



Lina Paula da  
Conceição Borges  
Araújo

**“PLANO DE CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM AO DOENTE  
RENAL CRÓNICO EM  
HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO  
SANE: UMA REALIDADE  
POSSÍVEL”**

Trabalho de Projecto

**Trabalho de Projecto apresentado  
para cumprimento dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem Médico –  
Cirúrgica realizado sob a orientação  
científica da Professora Doutora  
Maria de Lurdes Martins**

MAIO 2013

**TRABALHO DE PROJECTO:**

***“PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO EM  
HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO SANE: UMA REALIDADE POSSÍVEL”***

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA REGIÃO SUL

**SERVIÇO:** Ambulatório de Nefrologia / Unidade de Hemodiálise (SANE)

**ORIENTADOR:** Professora Doutora Maria de Lurdes Santos Martins

**ALUNO:** Lina Paula da Conceição Borges Araújo [Aluno nº 110519040]

MAIO 2013

*Agradeço*

*À Prof<sup>a</sup> Doutora LM, pela dedicação na orientação deste percurso.*

*À Prof<sup>a</sup> Doutora AR, pela coordenação deste curso.*

*À Enf.<sup>a</sup> Chefe AL pela cooperação.*

*À Equipa de enfermagem do SANE, pelo companheirismo.*

*Aos meus pais, por orgulhar-me de quem sou.*

*Aos meus filhos AC e LP, pela força, confiança e infinita paciência.*

*Ao meu marido, sem ele não teria tido a coragem.*

*Guardo-vos para sempre*

*Lina Borges Araújo*



---

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano lectivo 2011-2012 e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Explicita o projecto de intervenção que realizámos entre 12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011, sob o título genérico: *“Plano de Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família no SANE: Uma realidade possível.*

Consiste numa acção de desenvolvimento que visa melhorar as competências e eficácia, de um grupo de profissionais de enfermagem, no atendimento às pessoas em programa regular de Hemodiálise e famílias, através de uma nova visão: A globalidade e a planificação dos cuidados em unidades de hemodiálise.

Estas pessoas e suas famílias vivem uma complexa situação de saúde que se enquadra no âmbito da doença crónica. A aceitação da doença, a adaptabilidade e a adesão ao regime terapêutico são por isso problemas de saúde complexos que se inserem na área de intervenção do especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, explicando-se a escolha do projecto neste contexto académico.

Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem nesta Unidade de Hemodiálise / Sector de Ambulatório de Nefrologia (SANE) é o nosso objectivo geral.

O relatório constitui-se por capítulos que revelam a arquitectura do projecto e uma análise reflexiva das aprendizagens realizadas neste percurso académico, comparando-as com o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e do mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Destacamos a receptividade da equipa com uma adesão actual de 78% para um objectivo inicial de 50% (Dezembro 2011).

Palavras-chave: Plano de cuidados de enfermagem, Adesão ao regime terapêutico, Hemodiálise.



---

## ABSTRACT

This report is due the 2nd Master's degree in Medical - Surgical Nursing at the Health Sciences School, Polytechnic Institute of Setúbal (ESS / IPS), in the academic year 2011-2012 and its preparation and public discussion aims at obtaining a Master's degree in Medical – Surgical Nursing.

It explains the intervention that developed between the 12th January and the 22nd May 2011, with the generic title “Plan for Nursing Care to Chronic Renal Patients undergoing Haemodialysis / Families at SANE: A possible reality” (“Plano de Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família no SANE: Uma realidade possível”).

It consists of a development action aiming to improve the competences and efficiency of a group of nursing practitioners in caring for persons undergoing a regular haemodialysis program and their families, by means of a fresh outlook: holistic and care planning in haemodialysis units.

These people and their families experience a complex health situation comprised within the scope of chronic diseases. The acceptance of the disease, adaptability and the adherence to a therapeutic regimen are complex health issues included in the field of intervention of nurses specialized in critical care, the reason behind this project being explained within this academic framework.

To contribute to the safety and quality of nursing care at Hemodialysis unit / sector Clinic of Nephrology (SANE) is our general objective.

The report consists of several chapters which disclose the architecture of the project and a reflective analysis of the knowledge acquired during the course, comparing it against the common and specific skills of the master specialist nurse.

We would highlight the receptiveness of the team, with an adherence at the present time of approximately 78% easily beating the goal of 50% back in December 2011.

Keywords: Plan for Nursing Care, adherence to a therapeutic regimen, Hemodialysis.



---

# INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>09</b>
PARTE 1 - O Conceito Adesão	<b>15</b>
PARTE 2 - Compreender o doente renal crónico / família em programa regular de hemodialise como facilitador da intervenção do enfermeiro na Adesão ao regime terapêutico	<b>27</b>
<b>PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO</b>	<b>52</b>
Projecto	<b>52</b>
Referencial Teórico	<b>53</b>
<i>Enquadramento Conceptual</i>	<b>53</b>
<i>Sensibilizar, Formar, A Intervenção Terapêutica dos Enfermeiro, Método por enfermeiro responsável</i>	<b>58</b>
Diagnóstico de Situação	<b>67</b>
<i>Análise do Problema</i>	<b>71</b>
<i>Instrumentos de Diagnóstico</i>	<b>74</b>
<i>O Contexto onde se Desenvolve o Projecto</i>	<b>75</b>
<i>Cultura Organizacional da Equipa de Enfermagem</i>	<b>79</b>
<i>Identificação dos Problemas Parcelares</i>	<b>81</b>
Planeamento do Projecto	<b>82</b>
<i>Objectivos</i>	<b>82</b>
<i>Prioridades e Estratégias de Resolução</i>	<b>83</b>
<i>Profissionais do serviço com quem vamos articular a intervenção</i>	<b>84</b>
Actividades a Desenvolver e sua Justificação	<b>85</b>
<i>Objectivos Específicos / Actividades / Recursos / Indicadores de avaliação</i>	<b>85</b>
<i>Cronograma</i>	<b>101</b>
<i>Orçamento</i>	<b>101</b>
<i>Constrangimentos e Forma de os Ultrapassar</i>	<b>101</b>
O já realizado	<b>102</b>
<b>COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Ap. 1 - Artigo Científico	
Ap. 2 - Cronograma do Relatório de mestrado	
Ap. 3 - Questionário aplicado a equipa de enfermagem da UH	
Ap. 4 - Análise Questionário aplicado enfermeiros da UH	
Ap. 5 - Análise Questionário Quinn et al Aplicado aos enfermeiros do SANE	
Ap. 6 - Cronograma do PIS	
Ap. 7 - NOC	
Ap. 8 - Algoritmo	
Ap. 9 - Reunião Formativa 1	
Ap. 10 - Folheto	
Ap. 11 - Reunião Formativa 2	
Ap. 12 - Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (Análise Reflexiva)	
<b>ANEXOS</b>	
An.1 - Instrumento de diagnóstico de cultura organizacional	



---

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro1 - Modelos Teóricos de Adesão	20
Quadro 2 - Classificação de Almeida et al para factores de Adesão	21
Quadro 3 - Principais e mais frequentes complicações intradialíticas	37
Quadro 4 - Hierarquia das necessidades humanas básicas segundo Watson	57
Quadro 5 - Elaborar Norma de Orientação	85
Quadro 6 - Reformular os Instrumentos do “Plano de Cuidados”	88
Quadro 7 - Formar / Treinar 100% da equipa na execução de “Planos de Cuidados”	91
Quadro 8 - Auditar os Registos de Enfermagem: “Plano de Cuidados	97

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde De Nola Pender	65
---	----



---

## SIGLAS

CCI – COMISSÃO DO CONTROLO DE  
INFECÇÃO

CHKS - HEALTHCARE ACCREDITATION  
AND QUALITY UNIT

CIPE – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL  
DA PRÁTICA EM ENFERMAGEM

CPLEE – CURSO DE PÓS-LICENCIATURA  
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA

CRP – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA  
PORTUGUESA

DRC - DOENTE RENAL CRÓNICO

ECTS - EUROPEAN CREDIT TRANSFER  
AND ACCUMULATION SYSTEM

ESS – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA  
HUMANA

ICN - INTERNATIONAL COUNCIL OF  
NURSES

IPS – INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
SETÚBAL

IR - INSUFICIÊNCIA RENAL

IRC - DOENÇA RENAL CRÓNICA

MC – MÉDICO-CIRÚRGICA

NOC - NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE  
SAÚDE

PE - PROCESSO DE ENFERMAGEM

PG MC – PÓS-GRADUAÇÃO EM MÉDICO-  
CIRÚRGICA

PIS – PROJECTO INTERVENÇÃO NO  
SERVIÇO

QV – QUALIDADE DE VIDA

SANE – SECTOR AMBULATORIO DE  
NEFROLOGIA

SN - SERVIÇO DE NEFROLOGIA

TIC – TECNOLOGIAS INFORMAÇÃO E  
COMUNICAÇÃO

UH - UNIDADE DE HEMODIÁLISE

VAS - ESCALA VISUAL ANALÓGICA

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

WHOQOL - WORLD HEALTH  
ORGANIZATION QUALITY OF LIFE



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano lectivo 2011-2012 e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

O 2º Curso de Mestrado, com um total de 90 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS) (2430 horas) desenvolveu-se em 3 semestres e dá continuidade a um percurso académico que realizámos nesta escola do qual destacamos a Pós-Graduação Em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Cuidados Paliativos / 2007 e o primeiro Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLÉE MC) / 2011.

