

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

**Fadiga nos Doentes Renais Crónicos em Programa
Regular de Hemodiálise**

Joana Mónica da Silva Teixeira

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

**Fadiga nos Doentes Renais Crónicos em Programa
Regular de Hemodiálise**

Joana Mónica da Silva Teixeira

Orientador: Professor Doutor Filipe Cristovão

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



ÍNDICE DE SIGLAS

AEE – Agentes estimulantes da Eritropoiese

CEC – Circuito Extracorporal

CVC – Cateter Venoso Central

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

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

FAV – Fistula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

LRA – Lesão Renal Aguda

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão sistemática da literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TR – Transplante Renal

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	11
2	QUADRO CONCEPTUAL	13
2.1	Doença Renal Crónica	13
2.2	Etiologia da Doença Renal	15
2.3	A pessoa com doença renal crónica terminal	16
2.4	A hemodiálise como tratamento da doença renal crónica	17
2.5	Adaptação à doença renal crónica e ao tratamento dialítico	18
2.6	A fadiga na pessoa com DRCT em hemodiálise	20
2.7	A depressão na pessoa com DRCT em hemodiálise	23
2.8	Competências do Enfermeiro Especialista	25
2.9	Perspetiva de Enfermagem	26
3	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	28
3.1	Unidade de Hemodiálise Hospitalar Central	28
3.2	Unidade de Internamento de Nefrologia	34
3.3	Unidade de Diálise Peritoneal	36
3.4	Consulta de Enfermagem e Hospital de dia.....	37
3.5	Unidade de Hemodiálise Hospitalar 2	39
4	ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – A FADIGA NOS DOENTES	
	RENAIS CRÓNICOS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE	41
4.1	Metodologia.....	41
4.2	Apresentação e análise de resultados	42
4.2.1	Caracterização da amostra	42
4.2.2	Análise da Escala de Impacto da Fadiga Modificada (MFIS).....	48
4.2.3.	Análise da independência funcional – índice de Katz e de Lawton & Brody.....	50
4.2.4.	Análise do Inventário de Beck.....	53
4.3	Conclusões do estudo	55
5	CONCLUSÕES	57
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	<u>ANEXO I – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 1 – UNIDADE</u>	
	<u>HOSPITALAR DE HD</u>	73
	<u>ANEXO II – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 2 – UNIDADE DE</u>	
	<u>INTERNAMENTO.....</u>	76
	<u>ANEXO III – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 3 – UNIDADE DE DP.....</u>	79
	<u>ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO DADOR VIVO – DGS</u>	82

<u>ANEXO V– AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 4 – CONSULTA DE</u>	
<u>ENFERMAGEM E HOSPITAL DE DIA</u>	84
<u>ANEXO VI – ESTUDO DE CASO</u>	87
<u>ANEXO VII – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 5 – UNIDADE DE HD ..</u>	130
<u>ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO</u>	133
<u>ANEXO IX – TESTE DE HIPÓTESES</u>	148

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Caraterização da amostra.....	44
Quadro n.º 2 – Correlações entre a escala MFIS e as variáveis de caraterização da amostra.....	50
Quadro n.º 3 – Correlação entre Índice de Katz e a escala MFIS	51
Quadro n.º 4 – Correlação entre Índice de Katz e a escala de Lawton&Brody	53
Quadro n.º 5 – Correlação entre a escala MFIS e o Inventário de Beck ..	54
Quadro n.º 6 – Distribuição dos sujeitos por níveis de depressão e fadiga	55
Quadro n.º 7 – Distribuição dos sujeitos por níveis de dependência nas AIVD e por depressão	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Distribuição dos sujeitos por escalões etários	45
Gráfico n.º 2 – Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar .	45
Gráfico n.º 3 – Distribuição dos sujeitos por atividade profissional	45
Gráfico n.º 4 – Distribuição dos sujeitos por nível de escolaridades.....	46
Gráfico n.º 5 – Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento em HD	46
Gráfico n.º 6 – Distribuição dos sujeitos por tipo de acesso vascular ...	47
Gráfico n.º 7 – Distribuição dos sujeitos por nível de hemoglobina	48
Gráfico n.º 8 – Distribuição dos sujeitos por níveis de fadiga	49
Gráfico n.º 9 – Distribuição percentual dos sujeitos por níveis de dependência (Índice de Katz)	51
Gráfico n.º 10 – Distribuição dos sujeitos por níveis de independência nas AIVD	52
Gráfico n.º 11 – Distribuição dos sujeitos por níveis de depressão.....	53

RESUMO

A relação entre a doença renal crônica (DRC) e os fatores físicos e emocionais tem suscitado grande interesse nos últimos anos, especialmente em identificar a presença de fadiga, depressão e dependência na pessoa sujeita a terapia de substituição da função renal (TSFR), nomeadamente em hemodiálise. O estágio 5 da DRC é considerado terminal, pois a pessoa necessita de TSFR. Quando o tempo de espera para o transplante renal torna-se longo, as pessoas com DRCT em TSFR podem começar a experimentar sinais e sintomas inerentes à doença prolongada, como sendo a fadiga, estados depressivos, e acentuar a dependência física.

Este relatório descreve a forma como foram desenvolvidas as competências de enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, nas áreas de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Relata ainda um estudo quantitativo e descritivo-correlacional, com uma amostra de 34 pessoas com DRCT em programa regular de hemodiálise. Os principais objetivos foram detetar a presença de fadiga nos DRC, verificar que impacto a fadiga causa nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais e relacionar a presença de fadiga com a anemia e a depressão, sendo utilizadas as escalas MFIS, inventário de Beck, índice de Katz e índice de Lawton&Brody.

Os resultados do estudo mostram que a maioria dos sujeitos apresentava fadiga com um score global da MFIS superior a 38. A dependência funcional aparece no nível leve, moderado e grave em 35,28% da amostra. À medida que o nível de independência diminui, aumenta o nível de fadiga nas pessoas com DRCT em HD. Relativamente à depressão, 97,1% da amostra experimentava depressão leve a moderada, estando esta variável correlacionada com nível físico da fadiga. O estudo contribuiu para a realçar a importância da enfermagem no sentido de alargar os conhecimentos e oferecer cuidados de excelência baseados na evidência.

Palavras-Chave: Doença Renal Crônica, Hemodiálise, Fadiga, Depressão.

ABSTRACT

The relationship between chronic kidney disease (CKD) and physical and emotional factors has aroused great interest in recent years, especially in identifying the presence of fatigue, depression and dependence in the person undergoing renal function replacement therapy (TSFR), namely on hemodialysis. DRC stage 5 is considered terminal because the person needs TSFR. When the waiting time for kidney transplantation becomes long, people with ESRD in TSFR may begin to experience signs and symptoms inherent in prolonged illness, such as fatigue, depressive states, and accentuate physical dependence.

This report describes how the competencies of specialist nurses in nephrological nursing were developed in the areas of hemodialysis, peritoneal dialysis and renal transplantation. It also reports a quantitative and descriptive-correlational study, with a sample of 34 people with ESRD in a regular hemodialysis program. The main objectives were to detect the presence of fatigue in CKD, to verify the impact of fatigue on daily activities and instrumental activities and to relate the presence of fatigue with anemia and depression, using the MFIS scales, Beck inventory, Katz index and Lawton & Brody index.

The results of the study show that most of the subjects presented fatigue with an overall score of MFIS greater than 38. Functional dependence appears in the mild, moderate and severe level in 35,28% of the sample. As the level of independence decreases, the level of fatigue in people with HDCT increases. Concerning depression, 97,1% of the sample experienced mild to moderate depression, being this variable correlated with physical level of fatigue. The study has helped to highlight the importance of nursing in broadening knowledge and delivering evidence-based care of excellence.

Key Words: Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Fatigue, Depression.

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) como outras doenças crónicas, com alta prevalência, como a hipertensão e a diabetes mellitus e outras, requerem cuidados especializados levando à reflexão sobre a necessidade de coordenar esforços entre profissionais envolvidos no seu acompanhamento e tratamento clínico através dos cuidados especializados. A DRC é um problema de saúde pública que exige não só um diagnóstico e deteção precoces, mas uma coordenação de especialistas aos diferentes níveis de intervenção.

Para Campos & Soares (2003), saúde e doença são fenómenos relacionados com processos sociais e com as representações da doença.

As pessoas são afetadas de forma diferente pela “doença”, mediante a experiência da doença e dos graus de intensidade, em conformidade com o contexto profissional e familiar em que interagem e pelos quais são influenciados. As diferentes realidades obrigam a um entendimento comum da doença crónica, nas suas diferentes dimensões e perspetivas (Góngora, 2004). A doença e a pessoa doente não serão vistos isoladamente, mas antes pela desconstrução da lógica “*individualizada*”, mediante várias dimensões da doença e pelo respeito da interdependência dos diferentes sistemas que compõem o ser biológico, psicológico, social, familiar e comunitário.

Os objetivos específicos deste estágio foram desenvolver competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica descrita pela OE nos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Na área específica de enfermagem nefrológica, compreendendo os problemas da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta com doença renal crónica terminal (DRCT), pretendeu-se desenvolver competências na área da melhoria dos cuidados nos campos de estágios que estive; melhorar a capacidade de supervisão, gestão e liderança e analisar a prática de enfermagem na área específica de intervenção, à luz da prática baseada na evidência. Pretendeu-se ainda realizar um trabalho de

investigação. Este relatório descreve como foram desenvolvidas as competências de enfermeiro especialista.

A pessoa com DRCT vive uma situação singular quando é obrigada a seguir um programa regular de hemodiálise (HD). Muitas tornam-se dependentes até ao fim dos seus dias ou até receberem um transplante renal. Três vezes por semana a pessoa é sujeita a uma sessão de hemodiálise de 4 horas, passando a sua vida a rodar em torno desta necessidade vital. O futuro incerto é condicionado pela doença e pelas exigências do tratamento, que interferem em várias áreas da vida - psicológica, familiar, social, profissional - na forma como se vê a si próprio e na forma como é visto pelos outros.

A hemodiálise é uma técnica que substitui parcialmente a função renal e permite a sobrevivência dos doentes. Apesar das alternativas terapêuticas entretanto surgidas - o transplante renal e a Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória – a hemodiálise continua a constituir a principal modalidade de tratamento substitutivo da função renal. Poderia mesmo dizer que a hemodiálise constitui, dadas as suas características e implicações, uma situação quase laboratorial para investigar temas relevantes como: a forma das pessoas conceberem e enfrentarem a doença e o tratamento; o impacto do tratamento; os fenómenos de dependência funcional, a fadiga e a depressão ligadas ao fato da cronicidade da sua doença.

A fadiga é um termo complexo de origem multifatorial, ou seja, pode ter origem física, mental e psicossocial. Segundo Karakan, Sezer, & Ozdemir (2011) as pessoas com DRCT em HD manifestam com frequência sintomas de fadiga e humor depressivo, que afeta o seu bem-estar físico e psicológico.

O presente trabalho inclui vários capítulos: primeiro um capítulo sobre o quadro conceptual em que destaco a doença renal crónica, a hemodiálise, a fadiga na pessoa com DRCT em programa de HD, as competências do enfermeiro especialista e as teorias do autocuidado de D. Orem. Segue-se um capítulo relativo às atividades desenvolvidas em estágio em áreas como as consultas de enfermagem, a unidade de HD, a unidade de Diálise Peritoneal (DP) e a unidade de internamento. Outro capítulo é dedicado ao estudo desenvolvido sobre o tema da fadiga na pessoa com DRCT em programa regular de HD.

2 QUADRO CONCEPTUAL

2.1 Doença Renal Crónica

A doença renal crónica encontra-se em franca expansão no mundo, estima-se que no mundo cerca de quinhentos milhões de pessoas sofram desta doença sendo que um milhão e meio se encontra em programa regular de diálise. A prevalência da doença em Portugal é igualmente expressiva. Assim, segundo um estudo promovido pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, o número de pessoas com esta doença em Portugal aumentou nos últimos anos, estando atualmente próximo das vinte mil pessoas, sendo Portugal o país da Europa com maior número de pessoas portadoras de doença renal (Macário, 2016)

A doença renal consiste na perda da função renal, que habitualmente evolui de modo gradual em ambos os rins, é causada mais frequentemente por doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e glomerulonefrite (Lage, 1990; Macário, 2016).

Existem duas formas da doença; a lesão renal aguda (LRA) em que por algum motivo o rim perde subitamente a sua função, podendo ser recuperada gradualmente, e a doença renal crónica (DRC) em que o rim perde progressivamente e irreversivelmente a sua função.

O rim tem uma grande reserva funcional, ou seja, tem uma grande capacidade de compensar a perda de nefrónios, sendo comum as manifestações da DRC ocorrerem quando a capacidade funcional do rim desce abaixo dos 20 ou 15%. Assim, quando diagnosticadas as doenças que podem levar à doença renal, o indivíduo deverá ser acompanhado pelo médico nefrologista de modo a iniciar um tratamento conservador da função renal e retardar o recurso às terapias de substituição da função renal (TSFR).

Segundo Kellum et al. (2012) a classificação KDIGO compreende diferentes estadios de gravidade da DRC. No estágio 1 a função renal é normal, no 2 é leve, no 3 é moderada, no 4 é severa, a partir do estágio 5 é considerada terminal, exigindo uma TSFR. Assim, a DRC implica a existência

de alterações patológicas renais, estruturais (ex.: alterações ecográficas) ou funcionais (ex.: proteinúria) com duração superior a 3 meses e/ou taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1.73 m². Os principais sintomas associados à Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) são prostração, cansaço fácil, dispneia, diminuição do apetite, náuseas, vómitos, diminuição da libido, urina com espuma, edemas, síndrome urémico e cefaleias, entre outros. A TSFR consegue reverter estes sintomas urémicos.

De acordo com Goodinson (1988), além de remover do sangue as toxinas produzidas pelo metabolismo e a água, os rins também produzem hormonas que controlam a pressão arterial, o metabolismo ósseo e a eritropoiese. Desta forma, a perda da função renal leva à hipertensão arterial (HTA), anemia, edemas, aumento dos níveis séricos de ureia, creatinina e do potássio, acidose, entre outros (Calado, 1997; Fortuny, 1985).

Pessoas com diabetes mellitus, hipertensão arterial e idosos ou pessoas com doença renal na família têm maior risco de desenvolver DRC. A hematuria, os edemas nos membros inferiores, anasarca e a HTA são sinais importantes de doença renal (Brenner & Lazarus, 1982). Os exames de laboratório necessários para diagnosticar a doença são a dosagem da creatinina no sangue (mede a função renal) e da proteína na urina (informa sobre se existe ou não lesão renal). A TFG, cujo valor normal é a 90ml/min., é muito utilizada para avaliar a progressão da DRC.

O estadio 5 ou fase da doença renal crónica terminal (DRCT) exige uma das modalidades de TSFR: diálise peritoneal (contínua ou ambulatoria), a hemodiálise ou o transplante renal (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A hemodiálise consiste na depuração do sangue que é conduzido a um filtro ou dialisador, através de um circuito extracorporal (CEC), para depois ser devolvido ao organismo já depurado de substâncias tóxicas.

A Diálise Peritoneal (DP) utiliza o peritoneu como membrana semipermeável. Uma solução dialisante é introduzida na cavidade abdominal através de um cateter, permanecendo ali o tempo suficiente para depurar o organismo das substâncias tóxicas da circulação sanguínea. O resultado é um líquido dialisado que é drenado.

A Transplantação Renal (TR) é considerada por muitos como a alternativa mais fisiológica de tratamento, permitindo a reposição integral das funções renais e uma melhor reabilitação. O TR oferece aos pacientes em programa de diálise a possibilidade de uma maior independência e a melhoria da qualidade de vida.

2.2 Etiologia da Doença Renal

As principais causas da DRC são a diabetes e a hipertensão arterial, (Macário, 2016) que também provocam danos e falência em outros órgãos incluindo os rins, coração, vasos sanguíneos, nervos e olhos.

A HTA descontrolada pode causar enfarto do miocárdio e doença renal crônica. Outras condições que afetam os rins são as glomerulonefrites (considerada a terceira causa mais comum de doença renal) e as doenças hereditárias, como a doença renal poliquística (E. F. Alves et al., 2013). As duas principais formas de DRP são distinguidas pelos seus padrões de herança genética, dominante ou recessiva, que faz com que grandes quistos se formem nos rins, danificando o seu tecido; malformações renais que podem impedir a saída normal da urina causando refluxo ou retenção urinária e infecções que podem lesar o rim; doenças autoimunes como o Lúpus, afetando o sistema imunológico corporal; doenças obstrutivas, devido a litíase renal, tumores ou aumento da próstata nos homens; e infecções urinárias repetidas.

A diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) seja na forma convencional, na modalidade de alto fluxo ou de hemodiafiltração (HDF) e o transplante renal (TR) são tratamentos disponíveis na DRCT.

Estes tratamentos permitem estabelecer parcialmente a função renal, aliviando sintomas da doença e preservando alguma independência ao doente, não se considerando nenhum deles curativo (Thomé, Karol, Gonçalves, & Manfro, 1999). Olim (2013) refere que a “doença e seus

tratamentos confinam o doente a uma realidade totalmente nova, que este desconhece e que se vai prolongar indefinidamente”.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área da diálise, têm contribuído para um aumento da esperança média de vida e qualidade de vida dos doentes renais crónicos, sem no entanto possibilitar-lhes o retorno à vida “normal” (Madeira & Santos, 1998). A pessoa com DRCT vivencia inúmeras perdas e mudanças como: a perda do emprego, alterações da imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas (Shidler, Peterson, & Kimmel, 1998).

2.3 A pessoa com doença renal crónica terminal

A DRCT e a HD são responsáveis por alterações físicas e psicológicas, com repercussão nos relacionamentos pessoais, familiares e sociais. (Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984). Barbosa (1993) afirma que a pessoa com DRC vivencia uma mudança brusca na vida, e tem dificuldade em adaptar-se às suas limitações e à HD, e em lidar com a possibilidade de morrer. Os doentes renais crónicos tendem a desacreditar no futuro e podem deixar de aderir ao tratamento (Lima, 1989).

De acordo com Gorrie (1992), a educação do doente renal é um compromisso do enfermeiro, devendo potenciar as capacidades de adaptação da pessoa a um novo estilo de vida e a assumir o controlo do seu tratamento. Os enfermeiros atuam de modo constante e próximo destes doentes, sendo eles quem podem planear “*intervenções educativas*” junto dos doentes e dos seus familiares, numa tentativa de ajudá-los a reaprender a viver com a realidade e com o tratamento.

Para Phillips & Hekelman, (1983), torna-se imprescindível uma “*ação educativa*” com o doente renal crónico, para redescobrir formas de viver dentro dos seus limites, adaptadas ao seu estilo de vida e para viver com a doença e com o tratamento hemodialítico. É necessário ajudar a pessoa a identificar os seus problemas, para que aceitem e assumam os cuidados e o

controle do esquema terapêutico, potencializando a sua autonomia, autoestima e a capacidade de autocuidado.

2.4 A hemodiálise como tratamento da doença renal crônica

Nas últimas seis décadas a diálise e o transplante renal permitiram aumentar a sobrevivência das pessoas com DRCT. Devido ao sucesso limitado de cada uma das modalidades de tratamento, a abordagem da DRC deve basear-se no conceito de deslocamento de uma forma de terapia para outra de acordo com o grau de sucesso e incidência de complicações de cada uma.

O tratamento da DRC deveria iniciar-se quando as complicações da síndrome urémica ainda estão num grau moderado, nunca quando os pacientes se encontram assintomáticos (Carpenter & Lazarus, 1998). A diálise precoce é utilizada em pessoas com lesão renal aguda, nas quais se pode esperar a recuperação da função renal.

A HD é considerada um tratamento de risco, obrigando a pessoa a pelo menos, 3 sessões dialíticas de 4 horas cada. Durante a HD o sangue é desviado por um circuito extracorporeal (CEC) até um dialisador para ser depurado, tornando-se necessário um acesso vascular de alto débito. Para assegurar um acesso vascular com alto fluxo sanguíneo, procede-se a uma anastomose entre uma artéria e uma veia a que se dá o nome de fistula arteriovenosa (FAV). Em casos de emergência ou falência vascular pode usar-se um cateter de curta ou longa duração. A HD constitui a terapêutica de substituição renal mais frequente a nível mundial. Os seus objetivos incluem a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e conseguir a homeostase dos solutos.

Segundo Carpenter & Lazarus (1998) a HD permite depurar o sangue do excesso de metabolitos tóxicos, como ureia, creatinina, e outras substâncias em excesso no organismo, como a água, potássio, sódio e fósforo. A presença de um fluxo constante de sangue de um lado da

membrana e a utilização de uma solução dialisante ou outro lado permitem a remoção dos produtos da degradação por difusão e convecção, e adicionar componentes desejáveis ao organismo. A hemodiálise é uma TSFR tendencialmente intermitente, que realiza de forma agressiva o que o organismo efetua continua e suavemente. A eficácia da HD depende da duração do tratamento, que deve ser suficientemente longa para minimizar os efeitos de uma ultrafiltração rápida. Ainda segundo os autores citados, a maioria dos doentes necessita de 12h de diálise semanais, divididas normalmente por 3 sessões de 4 horas. A duração do tratamento depende da superfície corporal do doente, da função renal residual, da dieta e das comorbilidades. O tempo de diálise e frequência de tratamentos podem ser ajustados às necessidades específicas de cada doente. Para além de realizar um programa regular de HD, a pessoa com DRC necessita de aderir a uma dieta e à restrição de líquidos, bem como ao regime medicamentoso.

Apesar dos avanços tecnológicos a pessoa pode, durante o tratamento experimentar uma série de complicações como hipotensão arterial, hemorragia no local das punções do acesso vascular, náuseas, câibras, cefaleias e fadiga acentuada. Após a sessão de diálise a pessoa pode sentir-se cansada e dependente de outrem. Essa dependência, juntamente com os efeitos da HD podem causar limitações físicas para a realização das suas atividades básicas, e consequentemente, podem levar a alterações emocionais e psicológicas.

Um dos principais fenómenos relacionados com a hemodiálise é a dependência da máquina de hemodiálise para a manutenção da vida em o tratamento permite a sobrevivência, mas altera a identidade da pessoa (Polaschek, 2003).

2.5 Adaptação à doença renal crónica e ao tratamento dialítico

A potencial perda da independência da pessoa submetida a diálise, pode ser frustrante, na medida em que pode experimentar limitações em todos os aspetos da sua vida. Os doentes submetidos a diálise, podem

precisar de ajuda por parte da comunidade para reduzirem os custos elevados do tratamento, dos medicamentos, das dietas especiais ou transporte, encontrando-se estas pessoas sob dependência da equipa de saúde terapêutica (D. M. G. V Silva, Vieira, Koschnik, Azevedo, & Sousa, 2002). No entanto, em Portugal a maioria do tratamento é gratuito estando ao encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A pessoa com DRCT pode não conseguir manter o emprego, já que as sessões de diálise podem comprometer a vida profissional e social.

Os idosos em HD podem tornar-se mais dependentes dos seus filhos ou podem ser incapazes de viver sozinhos, sendo muitas vezes necessário ajustar os papéis estabelecidos para os adaptar à rotina da diálise, desenvolvendo stress, e sentimentos de culpa e incapacidade por parte destes doentes e da própria família (Barbosa, Aguillar, & Roseira, 1999).

As pessoas em diálise também enfrentam alterações da autoimagem e das funções corporais. As crianças podem sentir-se isoladas e diferentes dos companheiros. Os jovens e os adolescentes que normalmente se questionam sobre a sua própria identidade, independência e imagem corporal, podem encontrar mais problemas de integração e de aceitação devido à perda de competências e capacidades pessoais, se estiverem submetidos a diálise (Gomes, 1997).

Mediante estas perdas, muitos dos doentes que estão em diálise passam por momentos depressivos e de ansiedade. A forma como os doentes em programa de diálise, tal como a equipa terapêutica que os acompanha, enfrenta estes problemas, afeta não apenas a sua adaptação social, mas também a sua sobrevivência a longo prazo.

Quando os programas de diálise motivam os doentes a ser independentes e a assumir outra vez os seus interesses, capacidades e desejos, os problemas psicológicos e sociais em geral diminuem e os próprios doentes aceitam o cumprimento terapêutico de uma forma mais positiva (Elsen, Marcon, & Silva, 2002). O acompanhamento psicológico e social torna-se imprescindível, tanto para as famílias como para os doentes em diálise.

O programa regular de HD permite à pessoa levar uma vida quase normal, mediante uma dieta adequada, com controlo da anemia e da pressão arterial, em que a frequência das sessões de diálise, varia de acordo com o nível de função renal residual, mas habitualmente requer-se diálise três vezes por semana. A diálise é considerada uma terapia de longo prazo para a pessoa com DRCT ou como medida provisória até que se possa efetuar transplante renal.

As alterações provocadas pela hemodiálise afetam profundamente a vida do doente renal e da família. Segundo Horigan & Barroso (2016) as pessoas que realizam tratamento hemodialítico sentem fadiga intensa necessitando até mesmo de horas de repouso para recuperarem, este período impossibilita a pessoa de praticar atividades recreativas e de trabalhar.

2.6 A fadiga na pessoa com DRCT em hemodiálise

A experiência da doença permite construir o conceito de estar doente, gerir sentimentos e emoções, e assumir o papel de doente crónico. Na pessoa com DRCT em hemodiálise surge a noção de dependência de uma máquina. Todas estas experiências fazem parte do quotidiano da pessoa com DRC.

