutico (neste caso o autocuidado ao acesso vascular), num determinado período e indicadores de resultado, como os ganhos em conhecimento sobre esta dimensão do regime terapêutico. Estes indicadores são outputs que traduzem a atividade de educação do enfermeiro.

A qualidade da relação profissional que se consegue estabelecer está intimamente relacionada com a comunicação, nomeadamente com as competências de comunicação dos profissionais de saúde. A informação e comunicação em saúde revestem-se de particular importância, porque podem influenciar significativamente a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados e a adoção de comportamentos de adesão.

Sabe-se que a relação entre comunicação e adesão não é direta, mais informação não significa obrigatoriamente maior adesão, mas é um pré-requisito fundamental, sendo necessário que a pessoa entenda as informações que lhe são transmitidas e que as retenha na memória.

Desta forma, tenciono estabelecer o seguinte plano de sessão:

- Levantamento da percentagem de doentes que já realizam este procedimento (sem qualquer ensino programado) através de observação não participante, que neste momento é de 0%.

- Exibição de filme educativo realizado sobre o procedimento sujeito a plano de educação para a saúde e sobre a sua importância;

- Demonstração prática do procedimento;

- Observações não participantes do momento que antecede a entrada dos doentes para a sala de tratamento e levantamento da percentagem de adesão (após sessão de ensino);

- As intervenções de enfermagem, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente destinadas a educar, instruir e treinar;

- O planeamento e implementação das intervenções prescritas, será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa;

- Criação de condições favoráveis à adesão, principalmente no doente com algum grau de dependência facultando ajuda e, se necessário instruir outros profissionais de saúde;

- Monitorização, avaliação e reformulação do processo, dado que a doença e o seu tratamento se prolongam no tempo e a adesão é um processo dinâmico.

O sucesso das intervenções destinadas a melhorar a adesão está fortemente ligado à persistência e continuidade das mesmas. Dado que este tratamento decorre numa Unidade física, enquanto enfermeira e equipa de enfermagem podemos garantir o acompanhamento e monitorização da adesão a este procedimento que é em consenso muito importante para a prevenção da infeção do acesso vascular.

**Apêndice II – Documento explicativo sobre projeto de educação sobre higienização do membro do acesso antes do tratamento aos restantes elementos envolvidos no projeto, enfermeiros**

A pertinência deste projeto prende-se com uma necessidade de mudança de um comportamento dos utentes em programa de hemodiálise, identificada como déficit de autocuidado, relacionada com a higienização do membro do acesso vascular de hemodiálise antes do início do tratamento.

Desta forma, houve necessidade de analisar e refletir sobre intervenções que incentivassem a promoção do autocuidado relativamente aos cuidados com o acesso vascular, especificamente direcionado à higienização do membro.

Com o intuito de dar resposta a esta necessidade, surge a importância da educação para a saúde, previamente planeada por profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros como agentes de mudança. De forma a atingir e evidenciar resultados mensuráveis desta intervenção, surge este projeto.

Diante do exposto, constrói-se uma problemática em torno da possibilidade de poder transformar o tempo de cada sessão de hemodiálise, em momentos de produção e troca de conhecimentos, através de sessões educativas relacionadas com a higienização do membro do acesso vascular, realizadas pelos enfermeiros durante as sessões de hemodiálise.

Para tal é fundamental a dedicação da equipa de enfermagem para além do cuidado técnico encarando este projeto como tendo um carácter potenciador de mudança focado na **obtenção de ganhos em saúde que podem ser percebidos, medidos e avaliados com vista a avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.**

A equipa de enfermagem diariamente envolvida no acompanhamento do doente crónico, deve estar capacitada para desenvolver momentos de educação que assegurem a indispensável qualidade na educação terapêutica.

Assim, tendo em conta que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades, surge a **questão** central do projeto:

“Qual o impacto da educação, a nível de aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos, através das sessões educativas realizadas ao doente renal em hemodiálise, focada na higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento e, como dar evidência da sua importância, quantificando o resultado da intervenção educativa?”.

Parte-se da premissa de que os utentes que estão melhor informados, que têm mais conhecimentos sobre a sua doença e autocuidado, estarão melhor capacitados para se adaptarem de uma forma mais positiva a mudanças de comportamentos com vista à melhor gestão da sua doença.

Neste projeto, os participantes são denominados participantes de conveniência, sendo escolhidos os doentes autónomos em programa de hemodiálise que realizam tratamento três vezes por semana na Unidade satélite Diaverum Almada, com idade superior a dezoito anos e competência para falar e escrever Português de forma fluente e com compreensão efetiva no momento da implementação do projeto.

O método escolhido para a realizar o ensino é o método expositivo-interativo através de um vídeo explicativo da importância da higienização do membro do acesso vascular e demonstrativo do procedimento. Cada sessão educativa deve durar entre dez a quinze minutos.

Os instrumentos de auxílio utilizados são o questionário de avaliação para a sessão educativa dos cuidados ao acesso vascular, já existente no âmbito do programa de formação ao utente e observação não participante da ação de autocuidado, neste caso, a lavagem do membro do acesso antes do utente entrar para a sala de tratamento (antes da realização do ensino e após a realização do ensino).