Consta de um relatório que se alicerça no projecto desenvolvido na Unidade Temática Estágio III, que integra a Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II do CPLÉE MC mencionado. A execução do projecto contemplou as equivalências concedidas, pelo conselho técnico científico, à 1ª Pós-Graduação Médico-cirúrgica anteriormente realizada.

Expõe-se uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica (Problema/Oportunidade) identificada em contexto de estágio (Diagnóstico de Situação) e do respectivo Projecto de Intervenção (Planeamento), em ligação à auto-avaliação das competências do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica (MC).

Concretizando, explicita o que realizámos no estágio decorrido entre 12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011 na Unidade de Hemodiálise (UH) do Sector de Ambulatório de Nefrologia (SANE) do Serviço de Nefrologia (SN) de um Hospital da Região Sul, sob o título genérico: “*Plano de Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família no SANE: Uma realidade possível*”.

Com tutoria da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica AL e orientação da Sra. Prof. Enfermeira Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica EM para o Projecto Intervenção no Serviço (PIS) e Orientação da Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora LM para o Relatório de mestrado.

Divulga-se através de um artigo científico ([Apêndice 1](#)) em que pretendemos patentear não só a importância teórica da temática mas também a riqueza da experiência que decorreu da implementação deste projecto.

Como objectivos deste relatório delineámos:

**OBJECTIVO GERAL:** *“Evidenciar a aquisição de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação e a aquisição de competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem à pessoa / família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica”.*

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Contextualizar o estágio realizado;
- 2) Apresentar a problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica identificada neste contexto;
- 3) Apresentar, sucintamente, o projecto de intervenção no serviço (PIS) desenvolvido, de acordo com a metodologia de projecto;
- 4) Realizar revisão da literatura utilizando os mais recentes dados da evidência, acerca da temática do PIS;
- 5) Fundamentar teoricamente as estratégias utilizadas para a concepção do mesmo;
- 6) Explicitar o percurso efectuado na procura e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista à pessoa / família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica procedendo à auto-avaliação.
- 7) Avaliar a adequação actual do PIS no serviço onde foi desenvolvido, em relação aos indicadores de avaliação apresentados;
- 8) Reflectir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no âmbito dos estágios;
- 9) Explicitar o percurso efectuado na procura e desenvolvimento das competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica procedendo à auto-avaliação
- 10) Analisar as aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

O relatório constitui-se por capítulos que se iniciam nesta apresentação, seguida da sua fundamentação e análise do PIS. Posteriormente exhibe uma reflexão analítica sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito deste curso, reportando-as ao perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Porque este é um relatório para candidatura ao grau de mestre a análise da aquisição das suas competências surge no corpo do trabalho e remetemos para apêndice a análise das competências associadas ao especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Finaliza com a síntese do realizado, análise dos objectivos e planos profissionais futuros. Contém os anexos e apêndices que considerámos imprescindíveis para prova ou compreensão do percurso. Do restante constructo poderemos apresentar prova no momento da discussão pública.

Este trabalho foi realizado de acordo com a Norma Portuguesa 405 para citações e referências bibliográficas.

A preferência por esta área de intervenção reside no nosso percurso profissional, no qual destacamos 17 anos a prestar cuidados de enfermagem a doentes em programa regular de Hemodiálise, em contexto hospitalar e em clínica privada, simultaneamente. Estes 17 anos, em 22 de exercício, foram determinantes para que desenvolvêssemos um interesse particular centrado nestas Pessoas e suas famílias, o que nos colocou numa procura de aquisição de conhecimentos e competências que possibilitassem dar resposta às suas necessidades, transformando-nos num perito / especialista / mestre nesta área de cuidados. Procura que culmina, sob o ponto de vista académico, nesta candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e que continuará, acreditamos, ao nível do exercício profissional.

Pessoas com doença renal crónica, que dependem de uma técnica de substituição da função renal, especificamente a Hemodiálise, carecem de mais do que uma técnica dialítica eficaz e segura. Elas e as suas famílias vivem uma complexa situação de saúde, que se enquadra no âmbito da doença crónica, da aceitação da doença, da adaptabilidade, da adesão ao regime terapêutico, o que prescreve uma abordagem sistémica na planificação dos cuidados de enfermagem a disponibilizar.

Na matriz de individualização das especialidades<sup>1</sup> encontramos que o campo de actuação do especialista limita-se na complexa interdependência pessoa / ambiente, estabelecendo-lhe assim uma abordagem sistémica dos problemas de saúde complexos.

Interceptando estas duas concepções, define-se um campo de actuação do enfermeiro especialista junto da pessoa / família em programa de Hemodiálise, que por si só enquadra a escolha desta área temática.

Este género de abordagem favorece a apreensão da globalidade da realidade complexa através da clarificação das múltiplas interacções, sem que se perca o significado do todo e a finalidade da própria intervenção.

Impõe-se, por isso, a execução dum plano de cuidados ou seja, a formulação antecipada de intervenções, estabelecidas conjuntamente pelos intervenientes, face aos problemas identificados. E este processo terá que ter uma expressão escrita. Só assim se acautelará a continuidade dos cuidados planeados, evidenciará a sua eficácia, a necessidade de reformulação, obterá indicadores da qualidade dos cuidados e do próprio desempenho profissional.

Na UH existe um projecto profissional, desde 2009, do qual somos co-mentora, que objectiva a realização de um plano de cuidados de enfermagem para cada doente em programa de hemodiálise, alocado a um enfermeiro de referência / responsável pela gestão dos cuidados a disponibilizar ao seu doente/família.

Na realidade os enfermeiros não aderiram a este projecto.

Considerando a evidência científica, optámos pela persistência; decidimos fazer renascer, dinamizar e ministrar sucesso ao projecto, a partir da resolução do problema encontrado: ***“Não adesão da equipa de enfermagem da UH deste Hospital da Região Sul ao projecto profissional “Plano de cuidados de enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família”.***

Para clarificar, quando mencionamos Projecto Profissional referimo-nos ao existente anteriormente no serviço, quando indicamos Projecto de Intervenção em Serviço referimos o decorrente do contexto académico, cuja intervenção incorre no primeiro.

---

<sup>1</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional.** [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

Alicerça-se a necessidade deste novo projecto no Conhecimento da Enfermagem, enquanto ciência e nos domínios da Gestão organizacional que estipula atributos e critérios de qualidade para o SN deste hospital, que determinam a oportunidade:

O SN tem como missão<sup>2</sup> assegurar cuidados de superior qualidade, que no domínio dos cuidados de enfermagem ao doente em hemodiálise associa-se exponencialmente à planificação das intervenções.

Com capacidade para assegurar Hemodiálise regular a 30 pessoas, o SN<sup>3</sup>, estabeleceu o objectivo<sup>4</sup> “*Proceder ao registo sistematizado das necessidades dos utentes e intervenções em enfermagem a 50% destes utentes*”. Com uma adesão de 0%, verificada pela observação directa dos instrumentos implementados, esta meta manteve-se para 2011<sup>5</sup>, afirmando-se o problema geral deste projecto. Para 2012<sup>6</sup> eleva-se para 60% o objectivo a atingir face ao sucesso obtido em 2011.

Associa-se que este Hospital obteve o título de “Hospital Acreditado pelo CHKS<sup>7</sup>” em 28 / 04 / 2010 e iniciou um processo de ReAcreditação<sup>8</sup> em 2011. Este exigia a efectivação de Planos de Cuidados a todos os doentes do SN, facultando uma vez mais a oportunidade ao nosso projecto.

Reforça-se que este projecto valida-se ao nível organizacional, no programa de qualidade e no plano de acção. Ao nível do metaparadigma da Enfermagem perspectivando os conceitos a ele associados<sup>9</sup> e nas competências dos enfermeiros especialistas<sup>10</sup>.

Reconhecendo o projecto como fundamental e oportuno torna-se necessário compreender as razões subjacentes ao problema. Recorremos a um questionário para identificar a importância atribuída ao projecto profissional e as razões da não adesão da equipa. Optámos pela interpretação da sua cultura organizacional para perspectivar quais as estratégias que melhor se adaptam às suas características nos contextos de mudança e criatividade. Aumentámos este entendimento recorrendo à observação de um contexto

<sup>2</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010 (11) (12)

<sup>3</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

<sup>4</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>5</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011

<sup>6</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2012

<sup>7</sup> Healthcare Accreditation and Quality Unit

<sup>8</sup> **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação**, 3.ª Edição, Versão 01, 2010

<sup>9</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

<sup>10</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional**. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30']- Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.

semelhante, pretendíamos ampliar a experiência, a capacidade de diagnosticar e, talvez, encontrar soluções: realizámos um estágio de 16 Horas numa Unidade de Hemodiálise doutro Hospital da Região Sul, para o qual estipulámos como resultados esperados: Observação do desenho e funcionamento do projecto “*Enfermeiro responsável / Plano de cuidados*” aqui existente.