A pessoa com DRC tem que aprender a viver com limitações e exigências da doença e do seu tratamento, entendendo que tem ser interpretada como condição de vida. Assim a pessoa com DRC vê-se “obrigada” a um novo estilo de vida, uma nova rotina, a mudanças corporais e mudanças de relações sociais. Esta experiência gera emoções/sentimentos, como sofrimento, depressão, fadiga, exaustão, esperança conformação e adaptação, que podem levar a pessoa a viver numa nova normalidade, a de doente crónico.

A fadiga é um sintoma ou efeito secundário debilitante experimentado por muitos doentes em diálise de longo prazo, tendo um efeito considerável sobre a saúde e a qualidade de vida dos doentes e é vista como sendo mais importante do que a sobrevivência de alguns doentes. Segundo Sajadi, Gholami, Hekmatpour, Soltani, & Haghverdi (2016) a fadiga pode estar

presente em 60-97% das pessoas com DRCT em HD. São muitos os desafios que se colocam aos prestadores de cuidados aos doentes renais ao tentar reduzir a fadiga em doentes em programa de diálise. Uma escala de fadiga confiável, validada e sensível à problemática é essencial à identificação precisa desse sintoma (Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995).

A sonolência diurna e a depressão sobrepõem-se à fadiga, o que torna difícil equacionar terapias específicas. Além disso, muitas doenças crónicas da população em diálise podem causar fadiga. A avaliação e o tratamento da fadiga permitem melhorar a compreensão do potencial das terapias, e da importância das citocinas como mediadoras da fadiga nas doenças crónicas.

Embora os agentes estimulantes da eritropoiese (AEE) sejam utilizados para reduzir a fadiga, a controvérsia recente sobre a dosagem utilizada na doença renal crónica sugere que a esta terapia não pode servir como a única terapia para melhorar a fadiga nessa população (Lee, Lin, Chaboyer, Chiang, & Hung, 2007).

Segundo O'Sullivan & McCarthy (2011) a fadiga é documentada como sendo um sintoma negativo presente num largo número de doentes com DRCT. É um sintoma importante e muitas vezes subdiagnosticada na população em diálise. As intervenções para minimizar a fadiga em doentes em diálise a longo prazo passam por sensibilizar os prestadores de cuidados de saúde, desenvolver melhores métodos de avaliação, entender melhor a patogénese e gerir os fatores conhecidos (McCann & Boore, 2000). Na mesma linha de pensamento Merlin & Gallant, (2010) apontam intervenções como: conservação da energia, adequação da dieta, prática de exercício físico regular, gestão de fatores stressantes e técnicas de relaxamento.

Jhamb et al. (2011) referem que níveis elevados de fadiga pioram significativamente o estado físico e psicológico do DRCT em programa de hemodiálise.

A fadiga talvez seja um dos sintomas mais comuns na medicina e na psicologia. Segundo um estudo elaborado em Londres cerca de 50% da população queixa-se de fadiga e 2,6% apresenta a síndrome da fadiga

crónica (França & Rodrigues, 2005). A fadiga apresenta-se como um problema de saúde difícil de tratar, pois há inúmeras condições que podem desencadear esse estado. Além disso, a fadiga deve ser vista muito mais como uma síndrome, do que um sintoma.

Mota & Pimenta (2002) referem que fadiga é um fenómeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais. Caracteriza-se a fadiga como:

cansaço, exaustão, desgaste, fraqueza, astenia, diminuição da capacidade funcional ou da capacidade de realizar atividades diárias, falta de recursos/energia/capacidade latente, redução da eficiência para responder a um estímulo, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, aversão à atividade, sofrimento e necessidade extrema de descanso (Mota, Cruz, & Pimenta, 2005, p.289).

Ainda segundo os mesmos autores, o cansaço, exaustão, desgaste, alteração da capacidade funcional e falta de recursos/energia mostram-se como os principais atributos da fadiga.

França & Rodrigues (2005) identificam características relacionadas com a fadiga ou síndrome da fadiga, nomeadamente: sensação de cansaço, fadiga constante e intensa após esforço mental; exaustão ou de esgotamento e fraqueza, após pequenos esforços; dores musculares e nas articulações, tonturas, cefaleia decorrente de tensão emocional, diversas perturbações do sono, sonolência excessiva, alterações digestivas, gânglios sensíveis ou dolorosos; manifestações de ansiedade acompanhadas de sudorese, aceleração da frequência cardíaca, dispneia, palidez, rubor, diminuição da libido; reações depressivas leves; sensação de falta de energia; introversão; sensação de peso em ombros; dificuldade em tomar decisões; diminuição da capacidade de concentração, ou compromisso da memória.

Existem condicionantes antecedentes e consequentes à fadiga. Os antecedentes podem ser derivados de atividade física e desportiva, depressão, presença de doenças (agudas ou crónicas) e distúrbios do sono. Os consequentes surgem após a instalação da fadiga, como a letargia, sonolência, diminuição da motivação, atenção, paciência e concentração, sofrimento, necessidade extrema de descanso e mal-estar geral.

Muitas doenças físicas podem provocar a fadiga, como quadro infecciosos, disfunção da tiroide, alterações do metabolismo, principalmente

as que envolvem o potássio (França & Rodrigues, 2005). No caso da DRC a hipercaliémia resulta da deficiente função excretora do rim e pode provocar alterações cardíacas, como arritmias e bradicardia, fraqueza muscular, reflexos hipoativos e paralisia, levando posteriormente à fadiga muscular.

Na comunidade que realiza HD regularmente os factores fisiológicos como a desnutrição, anemia, síndrome urémico e outras doenças crónicas como depressão podem estar correlacionados com a fadiga (Jhamb, Weisbord, Steel, & Unruh, 2008).

De acordo com Jablonski (2007) as pessoas em programa regular de HD podem experimentar vários sintomas como cansaço, distúrbios do sono, câibras, fraqueja e dores articulares, prurido, dispneia, náuseas/vómitos, cefaleias, dor entre outros. No estudo realizado pela autora 77% da amostra manifestou cansaço como principal sintoma e 63% apresentavam distúrbios do sono, com sonolência diurna e sensação de cansaço.

2.7 A depressão na pessoa com DRCT em hemodiálise

A depressão surge como uma reação a uma perda significativa e as perdas para os doentes renais crónicos são muitas: a perda da saúde, da independência, de papéis sociais, nomeadamente estatuto na família e na sociedade, e a falta de perspectivas futuras.

Segundo Almeida (1985), a pessoa com DRCT em HD tem restrição de comportamentos compensatórios como comer, beber, fragilizando-a ainda mais. Face às dificuldades e aos problemas resultantes do tratamento. Estes doentes precisam encontrar um novo equilíbrio. O equilíbrio pode a qualquer momento desvanecer-se, levando ao sofrimento psíquico, que se revela por sinais de ansiedade, depressivos, suicidas e reações de desagregação psicótica (Hong, Smith, Robson, & Wetzel, 1987).

A depressão antes do tratamento será reativa ao diagnóstico de doença renal crónica, tornando-se importante o apoio psicológico do doente no período entre o diagnóstico da doença e a iniciação da diálise. A fadiga e

a depressão estão intimamente relacionadas, podendo a depressão manifestar-se pelo cansaço e falta de energia (Weisbord et al., 2005)

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum em pacientes com DRCT, com taxas de prevalência variando de 15% a 69% (Hedayati, Bosworth, Kuchibhatla, Kimmel, & Szczech, 2006). A depressão tem sido associada com as mudanças na imunidade celular e humoral, incluindo diminuição da proliferação de linfócitos T, atividade de células NK, bem como o aumento da produção de IL-1, IL-6 e IFN-gamma. Altos níveis de IL-6, IL-8 e TNF- α têm sido associados com um aumento da prevalência de depressão major em pessoas idosas e mulheres saudáveis (Penninx et al., 2003). Embora a evidência demonstre uma associação causal entre depressão e alteração do nível de citocinas, a depressão pode contribuir para a fadiga através de vias inflamatórias (Lee et al., 2007).

McCann & Boore (2000) defendem que existe relações complexas entre fatores físicos e psicológicos, e que podem originar sintomas como depressão e ansiedade, resultando numa funcionalidade física débil, piorando assim a qualidade de vida do DRCT em programa de HD.

Os doentes crónicos desenvolvem conflitos entre a autonomia/dependência desencadeando comportamentos e sentimentos de culpa e de sofrimento, muito vezes por dependerem de um tratamento, dos próprios profissionais de saúde e dos cuidados proporcionados por familiares próximos. Tentam por vezes proteger-se em termos de auto estima comportando-se como se não fossem dependentes, com repercussões no seu estado físico e psicológico. White & Stein (2010) referem um sentimento de medo da morte e da vida, o que ocorre nestes doentes.

É importante realçar alguns aspetos relacionados com a incerteza da evolução da doença e as reações que provocam no doente. Os doentes renais crónicos expressam com frequência esta incerteza devido ao risco de agravamento da sua saúde. As pessoas com DRC associam muitas vezes o sofrimento à perda da liberdade, à dependência do cuidador e à desagregação conjugal, familiar e social.

Depender de uma máquina, ser constantemente lembrado que o tempo é limitado, conjuntamente com a perda de liberdade por ter de esperar pela sua vez para realizar tratamento terapêutico e o tempo despendido nos preparativos despoleta a angústia, frustração e o desespero (Gorji et al., 2013).

O tempo tem uma importância preponderante nos doentes renais crónicos, ampliando a noção de perda de liberdade e do próprio desejo de viver, em que o doente renal crónico sofre múltiplas ameaças ao seu organismo, quer sejam elas físicas, psicológicas emocionais ou sociais. Além dos fatores referidos, a possibilidade de morte, as perturbações da imagem corporal e da integridade do corpo, as alterações nos papéis sociais e no funcionamento da família, emprego e vida social (Lee et al., 2007), e a própria fragilização do “eu” por parte de outros (por desprezo, indiferença ou pena) podem desencadear quadros depressivos.

Bai, Lai, Lee, Chang, & Chiou (2015) referem que nos doentes com DRCT em programa de HD, a depressão pode estar relacionada com o desemprego, idade avançada, toma de medicação, pouca atividade física e aumento dos níveis de fadiga.

2.8 Competências do Enfermeiro Especialista

Benner (2001) apresenta o Modelo de Dreyfus, relacionado com a aquisição de competências e que foi aplicado à disciplina de Enfermagem. Este modelo estabelece que o desenvolvimento de competências passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, nomeadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Um dos meus objetivos foi desenvolver competências enquanto enfermeira especialista no cuidado à pessoa com doença renal, e de alcançar o nível de perito. Benner (2001) refere que a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra) e passa da compreensão da situação para a ação apropriada.

A evolução de competências inerentes à enfermagem médico-cirúrgica é um método complexo que resulta de uma edificação e uma ponderação

acerca da complexidade do ser humano. Especialista é o “enfermeiro com 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).

Seja qual for a área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de competências comuns, aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para a EDTNA/ERCA (2000), o enfermeiro especialista na área de nefrologia “é um profissional que possua os conhecimentos suficientes na prestação de cuidados de saúde para indivíduos com insuficiência renal que pode estar em qualquer estágio do processo contínuo terapêutico”.

Ainda segundo Benner (2001) a documentação sistemática das competências da perita constitui uma primeira etapa para o desenvolvimento de conhecimentos. Assim, é também meu objetivo desenvolver competências na área de investigação. Daí a realização de um projeto de investigação, de modo a adquirir e/ou melhorar conhecimentos já existentes, tendo em conta a Prática baseada na evidência.

2.9 Perspetiva de Enfermagem

O exercício da enfermagem é suportado pelo conceito de enfermagem, de cuidar e do conceito de cuidado. Por isso suportamos a prática profissional em modelos e teorias de enfermagem. A teórica de enfermagem escolhida para estruturar este estudo é Dorothea Orem, que desenvolveu as teorias do autocuidado. O autocuidado é descrito como uma ação humana, deliberada,

para manter ou recuperar a saúde e bem-estar, podendo ser uma função reguladora do corpo humano. Segundo Orem (2001) o autocuidado é o uso válido e deliberado de meios para controlar ou regular fatores externos ou internos que afetam a funcionalidade e contribuir para o bem-estar pessoal. Para Orem citado por Queirós, Vidinha, & Filho, (2014) o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Os fatores internos ou externos que afetam a funcionalidade do organismo podem ser considerados desvios de saúde. Os desvios de saúde descritos por Dorothea Orem estão associados a alterações genéticas e da constituição humana, a desvios estruturais e funcionais e aos seus efeitos, bem como relacionados com diagnósticos médicos, medidas terapêuticas e os seus efeitos. Estas alterações podem fazer com a pessoa “doente” foque a atenção em si própria, estas alterações podem ser a nível corporal (por ex. edema), fisiológico (por ex. dispneia), alterações de humor e de hábitos (por ex. irritabilidade em relação aos outros, desinteresse pela vida).

Tendo em conta o que a autora acima refere, a pessoa com DRCT em programa de hemodiálise, enquadra-se no requisito relacionado com o desvio de saúde, uma vez que a capacidade funcional do rim foi perdida, que existe um diagnóstico efetivo e cujo tratamento passa por uma terapia de substituição da função renal que vai manter e sustentar o bem-estar. Os desvios de saúde fazem-se acompanhar de sentimentos e de impacto na vida do doente, que juntamente com o peso do diagnóstico podem afetar o bem-estar da pessoa, não só a nível fisiológico, bem como psicológico e funcional.

Nos desvios de saúde relacionados com a doença renal crónica existe uma parceria evidente entre o doente e a enfermeira, na medida em que a enfermeira torna o doente competente em ações que podem ser realizadas por ele e que visam complementar o tratamento, nomeadamente relacionadas com a adesão dietética e medicamentosa. Assim o doente passa a sentir algum controlo sobre o seu desvio de saúde e pode até mesmo desenvolver um processo de bem-estar.

3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Além da aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista a nível dos quatro domínios de competências, os campos de estágio permitem alargar estas competências à prática clínica na área da Nefrologia no cuidado à pessoa com DRCT em todas as suas dimensões: bio-psico-social e espiritual, em contexto familiar e/ou na comunidade.

As experiências adquiridas nos campos de estágio contribuíram em muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista.

A seleção dos campos de estágios teve como objetivo desenvolver competências técnicas e relacionais diretamente ligadas com a diálise de modo a prestar cuidados de enfermagem de excelência na área de intervenção nefrológica à pessoa com DRCT em terapia de substituição da função renal, ou seja, quer em hemodiálise quer em diálise peritoneal. Os campos de estágios foram escolhidos de modo a conseguir colher mais experiência nesta área específica. Uma vez que trabalho numa unidade de diálise sub-periférica onde apenas é realizada HD convencional, escolhi realizar estágio numa unidade de HD de um Hospital Central de referência de Lisboa, e em consultas de enfermagem de nefrologia, DP e internamento. Apesar de trabalhar na área da hemodiálise achei necessária a experiência de internamento e consulta, de modo a perceber os motivos que levam ao internamento de nefrologia, a recorrer à consulta de enfermagem e a perceber as dificuldades da pessoa na gestão do tratamento.

3.1 Unidade de Hemodiálise Hospitalar Central

Trata-se de uma unidade integrada num grande hospital, com inúmeras oportunidades de aprendizagem, onde pude consolidar e adquirir novos conhecimentos e experiências. Neste período de estágio de 192 horas, foram-me proporcionadas todas as experiências inerentes a esta TSFR. A

minha adaptação a este local de estágio foi facilitada pela receptividade da equipa multidisciplinar e pela leitura do guia de integração na equipa e pela leitura de protocolos em vigor no serviço.

O método de trabalho adotado nesta unidade era o método de trabalho por enfermeiro responsável, em que no início do turno eram atribuídos doentes por cada enfermeiro de serviço. Os enfermeiros parecem seguir vários modelos e teóricos de enfermagem: Nancy Roper, Dorothea Orem e Meleis.

Nos registos de enfermagem nem sempre era utilizada a linguagem CIPE. Colaborei nos registos informáticos de doentes internados e executei registos nos processos clínicos em doentes em regime de ambulatório. Esses registos foram validados pela enfermeira orientadora.

Esta unidade de HD dispõe de dois modelos de monitores de HD. Tive alguma dificuldade inicial em montar o CEC e dominar os alarmes. Para adaptar-me à montagem do circuito extracorporeal li os manuais de modo a entender o seu funcionamento e pude contar com a ajuda da equipa para a montagem e resolução de problemas nomeadamente, alterações de pressões (venosa ou arterial), coagulação do CEC e até mesmo *ligar* e *desligar* o doente do CEC. Nestes monitores era realizada hemodiálise convencional e ultrafiltração isolada para situações de ganho de peso interdialítico (GPI) excessivo. Também existia monitores “Prisma” utilizados para realização de hemodiafiltração venovenosa contínua, utilizado em doentes instáveis e em choque. A impossibilidade de se realizar diálise peritoneal ou hemodiálise convencional em doentes hipercatabólicos com lesão renal aguda e instabilidade hemodinâmica, levou à criação e ao desenvolvimento de novos procedimentos de intervenção através da substituição da função renal com terapia contínua. Esses monitores podem ser deslocados para outros serviços. Embora a montagem do monitor seja da responsabilidade do enfermeiro da unidade de HD, a resolução de problemas é realizada pelos enfermeiros do serviço onde o “Prisma” é utilizado. No entanto, sempre que surja a necessidade de mudar o circuito, um enfermeiro da diálise desloca-se à unidade. Incentivei e reforcei a necessidade da formação dos enfermeiros de

outros serviços para a montagem do circuito do “Prisma”, diminuindo assim a dependência dos enfermeiros da unidade diálise.

Atendendo às necessidades especiais de doentes instáveis existia também equipamentos com tratamento de águas, que eram disponibilizados juntamente com um monitor de HD para outro serviço onde uma pessoa necessitasse de hemodiálise. Nessas situações era necessária a permanência de um enfermeiro da diálise durante o tratamento, para resolver problemas.

Apesar da dinâmica desta unidade ser distinta daquela onde exerço funções há procedimentos que são comuns nomeadamente no que respeita ao circuito da pessoa com DRCT: na admissão no serviço; na pesagem e acomodação da pessoa no cadeirão ou cama onde irá realizar a HD; no cálculo do GPI; na introdução da estratégia dialítica no monitor de diálise que tem em conta o peso e a taxa de filtração horária máxima e doses de heparina; na avaliação do acesso vascular; na vigilância do estado hemodinâmico da pessoa durante todo o trabalho com registos horários dos valores de TA; e na administração de terapêutica intradialítica. Durante as sessões de HD procurei orientar para a adesão ao regime terapêutico, para o autocuidado com o acesso vascular, quer seja na prevenção de infeção num CVC quer seja numa hemóstase eficaz. Durante estes procedimentos e intervenções de enfermagem consolidei conhecimentos já existentes promovendo o meu desenvolvimento profissional. Promovi também a aquisição de competências, quer nos cuidados específicos em nefrologia, quer na gestão das boas práticas e segurança enquanto enfermeira especialista.

Neste estágio também procurei experiências na pequena cirurgia. Colaborei na colocação cateteres provisórios e de longa duração, realização de biópsias renais e desobstrução de cateteres. Isso permitiu adquirir novos conhecimentos essenciais ao enfermeiro especialista na área de nefrologia.

Esta unidade é utilizada por pessoas internadas e em regime de ambulatório. Apesar da maioria dos utentes com DRCT em programa de HD prosseguirem o tratamento na comunidade, alguns permanecem em regime hospitalar enquanto aguardam vaga, estão clinicamente instáveis, têm marcadores virais positivos ou porque são oriundos de países africanos de

língua oficial portuguesa (PALOP). Os clinicamente instáveis têm muitas comorbilidades (HTA, DM, hipocoagulados) e têm maior risco de desenvolver complicações durante o tratamento. As pessoas com marcadores virais positivos, (HCV e HBV) normalmente ficam em tratamento em meio hospitalar com monitores de HD específicos, diminuindo o risco de contaminação. Os doentes dos PALOP beneficiam de um acordo com Portugal, garantindo cuidados de saúde que não existam no país de origem, nomeadamente a HD. Deste modo, este estágio foi enriquecido pela multiculturalidade. A maioria destas pessoas vivem de apoios sociais, estando muitas vezes longe dos seus familiares. A multiculturalidade encontra-se evidente nesta unidade, influenciando muitas vezes o saber-estar e o saber-fazer. Os utentes dos PALOP são pessoas afastadas do seu meio ambiente e transferidas para um outro país, com outra cultura, por necessitarem de cuidados de saúde que o seu país de origem não oferece. Estas transições muitas vezes súbitas tornam as pessoas mais instáveis a nível emocional e comportamental. À minha chegada à unidade notei muita insegurança dos utentes, mostrando alguns deles um comportamento agressivo para que não cuidasse deles. No caso de uma pessoa com doença renal, sujeita a muitas mudanças a nível de dieta, restrição hídrica, adesão ao regime medicamentoso e ao TSFR, a desmotivação pode diminuir a adesão ao tratamento, prejudicando a saúde. Promovi uma relação de ajuda para compreender o processo de transição saúde-doença e promover a adesão ao tratamento. Os resultados traduziram-se no GPI, na toma da medicação, na presença ou não de edemas, e na adesão à dieta e à restrição hídrica.

A relação de ajuda e os cuidados centrados na pessoa são determinantes para garantir cuidados de excelência à pessoa doente. Uma das dimensões do cuidar em Enfermagem é a relação de ajuda que, como refere Adam (1994, p. 91) “*é intrínseca aos cuidados*”. Como futura enfermeira especialista é essencial ter consciência de mim mesma e de como as minhas características pessoais podem influenciar a qualidade da relação para fins terapêuticos. A relação de ajuda permite assim reconhecer a pessoa como detentora de um modo específico de interagir com o ambiente. Quando me refiro aos cuidados centrados na pessoa, considero a sua cultura, as suas

preferências e valores pessoais, a situação familiar e os seus estilos de vida, como elementos a ter em conta no processo de cuidar. Isso torna o doente e os seus familiares como parte integrante da equipa na tomada de decisões em relação aos cuidados de saúde.

Tendo em conta que há utentes com muitas comorbilidades associadas, pessoas internadas, hemodinamicamente instáveis, PALOP, os problemas que mais frequentemente surgiam foram GPI excessivo, edemas, dispneia, hipertensão e faltas às sessões dialíticas. Estas manifestações, surgem quando a pessoa deixa de manter a homeostasia do seu desvio de saúde, DRCT, afetando o bem-estar da pessoa (Orem, 2001). A pessoa doente pode conseguir viver “saudável” com o seu desvio de saúde, mas a não adesão ao tratamento afeta o nível de saúde, levando a alterações da capacidade funcional da pessoa.

Tive o privilégio de contactar com uma enfermeira de Cabo Verde que se encontrava a estagiar nesta unidade. A partilha de conhecimentos e experiências permitiu conhecer outras realidades e problemas de saúde pública. Foi com satisfação que colaborei na formação desta enfermeira, sendo uma mais valia na formação de pares.

A unidade de diálise é uma área crítica pelo risco de infeção, obrigando a um rigoroso controlo das visitas. O contacto com os familiares e cuidadores informais é restrito, apesar de cumprirem as normas de desinfeção recomendadas no Manual de boas práticas, elaborado pela DGS (2000). Houve necessidade de marcar consultas de enfermagem para conhecer a estrutura e dinâmica familiar. Pude conhecer situações muito particulares: uma pessoa com 54 anos de idade do sexo feminino com DRCT em que se ponderava o cancelamento do tratamento dialítico, pois a HD não melhorava o estado clínico, colocando-se a questão ética e deontológica de continuar ou não o tratamento. Com a equipa multidisciplinar avaliámos o estado geral da pessoa a cada sessão dialítica, tendo observado uma deterioração do estado de saúde com progressiva sonolência, astenia e apatia, associada com hipotensão grave. A equipa multidisciplinar e a família acordaram em suspender o tratamento dialítico. Nesta situação particular

avaliou-se o impacto da HD sobre a qualidade de vida da utente. Neste caso respeitei a autonomia da utente e da família, promovendo o acesso a toda informação necessária para os familiares contribuírem para uma decisão, respeitando os seus valores, crenças e costumes.

Nesta unidade prevaleciam os cateteres venosos centrais em relação às FAV ou PTFE. O volume de sangue utilizado durante o tratamento está diretamente relacionado com a qualidade do acesso vascular e a sua manutenção, sendo também considerado um dos fatores que contribui para a eficiência da hemodiálise. Segundo DuBose (2014) o acesso vascular pode ser classificado como temporário ou definitivo. No acesso vascular temporário (AVT) usa-se um cateter provisório, venoso de duplo lúmen normalmente colocado na veia jugular direita. Tive a oportunidade de colaborar na colocação de um AVT, com monitorização dos sinais vitais, heparinização e realização do penso de proteção final. Os acessos vasculares de longa duração ou permanentes são: cateter venoso central de longa duração; fístula arteriovenosa (FAV) e prótese arteriovenosa de polietetrafluoroetileno (PTFE). O cateter venoso central de longa duração é normalmente utilizado em casos de falência de FAV ou PTFE e em casos de vasos periféricos inadequados para construção de acessos arteriovenosos. Também colaborei na colocação de cateteres inseridos numa veia de grande calibre, através de um túnel subcutâneo, criado para assegurar a fixação do cateter, permitindo evitar as infeções (Carvalho et al., 2011, em Manual de Hemodiálise para Enfermeiros). Verifiquei que os doentes apresentam défice de autocuidado na higiene do membro do acesso vascular ou mesmo cuidados com o penso do CVC, que às vezes se apresentava descolado e com o cateter exteriorizado. Isso pode levar à falência do acesso e a complicações tais como: infecção do local de saída do CVC, infeção nos locais de punção e hematomas por hemóstase débil. Quando verifiquei estas situações procurei intervir no sentido da manutenção dos acessos vasculares, realçando a sua importância na continuidade do tratamento dialítico. Pude constatar que alguns dos doentes adotaram as minhas indicações, verificando membros do acesso limpos, hemóstases mais eficazes, pensos do CVC sem repasse e íntegros.