Com o intuito de satisfazer esta exigência, é necessário verificar a aplicabilidade do projeto através de um Processo de Enfermagem, recorrendo ao diagnóstico de déficit de autocuidado relacionado com carência de informação do utente. Sendo assim, o objetivo final a atingir com a aplicação do processo de enfermagem é capacitar a pessoa em hemodiálise a realizar a higienização do membro do acesso vascular antes de iniciar o tratamento e explicar a sua importância.

Contextualizando, à luz do processo de enfermagem proposto por Orem, baseando o projeto no déficit de autocuidado, o presente projeto guia-se por três passos:

- **Passo 1** - Fase de diagnóstico e prescrição, que determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. Neste caso, já anteriormente identificada a necessidade de ensinamentos dirigidos à higienização do membro do acesso vascular.
- **Passo 2** - Fase planeamento da execução das intervenções de enfermagem. Cria-se um sistema de apoio-educação-agente de mudança (ganhos em

saúde) através da combinação de materiais de auxílio efetivos e eficientes na tarefa de ultrapassar o déficit de autocuidado identificado.

- **Passo 3** – Produção e avaliação dos resultados obtidos recorrendo a instrumentos de avaliação, nomeadamente observações não participantes da entrada dos utentes para a sala de tratamento e repetição consoante as observações realizadas, das sessões educativas ao 1º mês e 3º mês ou conforme as necessidades identificadas com o objetivo de atingir 100% de adesão da amostra proposta.

Conto, para além do enfermeiro chefe da Unidade e enfermeira Patrícia Eirinha, com os seguintes enfermeiros que trabalham na Unidade, para integrar este projeto: Nomes dos enfermeiros que participam no projeto

## **APÊNDICE III – Plano no de sessão de formação**

**TEMA:** PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO DOENTE RENAL CRÓNICO DURANTE O TRATAMENTO COMO MEDIDA DA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: Ensino sobre higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento.

**FINALIDADE:** Apresentação do Projeto à Equipa de Enfermagem da Unidade

**POPULAÇÃO-ALVO:** A sessão é destinada ao responsável de enfermagem da Unidade, à enfermeira coordenadora nacional e a 8 enfermeiros da Unidade que vão colaborar no projeto.

**LOCAL:** Sala de reuniões da Unidade.

**DATA:** 18/10/2015      **HORA:** 18 h      **DURAÇÃO PREVISTA:** 2 hora

**FORMADORA:** Ângela Antunes

**OBJETIVOS GERAIS:**

- Apresentar e contextualizar o Projeto;
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de cuidados de enfermagem com a intenção de obter resultados mensuráveis da intervenção terapêutica Educativa;
- Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem respeitante à educação para a saúde.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Avaliar qual o impacto da educação, a nível de aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos, através de sessões educativas realizadas ao doente renal em hemodiálise, focado na higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento, assim como dar evidência da sua importância.

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	Contextualização da problemática em estudo.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min.
Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já se faz bem	Reflexão sobre a importância de estruturação de ensinamentos, devidamente programados	Método expositivo  Método Interrogativo (Discussão em grupo)	Computador projeção em LCD	10 min.
Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem, promotoras de melhoria do autocuidado	Planeamento de estratégias de mudança e metas a atingir para otimizar o cuidado ao acesso vascular	Método expositivo  Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	10min

## **APÊNDICE IV – Apresentação do projeto na unidade satélite**

PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO DOENTE RENAL  
CRÓNICO DURANTE O TRATAMENTO COMO MEDIDA DA PROMOÇÃO  
DO AUTOCUIDADO: Ensino sobre higienização do membro do acesso  
vascular antes do tratamento

ÂNGELA ANTUNES

Está previsto no Código Deontológico do enfermeiro, o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área de informação através da educação para a saúde, encorajando a independência e o desempenho autónomo das pessoas. A promoção da saúde em geral, e a educação para a saúde em particular, é um processo no qual o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo sempre a participação ativa dos utentes. (Ordem dos enfermeiros, 2011)



## Pertinência do tema

- ▶ **A necessidade de mudança de um comportamento** dos utentes em programa de hemodiálise, identificada como **déficit de autocuidado, relacionada com a higienização do membro do acesso vascular de hemodiálise antes do início do tratamento.**
- ▶ Dar evidência de resultados mensuráveis da intervenção terapêutica que é o Ensino.
- ▶ Assumir que o projeto pode ter um caráter potenciador de mudança focado na **obtenção de ganhos em saúde que podem ser percebidos, medidos e avaliados com vista a avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.**
- ▶ A Educação para a Saúde como aliado para a mudança de comportamentos, previamente planeada por profissionais de saúde. (Ordem dos enfermeiros, 2011)

## Justificação do Projeto

- ▶ Não existe nenhum momento específico para a realização de ensinamentos ou esclarecimentos sobre temas relacionados com o tratamento no nosso ambiente de trabalho
- ▶ Não é prática dos utentes da clínica a higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento
- ▶ Necessidade de analisar e refletir sobre intervenções que incentivem a promoção do autocuidado relativamente aos cuidados com o acesso vascular

## Finalidade do projeto

**AVALIAR**

Qual o impacto da educação, a nível de aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos, através das sessões educativas realizadas ao doente renal em hemodiálise, focada na higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento e, como dar evidência da sua importância