Identificámos, a seguir, os seguintes problemas parcelares que compõem o nosso problema geral:

- ✦ Baixa motivação da equipa – a não motivação intui-se por reconhecimento insuficiente da importância do plano de cuidados para a qualidade, ainda que esta razão possa não ser expressa pela equipa.
- ✦ Reconhecimento insuficiente do método “Enfermeiro Responsável” – o método “Enfermeiro Responsável” não é concretizado, o que pode ser observado pela inexistência de planos de cuidados.
- ✦ Instrumentos existentes, no SANE, para a execução do plano de cuidados, considerados pouco eficazes.
- ✦ Equipe de Enfermagem não formada / treinada – o medo de errar e fazer mal impede, muitas vezes, a observância de funções que expõem o profissional.
- ✦ Inexistência de Obrigatoriedade Sectorial – sendo uma cultura fortemente hierarquizada, cumpridora das tarefas propostas pelos núcleos hierárquicos superiores e procedimentos, falta ao projecto de serviço este cunho.
- ✦ Inexistência de indicadores de qualidade do projecto – a visibilidade dos benefícios poderá ser factor motivacional.

De acordo com isto estabelecemos os objectivos, geral e específicos, deste projecto:

**OBJECTIVO GERAL:** *Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na UH deste Hospital da região Sul através da Sensibilização dos enfermeiros responsáveis por cada DRC em Hemodiálise / Família para a adesão ao projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise/Família no SANE”.*

## OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

1. Elaborar Norma de Orientação Clínica para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE” de acordo com o instrumento existente na instituição.
2. Reformular os Instrumentos do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE” já existentes.
3. Formar / Treinar 100% da equipa na execução de “Planos de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE”.
4. Auditar os Registos de Enfermagem: “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE”.

E traçámos as seguintes estratégias de resolução, expostas por ordenação de prioridades (apresenta-se primeiro a estratégia necessária à resolução da seguinte):

1. Apoio do Conselho de Administração na pessoa da Sra. Enf.<sup>a</sup> Directora Dr.<sup>a</sup> OF, do Sr. Director de Serviço Dr. JV e da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.
2. Reunião de Serviço para apresentação e esclarecimento sobre este projecto académico e esclarecimento sobre a inevitabilidade do projecto de intervenção no serviço “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família”.
3. Elaboração de uma NOC (Norma de Orientação Clínica) sectorial para a execução do “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família”.
4. Criar e / ou Reformular instrumentos para a expressão escrita do plano de cuidados.
5. Envolvimento (a efectuar-se individualmente) dos enfermeiros responsáveis por cada doente renal crónico em hemodiálise na nossa unidade através de contactos informais para divulgação e sensibilização.
6. Formação à equipa:
  - a. Sensibilização para o projecto de serviço “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família” e sua importância.

- b. Mostrar e demonstrar a organização dos *dossiers* e instrumentos neles incluídos.
- c. Relação Terapêutica e influências interpessoais favoráveis à adesão Terapêutica.
- d. Elaboração de três planos de cuidados a apresentar à equipa e treino prático na execução de “Planos de Cuidados” experimentais.

7. Elaboração de indicadores de estrutura, processo e resultado.

Pretendíamos, com a concretização destas metas, ir ao encontro da finalidade da unidade temática, ou seja, encontrar formas de aprendizagem que permitissem o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem MC, possibilitando o nosso aperfeiçoamento nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.

Para o presente relatório reanalizamos o projecto, actualizamo-nos no que diz respeito aos seus conteúdos fundamentais e observámos a sua pertinência. Inferimos a necessidade de enriquecer as actividades implementadas incluindo nos instrumentos de avaliação medidas validadas para a nossa população, que permitirão maior conhecimento da pessoa e da sua circunstância.

Professámos Jean Watson para a qual a dignificação da pessoa, através da promoção da sua autonomia e liberdade, do seu bem-estar e da individualização dos cuidados, é o cerne da filosofia e ciência de Humanização na enfermagem. Como orientador da promoção da saúde das pessoas em tratamento regular de hemodiálise optámos pelo modelo de médio alcance de Nola Pender que respeita os princípios da integralidade e do valor das relações interpessoais como fomentadoras da autonomia da pessoa doente / família.

Analisámos como os contextos académicos e profissional se conjugaram, complementaram e contribuíram para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e do mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Como norteador deste percurso final construímos um cronograma que apresentamos em

[Apêndice 2](#)

---

## REVISÃO DA LITERATURA

Qualquer autor, ao rever o seu trabalho, poderá ser sujeito a sentimentos de insatisfação relacionados com a pertinência, desactualização ou eficácia do mesmo. Para contornar esta situação ele dever-se-á questionar: Devo modificar/actualizar o trabalho realizado face ao conhecimento actual?

Perante esta premissa entendemos imperioso aceder ao conhecimento actual para, aproveitando a oportunidade corporalizada neste relatório, aperfeiçoar o nosso projecto. Para isto e de acordo com os critérios avaliativos estabelecidos para este curso, procedemos a uma revisão da literatura sobre a temática fundamental do PIS.

Sendo um projecto complexo, em que se identificam dois focos de atenção (a pessoa em programa regular de hemodialise, os seus problemas e necessidades de saúde e a sensibilização da equipa de enfermagem para a adesão à planificação dos cuidados a estas pessoas) foi necessário delimitar a área temática onde deveria incidir a nossa revisão da literatura.

Atentámos assim ao seguinte:

À data do início deste relatório a adesão da equipa estava nos 78% (de 0% passámos para 78%), bastante acima da meta a que nos propusemos no projecto, sugerindo que o problema geral estava resolvido.

As competências do especialista e mestre em enfermagem sugerem que este é responsável pela identificação de problemas ao nível da segurança e qualidade dos cuidados, elaboração de estratégias de resolução assentes no conhecimento e investigação e disseminação destes na equipa com vista à operacionalização.

Ao atingirmos a sensibilização da equipa é necessário favorecer a apropriação de todo o conhecimento possível para garantir a segurança e qualidade dos cuidados à população alvo. Sendo que a população se enquadra no perfil dos portadores de doença crónica com plano terapêutico complexo, a adesão ao regime terapêutico, de acordo com as

recomendações da OMS (2003)<sup>11</sup>, aumenta a segurança destas pessoas/ famílias pelo que se torna justificável e necessário um conhecimento profundo da temática.

Esta escolha é alicerçada nos Domínios das competências comuns<sup>12</sup>

*B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*

*(Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional)*

Após efectuada a revisão da literatura sobre a adesão faz-se a disseminação do conhecimento adquirido nas 1as Jornadas de Enfermagem organizadas por um Centro Hospitalar da Região Sul: *EVIDÊNCIA DE UMA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA* com o trabalho «*Adesão terapêutica como foco da prática clínica do enfermeiro especialista*» (15 e 16 Novembro), em Formação em serviço (24 Novembro) com a replicação deste trabalho e apresentação de instrumento orientador da avaliação inicial segundo o modelo para a promoção da saúde de Nola Pender e através da actualização da sebenta formativa colocada na pasta pública *Online* da unidade.

*B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*

*(Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua)*

A partir dos resultados obtidos com a implementação do PIS decide-se pelo aprofundamento da temática referida e reformulação do instrumento de avaliação inicial de enfermagem de acordo com o apreendido e modelo Nola Pender.

---

<sup>11</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Em linha]. Geneva, 2003. [Consult. 10 jul. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). ISBN 92 4 154599 2

<sup>12</sup> Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro: **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

*B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*

*(Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco)*

A OMS<sup>13</sup> estima que 50% dos doentes crónicos não cumpre as recomendações dos profissionais, nos países desenvolvidos. A não adesão aumenta as complicações da doença, as comorbilidades, a mortalidade, determina perda da qualidade de vida e aumento das despesas de saúde. Prevenir a não-adesão através da relação de parceria Enfermeiro/DRC/Família assente no apoio para o *empowerment* dos últimos é actuar preventivamente prevenindo o risco e promovendo o bem-estar.

*D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*

*(Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico)*

Fazer o projecto evoluir e centrar-se no DRC em prol da equipa quando esta evidencia a sensibilização para a estratégia concebida para garantir a segurança e qualidade dos cuidados tendo em conta o bem-estar, qualidade de vida do DRC e despesa da saúde é articular experiência, conhecimento e conceptualização na tomada de decisão, neste caso de modelação e operacionalização do projecto.