Senti que as minhas intervenções neste sentido foram eficazes obtendo ganhos em saúde, através do impacto da minha intervenção.

Apesar da minha experiência em HD desenvolvi competências durante este estágio para gerir situações inesperadas e complexas, bem como a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar. No final do estágio obtive uma avaliação positiva (anexo I).

3.2 Unidade de Internamento de Nefrologia

Este estágio proporcionou variadas experiências na área da nefrologia em contexto de internamento, que enriqueceram a minha experiência profissional de 6 anos em serviços de internamento de nefrologia. O fato de ter experiência em internamento facilitou a minha integração na equipa e no serviço.

O método de trabalho utilizado eram os de enfermeiro responsável e enfermeiro de referência. O Modelo de Enfermagem aplicado era o de Nancy Roper.

Verifiquei que os motivos de internamento das pessoas com doença renal foram: GPI excessivo; hipercaliémia, infeção do orifício do acesso para DP e peritonite.

Os ganhos de peso excessivo ocorreram em pessoas que tinham induzido HD há menos de seis meses, e que não aderiram ao regime terapêutico e dietético, bem como à restrição hídrica. A minha intervenção nesses casos foi a de conhecer os motivos da não adesão. Em ambos detetei fadiga em relação à doença e ao tratamento. Embora as minhas intervenções buscassem a motivação dos doentes em aderir ao tratamento, o estágio não permitiu acompanhar até ao fim o internamento destes pacientes. No entanto, verifiquei que davam importância às minhas orientações. A hipercaliémia pode levar a diversas manifestações quer a nível cardíaco quer a nível muscular. Num caso específico a pessoa internada era um jovem de 35 anos em programa regular de HD numa clínica privada e que havia decidido almoçar salada russa com abacate e um sumo de laranja, pensando que

como fazia hemodiálise, cometer um deslize não o iria prejudicar. Esse erro na sua alimentação obrigou-o a recorrer ao serviço de urgência por alterações comportamentais e musculares. As análises revelaram hipercaliémia de 8.6 mmol/l, levando à necessidade de realizar hemodiálise de urgência com internamento. A minha intervenção nesta área foi motivar para a adesão ao tratamento, pois a pessoa tinha consciência do seu erro. Apesar de se considerar “cumpridor” (quer a nível dietético, medicamentoso quer na restrição hídrica), o seu erro obrigou-o a um internamento.

Outro caso que acompanhei desde o início do meu estágio foi o caso de um Sr. de 44 anos, diabético desde os 5 anos, com complicações renais tratado em diálise peritoneal automática. O motivo de internamento foi turgidez no líquido de diálise. Este senhor já havia tido peritonites e apresentava nova peritonite. No internamento foi realizada DP manual numa enfermaria de seis doentes. Questionei os riscos de infeção sobre a realização de DP num quarto com outros doentes com morbilidades e infeções associadas, mas havia limitações de espaço. A minha intervenção neste caso foi adequar as condições do serviço às exigências que o tratamento necessitava. Analisei a situação com o enfermeiro chefe e realcei a importância de os doentes realizarem DP num ambiente limpo e com menos risco de contaminação. Assim, a sala usada para procedimentos urológicos, passou a ser usada para realizar DP. A minha participação neste caso foi relevante para o doente, que passou a realizar DP numa sala adequada, e sob antibioterapia, a peritonite regrediu e o doente teve alta para o domicílio. No final do estágio soube que o doente voltou a ser internado por peritonite e que houve a necessidade de retirar o cateter de DP e de colocar um AVT para HD.

Este estágio permitiu conhecer melhor as pessoas com DRC em contexto de internamento e aperceber-me das dificuldades que os enfermeiros sentem quando têm de realizar técnicas dialíticas em enfermaria. Apesar de terem conhecimentos sobre os riscos de infeção, o excesso de trabalho e a reduzida equipa podem levar a práticas deficientes.

A avaliação da enfermeira orientadora foi positiva tendo em conta a minha prestação e intervenção (Anexo II).

3.3 Unidade de Diálise Peritoneal

Este período foi relevante, pois apesar de ter conhecimentos teóricos sobre esta TSFR, não tinha qualquer experiência prática.

As atividades desenvolvidas neste estágio passaram pela intervenção de enfermagem à pessoa com DRCT em programa de DP. Tive acesso aos protocolos em vigor na unidade para a realização desta terapia tendo em conta os equipamentos. Foi uma técnica relativamente fácil de aprender e de realizar. As pessoas que optaram por esta terapia apreciavam a liberdade e a flexibilidade do tratamento. O acompanhamento pelo enfermeiro era realizado semanalmente ou mensalmente dependendo da capacidade da pessoa seguir os procedimentos. Estes acompanhamentos eram também realizados nas consultas de urgência, desde o início até ao fim desta TSFR.

Nas consultas de enfermagem segui o circuito adotado: acolhimento do doente na unidade, conhecimento de incidentes relacionados com a técnica e com a pessoa, pesagem, lavagens das mãos, avaliação dos sinais vitais e por fim a realização do penso para verificação do local de inserção do cateter de DP. O penso era executado segundo um protocolo existente na unidade (Anexo V).

Após o período de aprendizagem consegui executar com sucesso o tratamento de DP e a realização do penso, colaborei com sucesso em sessões de ensino sobre a DP. Outras atividades aqui desenvolvidas passaram pela consulta telefónica para esclarecimento de dúvidas. Muitos doentes precisam de esclarecer dúvidas antes de realizar DP no domicílio.

Esta unidade dispõe de guia de integração e protocolos de atuação, que facilitam a integração e aprendizagem. Dá-se muita ênfase à formação contínua, existindo uma pequena biblioteca relacionada com a DP.

Pude ainda acompanhar a consulta de esclarecimento, que, além do doente, inclui o médico, a enfermeira orientadora, o dietista, a assistente social e um familiar significativo. Nesta consulta o doente recebe material informativo sobre a DRCT e as TSFR existentes, de modo a ajudar a escolher o

tratamento. Também era entregue a Norma da DGS (2011) n.º 017/2011 que exige que se esclareça a pessoa com DRCT sobre as TSFR, e que a escolha seja livre e informada. Tive oportunidade de participar ativamente no esclarecimento de dúvidas relativamente à HD e à possibilidade de viajar e realizar o tratamento noutra unidade. No que concerne à consulta de esclarecimento, pude verificar que existe muita frieza e distância entre o médico e a pessoa prestes a iniciar uma TSFR. Existe quase que uma imposição pelo tratamento dialítico quer seja HD quer seja DP. Não existe tempo para a pessoa refletir sobre o início do tratamento, parecendo-me que se atribui muita importância à assinatura da norma da DGS e menos importância ao impacto do tratamento sobre a vida da pessoa. Sugeri à equipa multidisciplinar a presença de uma psicóloga na consulta para ajudar no processo de transição. A minha sugestão pareceu ser bem acolhida.

A avaliação pela enfermeira orientadora foi positiva, tendo em conta minha prestação e intervenção (Anexo IV).

3.4 Consulta de Enfermagem e Hospital de dia

Este estágio proporcionou experiências na área da consulta de enfermagem e hospital de dia. Nesta consulta avalia-se a evolução da função renal. No hospital de dia as principais intervenções são a nível da administração de terapêutica.

As consultas de enfermagem antecedem a consulta médica e avalia-se o estado clínico da pessoa, os sinais vitais e o peso. Realizei de forma autónoma estas consultas, conseguindo conhecer a história das pessoas com DRC, os seus medos e preocupações, e também partilhar as minhas experiências como enfermeira em unidade de HD. A experiência da equipa de enfermagem pareceu corrigir as ideias erróneas dos doentes sobre as diferentes TSFR. A consulta de transplante também era realizada antes da consulta médica, com pesagem, avaliação do estado geral e dos sinais vitais, verificação e validação da terapêutica.

A dinâmica do hospital de dia incluía colheitas de sangue para análises, administração de terapêutica, nomeadamente estimulantes da eritropoiese, óxido ferroso sacarosado ou antibioterapia endovenosa. Colaborei colhendo sangue para análises e na administração de terapêutica. Esta unidade de consulta/hospital de dia não dispõe de um guia de integração. Senti-me um pouco negligenciada pela enfermeira orientadora que me pareceu renitente às minhas intervenções.

A unidade não dispõe de uma divisória entre a consulta de enfermagem e o hospital de dia, limitando a privacidade das pessoas e pondo em causa o respeito pela dignidade da pessoa enquanto portadora de uma doença crónica e o risco de infeção nos doentes imunodeprimidos, como é o caso dos transplantados. Discuti o assunto com o enfermeiro chefe e o diretor do serviço, sugerindo uma separação dos espaços. A sugestão foi acolhida, tendo agradecido o meu interesse pela melhoria do serviço e pela qualidade dos cuidados prestados.

A consulta de pré-transplante iniciou-se em julho de 2016, pelo que antes dessa data as pessoas com DRCT tinham que se dirigir a Lisboa para estas consultas. Pude observar uma consulta em videoconferência com um Hospital Central de Lisboa para assinatura do consentimento informado. Esta consulta era sobre um dador de órgão vivo para um filho. Nesta consulta estavam presentes a mãe, o filho, o diretor de serviço, o enfermeiro chefe, e eu na qualidade de aluna da especialidade. Em Lisboa estavam presentes o cirurgião, diretor de serviço, assistente social e psicóloga. Nesta consulta é lido o consentimento e são apresentados os diplomas legais sobre a transplantação dador vivo (anexo III). Nesta consulta existe uma avaliação final do dador e do recetor, antes da assinatura do consentimento, de modo a garantir que não estão a ser coagidos. Esta avaliação é feita pelos médicos de ambos os hospitais. No final da consulta é lido o consentimento por uma testemunha exterior ao processo de transplantação renal para garantir a conclusão do processo de avaliação, dando lugar à assinatura do consentimento informado pelo dador e recetor.

A minha avaliação foi positiva, mas sinto que a minha experiência foi limitada. Muito do que é feito nesta unidade é feita durante os tratamentos dialíticos. No entanto é importante que o enfermeiro especialista conheça todas as valências da nefrologia.

A avaliação pela enfermeira orientadora também foi positiva (Anexo V).

3.5 Unidade de Hemodiálise Hospitalar 2

Este campo de estágio foi alternativo à recusa de estágio num centro de HD satélite, cujo objetivo principal seria o de colheita de dados para o trabalho de investigação. Esta situação levou a um atraso no trabalho e no estágio. O período de estágio foi de 200 horas. Neste campo de estágio fui integrada na equipa sob orientação de uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, mas com vários anos de experiência em hemodiálise. Prestei cuidados diretos a pessoas em HD, na montagem das máquinas e resolução de situações pontuais, quer relacionados com os doentes, nomeadamente complicações associadas à HD, quer relacionadas com o monitor de HD. Colaborei com o enfermeiro chefe na gestão do serviço, nomeadamente na requisição semanal de consumíveis, distribuição dos doentes pelas diferentes salas tendo em conta o método de trabalho por enfermeiro responsável, intervimos sempre de forma ativa na melhoria contínua nos cuidados de enfermagem, realizei um estudo de caso como forma de avaliação ao docente responsável (Anexo VI). Participei e colaborei numa reportagem sobre cuidados à pessoa com DRCT em programa de diálise. Nesta unidade existe uma sala de técnicas com recobro associado, onde são realizadas técnicas invasivas nomeadamente, colocação de acessos vasculares temporários e definitivos, biopsias renais eco-guiadas. A experiência mais enriquecedora adquirida neste campo de estágio foi observar uma cirurgia para construção de FAV, realizada por um cirurgião vascular sob anestesia local. A FAV construída foi a nível da rádio-cefálica do membro superior não-dominante construída a nível do punho, obtendo-se após isso um bom frémito. Após a construção da FAV é feito um penso simples de proteção e o utente tem alta

no próprio dia, sendo já referenciado para uma consulta de seguimento de cirurgia vascular para avaliação da FAV construída, que decorre normalmente após uma semana. Ao enfermeiro cabe o papel importante nos cuidados de enfermagem imediatos à construção do acesso, relativamente ao processo de maturação e cuidados com o membro de acesso durante e após a sessão de HD. Ao utente antes da alta é-lhe fornecida informação sobre os cuidados a ter com o membro do acesso de modo a prevenir possíveis complicações pós-operatórias, e sobre as quais deve atuar de imediato recorrendo ao médico assistente, nomeadamente: síndrome de roubo, edema dor intensa, hemorragia, e sinais de infeção. A avaliação do membro submetido à construção da FAV é realizada nos dias de tratamento em que se observa o membro a nível da integridade cutânea, sinais de compromisso vascular, queixas associadas, frémio, edemas e presença de sinais inflamatórios. Perante alguma alteração é informado de imediato o médico nefrologista presente na sala de tratamentos que posteriormente irá contactar o cirurgião vascular para avaliação.

É necessário esperar pelo processo de maturação da FAV até à primeira punção de pelo menos 4-6 semanas depois (Wilson, 1996). Antes das primeiras punções é necessário proceder à avaliação do acesso vascular de modo a despistar possíveis complicações, como estenoses arteriais ou venosas. É da responsabilidade do doente e do enfermeiro a avaliação do acesso, de modo a detetar alterações do acesso, em relação ao frémio, pulso, diminuição do débito ou diminuição da eficácia dialítica.

A aplicação dos questionários sobre a problemática em estudo procedeu-se após o fim deste estágio, após a obtenção do consentimento informado. Este processo revelou-se um pouco moroso pela dificuldade em obter participantes suficientes para que o trabalho fosse tratado de forma quantitativa. Ao todo realizei 34 entrevistas.

A avaliação procedeu-se no último dia de estágio na presença da enfermeira orientadora, que se revelou ser positiva (Anexo VII).

Todos os campos de estágio contribuíram para a aquisição de competências de enfermeiro especialista, bem como permitiram a realização de um projeto pessoal e académico há muito desejado.

4 ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – A FADIGA NOS DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

A situação vivida pela pessoa com DRCT em programa regular de HD compreende características únicas da como fadiga, depressão e lidar com a perda da independência, bem como lidar com a dificuldade na gestão da doença e do seu tratamento. Estas características acabam por ser experimentadas pelas pessoas com DRCT nalgum momento do seu percurso.

Assim confrontei-me com várias questões que constituíram o ponto de partida da investigação: *as pessoas com DRCT em HD experimentam a fadiga? A fadiga encontra-se relacionada com anemia ou tempo de hemodiálise? A perda da independência encontra-se relacionada com a fadiga? Encontra-se a depressão intimamente relacionada com a fadiga? Qual o impacto da fadiga na pessoa com DRCT em HD nas atividades básicas e instrumentais de vida?*

O estudo tem como objetivos: avaliar a fadiga nas pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise; verificar a relação entre a fadiga e a independência na realização das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais; relacionar a fadiga com a anemia e com a depressão.

4.1 Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e analítico. A população abrangida pelo estudo são as pessoas com DRCT em programa regular de HD. A amostra de conveniência incluiu 34 sujeitos selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: ter DRCT e tratada em programa regular de HD adulto; ter mais de 18 anos; tempo de HD superior a 6 meses;

não apresentar sinais de grave compromisso físico ou psicológico; apresentar um quadro clínico estável; estar inscrito na unidade de diálise em regime ambulatorio; falar língua portuguesa; e colaborar voluntariamente no estudo. Os dados foram colhidos através de uma entrevista para aplicação do questionário (anexo VIII), com duas partes. A primeira inclui 8 questões de caracterização da amostra. A segunda parte, com perguntas fechadas, inclui a escala modificada do impacto da fadiga (MFIS-21 questões), o inventário de Beck para avaliar a depressão (21 questões), o índice de Katz (6 questões) e o índice de Lawton & Brody (8 questões). Ao testar a relação entre as variáveis dependentes (fadiga, depressão e nível de independência nas AVD) e com as outras variáveis, usamos testes paramétricos. Quando não estavam reunidas as condições de aplicação destes testes, usamos testes não paramétricos. O nível de significância considerado foi de 0,05. Os dados foram analisados utilizando o programa IBM SPSS Statistics 24.0. As propriedades psicométricas da MFIS e do Inventário de Beck foram analisadas em termos de consistência interna.

4.2 Apresentação e análise de resultados

4.2.1 Caracterização da amostra

O quadro n.º 1 apresenta a síntese de resultados de caracterização da amostra. A maioria da amostra (19; 55,9%) foi constituída por sujeitos do género masculino, o que se aproxima da média nacional (58,9%) e regional (60,3%). A média etária dos sujeitos foi de 54,62 anos com desvio padrão ($\pm$) de 17,37 e variação entre os 21 anos e os 83 anos. Assim a média da amostra é ligeiramente inferior à media nacional de 67,47 anos, e à regional de 62,4 anos (Macário, 2016). No estudo, 44,11% da amostra tem igual e superior a 60 (gráfico n.º 1), o que traduz uma tendência para o envelhecimento da população, como se verifica a nível nacional e regional (Macário, 2016).

Quanto à composição do agregado familiar, verificamos que 82,4% da amostra vivia acompanhada pelo cônjuge ou por outro membro das suas relações, e que 6 sujeitos (17,6%) viviam sozinhos (gráfico n.º 2). Relativamente à atividade profissional notámos que 15 (43,9%) sujeitos tinham atividade profissional, 5 estavam desempregados, 1 era estudante, e 13 (38,2 %) estavam aposentados (gráfico n.º 3).

Quadro n.º 1 – Caracterização da amostra

Amostra (n=34)			
Género			
Masculino	19	55,9%	
Feminino	15	44,1%	
Idade (anos)	[21-83]	Média: 54,62	DP: 17,37
Agregado Familiar			
Cônjuge	8	23,5%	
Cônjuge e outro familiar	9	26,5%	
Outro familiar	11	32,4%	
Só	6	17,6%	
Total	34	100,00%	
Atividade Profissional			
Desempregado	5	14,7%	
Aposentado	13	38,2%	
Administrativo	1	2,9%	
Agricultor	1	2,9%	
Estudante	1	2,9%	
Motorista	1	2,9%	
Professor	1	2,9%	
Profissional de Saúde	3	8,8%	
Trabalhador não qualificado	6	17,6%	
Vendedor	2	5,9%	
Total	34	100,00%	
Agregado Familiar			
1º Ciclo	4	11,8%	
2º Ciclo	7	20,6%	
3º Ciclo	10	29,4%	
Ensino Secundário	7	20,6%	
Ensino Superior	6	17,6%	
Total	34	100,00%	
Tempo de HD (meses)	[0,5-12]	Média: 3,97	DP: 3,49
Tipo de Acesso Vascular			
FAV	19	55,9%	
CVC	12	35,3%	
FAV + CVC	3	8,8%	
Total		100,00%	
Hemoglobina (g/dL)	[8,4-13,5]	Média: 10,97	DP: 1,22

Gráfico n.º 1 – Distribuição dos sujeitos por escalões etários

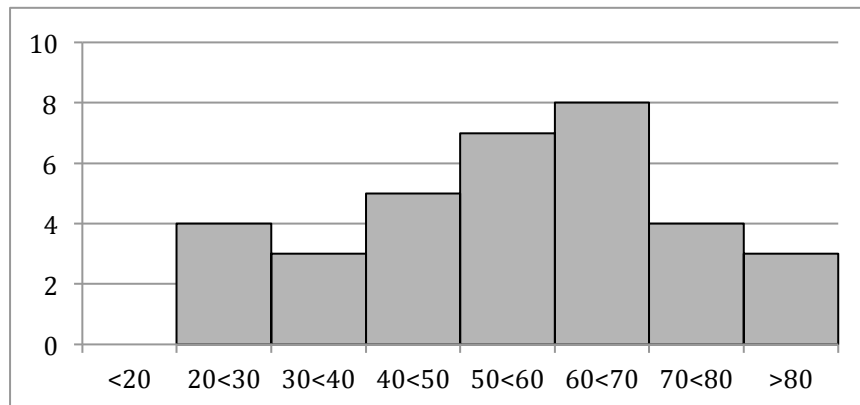


Gráfico n.º 2 – Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar

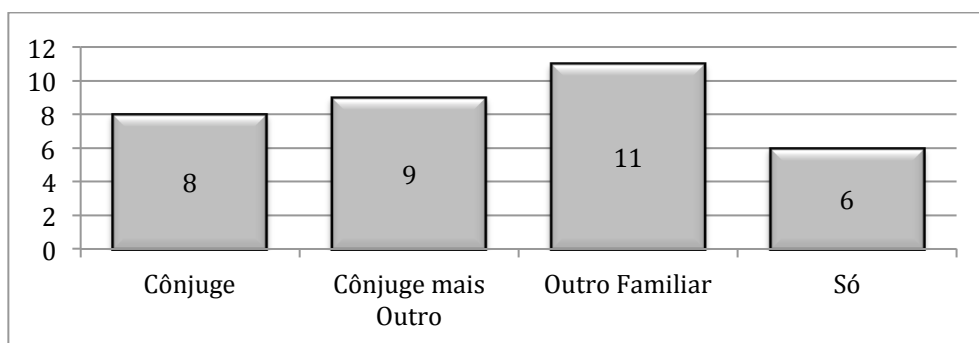
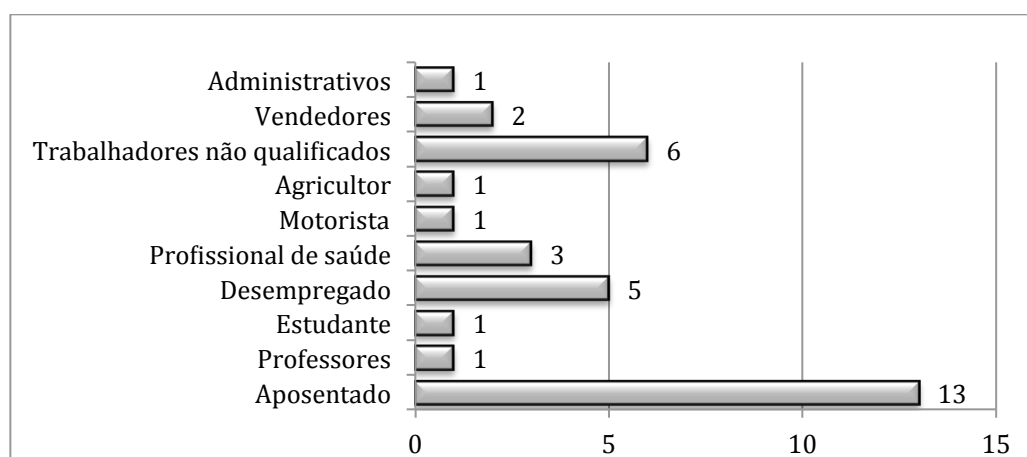
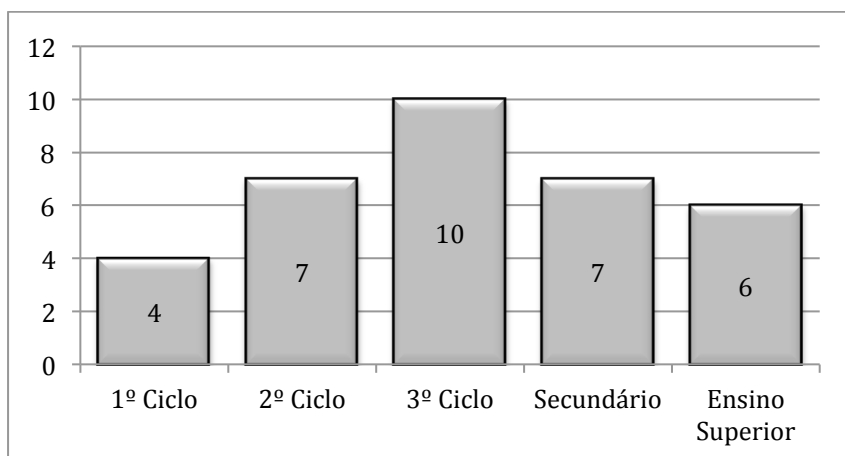


Gráfico n.º 3 – Distribuição dos sujeitos por atividade profissional



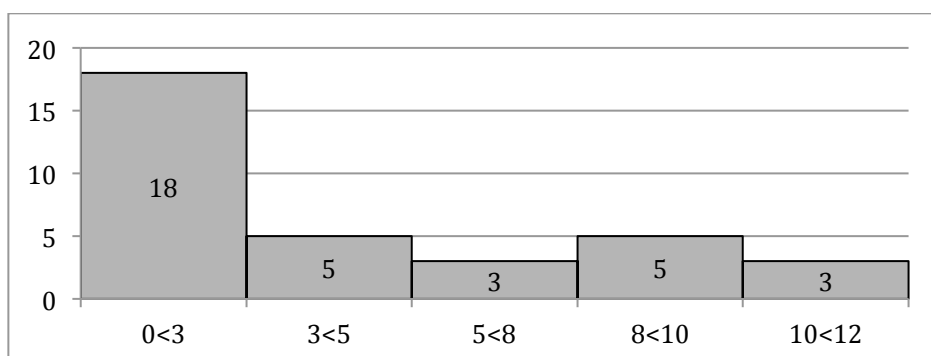
Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria (21;61,8%) da amostra apresenta escolaridade até ao 3º ciclo, 7 (20,6%) sujeitos tem o ensino secundário e 6 (17,6%) têm formação no ensino superior (gráfico n.º 4).