Possibilidade de poder transformar o tempo de cada sessão de hemodiálise, em momentos de produção e troca de conhecimentos, através de **sessões educativas relacionadas com a higienização do membro do acesso vascular, realizadas pelos enfermeiros durante as sessões de hemodiálise**

## Diagnóstico da situação

O que a investigação revela acerca da importância da higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento



. Pesquisa bibliográfica de bases teóricas sobre relação entre educação e ganhos em saúde  
. Referenciais teóricos em enfermagem: processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados

**Autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades**

## Aplicabilidade do projeto através de um processo de Enfermagem

- ▶ **Passo 1 - Fase de diagnóstico e prescrição**, que determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. Neste caso, já anteriormente identificada a necessidade de ensinamentos dirigidos à higienização do membro do acesso vascular.
- ▶ **Passo 2 - Fase planeamento da execução das intervenções de enfermagem**: Cria-se um sistema de apoio-educação-agente de mudança (ganhos em saúde) através da combinação de materiais de auxílio efetivos e eficientes na tarefa de ultrapassar o défice de autocuidado identificado.
- ▶ **Passo 3 - Produção e avaliação dos resultados obtidos** recorrendo a instrumentos de avaliação, nomeadamente observações não participantes da entrada dos utentes para a sala de tratamento e repetição consoante as observações realizadas, das sessões educativas ao 1º mês e 3º mês ou conforme as necessidades identificadas com o objetivo de atingir 100% de adesão da amostra proposta.

## Projeto de educação

- ▶ **METODOLOGIA**: Ensino expositivo-interativo sobre Higienização do membro do acesso vascular
- ▶ **DURAÇÃO DE CADA SESSÃO**: 10 a 15 minutos
- ▶ **PARTICIPANTES DE CONVENIÊNCIA**:
  - Uteute autónomos que realizam tratamento 3 vezes por semana na Unidade Diaverum Almada
  - Competência para falar e escrever Português no momento da implementação do projeto

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES					
NOME UTEUTE	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO			
	INDEPENDENTE NO AUTOUIDADO E COM COMPREENSÃO	PARCIALMENTE OU TOTALMENTE DEPENDENTE	SEM COMPREENSÃO	CVC	ACESSO VASCULAR NO MEMBRO INFERIOR

## Projeto de educação

### Instrumentos

- ▶ Três perguntas de resposta Verdadeiro e Falso de avaliação para a sessão educativa sobre a importância da higienização do membro do acesso vascular antes do tratamento
- ▶ As mesmas três questões são colocadas antes e após o ensino realizado
- ▶ Avaliação de conhecimentos através de questionário aplicado e avaliação de eficácia através de observações do momento de higienização do membro do acesso vascular antes de iniciarem tratamento

## Projeto de educação

### Instrumentos

MONITORIZAÇÃO DE INFEÇÃO NO ACESSO VASCULAR - FAV E PTFE					
PRÉ FORMAÇÃO			PÓS FORMAÇÃO		
DATA	NOME DO UTENTE	ANTIBIOTERAPIA PRESCRITA	DATA	NOME DO UTENTE	ANTIBIOTERAPIA PRESCRITA

- Se foram ou não realizadas colheitas para culturas
  - Agente identificado
  - Ida ao Serviço de Urgência
    - Internamento

# Projeto de educação

## Instrumentos

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES - 3º TURNO SALA 1 - IMPARES														
NOME UTENTE	PRÉ FORMAÇÃO				DATA DE ENSINO E QUEST. PÓS ENSINO	PÓS FORMAÇÃO								
	1ª Observação			DATA QUEST.		1ª Observação			2ª Observação			3ª Observação		
	Data	lavagem braço	sim não			Data	adesão	eficácia	Data	adesão	eficácia	Data	adesão	eficácia
					sim não	sim não		sim não	sim não		sim não	sim não		

## Para o desenvolvimento deste projeto...

- ▶ É fundamental a dedicação da equipa de enfermagem para além do cuidado tecnicista
- ▶ CADA UM DE NÓS REPRESENTA UM ELO DESTE PROJETO DADO QUE SOMOS A EQUIPA DE ENFERMAGEM QUE ESTÁ DIARIAMENTE ENVOLVIDA NO ACOMPANHAMENTO DO DOENTE CRÓNICO E QUE DEVE ESTAR CAPACITADA PARA DESENVOLVER MOMENTOS DE EDUCAÇÃO QUE ASSEGUREM A INDISPENSÁVEL QUALIDADE DO NOSSO TRABALHO

## Para o desenvolvimento deste projeto...

### Intervenções de Enfermagem

- No âmbito do projeto
- No âmbito da investigação clínica
- Participação nas observações da higienização do membro do acesso vascular
- Processo educativo
- Realização de registos de monitorização de infeções de acessos vasculares
- Realização de registos no processo de enfermagem de cada utente

## Fatores que podem ser Facilitadores e Inibidores

### ► Facilitadores



### ► Inibidores



## MUITO OBRIGADA...

O EMPENHO E O COMPROMISSO DE TODOS OS INTERVENIENTES TRAZEM ENORMES VANTAGENS E OPORTUNIDADES PARA CADA PROFISSIONAL ENVOLVIDO, PARA A CLINICA E PRINCIPALMENTE PARA O DOENTE!