Ainda considerando as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica<sup>14</sup>

<sup>13</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Em linha]. Geneva. 2003. [Consult. 10 jul. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). ISBN 92 4 154599 2

<sup>14</sup> Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro: **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

*K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença Crítica e ou falência orgânica.*

*(Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.)*

*K.1.2 — Gere a administração de protocolos Terapêuticos complexos.*

*K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação Crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.*

*K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.*

*K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.*

*K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação Terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou de falência orgânica*

As pessoas com doença renal crónica em programa dialítico e suas famílias vivenciam um processo de falência orgânica irreversível e impositivo de um regime terapêutico complexo. Doença e tratamento impõem condicionalismos determinantes de sofrimento (Dor total), perda de bem-estar e de qualidade de vida. A recuperação do prazer em viver é possível se a aceitação, adaptação e adesão à nova circunstância de saúde decorrerem positivamente. O papel do enfermeiro como elemento pedagógico e de apoio, através duma relação de parceria assente na integralidade dos cuidados, é fundamental neste processo se este tiver desenvolvido competências específicas neste domínio. Adquirir o conhecimento e divulgá-lo na equipa é evidência desta competência fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Por fim nas competências de mestre temos que

*4.2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*

*a) Identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional;*

Este ajustamento da temática da revisão da literatura espelha esta competência justificada pelo acima exposto e agora evidenciando a aquisição desta competência.

*4.4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*

Sendo que o descrito fundamenta a competência aqui explicitada como capacitação da aplicação de argumentos rigorosos na tomada de decisão.

Perante o relatado e o conhecimento adquirido anteriormente, resultante não só deste projecto mas da nossa experiência no exercício, surge-nos que a *Adesão ao Regime Terapêutico das Pessoas em Programa Regular de Hemodiálise* é a área de conhecimento de excelência deste projecto, corroborada pela Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LM. Isto porque este é o foco de atenção basilar para o enfermeiro que planeia cuidados com as pessoas / famílias em programa regular de hemodiálise, não só para resolver ou diminuir os seus problemas de saúde mas também para responder às suas necessidades de saúde<sup>15</sup> (percepções individuais, subjectivas de cada indivíduo daquilo que é importante para o seu bem estar, a sua saúde) no resgate da qualidade das suas vidas. Para as pessoas / famílias com doença crónica recuperar qualidade de vida é um processo complexo, moroso e com retrocessos que passa obrigatoriamente pela aceitação da doença, pela adaptação à nova circunstância / estilo de vida e, por fim, pela adesão ao regime terapêutico. Para a pessoa em programa de hemodiálise esta adesão responde não só aos imperativos impostos pela doença mas também aos impostos pela modalidade dialítica, que são tão ou mais condicionantes que os primeiros.

Com esta revisão da literatura pretendemos certificarmo-nos que o actual conhecimento continua a evidenciar a pertinência de um projecto desta natureza. Que existem ganhos de saúde se os enfermeiros tiverem como foco de intervenção a Adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise. Que a Adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise é sensível aos

---

<sup>15</sup> FUJII, Cinthia D. Caetano – *Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A ótica da equipa de saúde e dos usuários*. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/18664>

cuidados de enfermagem. Que a planificação dos cuidados de enfermagem é imprescindível nos processos de adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise. Que as relações terapêuticas são essenciais à planificação de cuidados nos processos de adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise. E, por último, que a Adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise é uma área de intervenção do enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Definidos os objectivos da nossa revisão e delimitada a sua área temática surgem, naturalmente, as seguintes palavras-chave: Adesão, Regime terapêutico, Hemodiálise.

Estabelecemos, depois, os critérios de inclusão para a pesquisa:

1. Acessibilidade Online nas seguintes bases / Plataformas, referenciadas no site da ordem dos enfermeiros portugueses: SciELO, SciELO Portugal, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Biblioteca Virtual de Saúde, BVS Brasil, BVS Enfermagem, ScieenTI, CUIDEN®, PubMed Central, BioMed Central, Biblioteca Nacional de Portugal, EBSCO-HOST, B-On.
2. Encontrados através das seguintes palavras-chave e suas combinações na língua portuguesa “Adesão”, “Regime terapêutico”, “Hemodiálise”.
3. Disponíveis na íntegra em português, inglês ou espanhol.
4. Retractem a temática Adesão ao regime terapêutico das Pessoas / Famílias em programa regular de hemodiálise.
5. Publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos.

Esquematizada a pesquisa elucidamos que a análise e síntese dos dados encontrados serão realizadas de forma explicativa, possibilitando observar, descrever e interligar os dados, com o objectivo de reunir o conhecimento actual sobre o tema explorado na revisão. Serão apresentados em Parte 1 da revisão da literatura. Incluiremos uma parte 2 que corresponde ao suporte teórico construído para o projecto de intervenção no serviço que pela complementaridade se considera pertinente a sua inclusão.

Deste modo pretendemos dar consistência à argumentação deste relatório / PIS através da evidência e facilitar a disseminação do conhecimento na equipa de enfermagem do SANE, fortificando o seu “Saber Colectivo” através da actualização da Sebenta formativa.<sup>16</sup>

## PARTE 1

### O CONCEITO ADESÃO

Na sua revisão da literatura<sup>17</sup> sobre *Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica*, António Dias *et al* elucidam-nos que Hipócrates valorizou pela primeira vez o incumprimento das recomendações médicas, há 2400 anos mas só em 1979 o conceito de adesão foi explorado por Haynes (citando Teles-Correia *et al*, 2007).

Adesão de acordo com a CIPE<sup>18</sup> define-se como uma

*“Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de 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. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)”*.

Na mesma fonte<sup>19</sup> caracteriza-se Não Adesão como

*“Adesão com as características específicas: Não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento”*.

António Dias *et al*<sup>20</sup> consideram ainda a possibilidade de uma *“adesão parcial que se refere a situações em que o doente não manifesta uma adesão total”*. Explicam que, de

<sup>16</sup> Sebenta realizada em contexto do PIS para divulgação dos seus conceitos teóricos, colocada à disposição da equipa do SANE na *Pasta Pública Online* e no Dossier Formativo criado no mesmo contexto.

<sup>17</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A. M.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

<sup>18</sup> CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

<sup>19</sup> *Ibidem*

acordo com a WHO, esta poderá ser *intencional* exemplificando com a situação da pessoa optar por uma dosagem ou horário diferentes do prescrito para a toma de determinado medicamento. Ou *não intencional* originada por esquecimento, confusão, incapacidade ou porque o doente não compreendeu a informação, o que poderá ter origem na má comunicação entre este e o profissional.

António Dias *et al*<sup>21</sup> referem a adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento como diferentes terminologias para um mesmo conceito.

Explicam, numa abordagem quase temporal, que *concordância (compliance)* <sup>22</sup>“*Termo desenvolvido por Haynes (1979), reporta-se ao grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas, como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição*”. Progressivamente este conceito tem sido menos utilizado pois era algo redutor, interpretava um máximo de decisão médica e uma expectativa de cumprimento absoluto por parte do doente. Adesão substituí a concepção anterior e <sup>23</sup>“*sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde – doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento*”.

Estes autores<sup>24</sup> alertam-nos, sobretudo para as variações do termo “Adesão” cuja multiplicidade e ambiguidade poderão reflectir-se no impacto pretendido junto do doente e profissionais de saúde: “*aderência, concordância, cooperação (em inglês, compliance, adherence), cumprimento (em espanhol, cumplimiento), falha com a terapia (em holandês, therapietrouw) e observância (em francês, observance)*”.

<sup>25</sup>Dias *et al* fundamentados em Telles-Correia *et al* designam a não adesão “*Como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde*”. Facto que justifica a preocupação e intervenção dos profissionais de saúde.

---

<sup>20</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

<sup>21</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>22</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>23</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>24</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>25</sup> *Idem*, *Ibidem*

De acordo com a OMS <sup>26</sup>“a adesão entre os doentes com doenças crónicas ronda os 50%, sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande magnitude, em determinados países” (Dias et al).