Gráfico n.º 4 – Distribuição dos sujeitos por nível de escolaridades



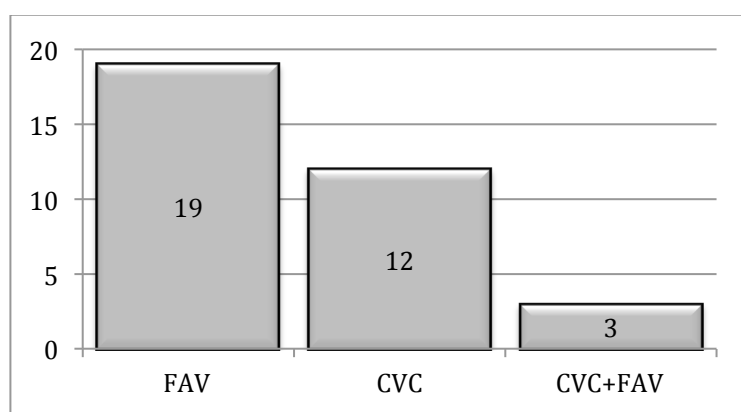
Quanto ao tempo de tratamento em hemodiálise, constatamos que 18 (52,9%) sujeitos encontravam-se em programa regular de HD entre os 6 meses e os 3 anos (gráfico n.º 5). O tempo em HD variou entre os 6 meses e os 12 anos.

Gráfico n.º 5 – Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento em HD



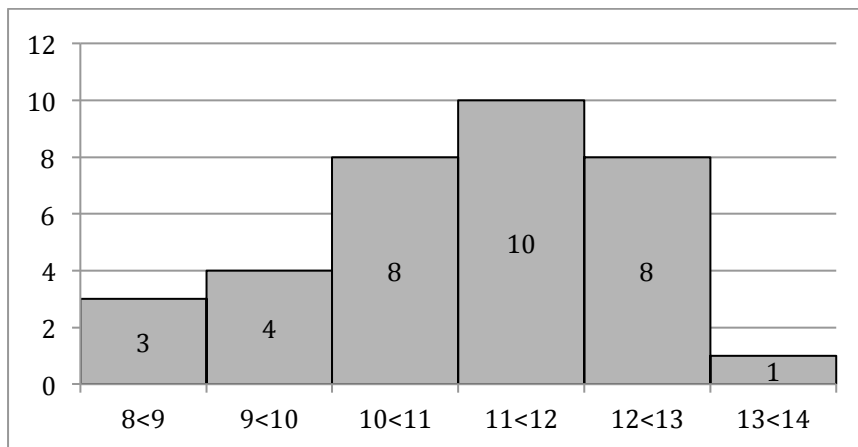
O tipo de acesso vascular utilizado pela maioria (19;55,9%) dos sujeitos para o tratamento hemodialítico foi a FAV, o que vai ao encontro do recomendado na bibliografia como acesso vascular de eleição. Outros 12 (35,3%) sujeitos tinham cateter venoso central de longa duração, e 3(8,8%) tinham ambos os tipos de acesso vascular, por aguardarem a maturação da FAV ou por complicações da mesma (gráfico n.º 6).

Gráfico n.º 6 – Distribuição dos sujeitos por tipo de acesso vascular



Sendo a anemia frequente entre as pessoas com DRCT, avaliámos o valor de hemoglobina, observando uma média de 10.97($\pm$ 1,21) g/dL. Concluímos que 15 (44,11%) sujeitos tinham valores inferiores aos 11 mg/dL recomendados (Rector & Brenner, 2012) e que a maioria (19;55,88%) tinha valores aceitáveis (gráfico n.º 7).

Gráfico n.º 7 – Distribuição dos sujeitos por nível de hemoglobina

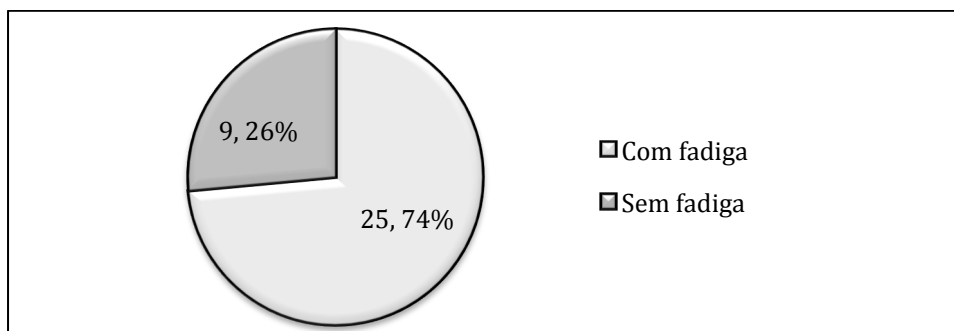


4.2.2 Análise da Escala de Impacto da Fadiga Modificada (MFIS)

A avaliação da fadiga entre as pessoas com DRCT, foi feita através da escala MFIS, com 21 itens distribuídos pelos domínios cognitivo (scores entre 0 e 40) e físico (scores entre 0 e 36), com score global entre 0 e 84. Valores inferiores a 38 correspondem à ausência de fadiga. Quanto maior o valor acima de 38, maior o nível de fadiga.

Avaliamos a consistência interna da MFIS e observamos um Alfa de Cronbach de 0,973, superior ao valor de 0,88, verificado no estudo de validação desta escala para Portugal (Gomes, 2011). Este dado reforça a fiabilidade desta escala. O score médio da amostra situou-se nos 47,91 ($\pm 13,95$), com uma média de 18,59 ($\pm 8,85$) no domínio cognitivo e 29,32 ($\pm 6,09$) no domínio físico. Notámos que a maioria dos sujeitos (25;73,52%) apresentava fadiga, pois apresenta um score global da MFIS superior a 38 (gráfico n.º 8).

Gráfico n.º 8 – Distribuição dos sujeitos por níveis de fadiga



Estes resultados mostram-se de acordo com vários estudos realizados em doentes renais em HD (Abdel-Kader et al., 2014; Bonner, Wellard, & Caltabiano, 2010; Campbell, 2017; Horigan & Barroso, 2016; Jhamb et al., 2011, 2008; O’Sullivan & McCarthy, 2011; Zalai & Bohra, 2016), que notaram fadiga em mais de 70% dos doentes.

Encontrámos correlações de Pearson positivas e estatisticamente muito significativas entre a escala MFIS e os domínios cognitivo (0,955) e físico (0,903), reforçando a importância destes domínios na fadiga. O domínio cognitivo surgiu positiva e significativamente correlacionado com o domínio físico (0,736). A idade não estava correlacionada com a fadiga como no estudo de Bossola et al. (2011), mas surgiu moderada, positiva e significativamente (0,05) correlacionada com o nível de hemoglobina (0,361). Apesar da anemia ser comum na pessoa com DRCT em HD (Bossola et al., 2011), não notamos correlação significativa entre a hemoglobina e a fadiga. No entanto, verifica-se uma correlação positiva e significativa (0,05) entre a idade e a hemoglobina. Como referem Bossola et al. (2011), pode haver uma tendência para o aumento da fadiga em pessoas com baixo nível de hemoglobina.

Quadro n.º 2 – Correlações entre a escala MFIS e as variáveis de caracterização da amostra

Correlação Pearson	Cognitivo	Físico	Idade	Tempo HD	Hg
MFIS	0,955**	0,903**	0,298	-0,153	-0,202
Cognitivo	-	0,736**	0,333	-0,184	-0,119
Físico		-	0,199	-0,083	-0,289
Idade			-	0,320	0,361*
Tempo HD				-	-0,053
Hg					-

* A correlação é significativa ao nível 0,01(bilateral)

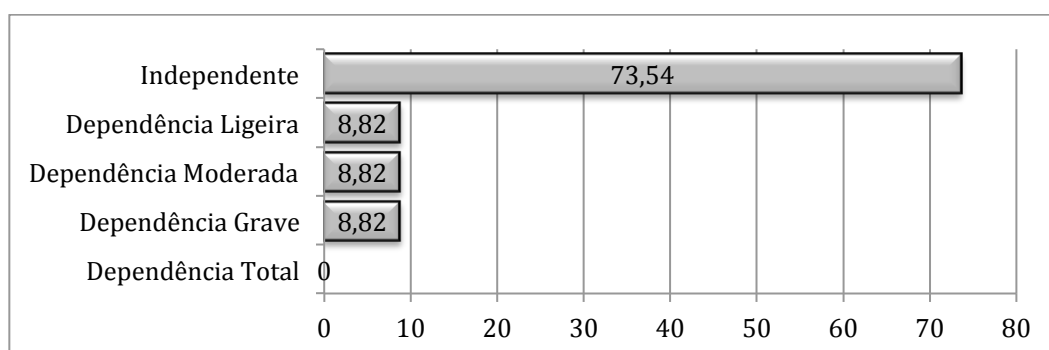
** A correlação é significativa ao nível 0,05 (bilateral)

Usamos o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para testar duas ou mais amostras independentes, pois a distribuição da amostra não era normal (anexo IX). Ao testar a relação entre a escala MFIS e seus domínios, com as variáveis de caracterização da amostra, verificamos que o nível de fadiga global (MFIS) dependia do tipo de acesso vascular, sendo maior para o cateter venoso central ($H=10,433$; $p=0,005$) e que o mesmo se verificava em relação ao domínio cognitivo ($H=8,817$; $p=0,012$) e físico ($H=8,502$; $p=0,014$). É possível que a exigência de cuidados especiais com o CVC e o risco de infecção causem fadiga. Não observamos diferenças significativas da fadiga em função do nível de hemoglobina.

4.2.3. Análise da independência funcional – índice de Katz e de Lawton & Brody

Avaliando o nível de independência funcional através do índice de Katz verificámos que a maioria dos sujeitos (25; 73,52%) era independente (gráfico n.º8), havendo 3 sujeitos com dependência ligeira (8,82%), 3 com dependência moderada (8,82%) e outros 3 com dependência grave (8,82%).

Gráfico n.º 9 – Distribuição percentual dos sujeitos por níveis de dependência (Índice de Katz)



Encontrámos correlações significativas entre os níveis de independência (Katz) e os níveis de fadiga global (MFIS) e por domínios (quadro n.º 3). Assim, o nível global de fadiga estava correlacionado de forma moderada, negativa e muito significativa (-0,555; $p < 0,01$) com o nível de independência funcional, o que sugere que, à medida que diminui o nível de independência aumenta a fadiga. O mesmo se observou entre o nível de independência e os domínios cognitivo (-0,529; $p < 0,01$) e físico (-0,429; $p < 0,01$), sugerindo que ambos os domínios da fadiga são afetados pela perda de independência funcional.

Quadro n.º 3 – Correlação entre Índice de Katz e a escala MFIS

			Score MFIS	Score Domínio Cognitivo	Score Domínio Físico	Katz
rô de Spearman	Score MFIS	Coefficiente de Correlação	1,000	,951**	,873**	-,555**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,001
		N	34	34	34	34
	Score Domínio Cognitivo	Coefficiente de Correlação	,951**	1,000	,731**	-,529**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,001
		N	34	34	34	34
	Score Domínio Físico	Coefficiente de Correlação	,873**	,731**	1,000	-,432*
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,011
		N	34	34	34	34
	Katz	Coefficiente de Correlação	-,555**	-,529**	-,432*	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	,001	,011	.
		N	34	34	34	34

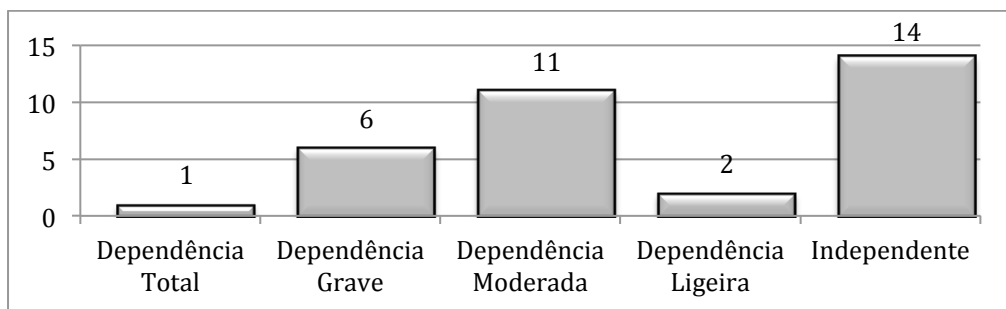
** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

O nível de independência funcional não surgiu correlacionado de forma significativa com a idade, tempo de HD, ou com o nível de hemoglobina.

Analisámos os níveis de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e verificámos que 14 (41,17%) sujeitos era independente, havendo 11 (32,4%) sujeitos com dependência moderada e 6 (17,6%) com dependência grave (gráfico n.º 9). Tem interesse notar que o nível de dependência nas AIVD surge correlacionado de forma positiva e muito significativa (0,705; $p=0,01$) com o nível de independência funcional (Katz), o que sugere que os sujeitos com menor dependência funcional também têm menor dependência instrumental (quadro 4), o que é consistente com os achados de Bonner et al. (2010) e de Jhamb et al. (2011). Zalai & Bohra (2016) referem que a fadiga na pessoa com doença renal crónica pode aumentar em detrimento da diminuição da atividade física, e que tem um impacto direto no funcionamento diário da pessoa.

Gráfico n.º 10 – Distribuição dos sujeitos por níveis de independência nas AIVD



Quadro n.º 4 – Correlação entre Índice de Katz e a escala de Lawton&Brody

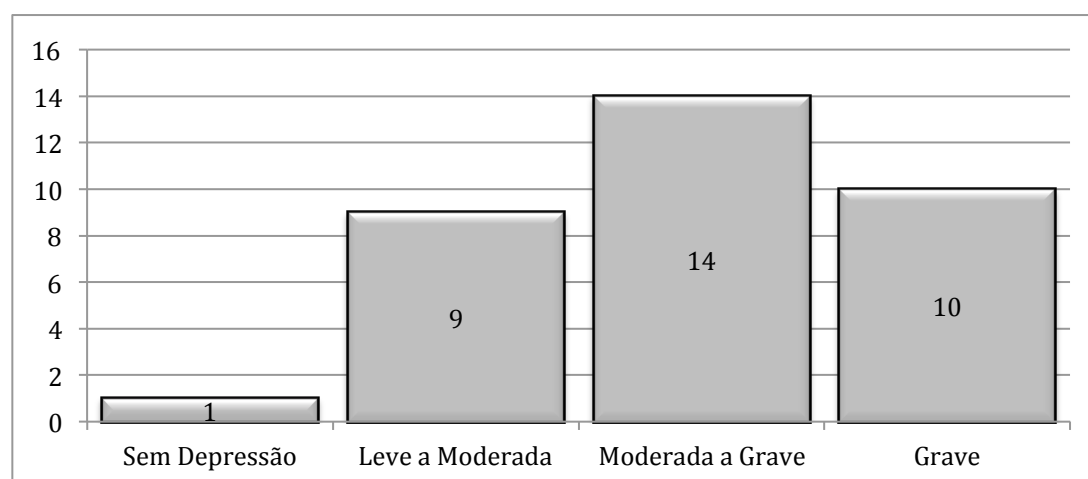
		Katz	AIVD
Katz	Correlação de Pearson	1	,705**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	34	34
AIVD	Correlação de Pearson	,705**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	34	34

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

4.2.4. Análise do Inventário de Beck

Aplicamos ainda o inventário de Beck para avaliar o nível de depressão dos sujeitos, tendo verificado uma elevada consistência interna desta escala (0,917). Observámos um score médio de 27,44 ($\pm 10,78$) e uma amplitude entre os scores 8 e 52. Recordamos que esta escala varia entre o valor mínimo de 1 e máximo de 63 pontos. Considerando os níveis de depressão da amostra verificámos que 14(41,2%) sujeitos apresentou Depressão Moderada a Grave e 10 (29,4%) Depressão Grave (gráfico 10). Os resultados revelam que a grande maioria da amostra (97,1%) experimentava algum nível de depressão.

Gráfico n.º 11 – Distribuição dos sujeitos por níveis de depressão



Também correlacionamos a escala de depressão com o MFIS (quadro n.º 5) e notámos que o Inventário de Beck estava correlacionado de forma moderada, positiva e significativa com a escala de fadiga global (0,428; $p<0,05$) e muito significativamente com o domínio físico da escala de fadiga (0,524, $p<0,01$). Estes dados sugerem uma relação significativa entre a fadiga e a depressão. No entanto, não encontramos correlações significativas entre a escala de depressão e as variáveis idade, e tempo de tratamento em HD.

Quadro n.º 5 – Correlação entre a escala MFIS e o Inventário de Beck

		Score MFIS	Score Dominio Cognitivo	Score Dominio Físico	Escala de Depressão
Score MFIS	Correlação de Pearson	1	,955**	,903**	,428*
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,012
	N	34	34	34	34
Score Dominio Cognitivo	Correlação de Pearson	,955**	1	,736**	,314
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,070
	N	34	34	34	34
Score Dominio Físico	Correlação de Pearson	,903**	,736**	1	,524**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,001
	N	34	34	34	34
Escala de Depressão	Correlação de Pearson	,428*	,314	,524**	1
	Sig. (bilateral)	,012	,070	,001	
	N	34	34	34	34

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).
 * . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Relacionando a fadiga com a depressão (quadro n.º 6), notámos que dos 9 sujeitos sem fadiga (Score MFIS $\leq$ 38), 5 (55,6%) tinham depressão moderada a grave, enquanto 4 (44,4%) não tinham depressão ou apresentavam depressão ligeira. Entre os sujeitos com fadiga (score MFIS $\geq$ 39) 19 (76%) apresentavam depressão moderada a grave, enquanto 6 (24%) não tinham depressão ou apresentavam depressão ligeira. Embora os dados sugiram que a fadiga está associada à depressão, o teste do Qui-quadrado de independência não revelou dependência entre fadiga e a depressão ($p=0,248$). Estes resultados afastam-se dos observados em outros estudos (Bai et al., 2015; Lee et al., 2007).

Quadro n.º 6 – Distribuição dos sujeitos por níveis de depressão e fadiga

Nível de Fadiga	Nível de Depressão			
	Sem Depressão/Depressão Leve		Depressão Moderada a Grave	
Sem fadiga	4	44,4%	5	55,6%
Com fadiga	6	24,0%	19	76,0%

Relacionando o nível de independência funcional nas AIVD com a depressão (quadro n.º 7), verificámos que dos 27 sujeitos independentes ou com ligeira dependência, 18 (66,7%) tinham depressão moderada a grave, enquanto 9 (33,3%) não tinham depressão ou apresentavam depressão ligeira. Entre os 7 sujeitos com dependência moderada a total, 6 (85,7%) apresentavam depressão moderada a grave, enquanto 1 (14,3%) não tinha depressão ou apresentava depressão ligeira. Pelo teste do Qui-quadrado de independência com a correção de Monte Carlo, verificamos não haver dependência entre o nível de independência funcional nas AIVD e a depressão ($p=0,324$), ou seja, os níveis de independência funcional nas AIVD não parecem depender dos níveis de fadiga dos sujeitos desta amostra.

Quadro n.º 7 – Distribuição dos sujeitos por níveis de dependência nas AIVD e por depressão

Nível de dependência nas AIVD	Nível de Depressão			
	Sem Depressão/Depressão Leve		Depressão Moderada a Grave	
Independente/dependência ligeira	9	33,3%	18	66,7%
Dependência moderada a total	1	14,3%	6	85,7%

4.3 Conclusões do estudo

O presente estudo mostrou uma amostra maioritariamente (55,9%) do género masculino, com uma média etária de 54,62 anos ($\pm 17,37$), vivendo

em regra com o cônjuge e com outro familiar (50%), com baixa escolaridade, com uma média de 3,97 anos ($\pm 3,49$) de tratamento em HD, em que predominava a FAV como tipo de acesso vascular para diálise e com um nível médio de hemoglobina de 10,97 ($\pm 1,22$) g/dL.

A fadiga avaliada pela escala MFIS estava presente em 73,5% dos sujeitos, obtendo-se um score global médio de fadiga de 47,91 ($\pm 13,95$) para um máximo de 84. O nível de fadiga global (MFIS) dependia do tipo de acesso vascular, sendo mais intensa entre os doentes com cateter venoso central para HD. ($H=10,433$; $p=0,005$). O mesmo ocorreu em relação ao domínio cognitivo ($H=8,817$; $p=0,012$) e físico ($H=8,502$; $p=0,014$).

Avaliamos o nível de independência funcional através do índice de Katz e verificamos que 25 (73,5%) da amostra era independente. Só 9 (26,5%) sujeitos apresentavam algum tipo de dependência (ligeira a grave). O nível global de fadiga estava correlacionado de forma moderada, negativa e muito significativa ($-0,555$; $p<0,01$) com o nível de independência funcional, o que sugere que, à medida que diminui o nível de independência aumenta a fadiga. O mesmo se observou entre o nível de independência e os domínios cognitivo ($-0,529$; $p<0,01$) e físico ($-0,429$; $p<0,01$).

Analisámos também os níveis de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e verificámos que 14 (41,17%) sujeitos era independente, havendo 11 (32,4%) sujeitos com dependência moderada e 6 (17,6%) com dependência grave. O nível de dependência nas AIVD surge correlacionado de forma positiva e muito significativa ($0,705$; $p=0,01$) com o nível de independência funcional (Katz).

Avaliámos o nível de depressão pelo inventário de Beck, tendo notado que 14 (41,2%) sujeitos apresentavam Depressão Moderada a Grave e 10 (29,4%) Depressão Grave. A grande maioria da amostra (97,1%) experimentava algum nível de depressão. A depressão estava correlacionada de forma moderada, positiva e significativa com a fadiga global ($0,428$; $p<0,05$) e muito significativamente com o domínio físico da escala MFIS ($0,524$; $p<0,01$).

5 CONCLUSÕES

Os enfermeiros assumem o compromisso de atualização profissional, aspecto essencial para o desenvolvimento da profissão, mas também para a qualidade dos cuidados e da qualidade de vida de quem necessita ou recebe os cuidados de enfermagem. A investigação e a troca de experiências permitem atualizar os saberes, e ajustar os cuidados de enfermagem às necessidades das pessoas com doença renal crónica, das suas famílias e da comunidade.

Considero que os objetivos do estágio foram amplamente atingidos, na medida em que, ao longo do estágio, foram desenvolvidas as competências de enfermeira especialista para uma adequada intervenção de enfermagem a pessoas em tratamento de substituição da função renal, sobretudo no domínio da hemodiálise. Apesar de já exercer funções numa unidade de diálise, a vida académica deste último ano e a elaboração deste relatório permitiu-me aperfeiçoar competências colocando-me a caminho do último estadio para a aquisição de competências que é o de perito. Na área da nefrologia e segundo a EDTNA/ERCA, aprimorei competências de enfermagem nos cuidados de enfermagem à pessoa com DRCT em TSFR, relativamente ao envolvimento da pessoa doente no seu tratamento; colaboração na avaliação e revisão das estratégias de HD em equipa multidisciplinar; avaliação da pessoa com DRCT e o seu envolvimento com a TSFR; colaboração na transferência da pessoa entre unidades. Assim, de forma conclusiva toda a envolvência que a especialidade integra permitiu-me adquirir rigor e cada vez mais interesse pelo cuidado de enfermagem à pessoa com doença do foro renal.

Analisando todos os meus ensinamentos clínicos verifiquei que adquiri competências de enfermeira especialista nos vários domínios, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em que sempre demonstrei um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, uma vez que nos meus cuidados demonstrei uma prática que respeita a pessoa e os seus

direitos, analisei e interpretei de forma continua cada situação nos cuidados especializados, assumindo dessa forma a responsabilidade de gerir situações que possam comprometer a pessoa doente; no domínio da melhoria continua, em que é necessário um reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve análise, revisão e reflexão sobre as práticas exercidas, avaliando os resultados, e a partir daí implementar programas/protocolos da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa; no domínio da gestão dos cuidados, em que colaborei com o enfermeiro chefe no que concerne à gestão dos enfermeiros/assistentes operacionais por equipa, neste domínio não tive muitas oportunidades de adquirir competências nesta área da gestão sendo o domínio em que menos competências adquiri; no domínio das aprendizagens profissionais, em que demonstrei capacidade de autoconhecimento, sendo relevante para o exercício da enfermagem, reconhecendo que sou elo relevante nas relações terapêuticas, assentando processos de tomada de decisão, assumindo-me assim como facilitadora nos processos de aprendizagem.

Ingressar no curso de especialidade fez-me deparar com algumas dificuldades, a principal foi pelo fato de ser de uma ilha, e impossibilitava-me de conseguir estar presente em algumas aulas, a realização dos estágios também revelou-se ser uma tarefa difícil, porque nem sempre foi fácil conseguir o tempo e as horas necessárias. Outra dificuldade com a qual me deparei e que também foi consequência de não poder tido a possibilidade de assistir a todas as aulas de investigação, foi a realização deste relatório tendo em conta todo o rigor científico necessário. Conciliar todo este percurso académico com a vida pessoal e profissional ativa, revelou-se uma dificuldade, na medida em que nem sempre consegui gerir esta dualidade de situações que vivenciava.

Toda esta experiencia académica leva-me a acreditar que a minha prática futura irá ser influenciada, promovendo um olhar mais cuidado aos sintomas que as pessoas com DRCT em TSFR podem experimentar. Todos os estágios contribuíram para poder compreender e analisar as necessidades existentes no meu atual serviço, tais como a necessidade da criação de uma

consulta de enfermagem dirigida à área nefrológica, para maior seguimento e controlo nas pessoas com patologia renal em consultas de Pré-diálise. Os contributos tanto da minha ingressão neste curso como da realização do trabalho de investigação foram imediatos, na medida em que pude verificar um interesse constante das minhas colegas de trabalho na área nefrológica como cuidados especializados.

As pesquisas feitas e o estudo desenvolvido mostram que as equipas de enfermagem precisam continuar a desenvolver intervenções direcionadas para as necessidades físicas, relacionais, sociais, emocionais e psicológicas, dos doentes e famílias, bem como para as relacionadas com a área do ensino e investigação, integrando um leque de ações comportamentais preventivas e terapêuticas.