**APÊNDICE V – Vídeo sobre higienização do membro do  
acesso vascular antes do tratamento**

## **ACESSO VASCULAR**

### **O que preciso saber sobre o meu acesso?**

É pelo acesso que o sangue entra e sai do corpo de forma segura

- É a linha da vida e essencial para os doentes em hemodiálise
- Não é possível fazer hemodiálise sem se ter acesso ao sangue

**Existem diferentes tipos de acessos vasculares**

### **Cuidados com o acesso vascular**

- Deve lavar diariamente a sua fístula com água e sabão, esfregar bem e secar suavemente
- É também aconselhável lavar o acesso vascular (seja uma fístula ou prótese) imediatamente antes da diálise para reduzir o risco de infecção



**Lavar o braço antes do tratamento é importante para retirar as bactérias da pele que podem ser uma fonte de infecção**

**A pele fica então limpa e o acesso vascular está pronto para ser puncionado**

A equipa de enfermagem vai ensiná-lo, através desta sessão, a fazer uma lavagem cuidadosa do local do acesso previamente a cada tratamento de diálise

Para executar este procedimento, existe água quente na sala

### LAVAGEM DAS MÃOS



## LAVAGEM DO ACESSO VASCULAR



## SECAGEM DO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR E MÃOS



**Tão importante como o tratamento de  
hemodiálise é a higiene do acesso vascular**

**Obrigada pela vossa atenção**

## **APÊNDICE VI – Monitorização de infeção no acesso vascular**

MONITORIZAÇÃO DE INFECÇÃO NO ACESSO VASCULAR - FAV E PTFE					
PRÉ FORMAÇÃO			APÓS FORMAÇÃO		
DATA	NOME DO UTENTE	ANTIBIOTERAPIA PRESCRITA	DATA	NOME DO UTENTE	ANTIBIOTERAPIA PRESCRITA

**APÊNDICE VII- Questionário de avaliação de conhecimentos sobre higienização do membro do acesso vascular: Pré-ensino**

Idade: \_\_\_\_ anos

Género: Masculino  Feminino

**Identifique com V (Verdadeira), ou F (Falsa), ou NS (Não Sei), as seguintes frases:**

- Lavar o braço do acesso vascular, com água e sabão, antes de iniciar o tratamento, é um dos cuidados que devo ter.
- Os cuidados de higiene com o braço do acesso vascular, são fundamentais para prevenir as infeções.
- Se tomar banho em casa, não é necessário lavar o braço do acesso antes de iniciar o tratamento.

**APÊNDICE VIII - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre higienização do membro do acesso vascular: Pós-ensino**

Idade: \_\_\_\_ anos

Género: Masculino  Feminino

**Identifique com V (Verdadeira), ou F (Falsa). Ou NS (Não Sei), as seguintes frases:**

- Lavar o braço do acesso vascular, com água e sabão, antes de iniciar o tratamento, é um dos cuidados que devo ter.
  
- Os cuidados de higiene com o braço do acesso vascular, são fundamentais para prevenir as infeções.
  
- Se tomar banho em casa, não é necessário lavar o braço do acesso antes de iniciar o tratamento.

## **Apêndice IX – Critérios de inclusão e exclusão de utentes**

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES					
NOME UTENTE	CRITÉRIOS DE INCLUSAO	CRITÉRIOS DE EXCLUSAO			
	INDEPENDENTE NO AUTOCUIDADO E COM COMPRENSAO	PARCIAL OU TOTALMENTE DEPENDENTE	SEM COMPRENSAO / RECUSARAM	CVC	ACESSO NO MEMBRO INFERIOR

## **Apêndice X - Instrumento de colheita de dados**

N.º \_\_\_\_

Exmo. Utente

Eu, Ângela Cristina Palma Ruaz Oliveira Mósca Antunes, Enfermeira, a frequentar 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar um trabalho sobre Educação para a saúde ao doente renal crónico durante a sessão de hemodiálise como medida para a promoção do seu autocuidado, sob orientação da Srª Professora Doutora Maria Saraiva. Para a sua concretização, preciso da sua colaboração no preenchimento deste questionário e os dados por si fornecidos serão confidenciais e apenas utilizados para fins de investigação científica.

Desde já agradeço a sua disponibilidade para o preenchimento deste questionário considerado como imprescindível para a consecução deste trabalho.

Obrigada pela sua colaboração

Ângela Antunes

## **Apêndice XI –Consentimento informado**

Exmo Utente

Eu, Ângela Cristina Palma Ruaz Oliveira Mósca Antunes, Enfermeira, a frequentar 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar um trabalho sobre Educação para a saúde ao doente renal crónico durante a sessão de hemodiálise como medida para a promoção do seu autocuidado, sob orientação da Srª Professora Doutora Maria Saraiva. Para o efeito, necessito de colher informação junto dos utentes.

Este estudo tem por objectivo explorar o fenómeno da promoção do autocuidado através de um processo educativo, verificando as relações entre o conhecimento e a adesão a comportamento de autocuidado, no sentido de estabelecer planos de cuidados e intervenções capazes de responderem aos problemas, incapacidades e necessidades da pessoa.

Saliento que todas as informações prestadas apenas serão utilizadas para este estudo de investigação. A privacidade dos participantes será garantida, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas diretamente implicadas no estudo e na divulgação dos resultados será mantido o anonimato. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito de recusar em qualquer altura sem que daí advenha para si qualquer repercussão. Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir participar, sinta-se à vontade para a realizar.