O conceito assumiu tal importância que em 2001 a OMS organizou um encontro sobre este tema e em 2003<sup>27</sup> o adherence project emitiu **recomendações para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas nomeadamente ao nível da adesão:**

*“A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas é um problema mundial de grande magnitude. A mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas, atingem valores desproporcionalmente elevados, com graves repercussões na saúde das pessoas e elevados custos económicos;*

*O impacto da não adesão aumenta proporcionalmente ao peso das doenças crónicas na economia global;*

*As consequências da não adesão incluem, além do aumento das despesas, resultados negativos nos indicadores de saúde;*

*Melhorar a adesão, significa também, aumentar a segurança do doente, uma vez que não aderindo, o risco de morte e de agravamento do seu estado de saúde, como o aumento da dependência, o aumento do número de recaídas e da gravidade das mesmas e o aparecimento de resistências aos fármacos, estão aumentados;*

*A adesão ao regime terapêutico é um importante agente modificador da efectividade dos sistemas de saúde. Os custos directos atribuídos ao mau controlo de qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos custos de um controlo adequado e eficaz. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, têm a mesma magnitude, o que significa que controlar e melhorar a adesão é positivo e desejável para os sistemas de saúde;*

<sup>26</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>

<sup>27</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Em linha]. Geneva. 2003. [Consult. 10 jul. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). ISBN 92 4 154599 2

*Medidas efectivas de melhoria da adesão podem ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos e desenvolvimentos tecnológicos específicos;*

*Os sistemas de saúde devem evoluir, ao encontro dos novos desafios, melhorando os sistemas de informação e comunicação, melhorando as suas capacidades organizativas, promovendo uma distribuição mais racional dos recursos, horários mais convenientes e continuidade dos cuidados, entre outros;*

*As pessoas com doença crónica devem ser compreendidas e apoiadas, não repreendidas. O que significa que não se deve colocar o foco na pessoa/ doente, esquecendo os profissionais e os sistemas de saúde;*

*A adesão é influenciada simultaneamente por cinco grupos de factores: factores relacionados com a doença, com a pessoa/doente, com o tratamento, com os profissionais e serviços de saúde e com factores sociais, económicos e culturais;*

*As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas;*

*A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de factores que a possam influenciar negativamente;*

*Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão;*

*A família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas na melhoria da adesão;*

*Só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime terapêutico” (In Machado<sup>28</sup>).*

Machado define Adesão ao regime terapêutico como<sup>29</sup> “o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma

---

<sup>28</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

<sup>29</sup> *Idem*, *Ibidem*

*dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde”.*

Na revisão da literatura de Dias *et al* encontramos a sumarização de vários modelos ou teorias de adesão que apresentam aspectos intrínsecos ao indivíduo como explicativos da predisposição deste à adesão ao regime terapêutico e que <sup>30</sup>“*é possível, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos, planear uma intervenção junto destes para modificar os comportamentos, com o objectivo de promover a saúde*”.

Leventhal e Cameron (1987), cit. por Pais-Ribeiro, (2007), cit. por <sup>31</sup>Dias *et al* consideram que a adesão poderá ser explicada tendo por base cinco orientações teóricas. Pela compreensão epistemológica que poderá proporcionar resolvemos incluir uma síntese do apresentado pelos autores.

O Modelo Biomédico	O doente é um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica prescrita.	A não adesão à terapêutica é vista como resultado directo de uma aberração da personalidade do doente.
O Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social	Prescreve a importância do reforço positivo e negativo, como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão.	É mais adequado quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar actividades referentes ao regime terapêutico, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que o reforçam, e à sua automatização após repetição suficiente.
A Abordagem Comunicacional	Incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes. Enfatiza a educação dos doentes e o desenvolvimento de	Uma boa adesão envolve factores como produção da mensagem, informação sobre os objectivos específicos e o modo de os alcançar; recepção, compreensão e retenção da mensagem; aceitação ou

<sup>30</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

<sup>31</sup> *Idem*, *Ibidem*

	relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde	crença na substância da mensagem e, por último, acção de adesão.
A Teoria da crença racional	Todo o comportamento humano é causado por um processo de pensamento lógico e objectivo. Tendo em conta os riscos, benefícios e consequências que possam interferir na saúde do indivíduo, este adopta comportamentos de preservação da sua saúde.	A falta de conhecimentos neste âmbito estará na origem da não adesão ao regime terapêutico.
Teoria dos Sistemas	O indivíduo é visto como alguém que se envolve e que resolve de forma activa os seus próprios problemas.	As representações cognitivas que o indivíduo detém acerca da sua saúde, as suas expectativas, projecções acerca do seu estado, planos e técnicas para o alterar influenciam a adesão ao tratamento

**Quadro1 - Modelos Teóricos de Adesão - De acordo com o conteúdo apresentado por Dias *et al* In**

**<sup>32</sup>Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura**

O quadro apresentado sintetiza diferentes teorias para o fenómeno da Adesão / Não Adesão. Será importante conhecer a etiologia destes factores pois por si ou em interacção entre si determinam a predisposição da pessoa para a adesão, a não adesão ou razões da não adesão.

<sup>33</sup>Dias *et al* apresentam cinco grupos de factores que podem influenciar a adesão terapêutica e que foram descritos pela WHO (World Health Organization):

- *Factores sociais, económicos e culturais*
- *Factores relacionados com os serviços e os profissionais de Saúde*
- *Factores relacionados com a doença de base e co-morbilidade*
- *Factores relacionados com o tratamento*
- *Factores relacionados com a pessoa doente*

<sup>32</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

<sup>33</sup> *Idem*, *Ibidem*

Almeida *et al.* Citados por Dias *et al.*<sup>34</sup> associam estes factores em “*factores externos, factores relacionais e factores internos* ao doente”:

Factores Externos	Medicamentos (acesso, quantidade...), características da doença e do regime terapêutico.
Factores Relacionais	Apoios sociais, Relação doente / profissional de saúde
Factores Internos	Psicológicos, locus de controlo, crenças relativas à saúde e características sociodemográficas (sem consenso para a idade, sem influência para o sexo, com alto significado para o nível socioeconómico e de escolaridade.

Quadro 2 - Classificação de Almeida *et al* para factores de Adesão in Dias *et al*<sup>35</sup>

<sup>36</sup>Dias *et al* baseado em Giorgi (2006), Oliveira *et al.* (2007) e Ogden (2004) explica a importância da relação doente / profissionais de saúde, destacando a “*transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido correctamente e sem desistências. O profissional e o doente estabelecem uma relação na qual coexistem os dois níveis de saber: crenças leigas e crenças profissionais, interagindo numa “díade” em que a comunicação vai influenciar a adesão, expectativas e decisões do doente*”.

De acordo com <sup>37</sup>Dias *et al* a comunicação entre doente e profissional de saúde está, actualmente, comprometida o que inibe o doente de expor a sua visão relativamente à terapêutica. Mantém-se assim as “*falsas crenças que estes têm em relação à terapêutica, comprometendo a relação de confiança*”.

Para Machado (2009)<sup>38</sup> e Dias *et al* (2011)<sup>39</sup> são variadíssimos os factores de não adesão ao regime terapêutico e conhece-los poderá facilitar o traçar de estratégias de resolução,

<sup>34</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

<sup>35</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>36</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>37</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>38</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

<sup>39</sup> DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

considerando a individualidade de cada ser humano e o direito de participar no seu projecto de saúde, de vida e na procura do seu próprio equilíbrio.

Segundo Machado<sup>40</sup> *“Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta activa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial”*.

Compreendemos que, nas últimas décadas, temos observado o envelhecimento da população associado à franca diminuição da taxa de mortalidade. Este fenómeno originou uma transformação no que respeita à Saúde das populações e o aumento das doenças crónicas é a sua mais clara manifestação. Isto trouxe novas necessidades sociais e individuais mas também novos desafios para a comunidade científica. Procura-se associar aos “anos de vida a qualidade de vida” e reduzir o impacto económico das doenças crónicas que se prevê ser cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo em 2020 (<sup>41</sup>Machado, 2009 citando Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Uma destas doenças é a doença renal crónica, muitas vezes secundária a outras doenças crónicas como a diabetes, lúpus ou hipertensão arterial. O aumento do número de doentes renais crónicos determinou a evolução rápida das terapias de substituição da função renal, permitindo uma boa resposta à necessidade de preservar a vida. No entanto o doente renal crónico continua sujeito a um infindável número de condicionalismos impostos pela sua patologia e também pela terapia de substituição da função renal a que está sujeito. Estes aumentam a dificuldade de adaptação do doente / família à sua nova situação de saúde e afectam negativamente a qualidade das suas vidas.

Qualidade de Vida foi explicada em 1994 pela Organização Mundial de Saúde<sup>42</sup> como

*“A percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

---

<sup>40</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

<sup>41</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>42</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994). **Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography**. Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1). [Consult. 7 Agosto. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

O rápido desenvolvimento técnico-científico na área da nefrologia proporcionou o aumento da sobrevivência das pessoas com doença renal crónica mas não o regresso à vida quotidiana preservando os seus aspectos qualitativos.

O sofrimento instala-se com a doença, os seus condicionalismos e com o tratamento. Medo, angústia, insegurança, insatisfação e dificuldades de adaptação à nova situação de saúde são alguns sentimentos que requerem, do enfermeiro, conhecimento e compreensão de todos os factores que podem afectar o doente renal crónico / família. Mas também o conhecimento e entendimento das percepções individuais, subjectivas de cada indivíduo - as suas necessidades de saúde<sup>43</sup>.

Estas pessoas “vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas. Dessa forma a qualidade de vida (QV) tem-se tornado importante critério na avaliação da efectividade de tratamentos e intervenções na área da saúde.”<sup>44</sup>

Qualidade de vida é um conceito que na sua natureza figura-se pelas características de subjectividade de cada indivíduo observadas numa perspectiva multidimensional.