Quando o enfermeiro demonstra disponibilidade para escutar, revela disponibilidade, promovendo a confiança, a empatia e a segurança nas intervenções de enfermagem. Desta forma, o equilíbrio que se pode alcançar através das competências da equipa de enfermagem, pode a qualquer momento desvanecer-se, ficando o doente em situação de sofrimento, manifestando sinais e sintomas depressivos, de cansaço extremo e de fadiga, sintomas esses que muitas vezes já se encontram relacionados com a DRCT.

A depressão é um sinal e sintoma reativo ao diagnóstico e ao tratamento de hemodiálise, estando muitas vezes relacionada com a fadiga, manifestando através de um sentimento de cansaço e falta de energia. Ou seja, a depressão encontra-se fortemente correlacionada com a fadiga física. Visto que a pessoa em diálise necessita de continuar com uma vida social ativa, a equipa de enfermagem representa um papel fundamental em relação às necessidades da pessoa, através da motivação, capacitação para o autocuidado. Importa referir que para além das reações emocionais que se instalam nas pessoas em diálise, surgem conflitos entre a autonomia e dependência, desencadeando comportamentos e sentimentos de culpa e de sofrimento, muito por se sentirem dependentes do tratamento e dos profissionais de saúde e dos cuidados próximos, existindo posteriormente repercussões a nível físico e psíquico.

As necessidades físicas e psicológicas estão relacionadas com as emoções das pessoas, as suas limitações. A intervenção de enfermagem é importante para gerir os problemas de saúde, ajudando as pessoas com DRCT em hemodiálise a conviver melhor com as mudanças e com o impacto que essas mudanças trazem às suas vidas.

Aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente que atravessa toda a trajetória profissional e implica articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Kader, K., Jhamb, M., Mandich, L. A., Yabes, J., Keene, R. M., Beach, S., ... Unruh, M. L. (2014). Ecological momentary assessment of fatigue, sleepiness, and exhaustion in ESKD. *BMC Nephrology*, 15(1), 29. Acedido a 26/20/2017, Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-2369-15-29>
- Abensur, H. (2010). Deficiência de ferro na doença renal crônica, 84–88. Acedido a 15/01/2017 Disponível em: <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- Almeida, J. (1985). A adaptação do Insuficiente renal crônico à hemodiálise: estudo da influência da personalidade e das matrizes familiares, sociocultural e terapêutica. Lisboa: Faculdade de Ciências de Lisboa.
- Alves, E. F., Tsuneto, L. T., Borelli, S. D., Cadidé, R. C., Freitas, R. A., Gravena, A. A. F., ... Carvalho, M. D. B. (2013). Características sócio demográficas e aspetos clínicos de pacientes com doença renal policística, do adulto submetido à hemodiálise. *Scientia Medica*, 23 (3), 156–162.
- Alves, V. D. B., Santos, S., De, E., Moreira, F., & Emerick, A. G. (2014). Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise
Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Sometidos a Hemodiálisis
Nursing Diagnoses in Patients Undergoing Hemodialysis irreversível da função renal , tendo como causas principais o diabetes , 70–81. Acedido a 15/01/2017 Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/167841/160251>
- Bai, Y. L., Lai, L. Y., Lee, B. O., Chang, Y. Y., & Chiou, C. P. (2015). The impact of depression on fatigue in patients with haemodialysis: A correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13–14), 2014–2022. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jocn.12804>
- Barbosa, J. C. (1993). Compreendendo o ser doente renal crônico. São Paulo:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/263527394_Compreendendo_o_Ser_Doente_Renal_Cronico

Barbosa, J. C., Aguillar, O. M., & Roseira, M. (1999). O SIGNIFICADO DE CONVIVER COM A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA, 293–302.
Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a16.pdf>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Com). Coimbra: Quarteto Editora.

Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3006–3015. Acedido a 06/02/2017 Disponível em:
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03381.x>

Borges, Z. (1995). A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In *In: Leal, O. Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS.

Bossola, M., Vulpio, C., & Tazza, L. (2011). Fatigue in Chronic Dialysis Patients. *Seminars in Dialysis*, 24(5), 550–555. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2011.00956.x>

Calado, J. T. (1997). O efeito da uremia e da diálise nos diversos órgãos e sistemas. In *Manual de Hemodiálise* (pp. 137–158). Lisboa.

Campbell, M. L. (2017). Fatigue in Patients with Chronic Kidney Disease : Evidence and Measures, 44(4), 337–345. Acedido a 26/10/2017 Disponível em:
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=124650313&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLQ4zdnyOLCmr0%2BepZSrq64TK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>

Campos, C. M. S., & Soares, C. B. (2003). A produção de serviços de saúde

mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência E Saúde Coletiva*, 8, 621–628. Acedido a 05/02/2017 Disponível em:<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>

Carpenter, C. B., & Lazarus, J. M. (1998). Diálise e Transplante no Tratamento da Insuficiência Renal. In A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S. L. Hauser, & D. L. Longo (Eds.), *Harrison – Medicina Interna (14ª ed. vol. II)* (pp. 1620–1630). Rio de Janeiro: McGrawHill.

Carvalho, T., Ponce, P., Jorge, G., Videira, L., Santos, A., & José, M. (2011). Acessos Vasculares. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (Fresenius, p. 322). Almedina.

Couto, L. M. S. L., & Camareiro, A. P. F. (2002). *Desafios na Diabetes*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Daugirdas, J. T., Depner, T. A., Inrig, J., Mehrotra, R., Rocco, M. V., Suri, R. S., ... Brereton, L. (2015). KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884–930. Acedido a 31/01/2016 Disponível em:<http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015>

Diniz, A. (2004). Aproximação à Gestão da Doença em Portugal, in *Infarmed - Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*. Caparica. Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
http://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/campanhas/genericos-2016?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_advancedSearch=false&_3_keywords=&_3_paginationPhase=true&_3_resetCur=false&_3_struts_action

Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde N.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.

DuBose, T. D. (2014). *National Kidney Foundation Primer on Kidney*

Diseases. National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases.

Acedido a 23/01/2016 Disponível em: <http://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4617-0.00014-5>

EDTNA/ERCA. (2000). Nephrology Nurse Profile. Acedido a 12/07/1016

Disponível em:

<http://www.edtnaerca.org/pdf/membersonly/NephrologyNurseProfile.pdf>

Elsen, I., Marcon, S. S., & Silva, M. R. S. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18(10), 889–898. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953684901588>

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*.

Fortuny, M. E. (1985). Insuficiência Renal. *Revista Rol*, 87.

França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. Atlas.

Giddens, A. (2010). *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, C. M. A. (1997). Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Revista de Medicina*, 7(2/4), 60–64.

Góngora, J. N. (2004). *Enfermedad y Familia. manual de intervencionPsicosocial*. Paidós, Barcelona: Grupo Planeta (GBS).

Goodinson, S. M. (1988). Dialysis facts sheet. *Nursing*, 3, 25–27.

Gorji, M. A. H., Mahdavi, A., Janati, Y., Illayi, E., Yazdani, J., Setareh, J., ... Gorji, A. M. H. (2013). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in educational hospitals of northern iran. *Indian*

- Journal of Palliative Care*, 19(3), 166–169. Acedido a 06/05/2017
Disponível em: <http://doi.org/10.4103/0973-1075.121533>
- Gorrie, S. (1992). Patient education: a commitment. *ANNA Journal*, 19(5), 504–506. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1456799>
- Hedayati, S. S. ., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 69(9), 1662–1668. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1038/sj.ki.5000308>
- Hong, B. A., Smith, M. D., Robson, A. M., & Wetzel, R. D. (1987). Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychological Medicine*, 17(1), 185–190. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291700013076>
- Horgan, A. E., & Barroso, J. V. (2016). A Comparison of Temporal Patterns of Fatigue in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 43(2), 129–139. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114665030&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeprQ4xNvgOLCmr0%2BepndSsay4SbGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>
- Jablonski, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 34(1), 29–37. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17345690>
- Jhamb, M., Pike, F., Ramer, S., Argyropoulos, C., Steel, J., Dew, M. A., ... Unruh, M. (2011). Impact of fatigue on outcomes in the hemodialysis (HEMO) study. *American Journal of Nephrology*, 33(6), 515–523. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1159/000328004>

- Jhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L., & Unruh, M. (2008). Fatigue in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Review of Definitions, Measures, and Contributing Factors. *American Journal of Kidney Diseases*. Acedido a 05/07/2016 Disponível em: <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.05.005>
- Karakan, S., Sezer, S., & Ozdemir, F. N. (2011). Factors related to fatigue and subgroups of fatigue in patients with end-stage renal disease. *Clinical Nephrology*, 76(5), 358–364. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.5414/CN106960>
- Kellum, J. a, Lameire, N., Aspelin, P., Barsoum, R. S., Burdmann, E. a, Goldstein, S. L., ... Uchino, S. (2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney International Supplements*, 2(1), 1–138. Acedido a 18/01/2016 Disponível em: <http://doi.org/10.1038/kisup.2012.7>
- Lage, E. S. (1990). Aspectos psicossociais da doença renal crônica - Trabalho apresentado em sessão clínica. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <file:///Users/Joana/Library/Application%20Support/Mendeley%20Desktop/Downloaded/ee5b9498954d71f840a2451cfe0f59ccf53be57c.html>
- Lee, B. O., Lin, C. C., Chaboyer, W., Chiang, C. L., & Hung, C. C. (2007). The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 407–413. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01409.x>
- Lima, E. B. (1989). Opinião do paciente com insuficiência renal crônica, submetido à técnica de autoadministração de medicamentos orais durante a hospitalização. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <https://www.livrebooks.com.br/.../opinioao-do-paciente-com-insuficiencia-renal-cronica-submetido...tecnica-de-auto-administracao>
- Lu, S., Liu, D., Xiao, J., Yuan, W., Wang, X., Zhang, X., ... Zhao, Z. (2014). Comparison between adults and children with Henoch–Schönlein purpura nephritis. *Pediatr Nephrol*, 30, 791–796. Acedido a 15/01/2017 Disponível em: <http://doi.org/doi:10.1111/jjns.12055>

- Macário, F. (2016). *Gabinete de Registo da SPN - Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal*. Acedido a 26/10/2016 Disponível em: http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC_2016.pdf
- Madeira, E. Q. P., & Santos, S. F. F. (1998). A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar. Scienceopen.com. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=832ae0db-8bd6-4189-b50a-e3d78c001317>
- McCann, K., & Boore, J. R. . (2000). Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1132–1142. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/jan1584> [pii]
- Merlin, M. D., & Gallant, G. (2010). Effet d'un programme de gestion de la fatigue auprès des personnes hémodialysées. *CANNT Journal*, 20(3), 43–48. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: http://sfx.usask.ca/usask?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Anursing&atitle=Effet+d%27un+programme+de+gestion+de+la+fatigue+auprès+des+personnes+hémodialysées%3A+CAANT+Journal&title=CAANT+Journal&iss
- Mota, D. D. C. D. F., Cruz, D. D. A. L. M. Da, & Pimenta, C. A. D. M. (2005). Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285–293. Acedido a 01/07/2016 Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300009>
- Mota, D. D. C. D. F., & Pimenta, C. A. D. M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 77–583. Acedido a 05/07/2016 Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf
- Neves, P. D. M. de M., Machado, J. R., Silva, M. V. da, Abate, D. T. de R. e

- S., Rodrigues, Denise Bertulucci Rocha Faleiros, A. C. G. R., & Dos, M. A. (2012). Nefropatia por IgA: análise histológica e correlação clínico-morfológica em pacientes do Estado de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34. Acedido a 03/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- NKF. (2007). Sobre Insuficiência Renal Crônica - Guia para Pacientes e Familiares.
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2007). An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 276–284. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01965.x>
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2011). Exploring the Symptom of Fatigue in Patients with End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 37–40. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=105465746&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeprQ4xNvgOLCmr0%2BepdSs6m4TLWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>
- Olim, M. S. M. de F. P. (2013). *O impacto da Doença Renal Crônica e tratamento nas dinâmicas familiares do paciente. Dissertação de Mestrado*. Acedido a 05/07/2016 Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13836/1/TESE MARTA OLIM Final.pdf>
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto - Organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Acedido a 30/01/2016 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Penninx, B. W. J. H., Kritchevsky, S. B., Yaffe, K., Newman, A. B., Simonsick, E. M., Rubin, S., ... Harris, T. (2003). Inflammatory Markers and Depressed Mood in Older Persons : Results from the Health , Aging and Body Composition Study. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 566–572. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)01811-5](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)01811-5)
- Phillips, H., & Hekelman, F. P. (1983). The role of the nurse as a teacher: a position paper. *Nephrol Nurse*, 5(5), 42–46. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826765>
- Polaschek, N. (2003). The experience of living on dialysis: a literature review. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 30(3), 303–309, 313.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. Acedido a 05/07/2016 Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. (U. de Lisboa, Ed.). Lisboa. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <file:///Users/Joana/Library/Application%20Support/Mendeley%20Desktop/Downloaded/b913ec8329f4d04c80a0cb8d397321912644cec3.html>
- Rector, F. C.; Brenner, B. M, ed. (2012). *Brenner & Rector's the kidney* (em inglês). 2 9 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. pp. 2205–2239. ISBN 978-1-4160-6193-9
- Rehabilitation Institute of Chicago. (2014). WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Acedido a 31/01/2016 Disponível em: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/PrintView.aspx?ID=937>
- Sajadi, M., Gholami, Z., Hekmatpour, D., Soltani, P., & Haghverdi, F. (2016). Cold dialysis solution for hemodialysis patients with fatigue a cross-over

study. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 10(5), 319–324. Acedido a 06/02/2017 Disponível em:
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=118735288&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeprQ4xNvgOLCmr0%2Bep65Ssae4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>

Scheinfeld, N. S., & Jones, E. L. (2016). Henoch-Schonlein Purpura. Acedido a 03/02/2017 Disponível em:
<http://emedicine.medscape.com/article/984105-overview>

Shidler, N. R., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Diseases*, 32, 557–566. Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9774115>

Silva, M. A., Damaceno, S., & Pacheco, M. T. T. (2005). Complicações das fistulas arteriovenosas na Nefrovale no ano de 2005. In *X Encontro latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do vale do Paraíba*.

Silva, D. M. G. V, Vieira, R. M., Koschnik, Z., Azevedo, M., & Sousa, S. S. (2002). Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(5). Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2012). Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 12ed. *Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Vol. 2*, 893–905.

Smets, E. M., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. C. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3), 315–325. Acedido a 05/02/2017 Disponível em:
<http://doi.org/10.1007/s11524-011-9604-3>

- Soares, M. F., Telles, J. E. Q., & Moura, L. A. (2005). Classificações da Nefrite Lúpica: Metanálise e Proposta Atual da Sociedade Internacional de Nefrologia e da Sociedade de Patologia Renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 27, 157–162. Acedido a 03/02/2017 Disponível em: <http://www.jbn.org.br/details/280/en-US/classifications-of-lupus-nephritis--metanalysis-and-the-isn-rps-pro-p-o-s-a-l>
- Thomé, F. S., Karol, C., Gonçalves, L. F. S., & Manfro, R. C. (1999). Métodos dialíticos. In *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (p. 620). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Unruh, M., Hartunian, M., Chapman, N. M., & Jaber, B. I. (2006). Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 802–810. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <http://cjasn.asnjournals.org/content/1/4/802.full.pdf+html>
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M., Levenson, D., Peterson, R., & Switzer, G. (2005). Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(8), 2487–2494. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://doi.org/10.1681/ASN.2005020157>
- White, W., & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões actuais. In *In: A. Kopf & N. Patel. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 1–5). USA: Associação internacional para o estudo da dor. Acedido a 06/02/2017 Disponível em:
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Acedido a 05/02/2017 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- Zalai, D., & Bohra, M. (2016). Fatigue in chronic kidney disease: Definition, assessment and treatment. *CANNT Journal = Journal ACITN*, 26(1), 39–44. Acedido a 06/02/2017 Disponível em: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114036320&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvi7ESepRQ4xNvgOLCmr0%2>

BeprdSsaq4TbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfg
eyx44Dn6QAA

ANEXO I – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 1 – UNIDADE
HOSPITALAR DE HD

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Joana Teixeira Instituição: FEUP - Faculdade de Engenharia de Lisboa
 Electuado de 05/09/2016 a 01/10/2016 Docente: Prof. Filipa Casaleiro Orientador: [Assinatura]

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 função;	Muito Bom
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;	Muito Bom
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 se 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;	Excelente
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;	Excelente

O Docente: [Assinatura] Orientador: [Assinatura] Data: 01/10/2016



AValiação DO Estágio COM RELatório

Aviação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enf.^a Joana Teixeira integrou-se com facilidade na equipa multidisciplinar, assumindo um papel ativo no funcionamento do serviço. Ao longo do estágio surtiram várias oportunidades de experiências desafiantes (perdas de acesso dialítico, técnicas dialíticas contínuas, etc.) que a Joana aproveitou, permitindo-lhe reter e desenvolver conhecimento. Não só revelou conhecimentos aprofundados no domínio da hemodiálise (HD), como também revelou interesse em melhorar e adquirir novos conhecimentos. Adequou os cuidados de enfermagem às necessidades específicas de cada doente, revelando-se comunicativa, interessada e sensível à interpretação das mesmas. Revelou domínio dos monitores de HD. Tomou iniciativa, circulou pela sala de HD, demonstrando confiança e autonomia. Colocou questões pertinentes sobre: cuidados de enfermagem prestados ao doente do foro nefrológico; gestão e dinâmica da sala de HD; técnicas dialíticas; protocolos existentes, etc. Constatei que foram dúvidas refletidas e baseadas num problema identificado pela Joana e com algumas sugestões adequadas e oportunas. Face ao que foi exposto anteriormente, a Joana atingiu, de uma forma geral, os objetivos propostos para este campo de estágio.

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

Data: 01/10/2016

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

01/10/2016

Joana Teixeira

Joana Teixeira

**ANEXO II – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 2 – UNIDADE DE
INTERNAMENTO**

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Jana Teixeira Instituição: FEEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Docente: Prof. Hilde Cristina Orientador: [Assinatura]

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; Carência das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções 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 atualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito Bom
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 descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metodico e sistemático. Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo. As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Excelente
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-se se necessário;	Excelente
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;	Excelente

O Docente: [Assinatura] Orientado: [Assinatura]

Data: 8/10/2016



AValiação DO Estágio COM RelatÓrio

avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enfermeira Joana demonstrou facilidade em integrar-se na equipa de saúde, estabelecendo uma boa relação com esta e com o utente e família. Revelou conhecimentos esprevidizados no âmbito do cuidar a pessoa com insuficiência renal, demonstrando interesse em adquirir e aprofundar competências, nomeadamente no cuidar a pessoa em diálise peritoneal. Prestou cuidados aos utentes atribuídos tomando decisões de forma autónoma e baseada na evidência, agindo de acordo com o seu conhecimento e tendo obtido a avaliação qualitativa de 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: 8/10/16

Orientador

Assinatura

Data: 8/10/16

Estudante

Joana Teixeira

Joana Mónica da Silva Teixeira

ANEXO III – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 3 – UNIDADE DE DP



AVILAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: João César

Instituição: Escola Superior de Engenharia de Lisboa

Efectuado de 10/10/2016 a 14/10/2016

Docente: Prof. Hilde Castro

Orientador: [Assinatura]

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 profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metodico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
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;	Muito Bom
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;	Muito Bom

O Docente: _____

Orientador: _____

Data: 21 / 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:

De acordo com o objetivo traçado conclui-se que o aluno gozou sucesso na formação dada em a avaliação qualitativa de muito bom (14 valores).
Demonstrando interesse na aprendizagem e procurando sempre o foco da intervenção na prática. Estabeleceu as competências da sua função.
Demonstrou competências na sua prática de assistência e possui um domínio funcional. Apresentou boas relações profissionais e que contribui para um bom ambiente de trabalho.
Apresentou ainda boa relação com a família e que facilitou na cuidados prestados.

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

Data: 21.10.2016 Orientador

Data: 21/10/2016 Estudante

[Assinatura] [Assinatura]
Assinatura do Orientador Assinatura do Estudante

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO DADOR VIVO – DGS

ANEXO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

[Parte Informativa Editável na Plataforma de Dados da Saúde – Portal do Profissional]:

1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;
2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;
3. Benefícios;
4. Riscos graves e riscos frequentes;
5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;
6. Riscos de não tratamento.

[Parte declarativa do profissional] Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data/.../... Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)

Unidade de Saúde

Contacto institucional do profissional de saúde

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

[Parte declarativa da pessoa que consente]

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (**risca o que não interessa**) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: _____

...../.../... (data) Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE/...../.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

ANEXO V– AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 4 – CONSULTA DE
ENFERMAGEM E HOSPITAL DE DIA



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Paula Pereira
Electuário de 11/10/2016 a 24/10/2016 Docente: _____

Instituição: _____

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 função;	Bom
Desenvolvimento profissional	Desentende em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aprofundar 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;	Bom
Responsabilidade profissional	Falta 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;	Bom
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; É vista o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria um bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fiel integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito Bom

O Docente: _____

Orientado: _____

Data: 21/10/2016



AValiação DO Estágio COM RelatÓrio

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A nível da capacidade de execução técnica: cumpre com a execução asséptica e executa a conexão. Demonstrou interesse em aperfeiçoar os seus conhecimentos. Expor dúvidas e procurar esclarecê-las. Respondeu prontamente às atividades propostas pelo professor. Possui facilidade na aprendizagem e técnica. Quando seleciona para uma sessão é pouco tempo a trabalhar. Não faz uma avaliação de um profissional de saúde, por isso considero que não tenha sido suficiente para fazer esta avaliação.

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

Data: 2016/10/27 Orientador: _____ Assinatura: _____

Data: 2016/10/27 Estudante: _____ Assinatura: _____

ANEXO VI – ESTUDO DE CASO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA –
VERTENTE NEFROLÓGIA

UNIDADE CURRICULAR

Estágio com relatório

ESTUDO DE CASO

DISCENTE: Joana Teixeira nº7235

DOCENTE: Filipe Cristóvão

LISBOA

Janeiro de 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA –
VERTENTE NEFROLOGIA

UNIDADE CURRICULAR

Estágio com relatório

ESTUDO DE CASO

DISCENTE: Joana Teixeira nº7235

DOCENTE: Filipe Cristóvão

LISBOA

Janeiro de 2017

SIGLAS

DR – Doença Renal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

DP – Diálise Peritoneal

GPI – Ganho de peso interdialítico

HD – Hemodiálise

FAV – Fistula arteriovenosa

CVC – Cateter venoso central

TSFR – Terapia de substituição da função renal

DGS – Direção Geral de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	93
2. ESTUDO DE CASO	94
2.1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DRCT EM PROGRAMA DE HD	94
2.2. ANÁLISE DA QUEIXA ATUAL E HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL	94
2.3. ANÁLISE DO ESTILO DE VIDA E PADRÃO DA REALIZAÇÃO DAS AVD'S	104
2.3.1 AS ATIVIDADES DE VIDA	105
2.3.2 ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA	107
2.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	107
2.4.1 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA SEGUNDO O MODELO DE NANCY ROPER	108
2.4.1.1. MANTER O AMBIENTE SEGURO	108
2.4.1.2. COMUNICAR	108
2.4.1.3. RESPIRAR	109
2.4.1.4. ALIMENTAR-SE.....	109
2.4.1.5. ELIMINAR	109
2.4.1.6. HIGIENE E ARRANJO PESSOAL.....	109
2.4.1.7. MANTER A TEMPERATURA CORPORAL.....	110
2.4.1.8. MOVER-SE.....	110
2.4.1.9. TRABALHAR E DIVERTIR-SE	110
2.4.1.10. EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE	110
2.4.1.11. SONO	110
2.4.1.12. MORTE.....	110
2.4.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	111

2.4.3. PLANOS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, RESULTADOS ESPERADOS	114
2.4.3.1 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	118
3. CONCLUSÃO.....	120
5. BIBLIOGRAFIA.....	121

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crónica terminal (DRCT), situação mais avançada da doença renal crónica que inclui um declínio total da função renal, sendo necessária intervenção especializada no intuito de implementar uma terapia de substituição da função renal: diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal), transplante renal, e em casos excecionais terapia conversadora da função residual (paliativos), é uma área de intervenção que exige cada vez mais prestadores de cuidados especializados e diferenciados, inseridos numa equipa multidisciplinar.

Tendo em conta a importância da especialização e nos cuidados centrados nas necessidades de cada pessoa portadora de DRC senti a motivação necessária para consolidar, enriquecer novos conhecimentos e adquirir competências na área de intervenção de enfermagem relacionada com a Nefrologia, nomeadamente em pessoas com DRCT em TSFR, nomeadamente a HD.

O enfermeiro durante as sessões de hemodiálise observa de forma continua a pessoa com DRCT, prevenindo muitas complicações que possam surgir. Neste sentido torna-se importante a atuação da equipa de enfermagem no levantamento de diagnósticos e a implementação de intervenções adequadas.

A elaboração deste estudo de caso tem como objetivos:

- Adquirir conhecimentos profundos sobre determinado fenómeno
- Apresentar um caso clinico com base na evidência científica
- Apresentar diagnósticos de enfermagem adequados ao caso com respetivas intervenções e resultados esperados
- Verificar quais os ganhos em saúde obtidos
- Realizar uma análise do caso tendo em conta os objetivos anteriores.

2. ESTUDO DE CASO

O método de estudo de caso é definido por (Fortin, 2009) como sendo um tipo de investigação profunda sobre um indivíduo, família, comunidade ou organização, sendo possível utilizá-lo em diversas áreas.