Agradeço desde já a sua colaboração para participar neste estudo.

---

Ângela Antunes

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver, fui informado(a) sobre o âmbito, finalidade, objectivos, garantia de confidencialidade e carácter voluntário da minha participação e concordo participar no estudo.

Lisboa,

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

## **APÊNDICE XII – Guia de acolhimento de Serviço de Hemodiálise**

## **INFORMAÇÃO SOBRE OS ASPETOS MAIS IMPORTANTES DO SEU TRATAMENTO NESTA UNIDADE**

### **APRESENTAÇÃO**

O Hospital de Dia Médico – Unidade de Hemodiálise, é uma Unidade integrante do Hospital que tem como objetivo o tratamento de doentes com doença renal crónica que necessitam de tratamento substitutivo da função renal, em regime ambulatorio (hemodiálise e diálise peritoneal).

### **O TRATAMENTO**

Para fazer hemodiálise é necessário um acesso vascular, local onde se vão colocar as agulhas que vão retirar sangue em quantidade suficiente para uma boa eficácia do tratamento.

No fim do tratamento as agulhas são retiradas, colocando-se neste local um penso de proteção.

Quando, por qualquer motivo, não é possível a realização de um acesso vascular (fístula ou prótese) recorre-se à colocação de um cateter na zona do pescoço.

Quando sentir algum desconforto durante o tratamento deve chamar o enfermeiro imediatamente.

Regra geral cada sessão de hemodiálise tem a duração de 4h e é realizada três vezes por semana. É importante que não falte a nenhuma sessão de diálise. A adesão ao tratamento fará com que se sintam bem e mantenham as suas atividades de vida quotidianas.

Durante o tratamento podem ocorrer algumas complicações sendo as mais frequentes a hipotensão, as câibras, dores de cabeça, náuseas e vômitos.

Durante o tratamento é administrado um medicamento que dilui o sangue, o que pode aumentar o risco de hemorragia, pelo que deve estar alerta a qualquer hemorragia que ocorra.

### **CUIDADOS A TER ANTES DE ENTRAR NA SALA DE DIÁLISE**

Deve trazer uns chinelos ou solicitar uns protetores de sapatos descartáveis e calçá-los antes de entrar na sala de tratamento.

Deve também vestir uma camisola larga (principalmente nas mangas) e prática para facilitar todo o processo de tratamento. Desta forma evita-se que use na rua se suje com sangue.

O membro do acesso vascular deve ser lavado com água e sabão neutro e seco com toalhas de papel (disponível nos balneários), antes de cada tratamento.

### **INFORMAÇÕES GERAIS**

Durante o tratamento é fornecido um lanche ligeiro.

As visitas são permitidas durante o tratamento em horário fora do início ou final de tratamento.

Se necessitar de fazer a toma de medicação domiciliária durante o tratamento deverá sempre comunicar ao enfermeiro que lhe fica atribuído a cada tratamento.

### **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

De Segunda-feira a Sábado, das 7h30 às 23h.

### **EQUIPA TÉCNICA**

A equipa técnica desta Unidade é constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, administrativos, assistente social e dietista.