A avaliação da qualidade de vida é utilizada para medir problemas que interferem no bem-estar e na vida dos doentes permitindo avaliar o impacto que a doença e o tratamento representam nas várias dimensões do indivíduo. Esta percepção individual tornou-se num instrumento precioso na planificação dos cuidados de saúde mas também num indicador de excelência dos mesmos, para as pessoas com doenças crónicas.

Existem instrumentos validados para a população portuguesa que permitem avaliar a percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde em doentes com doença renal crónica em diálise (Health Survey (SF-36v2 36-Item) onde são analisadas as relações da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Estes dados são valiosos para o conhecimento real dos problemas mais comuns nestas pessoas mas também das suas correlações e, ainda, da eficácia dos cuidados de

<sup>43</sup> FUJII, Cinthia D. Caetano – **Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários.** [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em:<http://hdl.handle.net/10183/18664>

<sup>44</sup> MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Cláudia Bernardi - Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Em linha]. 13 (2005) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>. ISSN 0104-1169.

saúde. Os vários estudos realizados neste âmbito reúnem consenso de que são de variada natureza os problemas que mais afectam as pessoas em programas dialíticos.

A aceitação da doença, a adaptação à nova situação de saúde e a adesão terapêutica surgem como percurso no resgate da qualidade de vida. Por isso deverão tornar-se alvos da intervenção dos enfermeiros.

Dos enfermeiros porque, de acordo com os <sup>45</sup>Padrões de Qualidade do exercício, estes devem procurar a satisfação do cliente (respeitando a individualidade da pessoa; estabelecendo empatia; estabelecendo parcerias com a pessoa / família no planeamento do processo de cuidados; empenhando-se em minimizar o impacto provocado pelas mudanças forçadas pelo processo de assistência de saúde); a promoção da saúde (ajudando a pessoa a alcançar o seu máximo potencial de saúde; otimizando o trabalho adaptativo; promovendo estilos de vida saudáveis; ensinando); a prevenção de complicações, a promoção do bem-estar e do autocuidado (identificando, evitando ou minimizando problemas; usando rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem); a readaptação funcional (fomentando a continuidade dos cuidados e o aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; ajudando a optimização das capacidade da pessoa / família na gestão do regime terapêutico; privilegiando o ensino, a instrução e o treino sobre a adaptação individual).

No caso das pessoas com doença crónica estes objectivos do exercício dos enfermeiros incidem nos focos<sup>46</sup> *Aceitação, Adaptação e Adesão*, confirmando-se a necessidade da sua inclusão no quotidiano dos enfermeiros, de acordo com aquilo que a ordem dos enfermeiros preconiza como padrão de qualidade do exercício.

Corroborar este facto Maria Manuela Machado<sup>47</sup> que entendendo que a não adesão tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial pelo aumento da despesa de saúde que dela advém, defende a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros: *“A sua proximidade com as pessoas /doentes, a natureza da relação de cuidados, bem como a regularidade e a duração dos*

---

<sup>45</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

<sup>46</sup> **CIPE** (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

<sup>47</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

*tratamentos de substituição renal, proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde”.*

Considerando, também, que sendo focos de atenção que resultam em problemas complexos de saúde pelas várias dimensões que se interrelacionam: o que é próprio da doença, do tratamento, da pessoa, da família, da circunstância... deverão ser domínio do enfermeiro especialista<sup>48</sup> no que respeita à utilização da investigação e evidência, para a planificação, execução e avaliação de intervenções de enfermagem a eles dirigidos.

Machado, no seu estudo<sup>49</sup>, classifica a intervenção dos enfermeiros relativamente à adesão como fundamental, necessária e uma excelente oportunidade de desenvolvimento profissional. Prescreve-a como *“relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação”* e sugere a *“planificação de cuidados baseada num modelo de médio alcance: “Nola Pender” que pressupõe, basicamente, um conhecimento da pessoa centrado no seu passado de adesão e as suas características específicas, da sua família, cultura... e das circunstâncias presentes, externas ao individuo como influências familiares, culturais... Limitações à adesão como grau de dependência, capacidade de adaptação familiar... e internas ao individuo, que significado tem para aquela pessoa a sua doença e tratamento. Então podemos definir, em parceria, objectivos e estratégias de forma a que progressivamente caminhemos para um comportamento de saúde desejável”*. Compreendemos que Machado, ainda que não o explicita mas pela forma como a caracteriza, enquadra a intervenção dos enfermeiros, no que respeita à adesão, naquilo que são as competências do enfermeiro especialista, oferecendo consistência à nossa pretensão.

<sup>48</sup> *A matriz de individualização das especialidades define que o campo de actuação do especialista limita-se na complexa interdependência pessoa / ambiente.* Ordem dos enfermeiros – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional.** [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.

<sup>49</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

Assim, nós, enfermeiros, enfermeiros especialistas, em equipa multidisciplinar, poderemos concorrer para a qualidade de vida dos doentes renais / famílias, com melhores cuidados de enfermagem centrados não só na situação clínica das pessoas mas também nas suas necessidades de saúde<sup>50</sup> e, ainda, para a redução dos custos de saúde através da prevenção de complicações e de comorbilidades, dando corpo a um exercício de excelência.<sup>51</sup> “*Ainda que o problema de saúde seja o mesmo (IRC), as necessidades de saúde dos indivíduos não devem ser homogeneizadas, pois eles apresentam particularidades no processo de conviver com um acometimento crónico.*”.

Detendo a importância da adesão ao regime terapêutico para a saúde das pessoas com doença crónica e para o equilíbrio económico das sociedades e considerando as recomendações da OMS para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas nomeadamente ao nível da adesão ao regime terapêutico, surge-nos a necessidade de desenvolver metodologias de trabalho para este foco de atenção dos cuidados de enfermagem e implementá-las nos serviços de saúde.

Conclui-se e reafirma-se, desta forma, a congruência e importância desta temática, pois de acordo com as competências de mestre<sup>52</sup>, devemos-nos apropriar dos conhecimentos necessários à resolução de problemas complexos e integrá-los ao nível do planeamento, execução e avaliação de estratégias de resolução.

De seguida e para concordância deste relatório com o PIS subjacente, considera-mos essencial apresentar a construção teórica que o suportava, pela actualidade, pertinência e complementaridade que permitirá consolidar os conhecimentos necessários à sua compreensão e execução.

---

<sup>50</sup> “Necessidades de saúde são sociais e historicamente construídas, devendo ser captadas e trabalhadas em uma dimensão subjectiva (STOTZ, 1991); MATSUMOTO, 1999; LARA FLORES et al, 2000; MISHIMA, 2005; CAMPOS, 1969; BATAIEIRO, 2007) citados por FUJII” In FUJII, Cinthia D. Caetano – **Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários.** [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/18664>

<sup>51</sup> FUJII, Cinthia D. Caetano – **Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários.** [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/18664>

<sup>52</sup> “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo & Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” In DECRETO-LEI nº 74/2006 de 24 de Março: **Graus académicos e diplomas do ensino superior**

## PARTE 2

### **COMPREENDER O DOENTE RENAL CRÓNICO / FAMÍLIA EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIALISE COMO FACILITADOR DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

Ser Enfermeiro numa Unidade de Hemodiálise (UH) implica compreender a globalidade da pessoa destinatária dos cuidados, considerando-a sob a perspectiva psicossocial e comportamental, envolvendo a família e percepcionando as interações estabelecidas, determinadas pelo sofrimento imposto com a situação de cronicidade da doença e pela inevitabilidade dos tratamentos. Exige competências para apoiá-la, funcionando como elemento facilitador na identificação de estratégias de resolução dos seus problemas através de uma acção pró-activa pedagógica e de apoio psicossocial.

#### **✦ DOENÇA CRÓNICA**

Segundo a OMS, doença crónica tem a seguinte definição<sup>53</sup> *“Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*.

A doença crónica determina-se pelas particularidades quanto à sua duração indeterminada e às limitações que acarreta ao indivíduo e à sua família. Impõe-se assim uma adaptação da vida social, familiar, escolar ou laboral, face às condicionantes e restrições inerentes ao tratamento.

<sup>54</sup>*“Assim a Insuficiência renal crónica (IRC), tal como a designação indica e de acordo com a definição apresentada, é uma doença crónica: é permanente, a destruição do parênquima renal é irreversível e a pessoa dependerá de terapias ou técnicas de substituição renal, tal como a hemodiálise ou a diálise peritoneal, durante toda a vida ou até que seja possível a realização de um transplante renal, para sobreviver”*.

Sendo únicas as pessoas reagem de forma única no processo de contacto com a doença.

<sup>53</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

<sup>54</sup> *Idem*, *Ibidem*

Aspectos como diferenças culturais, factores situacionais, *stress* ou o humor individual, influenciam a forma como reconhece a situação de doença e gere esse acontecimento.

Vivências anteriores (experiência pessoal, da família ou de amigos) e também a representação que os meios de comunicação fazem “daquela” doença (identidade, causas, conseqüências, duração e cura/tratamento) influenciarão positiva ou negativamente a reacção inicial do indivíduo.