Este trabalho tem como objectivo o estudo de uma pessoa com DRCT em programa regular de HD, a identificação de problemas/diagnósticos de enfermagem, delinear intervenções de enfermagem com vista na obtenção de resultados/ganhos em saúde, e relacionar os problemas detetados com a bibliografia.

A pessoa aqui estudada foi informada sobre o meu trabalho e seus objetivos, e concordou em participar do mesmo, com a garantia de confidencialidade.

2.1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DRCT EM PROGRAMA DE HD

- Jovem de 27 anos de idade, sexo masculino, em programa regular de hemodiálise, secundária a Nefropatia IgA;
- Antecedentes patológicos:
 - Hepatite B congénita
 - Púrpura de Henoch-Schonlein
 - HTA
 - Lúpus eritematoso sistémico
- Estado civil: união de fato
- Filiação: uma filha de 2A
- Escolaridade: 9º ano
- Alergias: desconhecidas
- Vacinação atualizada: última Td a 23/08/2011

2.2. ANÁLISE DA QUEIXA ATUAL E HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

A DR inicia-se a partir do momento em que existe um potencial fenómeno que seja capaz de alterar a função renal de forma aguda ou crónica. A esta doença muitas vezes silenciosa demonstra-se através de sinais e sintomas muitas vezes subtis que podem levar a um

diagnóstico inadequado com terapêutica inadequada. A doença renal manifesta-se fisicamente com edemas, dispneia, fadiga, anemia e laboratorialmente através de níveis séricos elevados de ureia e creatinina tóxicos o suficiente para alterar de forma irreversível o parênquima renal e as suas células funcionais, os nefrônios.

De modo a perceber a história da pessoa em estudo proporcionei um ambiente calmo, de modo a que uma conversa surgisse naturalmente, sem que existisse um processo interrogatório. A maioria dos dados aqui revelados foram fornecidos na primeira pessoa, e os restantes através do acesso ao processo clínico. O ambiente escolhido foi numa sala isolada, no momento do seu tratamento dialítico, não coincidindo com o início ou com o final do tratamento. A minha relação com o doente iniciou-se muito antes da abordagem do estudo de caso de modo a criar uma relação de confiança e abertura o suficiente para a revelação de dados muitas vezes íntimos para a pessoa portadora de DRCT em que embora relutante com o meu estatuto de “estudante”, concordou em “abrir a sua história”. A sua aceitação promoveu uma comunicação fluida e empática. A aquisição de dados foi feita no ao iniciar o tratamento.

O jovem em estudo iniciou a sua narrativa com “nem sei como vim parar aqui”, ou seja todo o seu processo de doença foi tão rápido que quando se apercebeu da gravidade da DR já se encontrava em tratamento dialítico.

O início da doença renal passou despercebida a este jovem que iniciou a sua vida “hospitar” com 25 anos de idade com sucessivas idas ao centro de saúde de residência com queixas de cefaleias associadas a HTA. Questionado sobre importância dada pela equipa multidisciplinar à sua sintomatologia respondeu “como era novo não ligavam muito, davam-me uma pastilha para as dores, a tensão ficava melhor e ia para casa”. Episódios como este aconteceram pelo menos 4 vezes antes do primeiro internamento em Nefrologia.

O primeiro internamento em 2014 ditou a sentença de este jovem ambicioso. Nesse ano havia emigrado com a sua família para o Reino Unido em busca “de uma vida melhor”, dizia ele. Em Janeiro desse mesmo ano (mês em que emigrou) notou algumas diferenças no seu corpo, nomeadamente, edemas, que associava ao fato de estar mais “gordo” e um mal-estar geral sem causa aparente, que já deveria estar associado ao que dizemos de intoxicação urémica. O próprio desvalorizou a sua sintomatologia que nos seguintes dois meses se agravou, recorreu a um hospital público do Sistema de Saúde Inglês, onde foi detetada lesão renal, nessa altura, e para sua tristeza, regressou à sua terra natal, uma vez que não tinha situação financeira estável. Após a sua chegada recorreu ao médico de família no Centro de Saúde de residência, com pouco sucesso, uma vez que a lista de espera de consulta era muito grande.

A primeira ida ao serviço de urgência ocorreu a 22/05/2014, que acabaria por ser o seu primeiro internamento no serviço de Nefrologia. A sintomatologia que o levou a se dirigir ao SU foi: HTA, cefaleias, edemas, astenia, náuseas e vômitos, e hipercaliémia. Segundo (NKF, 2007), os sinais e sintomas que as pessoas portadoras desta doença possam manifestar são: fadiga, apetite reduzido, insónias, edemas.

Nesse episódio foram colhidas análises de sangue e urina, cujos valores encontra-se no quadro seguinte:

7.1 QUADRO N.º 1 – DADOS LABORATORIAIS DE MAIO DE 2014

Data da colheita: 22/05/2014	Valor
Hemoglobina	10.3g/dl
Plaquetas	115 10 ³ /ul
Ureia	123mg/dl
Creatinina	6,69mg/dl
Potássio	6,1 mEq/l
AgHBs	Positivo
AcHBc	Positivo
AcHBe	Positivo
Urina tipo II – proteínas	+++

Os níveis de creatinina e ureia aumentam à medida que diminui a taxa de filtração glomerular, níveis anormais são com frequência os primeiros sinais de doença renal. A pesquisa de proteínas e a sua detecção na urina é significado de lesão do parênquima renal.

Permaneceu internado por três semanas para controlo da sintomatologia, iniciou terapêutica anti-hipertensora e diurética, para o diagnóstico médico de glomerulonefrite. Os sinais e sintomas de entrada reverteram, originando a sua alta hospitalar, com indicação para seguimento na consulta de Nefrologia de baixo clearance. Após o primeiro internamento este jovem conta que se apercebeu que dali para a frente a sua vida jamais seria a mesma, no entanto revela que “nunca imaginou ter chegado onde chegou sendo tão jovem”.

Na consulta de seguimento (Junho de 2014) e uma vez que houve regressão completa da sintomatologia, inicia-se a questão sobre o diagnóstico será LRA ou DRC? Existem duas formas da doença; a lesão renal aguda (LRA) em que por algum motivo o rim perde subitamente a sua função, mas recupera-a gradualmente num período de pelo menos 3 meses; e a doença renal crónica (DRC) em que o rim vai perdendo progressivamente a sua função sem capacidade de recuperar, a DRC implica a existência de alterações patológicas renais, estruturais (ex.: alterações ecográficas) ou funcionais (ex.: proteinúria) com duração > 3 meses e/ou taxa do filtrado glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m².

Foi realizada biópsia renal e análises de sangue e urina. Segundo (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012) a biópsia renal é usada no diagnóstico e na avaliação da extensão da DR. Na consulta foi-lhe informado sobre a importância de manter controlo dos seguintes fenómenos:

- Hipertensão arterial – o controle da tensão arterial é um dos fatores cruciais da progressão da DRC. A (Daugirdas et al., 2015) nas suas guidelines refere que o DRC deva ter TAS inferior a 140mmHg e TAD inferior a 90mmHg, no entanto este valor varia de pessoa para pessoa. Neste caso para jovem em estudo foi prescrito anti hipertensores para o controlo da TA, que no entanto se mantinha descontrolada – TAS superior a 190 e TAD superior a 100mmHg.
- Controlo da ingestão de proteínas – uma dieta hiperproteica aumenta o ritmo da progressão da DRC. Este jovem era desportista, jogava futebol no clube da cidade, e fazia uma dieta rica em proteína, e revela que a dieta foi e continua a ser a sua maior dificuldade. (Lu et al., 2014) referem no seu estudo sobre a adesão que a restrição dietética e hídrica é dificultada por factores físicos e psicológicos inerentes à DRC, que podem incluir a falta de suporte social, idade, género, duração do tratamento, co-morbilidades associadas, características culturais, e insatisfação do sistema de saúde.
- Restrição de sal – recomendada a ingestão máxima de 2 gramas de sódio por dia, o que corresponde a 5 gramas de sal de cozinha. O jovem revela que já não utilizava muito sal na alimentação.

- Mudança do estilo de vida – manter um estilo de vida saudável (no entanto este jovem já praticava desporto), de modo a manter o índice de massa corporal dentro do normal (20-25).
- Controle da anemia – a eritropoietina é produzida pelos rins com a função de estimular a produção de hemácias no sangue, na DRC há um défice nesta produção, levando ao desenvolvimento de anemia crónica. Nas primeiras análises o valor de hemoglobina era de 10.3g/dl, pelo que iniciou controlo da anemia através da reposição de ferro em regime de hospital de dia. A anemia surge de modo precoce na DRC e aumenta à medida que diminui a função renal. Segundo (Abensur, 2010) “a etiologia da anemia na DRC é multifatorial (...), tais como: deficiência absoluta ou funcional de ferro, perda sanguínea, hiperparatireodismo, estado inflamatório, diminuição da meia-vida das hemácias e deficiência de ácido fólico e/ou vitamina B12”.
- Controlo do fósforo – a DRC reduz a capacidade que os rins têm de eliminar o excesso de fósforo do organismo resultando em hiperfosfatémia, uma dieta com restrição de fósforo diminui a formação de calcificações nos vasos sanguíneos e diminui o risco de EAM e AVC. Neste caso ao DRC foi introduzido quelantes de fósforo, nomeadamente, sevelamer.
- Controlo do potássio – Os rins deixam de conseguir excretar esta substância, ficando acumulada no organismo podendo obter níveis tóxicos e prejudiciais para a pessoa com DRC. A restrição de alimentos ricos em potássio ajuda neste controlo. O DRC em questão mantém referencia no quanto é difícil manter uma dieta renal porque segundo ele “tudo aquilo que gosto tem potássio”, este jovem fazia uma alimentação à base de muitas saladas, legumes e fruta.
- Controlo dos edemas e da hipervolemia – à medida que a doença renal progride, a capacidade dos rins eliminarem o excesso de água e sódio do organismo diminui, levando a uma retenção originando os edemas. Este jovem que tinha por hábito ingerir 2 litro de água por dia, viu a restrição hídrica como uma tarefa árdua, revelando que na maioria das sessões

A biopsia renal revelou o DRC secundária a Nefropatia IgA. Segundo (Neves et al., 2012) a Nefropatia de IgA ou doença de Berger, foi descrita por ser a forma mais conhecida de glomerulopatia primária e que 40% dos DRCT podem ser devido a esta Nefropatia. Caracterizada pela sua progressão lenta contribuindo para que os DRCT iniciem HD. Relativamente ao estadio da DR, encontrava-se no estadio 4. (Kellum et al., 2012) a KDIGO classifica este estadio da doença como severa, com TFG entre 15 – 29.

Relativamente aos valores analíticos, segue-se o quadro seguinte:

7.2 QUADRO N.º 2 – DADOS LABORATORIAIS DE JUNHO DE 2014

Data da colheita: 23/06/2014	Valor
Hemoglobina	10.6g/dl
Ureia	321mg/dl
Creatinina	5,45mg/dl
Potássio	4,2 mEq/l
Urina 24h – proteínas	9,2gr/24h

Recorda com uma face muito triste o verão que passou nesse ano. Não verbaliza nada apenas fica em silêncio, e eu acompanhei-o no silêncio em demonstração do meu respeito pela sua história.

A rápida progressão da DR voltou a manifestar-se em Agosto de 2014, em que recorreu ao Hospital de Dia de Nefrologia com quadro de edemas generalizados, astenia e epistáxis, originando o seu segundo internamento no serviço de Nefrologia, permaneceu internado para controlo da sintomatologia, controlo da hipervolemia com o uso de diuréticos, nomeadamente a furosemida, controlo da anemia com recurso a 3 transfusões de concentrados de eritrócitos e transfusão de plaquetas, resultando numa regressão dos valores analíticos.

7.3 QUADRO N.º 3 – DADOS LABORATORIAIS PRÉ-INTERNAME

Data da colheita: 04/08/2014	Valor
------------------------------	-------

Hemoglobina	8,5g/dl
Ureia	259mg/dl
Creatinina	5,70mg/dl
Potássio	3,9 mEq/l
Urina 24h – proteínas	6,1gr/24h
Plaquetas	57 10 ³ /ul

7.4 QUADRO N.º 4 – DADOS LABORATORIAIS PÓS-INTERNAMENTO

Data da colheita: 12/09/2014	Valor
Hemoglobina	12.8g/dl
Ureia	132mg/dl
Creatinina	5,70mg/dl
Potássio	4,5 mEq/l
Urina 24h – proteínas	7,6gr/24h
Plaquetas	96 10 ³ /ul

Como se a DRC não fosse dramática o suficiente para este jovem de 25 anos, foi-lhe diagnosticado, aquando do seu terceiro internamento em Setembro foi-lhe diagnosticado Púrpura de Henoch-Schonlein. Para (Lu et al., 2014) a Púrpura de Henoch-Schonlein é uma vasculite (inflamação de um vaso sanguíneo) associada à deposição de imunocomplexos contendo imunoglobulina A (IgA) nas paredes dos vasos. Ainda os mesmos autores referem que este distúrbio afeta principalmente a pele, os sistema gastrointestinal e renal. O envolvimento renal ocorre em 30 a 50% dos casos. Internamento esse que foi consequente a edemas generalizados, cefaleias, lesões cutâneas, astenia, dispneia, náuseas, vômitos e hipercaliémia. (Scheinfeld & Jones, 2016) identificam como sinais e sintomas da Púrpura de Henoch-Schonlein os seguintes: cefaleias, anorexia e febre, podendo também ocorrer rash cutâneo (95-100% dos casos); dor abdominal e vômitos (35-85% dos casos);edemas (20-50%). Neste internamento a sua DRC progrediu para estadio 5 terminal,

com indicação para início urgente de tratamento dialítico. No primeiro dia de internamento foi à pequena cirurgia para a colocação de um cateter central de duplo lúmen provisório na jugular direita e fez indução dialítica, com sessões de 3h durante 3 dias consecutivos.

7.5 QUADRO N.º 5 – DADOS LABORATORIAIS PRÉ E PÓS-DIÁLISE

Data da colheita: 12/09/2014	Valor pré-diálise	Valor pós-diálise
Hemoglobina	12.6g/dl	12.4g/dl
Ureia	102mg/dl	78mg/dl
Creatinina	7,45mg/dl	6,47mg/dl
Potássio	5,4 mEq/l	4,8 mEq/l
Peso (Kg)	70,1 Kg	65,2 Kg

É um fenómeno natural do tratamento existir uma diminuição dos níveis séricos dos elementos descritos no quadro. Uma vez que o tratamento substituiu a função renal, excretando as substâncias tóxicas no organismo, bem como líquido uma vez é notória a perda de peso. Apesar de diminuírem os valores mantém-se elevados, mas que são característicos da DRC no estadio terminal, no entanto ao aderirem ao tratamento o organismo de cada pessoa pode conseguir obter uma homeostasia com estes níveis fazendo com que a pessoa consiga atingir um certo nível de bem-estar. O jovem em estudo relembra que nos primeiros tratamento sentiu uma melhoria significativa, ficando na esperança de cura, mas que caiu por terra quando verificou que os tratamento seriam para continuar se quisesse manter o equilíbrio.

Nesta altura o jovem emociona-se ao lembrar-se da vida que poderá estar a perder fazendo este tratamento para substituição da função renal. Tentei confortar, mas mesmo as palavras mais empáticas não confortam um jovem que viu a sua vida tirada de si sem aviso prévio.

Para a continuidade do tratamento hemodialítico foi realizada a construção de um acesso vascular. Este procedimento passa por uma construção cirúrgica de uma fístula arteriovenosa (FAV), de maneira a manter um acesso vascular de alto débito. Segundo (M. A. Silva, Damaceno, & Pacheco, 2005) a FAV é definida como um acesso vascular definitivo e caracterização pela anastomose entre uma veia e uma artéria, sendo preferencialmente

realizada nos membros superiores sendo necessário ocorrer um tempo de maturação de 3 a 6 semanas até à primeira punção, tempo esse necessário para o desenvolvimento da FAV. A principal vantagem deste tipo de acesso é o fato de conseguirmos obter um elevado fluxo sanguíneo, entre 250 a 300ml/min, oferecendo assim uma melhor eficácia dialítica. Para este ato cirúrgico é necessário um ambiente estéril, nomeadamente bloco operatório, em que a cirurgia é realizada por um cirurgião da cirurgia vascular. Foi realizada uma FAV úmero-cefálica no Membro superior esquerdo sob anestesia local, que decorreu sem incidentes, tendo o jovem alta no próprio dia. Segundo (M. A. Silva et al., 2005) para que um acesso vascular para HD seja de qualidade é necessário que haja uma artéria de calibre adequado, sem estenoses e que haja uma veia superficial também de bom calibre, cuja extensão não deve ser inferior a 20cm. Ainda segundo os mesmos autores na “escolha do local devemos optar pelo membro superior em relação ao inferior e de preferência pelo antebraço em relação ao braço, iniciando pelo membro não dominante”.

O 4º internamento, em Janeiro de 2015, surge no contexto de nefrite lúpica classe IV. O lúpus eritematoso sistémico é uma doença autoimune multi sistémica de apresentação clínica e patológica variável. A ocorrência de leão renal consequente ao lúpus é de 30-90% (Soares, Telles, & Moura, 2005) dos pacientes, sendo por isso uma importante causa do agravamento da morbilidade e mortalidade dos DRC pois acentua a HTA e síndrome nefrótica. Segundos os mesmos autores a classe IV pode ser caracterizada como glomerulonefrite proliferativa difusa ou segmentar, com lesões ativas, crónicas ou necróticas. No processo clínico do jovem em estudo não especificava a que classe se encontrava.

Neste internamento, o motivo de entrada foram edemas generalizado mais acentuado a nível periorbital, HTA e ganho de peso interdialítico (GPI) excessivo (superior a 4,5Kg). O tratamento adotado pela equipa de nefrologia foi corticoterapia com prednisolona (PDN 40mg) e ciclofosfamida.

Em setembro de 2015 inicia-se um processo que se desenvolve até à atualidade, originando a queixa atual do jovem com DRCT que também faz parte integrante deste estudo. O jovem é internado na cirurgia vascular por “veia colateral em FAV úmero-cefálica esquerda a condicionar roubo”, exame vascular com ecografia revela estenose a montante da anastomose, com alta probabilidade de trombose. Proposto para ir ao BO realizar trombectomia, ou seja, remover cirurgicamente trombos alojados na FAV, quer na anastomose quer no seu segmento, para prolongar vida da FAV, no entanto foi pouco eficaz uma vez que nas sessões hemodialíticas seguintes havia um aumento significativo da pressão venosa (superior a 260) sendo necessário uma diminuição da Qb para 200ml/min quando anteriormente atingia os 400ml/min, o que me leva a deduzir que a montante da anastomose

existiria uma estenose major, que foi detectada num ecodoppler realizado. O aumento progressivo da pressão levou ao 6º internamento, em que o motivo de entrada foi “FAV sem frêmito”, sendo diagnosticado uma trombose da FAV, sem possibilidade de trombectomia, sendo necessária a sua laqueação.

Segundo (M. A. Silva et al., 2005), citando Coronel et al. (2001), as complicações do acesso vascular são a principal causa de hospitalização dos DRCT em programa regular de hemodiálise. Ainda segundo os mesmos autores as complicações mais comuns são: trombose da FAV, hipertensão venosa, degeneração aneurismática, sendo que a trombose é a causa mais comum para a perda de uma FAV. Os autores supramencionados realizaram um estudo sobre as complicações da FAV e numa amostra de 70 DRCT, 17 apresentaram complicações associadas à FAV sendo a trombose a complicação com mais percentagem emergindo em 17 pacientes.

De modo a dar continuidade aos tratamento de HD foi colocação um cateter central de duplo lúmen de longa duração na jugular interna direita. Fora marcada intervenção cirúrgica para laqueação da FAV, pré, intra e pós operatório imediato sem inter-ocorrências. Teve alta no dia seguinte, com seguimento para Hospital de Dia de Nefrologia para tratamento à ferida cirúrgica.

Surgiram complicações associadas à ferida cirúrgica, nomeadamente, edema, rubor, drenagem de serosidade, deiscência da sutura. Foram realizadas zaragatoas que se revelaram negativas para a presença de agentes bacterianos. O tratamento recomendado foi penso diário e remoção de pontos alternados aos 10º dia e totais ao 12º. Nos meses que se seguiram o jovem manteve sempre queixas de dor, limitação motora, edema, e diminuição da sensibilidade, no entanto sem evidencia de sinais infecciosos. O que o preocupava muito uma vez que via a sua imagem corporal alterada, e tinha limitações para interagir com a sua filha, nomeadamente para lhe pegar ao colo. Segundo conta encontrava-se sempre “envergonhado pelo seu aspeto”, sente-se revoltado pelo fato de fazer HD e ter o seu corpo alterado. A manifestação física da sua doença o perturbava mais, uma vez que anteriormente conseguia “esconder” a FAV debaixo da roupa. O membro edemaciado era visível e tinha dificuldade em vestir certas roupas que gostava. O jovem viu mais uma vez o seus costumes serem alterados novamente, privou-se de sair com os amigos para evitar os olhares indiscretos e as perguntas às quais não queria responder. Diz-se isolado do mundo, e que não há ninguém que o compreenda.

Atualmente, o jovem encontra-se em programa regular de HD no turno da manhã dos dias ímpares, realiza tratamento através do cateter, com bom débito em ambos os ramos, não apresenta sinais inflamatório no local de saída do cateter. Foi proposto pelo seu nefrologista

nova construção de FAV, que recusa faltando inclusivamente aos exames marcados para mapeamento vascular. A ideia de construção de nova FAV o assusta, de modo a que se encontra seriamente a ponderar alterar a modalidade de tratamento para diálise peritoneal. Segundo o jovem estar “farto de estar no hospital e se sentir escravo dos médico”. A DP o tornaria mais autónomo e responsável no seu ao mesmo tempo que recorreria menos vezes ao hospital. Comuniquei o desejo da mudança de modalidade à enfermeira responsável pela DP que marcou consulta para tentar perceber qual o desejo realmente do jovem DRCT. A partir desse momento desenrolou-se todo um processo de consultas e seguimentos para verificar se era ou não candidato a essa modalidade.

Um outro problema que este jovem manifesta desde o início da sua trajetória hospitalar foi a falta de comunicação, sentia que lhe escondiam informações e outras opções de tratamento que lhe podiam interessar. Sentia-se muitas vezes usado pela equipa, e refere que muitas vezes os médicos analisavam o processo dele e nem lhe comunicavam nada. Dai muitas vezes a renitência deste jovem em seguir as orientações quer a nível de regime dietético quer a nível medicamentoso.

2.3. ANÁLISE DO ESTILO DE VIDA E PADRÃO DA REALIZAÇÃO DAS AVD'S

Uma prática reflexiva em enfermagem baseada na evidência tem na sua génese uma base de conhecimentos teóricos e científicos, a experiência adquirida na prática dos cuidados, as crenças e os valores de cada enfermeiro.

Contudo para podermos produzir cuidados de qualidade e permitir a continuidade dos mesmos, é necessário em equipa utilizarmos os mesmos conceitos, a mesma metodologia de intervenção, ou seja, termos por base na nossa atuação um modelo teórico pré definido. O método de trabalho utilizado neste campo de estágio era o de enfermeiro responsável à luz do Modelo de Enfermagem de Nancy Roper.

Nancy Roper juntamente com Logan e Tierny (1995), elaboraram um modelo teórico de enfermagem baseando-se no “ Modelo de vida”. Este modelo tem como núcleo o Homem entendido como um “sistema aberto” com capacidade para se adaptar, crescer, desenvolver-se e tornar-se independente.

O modelo de enfermagem de Nancy Roper é constituído pelos cinco componentes básicos: doze atividades de vida; ciclo de vida; continuum dependência/ independência; pelos factores que influenciam as atividades de vida e por cuidados de enfermagem individualizados.

2.3.1 AS ATIVIDADES DE VIDA

Para Nancy, Logan & Tierny (1995), as atividades de vida constituem o foco deste modelo de enfermagem porque são centrais para a nossa visão; ajuda-nos a orientar a nossa intervenção junto do utente/família de modo ajudá-los a resolver os problemas inerentes à realização das atividades de vida.

As atividades são entendidas como um conjunto de ações inerentes ao ser humano, que necessita de realizá-las no dia-a-dia para a sua sobrevivência. As atividades de vida são: Manter o ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; movimentar-se; trabalhar e divertir-se; expressão da sexualidade; sono e repouso e morte.

A manutenção do ambiente seguro é imprescindível para a sobrevivência de cada pessoa. Roper e suas colaboradoras Logan & Tierny (1995), referem “ para se manter vivo e desempenhar qualquer uma das atividades de vida, é imperativo que sejam tomadas certas ações para manter o ambiente seguro” p. 27.

Como seres sociais que somos estamos em constante interação com o meio, e estamos constantemente a comunicar. A atividade de vida comunicar promove uma área de interação interpessoal e de relacionamentos humanos que são fundamentais para a manutenção da vida humana. A comunicação poderá fazer-se através da utilização da linguagem verbal como escrever e falar e linguagem não verbal realizada através da observação das expressões faciais e expressão corporal. A comunicação não verbal é muito enriquecedora, transmite-nos informação sobre as emoções e sentimentos em relação à pessoa e aos outros.

A respiração é a atividade de vida que sustenta todas as outras. A primeira atividade de vida realizada à nascença é a respiração. Esta atividade de vida torna-se essencial e é realizada sem esforço, de modo inconsciente, a não ser que esteja alterada forçando a sua atenção.

A alimentação é uma atividade que sustenta a vida humana; logo tal como a respiração é essencial para que estejamos vivos. Por outro lado é realizada de forma

consciente e exige uma preparação e sua execução. A forma como as refeições são tomadas, o tipo de alimentos e líquidos ingeridos refletem factores sócio culturais e económicos da pessoa para a realização desta atividade de vida.