**COLABORE ATIVAMENTE NO SEU TRATAMENTO, OS CLIENTES SÃO O CENTRO  
DESTA EQUIPA**

## **Apêndice XIII – Resultados do estudo**

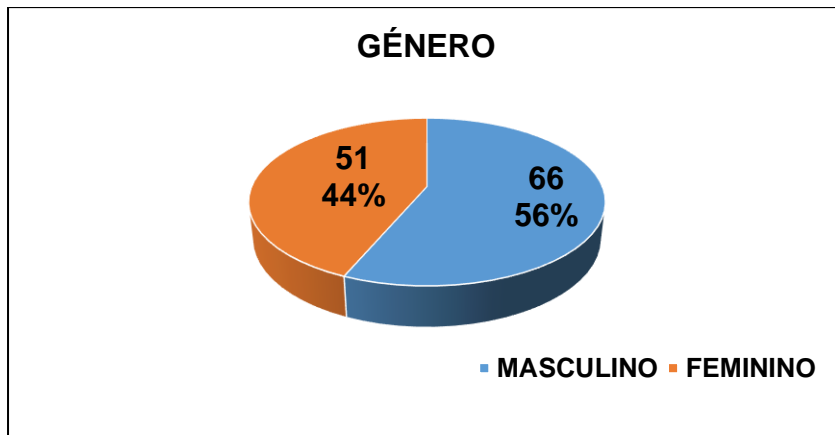


Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o género

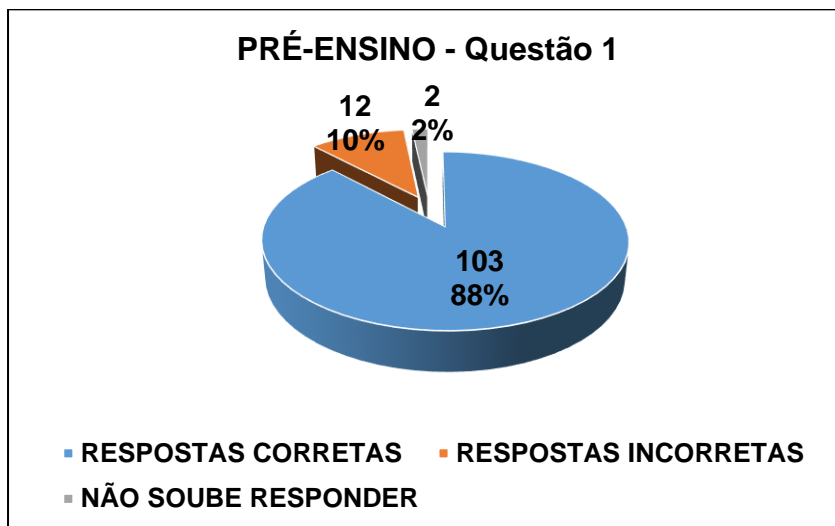


Gráfico 2 – Distribuição das respostas à questão 1 no questionário Pré-ensino

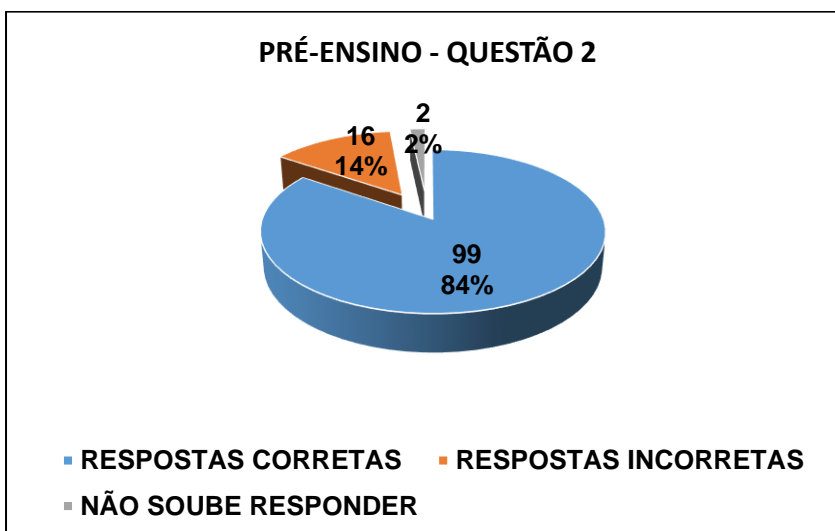


Gráfico 3 – Distribuição das respostas à questão 2 no questionário Pré-ensino

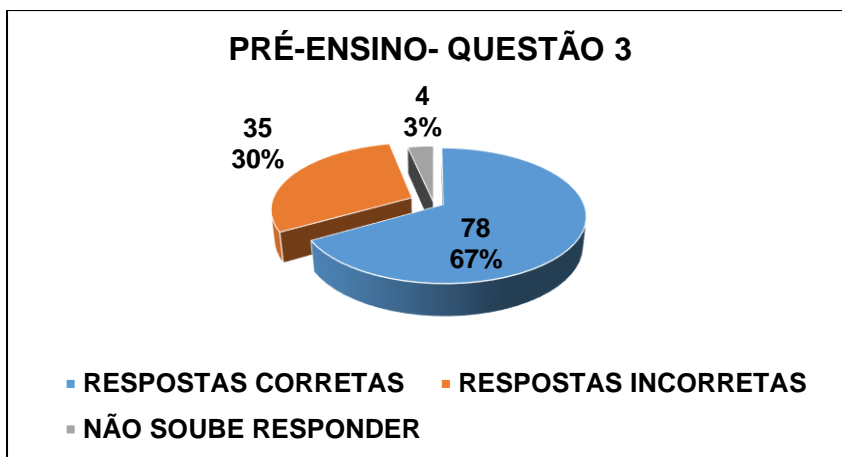


Gráfico 4 – Distribuição das respostas à questão 3 no questionário Pré-ensino