As reacções mais frequentes são de ansiedade, negação, depressão e choro. A diminuição da auto-estima pela perda de autonomia é frequente.

Com uma doença crónica as mudanças instalam-se na vida da pessoa de uma forma muitas vezes insidiosa e inflexível, condicionando a prazo a reconfiguração do “eu saudável” para o “eu doente”, crónico.

Paúl afirma que <sup>55</sup> *“Estas doenças crónicas implicam, geralmente, uma aprendizagem por parte do paciente para lidar com os seus sintomas no dia-a-dia. Isto passa pelo controlo da medicação, da dieta e mesmo pela manipulação de tecnologia avançada, como é o caso dos hemodialisados”*.

Atendendo à dimensão humana do doente crónico torna-se importante compreender as modificações por ele sofridas e os mecanismos de adaptação individual.

O enfermeiro desempenhará uma dupla função: de apoio e de educação – ajudando a identificar limites normais da capacidade adaptativa e a alcançar os objectivos estabelecidos em conjunto.

## ✚ A PESSOA DOENTE E A FAMILIA

Segundo Fragoeiro<sup>56</sup> a família é a unidade de conduta social mais significativa da sociedade, uma vez que *“... Nos acompanha para toda a vida...”*.

Alarcão<sup>57</sup> refere-se à família como sendo um espaço privilegiado para a construção e a aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda o espaço de vivências de relações afectivas profundas como a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade.

---

<sup>55</sup> PAÚL, Constança; FONSECA, António – **Psicossociologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi, 2001

<sup>56</sup> FRAGOEIRO, Isabel – **A família e a descoberta das aptidões individuais**. SERVIR. Lisboa. ISSN 0871-2370. (1999);

<sup>57</sup> ALARCÃO, Madalena – **(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistemática**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. ISBN 972-8535-21-7

A doença, sobretudo se é grave, provoca geralmente crise na família.

Alarcão<sup>58</sup> define crise como correspondendo a uma situação em que há uma perturbação da adaptação e do equilíbrio interno ou externo de um sistema ou de um indivíduo. Quando surge um acontecimento causador de crise, sendo ele interno ou externo, deve-se ter em consideração diversos factores: os recursos que a família dispõe, os recursos que são desenvolvidos em resposta ao acontecimento e a percepção da crise por parte da família.

Phipps<sup>59</sup> identifica dois recursos inerentes à família que, mediante o seu grau de desenvolvimento, irão conduzir a uma melhor ou pior superação da crise que surgiu face à doença: a adaptabilidade e a coesão:

<sup>60</sup>Tal como a pessoa doente, cada membro da família responde à doença de acordo com a sua história pessoal, vivências anteriores, valores pessoais e a relação com o elemento doente.

A família tem um papel insubstituível junto da pessoa, oferecendo-lhe cuidados a diferentes níveis. Deverá ser o garante de carinho, de ajuda, segurança e protecção. Despender companhia, compreensão e paciência. Deve dar animo e espaço que permita desabafar os medos, tristeza, angústia... Como descreve Phipps<sup>61</sup> é importante o empenhamento dos membros da família no cuidar do familiar doente, preservando a família enquanto unidade social.

A doença exige, com frequência, transformações estruturais relevantes, podendo mesmo solicitar uma alteração da função económica dos diferentes membros ou até da própria família. Mas os recursos e competências desenvolvidas ao longo da vida não devem ser perdidos e podem constituir a verdadeira fonte de suporte para o doente. Por isto, a intervenção do enfermeiro deverá ser ajustada ao tipo de família mas não deverá perder, nunca, a oportunidade de o ajudar, através dela.

As alterações provocadas pelo diagnóstico de doença renal terminal são tão profundas para a pessoa, que dificilmente deixam de atingir também a sua vida familiar. A necessidade de

<sup>58</sup> ALARCÃO, Madalena – (Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistemática. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. ISBN 972-8535-21-7

<sup>59</sup> PHIPPS, Wilma; et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. 1995, ISBN 972-96610-0-6

<sup>60</sup> ROLLAND, John – *Doença crónica e o ciclo de vida familiar*. In CARTER, Betty; MCGOLDRICK – *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

<sup>61</sup> PHIPPS, Wilma; et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. 1995, ISBN 972-96610-0-6

tratamento dialítico comporta sentimentos de angústia e sofrimento para todos. Confrontada com dificuldades múltiplas, de grande responsabilidade e exigência, recorrem à equipa de saúde para ajudá-la a dar resposta aos problemas com os quais se depara. O bom funcionamento da família; os seus recursos, a habilidade para lidar com a situação e a ajuda na resolução de problemas, determinam o bom ou mau processo de adaptação à doença.

A relação desenvolvida entre a tríade doente, família e equipa de saúde é uma relação de grande proximidade e indiscutivelmente de grande importância para o processo adaptativo.

### ✦ DOENÇA RENAL E TRATAMENTO DIALÍTICO

A doença Renal Crónica é uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. Existe uma destruição maciça de nefrónios, pelo que os rins são incapazes de manter o equilíbrio hidro-electrolítico e de excretar os produtos tóxicos do organismo.

<sup>62</sup>Ou seja, os rins têm uma função importante na homeostasia e eliminação dos produtos finais do metabolismo e outros produtos tóxicos. São responsáveis, também, pela excreção da água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato, mantendo estável o volume e a composição do líquido extra celular. Garantem o equilíbrio hidro-electrolítico e o equilíbrio ácido – base. Excretam os produtos do metabolismo azotado como a ureia, a creatinina e o ácido úrico. Acumulam ainda funções endócrinas e são responsáveis pela produção da eritropoietina, renina e outros factores como as prostaglandinas e as quininas, pela activação da vitamina D, pela degradação da insulina e outras hormonas.

Assim, perante a doença renal, o indivíduo começa progressivamente a reter os produtos do metabolismo, acumula líquidos (apresentando edemas), perde a capacidade de diluir e concentrar a urina e de manter o seu equilíbrio ácido – base, assim como os seus níveis plasmáticos de sódio e potássio, entre outros electrólitos.

A perda da função renal pode ser lenta e progressiva, porque os nefrónios remanescentes vão substituindo os que “adoecem”. Mas vão sendo cada vez menos, terminando na

---

<sup>62</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

ausência de função renal, em que os líquidos, as toxinas metabólicas e os electrólitos se acumulam no sangue. Nesta fase de progressão da doença é necessário recorrer a técnicas de substituição renal (hemodiálise / diálise peritoneal), ou ao transplante renal para garantir a sobrevivência da pessoa.

A DRC resulta da evolução de variadíssimas doenças que afectam o rim de forma difusa e irreversível, salientam-se as glomerulonefrites, a pielonefrite crónica, a hipertensão arterial (HTA) e, cada vez mais, a nefropatia diabética.

Segundo <sup>63</sup>Barbas e colaboradores “*Define-se Doença Renal Crónica como qualquer doença do rim com potencial para perda progressiva da função renal ou para complicações resultantes da diminuição da função renal*”. E, para os mesmos autores<sup>64</sup> “*O termo insuficiência renal terminal aplica-se quando a disfunção renal progrediu a tal ponto, que o rim nativo é incapaz de manter a homeostasia do organismo, tornando-se imperioso o recurso à terapêutica de substituição da função renal (diálise e/ou transplantação renal)*”.

A doença renal crónica manifesta-se<sup>65</sup> clinicamente de forma inespecífica durante uma grande parte da sua evolução. Distinguem-se três fases: Inicialmente, na primeira e segunda fase, os sintomas podem ser escassos. À medida que a doença renal progride, para a sua fase terminal, um conjunto de sinais e sintomas denominada síndrome urémico instalam-se. Surgem em função de valores muito elevados de ureia, creatinina, potássio e fósforo, da diminuição do sódio, cálcio, hemoglobina e hematócrito e da retenção de líquidos.

Cada pessoa poderá apresentar diferentes sinais e sintomas pois o carácter insidioso da doença permite ao organismo adaptar-se de forma variável.

A diurese é geralmente muito baixa e a cor da urina pode variar entre muito clara, quase como água e muito escura, acumulando-se substâncias tóxicas no sangue. Os edemas das extremidades, a hipertensão e as cefaleias, são sintomas frequentes. Pode ainda acontecer irritação e insónias, resultantes da irritação cerebral provocada pelas toxinas urémicas. Boca seca, hálito urémico, anorexia, náuseas e vómitos também são sintomas frequentes.

<sup>63</sup> BARBAS et al – **Consenso Português sobre Doença Renal Crónica**. Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão. nº16. (2002)

<sup>64</sup> *Idem*, Ibidem

<sup>65</sup> THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

Com a acumulação de compostos tóxicos instalam-se as alterações neurológicas e musculares, como espasmos e ou fraqueza muscular e câibras. Algumas pessoas podem sentir formigueiros nas extremidades e também, perda de sensibilidade em certas partes do corpo. A pele adquire um tom característico, bronzeado esverdeado devido à presença dos produtos tóxicos no sangue e à palidez causada pela anemia e apresenta-se seca e com prurido, devido ao depósito de fosfatos. A diminuição da libido e variações emocionais vão desde a falta de coragem, à ansiedade, à frustração, à depressão e ao retraimento. Queixas de astenia e adinamia são constantes no DRC, algumas vezes provocadas por alterações do metabolismo, outras pelas alterações emocionais associadas à doença física, ou por associação dos dois estados.