A atividade de vida eliminar engloba a eliminação urinária e fecal. A aquisição de um controlo voluntário e independência nesta atividade de vida são marcos importantes no desenvolvimento dos primeiros anos de vida. Tem a particularidade de ser realizada com privacidade; algumas pessoas, quando por alguma razão não lhes é oferecida tal condição, apresentam dificuldade em realizar esta atividade.

A higiene pessoal e vestuário é uma atividade que tem grande influência cultural, contudo é da responsabilidade de cada pessoa manter a limpeza do corpo e da roupa. A forma como esta atividade de vida é realizada poderá refletir para além da cultura, alguns traços da personalidade e até mesmo o estado emocional de cada um.

Manter a temperatura corporal é uma capacidade do ser humano, ele consegue manter a homeostasia entre a temperatura corporal e o meio ambiente. Contudo devido a estar sujeito a mudanças bruscas de temperatura ao longo do dia, necessita de recorrer a certas atividades como variar a quantidade de roupa, regular a quantidade de atividade física e outros, de modo a evitar complicações resultantes do frio ou calor constantes, mantendo a temperatura corporal.

A mover-se é uma atividade de vida também muito importante para a manutenção da qualidade de vida. Permite-nos correr, andar, saltar e deitar, para além de permitir a realização de pequenos movimentos como expressões faciais, gestos manuais, maneirismos e outros. A limitação da mobilidade por períodos prolongados tem um efeito devastador não só ao nível físico como também aos níveis psicológicos, económico e social uma vez que condiciona o grau de dependência e autonomia pessoal.

Trabalhar e divertir-se são as atividades que ocupam o dia das pessoas. Nancy, Logan & Tierny (1995), refere “ para a maioria das pessoas, o sentido de fazer parte de grupos de trabalho e lazer, as satisfações do desafio e sucesso e a prevenção do tédio são aspectos importantes desta atividade de vida.” (p.29) No entanto tanto o trabalho como o lazer poderão constituir factores protetores e por outro lado factores de risco para a saúde pessoal e bem-estar, uma vez que moderadamente estimula a atividade física e mental e quando em excesso ou falta do mesmo poderá contribuir para uma doença física ou mental.

A sexualidade é uma dimensão importante na personalidade e no comportamento humano. Também tem a particularidade de permitir estabelecer uma relação de intimidade

com o outro. A forma de estar, de comunicar, de vestir e o desempenho dos papéis sociais e familiares poderá estar relacionadas com o gênero sexual.

Os seres humanos têm um ritmo de 24 horas de vigília e de sono. Nancy, Logan & Tierny (1995), salienta que o sono “ também é uma atividade essencial; o crescimento e a reparação das células acontece durante o sono que permite que as pessoas descontraíam e sejam capazes de aguentar os esforços e os requisitos da vida diária.” (p.29) A privação do sono causa mal-estar, descompensação e até mesmo doenças mentais.

A morte marca o final da vida, o final de todas as atividades de vida referidas anteriormente. Morrer, não diz respeito só ao acontecimento da morte como também ao processo de morrer e ao processo de luto.

Embora estas atividades estejam diretamente relacionadas entre si, deverão ser analisadas de forma isolada de modo a orientar as intervenções de enfermagem. A prioridade da intervenção varia consoante as circunstâncias, de acordo com a gravidade da situação.

2.3.2 ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA

O último modelo do componente teórico de Nancy Roper refere-se à enfermagem individualizada. Para exercer cuidados de enfermagem individualizados, o enfermeiro tem de atender à individualidade da pessoa, saber como executa as atividades de vida diárias, onde e com que frequência; porque razão realiza dessa forma; o que sabe e qual a sua atitude perante a situação.

2.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é definido como uma sequência organizada de etapas e ações planeadas, utilizado pelos enfermeiros para resolver os problemas, através de uma reflexão e capacidades cognitivas, técnico/práticas e pessoais, cuja finalidade é melhorar a qualidade dos cuidados.

O processo de enfermagem constitui um instrumento indispensável à prática de cuidados de enfermagem. Ele permite aos enfermeiros:

- Apreciar as necessidades do utente numa base individualizada;
- O desenvolvimento de conhecimentos próprios da enfermagem; favorecendo as intervenções autónomas
- Exercer um controlo e melhoria dos cuidados prestados e as ações de enfermagem de modo a direcioná-las para os problemas do doente, tornando possível a sua avaliação;
- Analisar a capacidade do indivíduo ou família para manterem a auto proteção e para reverem a necessidade de intervenção profissional
- Utilizar como instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados

Desta forma o processo de enfermagem poderá ser definido como um processo sistemático; ordenado; dinâmico e interativo. O processo de enfermagem é constituído por cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem; planeamento das intervenções; implementação e avaliação dos resultados.

2.4.1 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA SEGUNDO O MODELO DE NANCY ROPER

2.4.1.1. MANTER O AMBIENTE SEGURO

O Sr. X. apresenta estado de consciência vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa. Portador de doenças crónicas, sem alergias conhecidas até à data, cumpre com o esquema de vacinação que se encontra atualizado. Encontra-se a fazer tratamentos de hemodiálise em contexto hospitalar. Tem insight e tem juízo crítico. Aceita os tratamentos tendo a noção que são vitais para a manutenção da vida, no entanto manifesta desejo de nunca ter de voltar à sessão seguinte.

2.4.1.2. COMUNICAR

Apresenta discurso em língua portuguesa lógico, coerente e fluido. Demonstra-se comunicativo à abordagem, no entanto não consegue manter contato visual por muito tempo, refere que se sente retraído. Refere que depois de ficar doente e iniciar tratamento sente dificuldade na interação com novas pessoas.

2.4.1.3. RESPIRAR

Apresenta-se eupneico com respiração toraco-abdominal, com movimentos simétricos e regulares. Com frequência respiratória 19 cl/m.

O pulso radial é ritmo cheio e mole, Frequência cardíaca 92 p/m. Hipertenso (TA-170/110mmHg), sendo necessário recurso a terapêutica. Apresenta palidez generalizada, mas pele e mucosas hidratadas. Hipertenso, fazendo uso de medicação. Nos dias do tratamento apresenta edemas de sobrecarga e GPI excessivo, o que lhe limita a capacidade para a realização de exercício físico, que anteriormente fazia parte das suas rotinas. Nos dias do tratamento refere fadiga .

2.4.1.4. ALIMENTAR-SE

Utente alimenta-se de modo independente. Refere que habitualmente faz 3 refeições diárias, intercaladas por alguns snacks. Não tem aversões a nenhum tipo de alimento mas privilegia os alimentos fritos e grelhados. Refere não cumprir com a dieta renal que lhe foi proposta.

Refere diminuição do apetite às refeições, refere que a fadiga não lhe “apetece comer”. Apresenta aspecto físico emagrecido, referindo ter perdido 12Kg. Apesar da restrição hídrica consequente à DRCT e à HD refere ingerir 1 litro de água por dia. Mede 181cm e pesa (peso seco) 65,2 Kg, tendo um IMC = 19.08, encontra-se abaixo do peso ideal para sua altura . Sem alteração da dentição, que se encontra cuidada. Refere ainda não consumir bebidas alcoólicas.

2.4.1.5. ELIMINAR

Utente realiza de modo independente esta atividade de vida. Não refere alteração do padrão intestinal, refere defecar uma vez por dia, apresenta abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Refere manter função renal residual apresentando oligúria.

2.4.1.6. HIGIENE E ARRANJO PESSOAL

Utente independente nesta atividade de vida. Apresenta pele e mucosas íntegras e hidratadas. O cabelo encontra-se limpo e penteado. Toma banho tipo duche diariamente, no entanto com restrições devido ao CVC. Apresenta membro da FAV edemaciado e com pseudoaneurismas. Tem duas tatuagens que têm significado emocional para o jovem. Apresenta modo de trajar adequado à estação, género sexual e idade. Refere que gosta de se vestir bem.

2.4.1.7. MANTER A TEMPERATURA CORPORAL

Apresenta temperatura axilar 36,8°C. Demonstra conhecimentos e é capaz de forma autónoma manter a temperatura corporal consoante as variações da temperatura do ambiente.

2.4.1.8. MOVER-SE

Utente é independente na mobilidade. Apresenta marcha regular.

2.4.1.9. TRABALHAR E DIVERTIR-SE

O Sr. X. exercia a função de carpinteiro, no entanto atualmente encontra-se desempregado. Manifesta vontade de regressar ao trabalho. Refere que gosta de estar ocupado e revela de forma muito triste o fato do cansaço lhe impossibilitar de realizar muitas atividades. Usa o tempo livre para estar com a filha, familiares e amigos chegados. Durante o tratamento assiste Tv.

2.4.1.10. EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE

Utente apresenta imagem masculina cuidada. Vive em união de fato há 2 anos, com a companheira com quem está há 6 anos, tendo uma filha de 2 anos. Apresenta falta de autoestima devido à alteração da imagem corporal, e que não se sente à vontade com outras mulheres que não seja a esposa. Refere interesse sexual diminuído.

2.4.1.11. SONO

Utente refere que gosta de dormir, apesar de apresentar muitos períodos de insónia. Refere que dorme cerca de 6 horas por noite e que acorda muito cansado. Refere ansiedade noturna, por ter medo de deslocar o CVC. Refere noites em que apresenta dificuldade em adormecer, tendo sido prescrito um indutor de sono em SOS que recusa tomar porque “isso é para velhos e não quero ficar dependente disso para dormir”.

2.4.1.12. MORTE

Relativamente a esta atividade o jovem tem conhecimento do diagnóstico e prognóstico, e que o risco de morte encontra-se presente. Tem esperança no transplante de dador vivo – irmãos. É católico não praticante, refere que recorre às conversas com Deus quando se encontra mais aflito. Refere medo de morrer e de não ver a filha crescer.

2.4.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem, que permite ao enfermeiro identificar as necessidades reais do cliente; direcionar as intervenções aos fenómenos de enfermagem identificados de modo a satisfazer necessidades do cliente e obter resultados em enfermagem.

A CIPE versão 2 (2011), contribui para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde, criar enunciados de diagnóstico de enfermagem e resultados de enfermagem. Resultados estes que podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem, de modo a que aquilo que os enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do doente. O diagnóstico pode surgir através da identificação de um problema real ou potencial cujo objectivo será prevenir, atenuar ou eliminar os problemas. Tendo em conta a história de doença e queixa atual do jovem estudado os diagnósticos de enfermagem encontram-se identificados no seguinte quadro:

7.6 QUADRO N.º 6 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

FOCO/TERMO	JUÍZO	DIAGNÓSTICO
Adesão: ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.	Comprometida: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.	Adesão ao regime comprometida
Adaptação: coping: gerir novas situações	Potencialidade: existir em possibilidade	Potencialidade para adaptação à imagem corporal
Imagem corporal: auto-imagem; imagem mental do próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio.		
Ansiedade: emoção negativa; sentimentos de	Atual:	Ansiedade atual

ameaça, perigo ou angustia

potencialidade:
presente ou real

Comunicação: comportamento interativo; dar e receber informações utilizando comportamento verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.

Comprometida: Comunicação comprometida estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.

Diálise Peritoneal: recurso: técnica de diálise

Potencialidade: Potencialidade para desenvolvimento a existir em adesão à diálise peritoneal possibilidade

Os diagnósticos identificados reportam para alteração das atividades de vida manter o ambiente seguro, comunicar, e expressão da sexualidade. No entanto e atendendo a pessoa no seu todo consigo me aperceber na sua história que outras atividades de vida encontra-se certamente afectadas.

(V. D. B. Alves, Santos, De, Moreira, & Emerick, 2014) realizaram um estudo no Brasil com uma amostra de cinquenta utentes, e tinha como objetivo determinar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente encontrados nos DRCT em programa regular de hemodiálise. Os autores supramencionados detetaram quem em 100% da amostra surgiam seis diagnósticos comuns segundo a classificação NANDA, sendo eles: risco de desequilíbrio eletrolítico; eliminação urinária prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco de perfusão renal ineficaz; risco de infeção e integridade da pele prejudicada. Nesse estudo surgiram vinte e quatro diagnósticos, em que 70,8% eram classificados como reais e 29,2% classificados de risco (ver quadro n.º 6).

7.7 QUADRO N.º 7 – DIGNÓSTICOS ENCONTRADOS NA AMOSTRA INVESTIGADA

Diagnósticos de enfermagem	Amostra	Percentagem %
Risco de desequilíbrio eletrolítico	50	100
Eliminação urinária prejudicada	50	100
Mobilidade física prejudicada	50	100

Risco de perfusão renal ineficaz	50	100
Risco de infecção	50	100
Integridade da pele prejudicada	50	100
Volume de líquidos excessivos	42	84
Mucosa oral prejudicada	35	70
Risco de constipação	32	64
Percepção sensorial (visão) perturbada	32	64
Dentição prejudicada	32	64
Fadiga	24	48
Padrões de sexualidade ineficazes	24	48
Intolerância à atividade	23	46
Padrão de sono prejudicado	20	40
Comportamento de saúde propenso a risco	20	40
Memória prejudicada	19	38
Dor aguda	19	38
Risco de baixa autoestima situacional	14	28
Constipação	14	28
Risco de glicemia instável	12	24
Falta de adesão	10	20
Deambulação prejudicada	7	14
Risco de quedas	7	14

2.4.3. PLANOS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, RESULTADOS ESPERADOS

Na fase do planeamento das intervenções procura-se estabelecer uma seleção hierárquica dos problemas identificados; definir objectivos e planear as intervenções de enfermagem. Para poder estabelecer uma ordem de prioridades para as intervenções, o enfermeiro tem de atender em primeiro lugar aos problemas que representam uma ameaça à vida do cliente. As intervenções selecionadas tendo em conta o diagnóstico e respetivos resultados esperados encontram-se no quadro seguinte:

7.8 QUADRO N.º 8 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

Diagnóstico de enfermagem	Intervenção de enfermagem	Resultado esperado
Adesão ao regime comprometida	Atender aos efeitos colaterais da hemodiálise	Adesão ao regime melhorada
	Avaliar a adesão	
	Avaliar a atitude face à gestão da hemodiálise	
	Avaliar a atitude face à gestão de medicamentos	
	Avaliar a resposta ao regime dietético	
	Calendarizar a hemodiálise	
	Elogiar a progressão	
	Elogiar o comportamento de adesão à hemodiálise	
	Elogiar o comportamento de adesão ao regime dietético	
	Elogiar o comportamento de adesão ao	

regime medicamentoso

Ensinar sobre a hemodiálise

Ensinar sobre o regime dietético

Ensinar sobre o regime medicamentoso

Envolver no processo de adesão

Executar a hemodiálise

Incentivar a gerir o regime dietético

Incentivar a gerir o regime medicamentoso

Incentivar o comportamento de procura de saúde

Promover a adesão ao regime

Promover a adesão ao regime dietético

Promover a adesão o regime medicamentoso

Promover a adesão à hemodiálise

Reforçar a adesão

Validar o regime dietético

Validar o regime medicamentoso

Potencialidade para
adaptação à imagem corporal

Avaliar a autoimagem

Avaliar a capacidade de adaptação à
imagem corporal

Avaliar a capacidade para se ajustar

Avaliar a imagem corporal

Colaborar com o cliente na aceitação das

Adaptação à imagem
corporal melhorada

emoções

Elogiar a autoestima

Elogiar a imagem corporal

Escutar o cliente

Estabelecer uma ligação com o cliente

Facilitar a aceitação da região corporal

Facilitar a privacidade

Orientar para prevenir o isolamento social

Prevenir o isolamento social

Promover a concentração no presente

Promover a dignidade

Suprimir as barreiras à comunicação

Tranquilidade o cliente

Ansiedade atual

Adequar a comunicação

Ansiedade

melhorada

Apoiar no processo de tomada de decisão

Apoiar no status espiritual

Apoiar o cliente

Avaliar a ansiedade

Confortar o cliente

Elogiar a progressão

Encorajar a comunicação de emoção

Escutar o cliente

Estabelecer uma ligação com o cliente

Facilitar a comunicação de emoções

	Facilitar p processo de coping	
	Identificar a susceptibilidade para a ansiedade	
	Promover a comunicação	
	Promover o coping	
	Vigiar sinais e sintomas de ansiedade	
Comunicação comprometida	Adequar a comunicação	Comunicação melhorada
	Elogiar a capacidade para a comunicação	
	Escutar o cliente	
	Gerir a comunicação	
	Identificar as barreiras à comunicação	
	Incentivar a comunicação	
	Incentivar a socialização	
	Referir para o medico	
	Referi para o serviço de enfermagem	
	Referir para o serviço de nutrição	
Potencialidade diminuída para desenvolvimento à adesão à diálise peritoneal	Apoio no processo de tomada de decisão	Potencial aumentado para o desenvolvimento à adesão à diálise peritoneal
	Assegurar o conforto	
	Avaliar a adesão	
	Avaliar a atitude face à gestão da diálise peritoneal	
	Elogiar o comportamento de adesão à diálise peritoneal	
	Promover a adesão à diálise peritoneal	
	Planear consulta	

2.4.3.1 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A última etapa do processo de enfermagem é a avaliação dos resultados obtidos pela pessoa face às intervenções de enfermagem realizadas, tendo por base os ganhos em saúde atingidos e sugestões para a continuidade dos cuidados.

No que concerne ao diagnóstico relacionado com a adesão, o jovem demonstrou-se sempre muito renitente às intervenções principalmente às que estavam relacionadas com o regime dietético e medicamentoso. Alegava que “não iria deixar de comer e beber, nem se viciar em muitos comprimidos”, esta atitude permaneceu durante a maior parte da realização do estudo. No entanto no final do estudo me referenciou que estaria na hora de mudar de atitude se quisesse “sonhar” com um transplante, elogiei comportamento e atitude no jovem.

A atitude do jovem perante o tratamento não mudou, demonstrava sempre uma atitude de revolta e tristeza, no entanto nunca faltou a uma sessão ou pediu para terminar antes do tempo prescrito.

No que diz respeito à adaptação à imagem corporal, se encontra alterada devido a FAV e à presença de CVC que muitas vezes fica com penso volumoso visível, apesar de se ter sentido confortado perante as intervenções direcionadas nesse sentido, mantém tristeza e vergonha pela sua imagem, sentindo-se feio e pouco atrativo.

A ansiedade é um fenómeno predominante nos dias de hoje associada a vários fatores stressores. A doença é um fenómeno altamente stressante uma vez que promove na pessoa uma vida ambígua e a saúde e a doença. A DRCT caracteriza-se por ser uma doença instável, em que as complicações associadas à doença e ao tratamento podem surgir a qualquer momento. A ansiedade deste jovem manifestava mais no período noturno, uma vez que como tinha dificuldade em adormecer sentia-se muito sozinho e com medo que lhe acontecesse alguma coisa e que ninguém desse por isso. Quando detetei este medo este nível de ansiedade, informei o médico que em concordância com o jovem foi-lhe prescrito um ansiolítico em SOS.

O termo comunicação é algo inato no quotidiano de todos nós, quer seja através de palavras, gestos ou atos. Através da comunicação expressamos o que sentimos quer a nível físico quer a nível emocional. Este jovem sentia que nada do que dizia era valorizado, sentia-se um mero espectador da sua doença. Sentia que não tinha opinião própria nem sobre as suas

preferências. Numa conversa manifestou-me o desejo de mudar de modalidade de tratamento, ou seja, desejava fazer DP. Eu como estudante de especialidade senti que deveria fazer mais e intervir mais no sentido deste jovem alcançar um objectivo, e sentir que ganhou algo. Comuniquei esse desejo à enfermeira e médico responsável pela diálise peritoneal, e que muito prontamente marcaram consulta para verificar se este jovem poderia ou não ser candidato à realização de DP.

Na consulta foi-lhe explicado do que se tratava a DP, disse-me após que se arrependera porque “era muita coisa para fazer sozinho”, incentivei a pesquisar sobre o assunto e promovi a interação com um outro doente que fazia DP. Aos poucos e se apercebendo de que era capaz de tomar rédeas do seu tratamento mostrou ânimo em relação à DP e iniciou-se todo um processo de consultas de avaliação, exames abdominais e observação pelo médico cirurgião. Até ao final deste estudo apesar de continuar em HD este jovem sentia um novo entusiasmo no futuro, com a certeza de que a DP seria uma possibilidade num futuro próximo, e que a sua independência e autonomia em relação ao hospital estaria próxima.

3. CONCLUSÃO

O processo de enfermagem constitui efetivamente um método de trabalho sistemático que permite aos enfermeiros desenvolverem uma prática clínica reflexiva baseada na evidência de enfermagem.

Através da realização deste trabalho e tendo em conta o modelo teórico da Nancy Roper, verifiquei mais uma vez que o processo de enfermagem é uma ferramenta indispensável à prática de cuidados de enfermagem. Através do processo foi possível realizar uma avaliação inicial pormenorizada, proceder à identificação dos focos de enfermagem e planear e implementar as intervenções com consequente avaliação de modo a ajudar a resolver os problemas identificados.

A aplicação do modelo teórico da Nancy Roper foi facilitador da planificação dos cuidados e das intervenções de enfermagem uma vez que direciona as intervenções para as atividades de vida do utente o que permite atendê-lo no seu todo de uma forma individualizada ao longo do seu ciclo vital.

A realização deste estudo de caso constituiu efetivamente uma mais-valia no meu processo de aprendizagem. Com a realização deste trabalho consegui estabelecer uma relação de confiança com o utente, desenvolvendo a componente da relação o que constitui um aliado importante na prestação de cuidados de saúde.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Kader, K., Jhamb, M., Mandich, L. A., Yabes, J., Keene, R. M., Beach, S., ... Unruh, M. L. (2014). Ecological momentary assessment of fatigue, sleepiness, and exhaustion in ESKD. *BMC Nephrology*, 15(1), 29. <http://doi.org/10.1186/1471-2369-15-29>
- Abensur, H. (2010). Deficiência de ferro na doença renal crônica, 84–88. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- Almeida, J. (1985). A adaptação do Insuficiente renal crônico à hemodiálise: estudo da influência da personalidade e das matrizes familiares, sociocultural e terapêutica. Lisboa: Faculdade de Ciências de Lisboa.
- Alves, E. F., Tsuneto, L. T., Borelli, S. D., Cadidê, R. C., Freitas, R. A., Gravena, A. A. F., ... Carvalho, M. D. B. (2013). Características sócio demográficas e aspetos clínicos de pacientes com doença renal policística, do adulto submetido à hemodiálise. *Scientia Medica*, 23 (3), 156–162.
- Alves, V. D. B., Santos, S., De, E., Moreira, F., & Emerick, A. G. (2014). Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise Diagnósticos de Enfermeria en Pacientes Sometidos a Hemodiálisis Nursing Diagnoses in Patients Undergoing Hemodialysis irreversível da função renal , tendo como causas principais o diabetes , 70–81. Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/167841/160251>
- Bai, Y. L., Lai, L. Y., Lee, B. O., Chang, Y. Y., & Chiou, C. P. (2015). The impact of depression on fatigue in patients with haemodialysis: A correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13–14), 2014–2022. <http://doi.org/10.1111/jocn.12804>
- Barbosa, J. C. (1993). Compreendendo o ser doente renal crônico. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/263527394_Compreendendo_o_Ser_Doente_Renal_Cronico
- Barbosa, J. C., Aguillar, O. M., & Roseira, M. (1999). O SIGNIFICADO DE CONVIVER COM A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA, 293–302. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a16.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Com). Coimbra: Quarteto Editora.

- Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3006–3015. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03381.x>
- Borges, Z. (1995). A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In *In: Leal, O. Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS.
- Bossola, M., Vulpio, C., & Tazza, L. (2011). Fatigue in Chronic Dialysis Patients. *Seminars in Dialysis*, 24(5), 550–555. <http://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2011.00956.x>
- Calado, J. T. (1997). O efeito da uremia e da diálise nos diversos órgãos e sistemas. In *Manual de Hemodiálise* (pp. 137–158). Lisboa.
- Campbell, M. L. (2017). Fatigue in Patients with Chronic Kidney Disease : Evidence and Measures, 44(4), 337–345. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=124650313&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLQ4zdnyOLCmr0%2BepZSRq64TK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>
- Campos, C. M. S., & Soares, C. B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência E Saúde Coletiva*, 8, 621–628. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- Carpenter, C. B., & Lazarus, J. M. (1998). Diálise e Transplante no Tratamento da Insuficiência Renal. In *A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S. L. Hauser, & D. L. Longo (Eds.), Harrison – Medicina Interna (14ª ed. vol. II)* (pp. 1620–1630). Rio de Janeiro: McGrawHill. Retrieved from https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=p&tbm=bks&q=bibliogroup:%22Tetralogia+%22Portugal+esotrico%22%22&source=gbs_metadata_r&cad=2
- Carvalho, T., Ponce, P., Jorge, G., Videira, L., Santos, A., & José, M. (2011). Acessos Vasculares. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (Fresenius, p. 322). Almedina.
- Couto, L. M. S. L., & Camareiro, A. P. F. (2002). *Desafios na Diabetes*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Daugirdas, J. T., Depner, T. A., Inrig, J., Mehrotra, R., Rocco, M. V., Suri, R. S., ... Brereton, L. (2015). KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884–930.