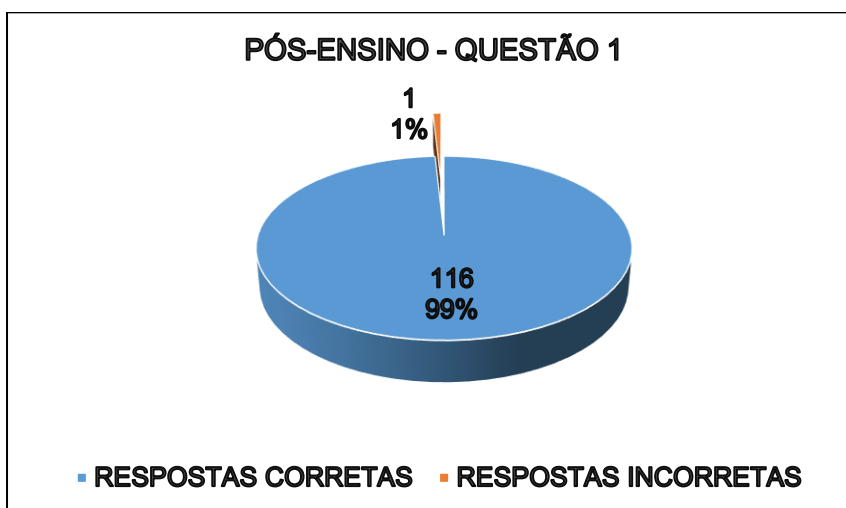


Gráfico 5 – Distribuição das respostas à questão 1 no questionário Pós-ensino

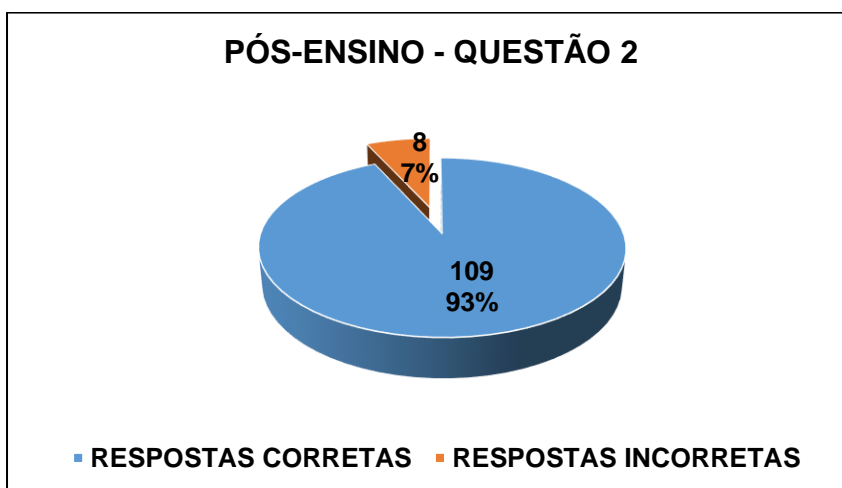


Gráfico 6 – Distribuição das respostas à questão 2 no questionário Pós-ensino

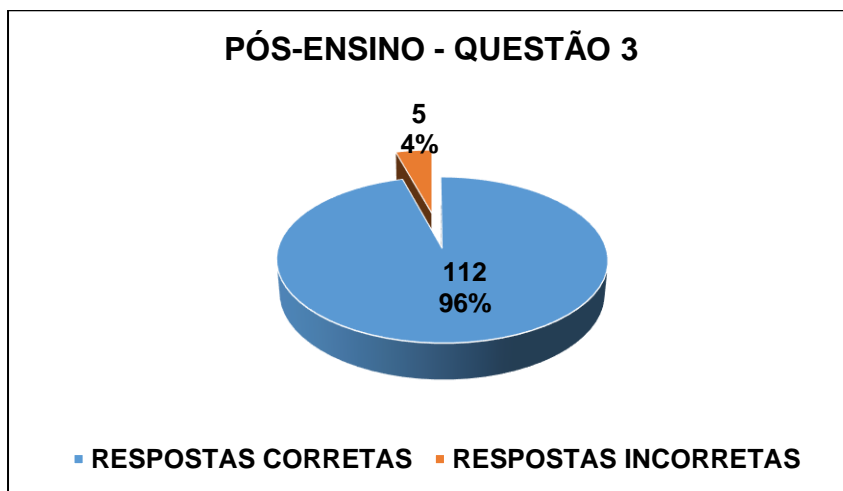


Gráfico 7 – Distribuição das respostas à questão 3 no questionário Pós-ensino

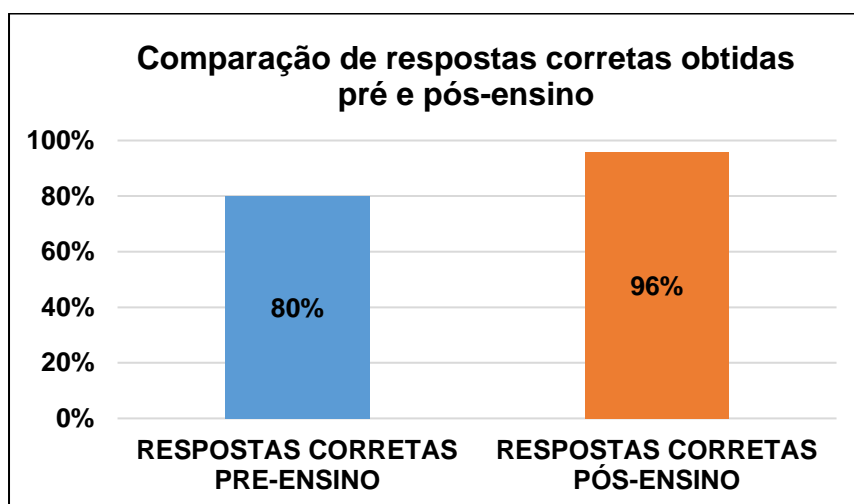


Gráfico 8 – Comparação percentual de respostas corretas obtidas pré e pós-ensino

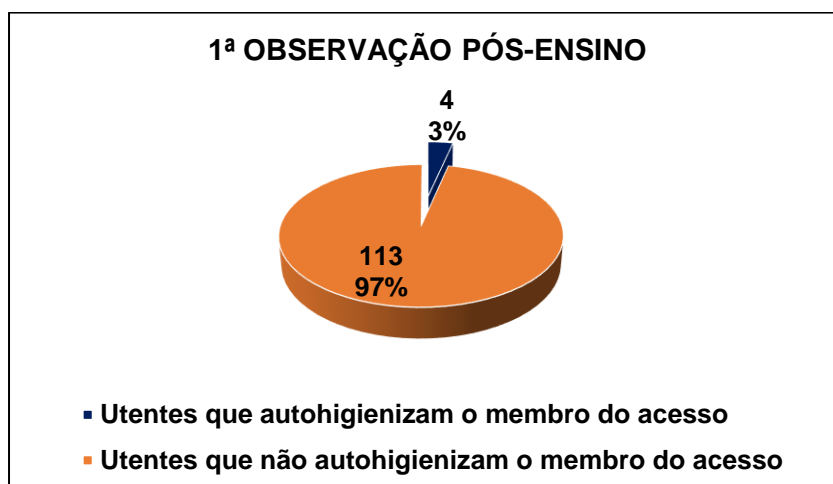


Gráfico 9 – Distribuição das observações realizadas na primeira observação pós-ensino

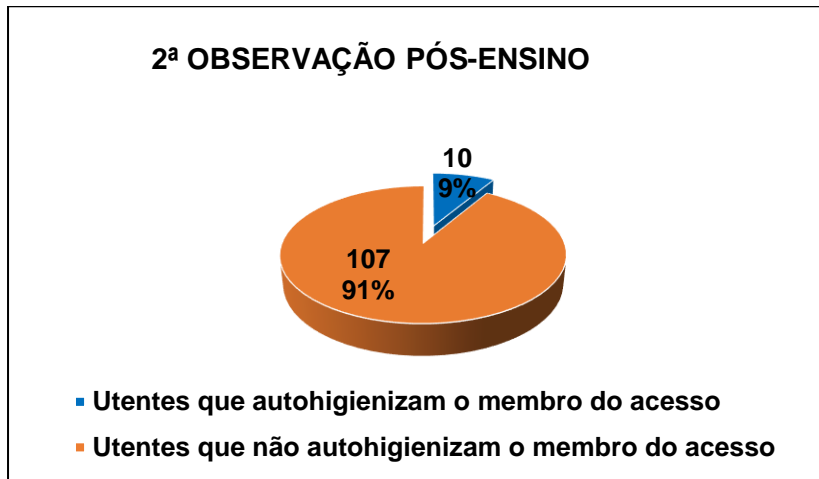


Gráfico 10 – Distribuição das observações realizadas na segunda observação pós-ensino

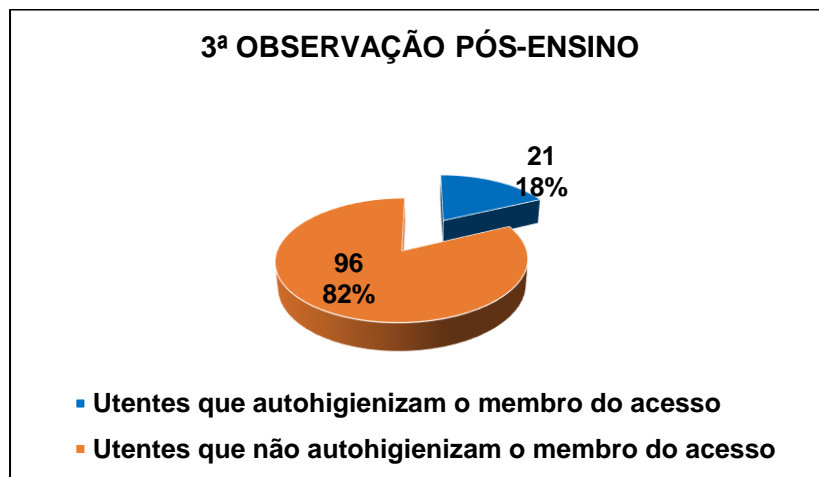


Gráfico 11 – Distribuição das observações realizadas na terceira observação pós-ensino

## **Apêndice 14 – Cronograma de estágio**



## **Apêndice 15 – Avaliações qualitativas dos campos de estágio**

**AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: Azela Antunes Instituição: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_  
Efectuado de 26/10/2015 a 11/10/2015 Docente: Professora Raia Leocádio Orientador: \_\_\_\_\_

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

O Docente: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

Data: 15/02/2016



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

**AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A Aluna Ângela Mosca, apresentou-se durante o estágio clínico, sempre com boa relação de ajuda, boa capacidade de integração, integrando em todos os processos de conteúdos do estágio.  
Excelente capacidade de adaptação a novas situações, apresentando rigor às exigências da função desempenhada. Muito autónoma. Excelente relação com os utentes/clientes.  
Excelente aluna.

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

Data: 15.2.2016 Orientador

Assinatura

Data: Estudante

Ângela Cristina Mosca Auh

*[Assinatura]*

**AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: Angela Cristina Antunes Instituição: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_  
Efectuado de 26/10/2015 a 13/11/2015 Docente: Professora Berta Tenreiro Orientador: \_\_\_\_\_

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

O Docente: \_\_\_\_\_ Orientador: \_\_\_\_\_ Data: 15/10/2016



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

**AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

Marcou pelo bom desempenho, responsabilidade e Brio profissional. Excelente

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

Data:

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

*Duarte Cristina Antunes*

*[Assinatura]*

**AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: Ángela Mósca Antunes

Instituição: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Efectuado de 14 / 12 / 2015 a 8 / 1 / 2016

Docente: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

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

O Docente: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

Data: 08 / 02 / 2016