<http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015>

- Diniz, A. (2004). Aproximação à Gestão da Doença em Portugal, in Infarmed - Gestão da Doença e Qualidade em Saúde. Caparica. Retrieved from http://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/campanhas/genericos-2016?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_advancedSearch=false&_3_keywords=&_3_paginationPhase=true&_3_resetCur=false&_3_ruts_action
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde N.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- DuBose, T. D. (2014). *National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases*. *National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases*. <http://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4617-0.00014-5>
- EDTNA/ERCA. (2000). Nephrology Nurse Profile. Retrieved from <http://www.edtnaerca.org/pdf/membersonly/NephrologyNurseProfile.pdf>
- Elsen, I., Marcon, S. S., & Silva, M. R. S. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18(10), 889–898. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953684901588>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Fortuny, M. E. (1985). Insuficiência Renal. *Revista Rol*, 87.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. Atlas. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=TG8FPwAACAAJ>
- Giddens, A. (2010). *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, C. M. A. (1997). Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Revista de Medicina*, 7(2/4), 60–64.

- Góngora, J. N. (2004). *Enfermedad y Familia. manual de intervencionPsicosocial*. Paidós, Barcelona: Grupo Planeta (GBS).
- Goodinson, S. M. (1988). Dialysis facts sheet. *Nursing*, 3, 25–27.
- Gorji, M. A. H., Mahdavi, A., Janati, Y., Illayi, E., Yazdani, J., Setareh, J., ... Gorji, A. M. H. (2013). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in educational hospitals of northern iran. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(3), 166–169. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.121533>
- Gorrie, S. (1992). Patient education: a commitment. *ANNA Journal*, 19(5), 504–506. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1456799>
- Hedayati, S. S. ., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 69(9), 1662–1668. <http://doi.org/10.1038/sj.ki.5000308>
- Hong, B. A., Smith, M. D., Robson, A. M., & Wetzel, R. D. (1987). Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychological Medicine*, 17(1), 185–190. <http://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291700013076>
- Horigan, A. E., & Barroso, J. V. (2016). A Comparison of Temporal Patterns of Fatigue in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 43(2), 129–139. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114665030&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMv17ESeprQ4xNvgOLCmr0%2BepdSsay4SbGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>
- Jablonski, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 34(1), 29–37. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17345690>
- Jhamb, M., Pike, F., Ramer, S., Argyropoulos, C., Steel, J., Dew, M. A., ... Unruh, M. (2011). Impact of fatigue on outcomes in the hemodialysis (HEMO) study. *American Journal of Nephrology*, 33(6), 515–523. <http://doi.org/10.1159/000328004>
- Jhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L., & Unruh, M. (2008). Fatigue in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Review of Definitions, Measures, and Contributing Factors. *American Journal of Kidney Diseases*. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.05.005>

- Karakan, S., Sezer, S., & Ozdemir, F. N. (2011). Factors related to fatigue and subgroups of fatigue in patients with end-stage renal disease. *Clinical Nephrology*, 76(5), 358–364. <http://doi.org/10.5414/CN106960>
- Kellum, J. a, Lameire, N., Aspelin, P., Barsoum, R. S., Burdmann, E. a, Goldstein, S. L., ... Uchino, S. (2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney International Supplements*, 2(1), 1–138. <http://doi.org/10.1038/kisup.2012.7>
- Lage, E. S. (1990). Aspetos psicossociais da doença renal crónica - Trabalho apresentado em sessão clínica. Retrieved from https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=p&tbm=bks&q=bibliogroup:%22Tetralogia+%22Portugal+esotrico%22%22&source=gbs_metadata_r&cad=2
- Lee, B. O., Lin, C. C., Chaboyer, W., Chiang, C. L., & Hung, C. C. (2007). The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 407–413. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01409.x>
- Lima, E. B. (1989). Opinião do paciente com insuficiencia renal crónica, submetido à técnica de autoadministração de medicamentos orais durante a hospitalização. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo. Retrieved from https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=p&tbm=bks&q=bibliogroup:%22Tetralogia+%22Portugal+esotrico%22%22&source=gbs_metadata_r&cad=2
- Lu, S., Liu, D., Xiao, J., Yuan, W., Wang, X., Zhang, X., ... Zhao, Z. (2014). Comparison between adults and children with Henoch–Schönlein purpura nephritis. *Pediatr Nephrol*, 30, 791–796. <http://doi.org/doi:10.1111/jjns.12055>
- Macário, F. (2016). *Gabinete de Registo da SPN - Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal*. Retrieved from http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnfro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf
- Madeira, E. Q. P., & Santos, S. F. F. (1998). A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar. Scienceopen.com. Retrieved from <https://www.scienceopen.com/document?vid=832ae0db-8bd6-4189-b50a-e3d78c001317>
- McCann, K., & Boore, J. R. . (2000). Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1132–1142. [http://doi.org/jan1584 \[pii\]](http://doi.org/jan1584 [pii])

- Merlin, M. D., & Gallant, G. (2010). Efeito d'un programme de gestion de la fatigue auprès des personnes hémodialisées. *CANNT Journal*, 20(3), 43–48. Retrieved from http://sfx.usask.ca/usask?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Anursing&atitle=Effet+d%27un+programme+de+gestion+de+la+fatigue+auprès+des+personnes+hémodialisées%3A+CAANT+Journal&title=CANNT+Journal&iss
- Mota, D. D. C. D. F., Cruz, D. D. A. L. M. Da, & Pimenta, C. A. D. M. (2005). Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285–293. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300009>
- Mota, D. D. C. D. F., & Pimenta, C. A. D. M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 77–583. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf
- Neves, P. D. M. de M., Machado, J. R., Silva, M. V. da, Abate, D. T. de R. e S., Rodrigues, Denise Bertulucci Rocha Faleiros, A. C. G. R., & Dos, M. A. (2012). Nefropatia por IgA: análise histológica e correlação clínico-morfológica em pacientes do Estado de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- NKF. (2007). Sobre Insuficiência Renal Crônica - Guia para Pacientes e Familiares.
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2007). An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 276–284. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01965.x>
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2011). Exploring the Symptom of Fatigue in Patients with End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 37–40. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=105465746&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeprQ4xNvgOLCmr0%2BepdSs6m4TLexWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>
- Olim, M. S. M. de F. P. (2013). *O impacto da Doença Renal Crônica e tratamento nas dinâmicas familiares do paciente. Dissertação de Mestrado*. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13836/1/TESE MARTA OLIM Final.pdf>
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto - Organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora. Retrieved from <http://www.livrarialeitura.pt/livro/auto-organizacao-educacao-e-saude->

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Penninx, B. W. J. H., Kritchevsky, S. B., Yaffe, K., Newman, A. B., Simonsick, E. M., Rubin, S., ... Harris, T. (2003). Inflammatory Markers and Depressed Mood in Older Persons : Results from the Health , Aging and Body Composition Study. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 566–572. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)01811-5](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)01811-5)
- Phillips, H., & Hekelman, F. P. (1983). The role of the nurse as a teacher: a position paper. *Nephrol Nurse*, 5(5), 42–46. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826765>
- Polaschek, N. (2003). The experience of living on dialysis: a literature review. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 30(3), 303–309, 313.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. <http://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. (U. de Lisboa, Ed.). Lisboa. Retrieved from https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=p&tbm=bks&q=bibliogroup:%22Tetralogia+%22Portugal+esotrico%22%22&source=gbs_metadata_r&cad=2
- Rehabilitation Institute of Chicago. (2014). WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Retrieved from <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/PrintView.aspx?ID=937>
- Sajadi, M., Gholami, Z., Hekmatpour, D., Soltani, P., & Haghverdi, F. (2016). Cold dialysis solution for hemodialysis patients with fatigue a cross-over study. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 10(5), 319–324. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=118735288&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeprQ4xNvgOLCmr0%2Bep65Ssae4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>

- Scheinfeld, N. S., & Jones, E. L. (2016). Henoch-Schonlein Purpura. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/984105-overview>
- Shidler, N. R., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Diseases*, 32, 557–566. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9774115>
- Silva, M. A., Damaceno, S., & Pacheco, M. T. T. (2005). Complicações das fistulas arteriovenosas na Nefrovale no ano de 2005. In *X Encontro latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do vale do Paraíba*.
- Silva, D. M. G. V., Vieira, R. M., Koschnik, Z., Azevedo, M., & Sousa, S. S. (2002). Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(5). <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200011>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2012). Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 12ed. *Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Vol. 2*, 893–905.
- Smets, E. M., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. C. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3), 315–325. <http://doi.org/10.1007/s11524-011-9604-3>
- Soares, M. F., Telles, J. E. Q., & Moura, L. A. (2005). Classificações da Nefrite Lúpica: Metanálise e Proposta Atual da Sociedade Internacional de Nefrologia e da Sociedade de Patologia Renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 27, 157–162. Retrieved from <http://www.jbn.org.br/details/280/en-US/classifications-of-lupus-nephritis--metanalysis-and-the-isn-rps-pro-p-o-s-a-l>
- Thomé, F. S., Karol, C., Gonçalves, L. F. S., & Manfro, R. C. (1999). Métodos dialíticos. In *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (p. 620). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Unruh, M., Hartunian, M., Chapman, N. M., & Jaber, B. I. (2006). Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 802–810. Retrieved from <http://cjasn.asnjournals.org/content/1/4/802.full.pdf+html>
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M., Levenson, D., Peterson, R., & Switzer, G. (2005). Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms

in Chronic Hemodialysis Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(8), 2487–2494. <http://doi.org/10.1681/ASN.2005020157>

White, W., & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões actuais. In *In: A. Kopf & N. Patel. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 1–5). USA: Associação internacional para o estudo da dor. Retrieved from https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=p&tbm=bks&q=bibliogroup:%22Tetralogia+%22Portugal+esot%22%22&source=gbs_metadata_r&cad=2

WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

Zalai, D., & Bohra, M. (2016). Fatigue in chronic kidney disease: Definition, assessment and treatment. *CANNT Journal = Journal ACITN*, 26(1), 39–44. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114036320&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMv17ESeprQ4xNvgOLCmr0%2BepdSsaq4TbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dn6QAA>

ANEXO VII – AVALIAÇÃO CAMPO DE ESTÁGIO 5 – UNIDADE DE HD



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Fm Tórisa

Instituição: Porto Fátima Casanova

Docente: Prof. Fátima Casanova

Orientado: Prof. Fátima Casanova

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; Cance das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Excelente
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis;	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;	Excelente
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;	Excelente
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;	Excelente

O Docente: _____

Orientado: _____

Data: 18.11.2016



AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

De momento poderíamos ter mais um médico no decorrer do estágio. Poderia ajudar a melhorar a qualidade de cuidado de quem fazemos e ao ambiente de trabalho.
Embora o ambiente de trabalho seja bom, a equipa é pequena e a carga de trabalho é alta. Temos de trabalhar mais para melhorar o ambiente de trabalho e o cuidado de quem fazemos.

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

Data: 16/11/2016

Orientador

Assinatura

Data:

19/11/2016

Estudante

João António da Silva Torres

João António

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO N.º ____

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email:
joana2284mail.com

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO

Título: Fadiga no doente renal crónico em programa regular de hemodiálise

Investigadora: Joana Teixeira, Enfermeira. Tel. 969013233. Email: joana2284@gmail.com

Objetivo:

O objetivo deste estudo é identificar a presença de fadiga nos doentes renais crónicos; avaliar o impacto da fadiga nas pessoas com Doença Renal Crónica em programa regular de hemodiálise, na realização das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária; e relacionar a presença de fadiga com aspectos fisiológicos, nomeadamente a anemia, e com aspectos psicológicos, nomeadamente a depressão.

Método:

Se aceitar participar neste estudo, será agendada uma entrevista para aplicar um questionário, durante uma sessão de hemodiálise, não coincidindo com o início nem com o fim do tratamento, essa entrevista não deverá durar mais que 20 minutos.

Riscos e Vantagens:

Não se perspetivam riscos para si.

Este estudo pode contribuir para conhecer melhor os problemas da pessoa com

Doença Renal Crónica em hemodiálise e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No final do estudo poderá ter acesso aos resultados.

Confidencialidade:

Todos os dados serão tratados de forma confidencial, não identificando o nome do participante nem da clínica. Todo o material será codificado.

Participação:

A decisão de participar ou não no estudo é voluntária e não interfere com o seu tratamento, nem com os seus direitos. Se decidir participar do estudo poderá desistir a qualquer momento, bastando contactar o Enfermeiro-Chefe ou contactar-me pelo telefone ou email.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre os objetivos e os procedimentos do estudo de investigação e que as minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui informado sobre os riscos e vantagens. Compreendo que tenho o direito de, a qualquer, esclarecer eventuais dúvidas. Assegurara-me a confidencialidade dos resultados.

Assim, declaro que concordo em participar livremente no estudo.

Data: __/__/__

(Assinatura)

(A investigadora)

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

DATA: __/__/__

1. Idade: _____

2. Profissão: _____

3. Género:

Feminino ____ Masculino ____

4. Agregado familiar: _____

Composição: _____

5. Habilitações Literárias:

Ciclo ____ 2o Ciclo ____ 3o Ciclo ____ Ensino Secundário ____

Ensino Superior ____

6. Tempo de hemodiálise _____

7. Tipo de acesso _____

8. Valor de hemoglobina _____

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email:
joana2284mail.com

ESCALA MODIFICADA DO IMPACTO DA FADIGA – MFIS

Data: __/__/____

Orientações: A Fadiga é uma sensação de cansaço físico e falta de energia que muitas pessoas sofrem de tempos em tempos. Pessoas com doença crónica experimentam sensações mais fortes e mais frequentes de fadiga. A lista abaixo apresenta itens que descrevem os efeitos da fadiga. Por favor, leia cada item cuidadosamente, então circule um número que melhor indique qual a frequência destes eventos ocorreram durante as quatro últimas semanas (se você precisar de ajuda para marcar suas respostas, fale com a investigadora).

Por causa da minha fadiga nas quatro últimas semanas:

Descrição das questões	Nunca 0	Raro 1	Poucas vezes 2	Muitas vezes 3	Sempre 4
1. Eu tenho estado menos atento (a)					
2. Eu tenho tido dificuldades de prestar atenção pôr longos períodos					
3. Eu tenho sido incapaz de pensar claramente					
4. Eu tenho sido desajeitado e descoordenado					
5. Eu tenho estado esquecido					
6. Eu tenho tido que me adequar nas minhas atividades físicas					
7. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que requer esforço físico					
8. Eu tenho estado menos motivado para participar de atividades sociais					
9. Eu tenho estado limitado nas minhas habilidades para fazer coisas fora de casa					
10. Eu tenho dificuldades em manter esforço físico pôr longos períodos					
11. Eu tenho tido dificuldades em tomar decisões					
12. Eu tenho estado menos motivado para fazer algo que requer pensar					
13. Meus músculos têm sentido fraqueza					
14. Eu tenho estado fisicamente desconfortável					

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

15. Eu tenho tido dificuldades em terminar tarefas que requerem esforço pensar					
16. Eu tenho tido dificuldades em organizar meus pensamentos quando estou fazendo coisas em casa ou no trabalho					
17. Eu tenho estado menos capaz de completar tarefas que requerem esforço físico					
18. Meu pensamento tem estado mais lento					
19. Eu tenho tido dificuldades em concentração					
20. Eu tenho limitação nas minhas atividades físicas					
21. Eu tenho precisado descansar com mais frequência ou pôr longos períodos					

CONSIDERAÇÕES: O formato das respostas permite escores de 0 a 4 para cada item. O domínio físico permite escores de 0 a 36, o cognitivo de 0 a 40 e o psicossocial de 0 a 8. O escore total da MFIS é dado pela soma dos três domínios e varia de 0 a 84 pontos. Valores abaixo de 38 correspondem à ausência de fadiga, e acima deste valor, quanto maior o escore, maior o grau de fadiga do indivíduo.

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

ESCALAS DE AVALIAÇÃO – ESTADO FUNCIONAL
ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS – ESCALA DE KATZ

Escala que permite avaliar a Autonomia para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) : Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta e/ou do questionário direto à pessoa doente, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Para cada ABVD a pessoa é classificada como Dependente (0) ou Independente (1). Se a pessoa recusa, ou não está habituada a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa atividade.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que a pessoa é independente.

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independente	6

Tempo de aplicação: 5 minutos

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

Data: __/__/____ **N.º:** ____

1. BANHO

- (1) Independente (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- (0) Dependente (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2. VESTIR

- (1) Independente (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- (0) Dependente (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3. UTILIZAÇÃO DA SANITA

- (1) Independente (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- (0) Dependente (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4. TRANSFERÊNCIA (CAMA / CADEIRÃO)

- (1) Independente (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- (0) Dependente (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5. CONTINÊNCIA (VESICAL / FECAL)

- (1) Independente (controlo completo da micção e defecação)
- (0) Dependente (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6. ALIMENTAÇÃO

- (1) Independente (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- (0) Dependente (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO – ESTADO FUNCIONAL – ATIVIDADES
INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
ESCALA DE LAWTON & BRODY**

Escala que permite avaliar a autonomia da pessoa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por atividades instrumentais de vida diária (aivd): utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário direto à pessoa, familiares ou cuidadores.

Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Cada aivd tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada aivd a pessoa é classificada como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 aivd e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de aivd em que a pessoa é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Tempo de aplicação: 5 minutos

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

1. UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- (1) Utiliza o telefone por iniciativa própria
- (1) É capaz de marcar bem alguns números familiares
- (1) É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- (0) Não é capaz de usar o telefone

2. FAZER COMPRAS

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente
- (0) Realiza independentemente pequenas compras
- (0) Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- (0) É totalmente incapaz de comprar

3. PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- (1) Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- (0) Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- (0) Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4. TAREFAS DOMÉSTICAS

- (1) Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- (0) Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5. LAVAGEM DA ROUPA

- (1) Lava sozinho toda a sua roupa
- (1) Lava sozinho pequenas peças de roupa
- (0) A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6. UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- (1) Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- (1) É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- (1) Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- (0) Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- (0) Não viaja

7. MANEJO DA MEDICAÇÃO

- (1) É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
- (0) Toma a medicação se a dose é preparada previamente

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

(0) Não é capaz de administrar a sua medicação

8. RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

(1) Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho

(1) Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras no banco

(0) Incapaz de manusear o dinheiro

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email:
joana2284mail.com

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK

(Cotação das diversas questões)

COTACÃO

A . ESTADO DE ÂNIMO TRISTE

0 - Não me sinto triste

1 - Ando “neura” ou triste

2a - Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo

2b - Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim

3 - Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

B . PESSIMISMO

0 - Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro

1 - Sinto-me com medo do futuro

2a - Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro

2b - Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas

3 - Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C . SENTIMENTO DE FRACASSO

0 - Não tenho a sensação de ter fracassado

1 - Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas

2a - Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado

2b - Quando analiso a minha vida passada tudo o que noto é uma imensidade de fracassos

3 - Sinto-me completamente fracassado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

D . INSATISFAÇÃO

0 - Não me sinto descontente com nada em especial

1a - Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo

1b - Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente

2 - Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for

3 - Sinto-me descontente com tudo

E . SENTIMENTO DE CULPABILIDADE

0 - Não me sinto culpado de nada em particular

1 - Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor

2a - Sinto-me bastante culpado

2b - Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada

3 - Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada

F . SENTIMENTO DE PUNIÇÃO

0 - Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

1 - Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal

2 - Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado

3a - Sinto que mereço ser castigado

3b - Quero ser castigado

G - ÓDIO A SI MESMO

0 - Não me sinto descontente comigo mesmo

1a - Estou desiludido comigo mesmo

1b - Não gosto de mim

2 - Estou bastante desgostoso comigo mesmo

3 - Odeio-me

H - AUTO-ACUSAÇÕES

0 - Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa

2 - Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros

2 - Culpo-me das minhas próprias faltas

3 - Acuso-me por tudo de mal que acontece

I – DESEJOS SUICIDAS

0 - Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo

1 - Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar

2a - Sinto que seria melhor morrer

2b - Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse

3a - Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida

3b - Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J - CRISES DE CHORO

0 - Actualmente não choro mais do que de costume

1 - Choro agora mais do que costumava

2 - Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo

3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

K - IRRITABILIDADE

0 - Não ando agora mais irritado do que de costume

1 - Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Sinto-me permanentemente irritado

3 - Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

L – AFASTAMENTO SOCIAL

0 - Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas

1 - Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter

2 - Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas

Para qualquer esclarecimento, contactar a investigadora pelo telefone: 969013233 ou pelo email: joana2284mail.com

3 - Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada
a seu respeito

M – INCAPACIDADE DE DECISÃO

0 - Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente

1 - Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões

2 - Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas

3 - Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões

N – DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

0 - Não acho que tenha pior aspecto do que de costume

1 - Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho ou pouco atraente

2 - Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente

3 - Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

O – INCAPACIDADE DE TRABALHAR

0 - Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente

1a - Actualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar

1b - Não consigo trabalhar tão bem como costumava

2 - Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for

3 -- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

P – PERTURBAÇÕES DO SONO (Acordar precoce)

0 - Consigo dormir tão bem como dantes

1 - Acordo mais cansado de manhã do que era habitual

2 - Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer

3 - Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas

Q – FATIGABILIDADE

0 - Não me sinto mais cansado do que é habitual

1 - Fico cansado com mais facilidade do que antigamente

2 - Fico cansado quando faço seja o que for

3 - Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

R – PERDA DE APETITE

0 - O meu apetite é o mesmo de sempre

1 - O meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 - Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente

3 - Perdi completamente todo o apetite que tinha

S – PERDA DE PESO

0 - Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente

1 - Perdi mais de 2,5 quilos de peso

2 - Perdi mais de 5 quilos de peso

3 - Perdi mais de 7,5 quilos de peso

T – HIPOCONDRIA

0 - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

1 - Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo

2 - Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa

3 - Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

U – DIMINUIÇÃO DA LÍBIDO

0 - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual

1 - Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar

2 - Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual

3 - Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

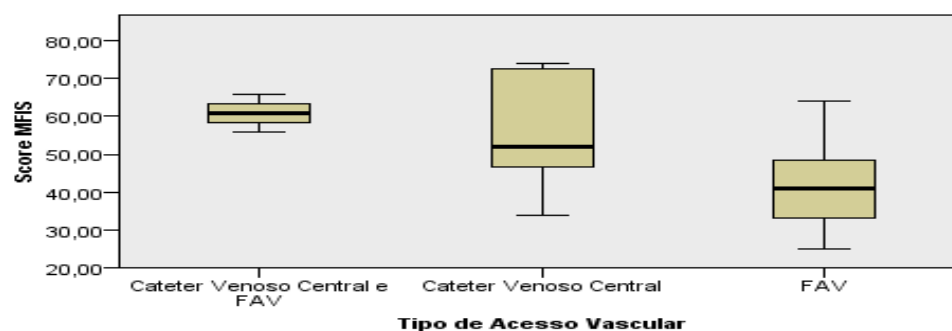
ANEXO IX – TESTE DE HIPÓTESES

1. Teste de hipóteses sobre a escala MFIS

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Score MFIS é a mesma entre as categorias de Tipo de Acesso Vascular.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	5,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Score Dominio Cognitivo é a mesma entre as categorias de Tipo de Acesso Vascular.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	12,000	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de Score Dominio Físico é a mesma entre as categorias de Tipo de Acesso Vascular.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	14,000	Rejeitar a hipótese nula.

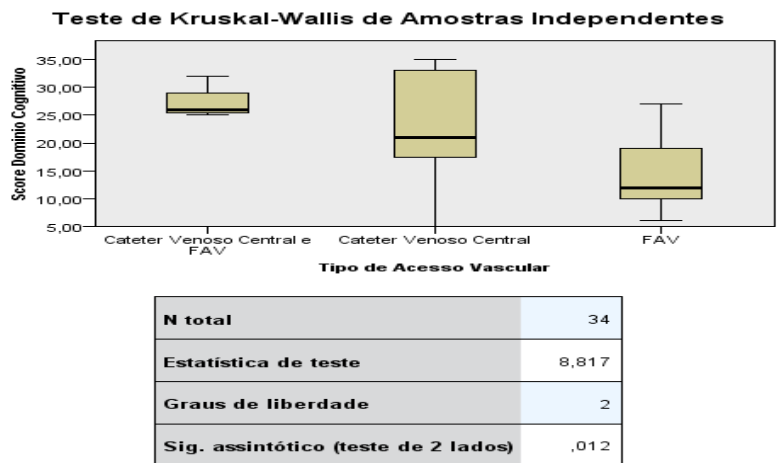
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

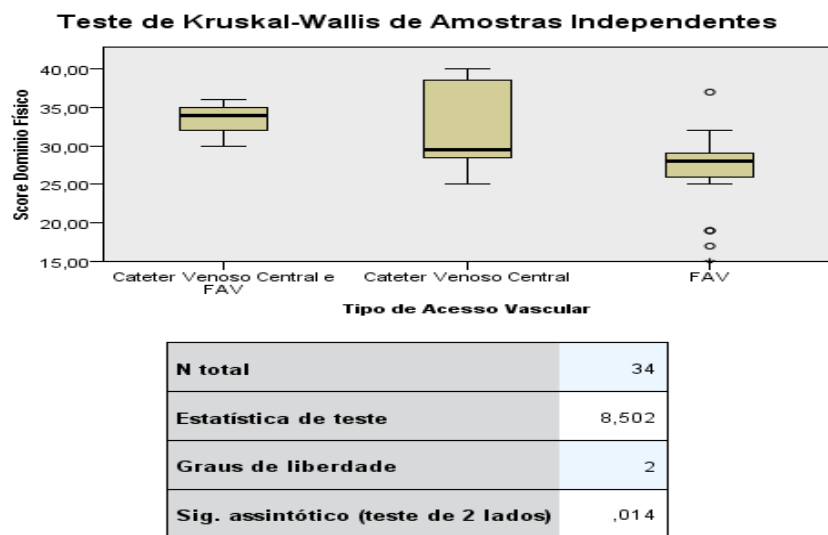


N total	34
Estatística de teste	10,433
Graus de liberdade	2
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,005

1. A estatística do teste está ajustada para empates.



1. A estatística do teste está ajustada para empates.



1. A estatística do teste está ajustada para empates.