Em pessoas com doença renal crónica terminal avançada a concentração de ureia é tão elevada que se cristaliza no suor e se não for detectada atempadamente pode evoluir para o coma e morte.

Nesta fase a doença é irreversível e o tratamento tem como objectivo preservar ao máximo a função renal, corrigir os desequilíbrios e adiar ao máximo a necessidade de recorrer a técnicas de substituição renal.

O tratamento de substituição da função renal<sup>66</sup> no contexto da Doença Renal Crónica terminal engloba a Diálise Peritoneal, Hemodiálise e o Transplante Renal.

No início, utiliza-se habitualmente uma das formas de diálise. Para a maioria dos doentes é possível a escolha em função do seu estilo de vida e das suas preferências, se não existirem contra-indicações para nenhuma delas.

A escolha da terapêutica de substituição renal está associada a numerosos condicionalismos relacionados com o doente (idade, estado nutricional, enquadramento sociofamiliar, doenças associadas, limitações anatómicas, aceitação da técnica, grau de informação, preferência do doente e sua família) e a equipa de saúde que o acompanha (consulta pré-diálise, experiência do programa de Diálise Peritoneal, características da unidade de diálise) que influenciam na prescrição de qualquer das duas técnicas disponíveis.

---

<sup>66</sup> THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

A Hemodiálise<sup>67</sup> permite, recorrendo a um monitor de Hemodiálise e a um circuito extracorporal, fazer passar o sangue da pessoa através de um “rim artificial” - o dialisador, com o objectivo de remover os produtos tóxicos acumulados, eliminar os líquidos em excesso e repor substâncias em falta. O sangue flui através das membranas semipermeáveis do dialisador, que são simultaneamente banhadas por um líquido chamado “dialisante” e, por um processo de difusão e osmose, realizam-se as trocas de líquidos, electrólitos e toxinas. O sangue e o banho circulam em direcções opostas através do dialisador, para manter no máximo, os gradientes químicos e osmóticos. Para remover os líquidos, aplica-se uma pressão hidrostática positiva ao sangue e uma pressão hidrostática negativa ao banho. A diferença entre os dois valores representa a pressão transmembranária e conduz à remoção dos líquidos do espaço vascular, por um processo designado: ultrafiltração.

Esta técnica requer um acesso vascular. Preferencialmente, opta-se pela construção cirúrgica de uma fístula artério-venosa, mas também, caso necessário, recorre-se ao implante de próteses sintéticas. Em último caso e temporariamente, recorre-se à introdução de cateteres venosos centrais, habitualmente na veia jugular ou subclávia. Estes representam um elevado risco de infecção facto que justifica o seu carácter transitório.

Actualmente a hemodiálise é uma técnica realizada por uma equipa de enfermagem devidamente treinada, sob prescrição de um médico nefrologista, num hospital central ou num centro (clínica) de diálise convencionado, em média três vezes por semana, quatro horas por sessão.

A <sup>68</sup>Diálise peritoneal é, habitualmente, realizada no domicílio, de forma autónoma. Exige a implantação cirúrgica de um cateter abdominal permanente. Para realizar o tratamento a pessoa conecta o cateter abdominal, através de um tubo estéril ao saco da solução de diálise (dialisante), de modo a permitir a entrada do dialisante na cavidade peritoneal. O peritoneu funciona como “rim” ou dialisador, através do qual as substâncias tóxicas passam do sangue para a solução dialisante. Esta necessita de ser substituída várias vezes ao longo do dia, se o processo é realizado manualmente ou, ao longo da noite, com a ajuda de uma máquina de diálise peritoneal (cicladora).

---

<sup>67</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

<sup>68</sup> *Idem*, *Ibidem*

Para alguns doentes, a diálise nas suas duas vertentes (diálise peritoneal, hemodiálise), é uma terapêutica temporária, de duração imprevisível, até serem submetidos a transplante renal. Todavia, para outros será a sua única terapêutica substitutiva renal.

No caso da terapêutica escolhida ser a **Hemodiálise** esta determina<sup>69</sup> “*a comparência aos tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana, seguir o regime medicamentoso e cumprir um plano alimentar e de controlo de líquidos relativamente complexo e difícil de compreender por ser diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral, e rigoroso. É um regime terapêutico multifacetado, que não é fácil de gerir e que impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família/conviventes*”.

#### ✚ **SENTIMENTOS DAS PESSOAS EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE**

Com o início do tratamento hemodialítico o doente confronta-se com um novo mundo de técnicas, máquinas, consultas, exames, de que vai depender e que lhe impõem dependência, condicionalismos e restrições e, conseqüentemente, novos problemas e necessidades de saúde.

Segundo Maria Machado<sup>70</sup> a comparência aos tratamentos implica que a pessoa se desloque a um centro de diálise, habitualmente o mais próximo da sua residência, num horário pré estabelecido, três vezes por semana, o que, por vezes, é difícil de conciliar com a actividade profissional e com toda a rotina familiar, incluindo as férias e as actividades de lazer. Não raramente, a pessoa vê-se desempregada, apesar de o seu emprego ser importante para que não se isole e mantenha a interacção e a participação social.

O regime medicamentoso, não sendo igual para todos, inclui na maioria dos casos vitaminas, cálcio e captadores de fósforo entre outros fármacos. Alguns são mal tolerados devido aos efeitos secundários. É o caso dos captadores de fósforo, mal tolerados ao nível gastrointestinal, no entanto se não forem tomados regularmente, os níveis de fósforo no sangue aumentam.

A restrição alimentar é rigorosa, inclui a diminuição da ingestão diária de potássio, de sódio e de fósforo. A quantidade de líquidos a ingerir por dia deve ser 0,5 l mais o volume

---

<sup>69</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

<sup>70</sup> *Idem*, *Ibidem*

total de urina excretada, que para a maioria das pessoas em hemodiálise é muito reduzida ou nula. Líquido representa-se não só pela água mas também por gelo, gelados, sumos, sopa, caldos... Tudo o que seja líquido ou húmido contribui para o ganho de peso interdialítico, ou seja, para a acumulação de líquidos entre as diálises.

As bebidas alcoólicas são desaconselhadas porque algumas são ricas em potássio e, todas, aumentam a sensação de sede.

Verificamos assim que ao contrário do que é aconselhável para a população em geral, as pessoas com doença renal em programa regular de hemodiálise devem beber pouca água, comer pouca fruta, legumes e saladas.

Não seguir estas recomendações pode trazer consequências graves, pois níveis elevados de fósforo no sangue estão associados à osteodistrofia renal, à diminuição dos níveis séricos de cálcio e subsequente desmineralização óssea. A hipercaliémia origina alterações cardiovasculares, como arritmias cardíacas graves e morte. O excesso de líquidos pode acarretar insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, dispneia e edema agudo do pulmão e morte.

Perante isto é fácil apreender que as alterações físicas, da vida socioprofissional e familiares, provocadas pela doença renal crónica terminal e pelo tratamento, originarão diminuição da auto-estima, stress e, em alguns casos depressão.

Ferrans e Powers (1992) citados por Cristóvão<sup>71</sup> referem que os factores que contribuem para uma diminuição da auto-estima nestes doentes são a alteração da auto-imagem (Dificuldade em ter filhos, atrofia da massa muscular, à presença de cicatrizes, do cateter e / ou acesso vascular, aumento ponderal pela acumulação de líquidos). E os problemas sexuais (perda de interesse sexual, impotência).

Lazarus e Folkman (1984) citados por Cristóvão<sup>72</sup> (1998) enumeram como factores geradores de *stress* nestes doentes:

---

<sup>71</sup> CRISTOVÃO, António Filipe Amaral – **Stress, Coping e Qualidade de Vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**. Lisboa: [s.n.], 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre.

<sup>72</sup> CRISTOVÃO, António Filipe Amaral – **Stress, Coping e Qualidade de Vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**. Lisboa: [s.n.], 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre.

- Diminuição da autoconfiança (maior dependência física e menor colaboração nas actividades diárias, o modo como os outros o vêem “coitado, está doente”).
- As dificuldades económicas.
- A restrição dietética.
- A exagerada burocracia relacionada com a sua condição de pessoa com doença renal crónica, como por exemplo, o pedido de transporte.
- Incertezas quanto ao futuro que lhes provoca ansiedade e medo.
- Limitações na actividade física.
- Diminuição das actividades sociais.
- Dificuldade em assumir as habituais responsabilidades em relação aos filhos.
- A rotina, a obrigação de cumprir horários relativamente ao tratamento.
- Os distúrbios do sono.
- A fadiga.

O DRC está susceptível, inevitavelmente, à **depressão**<sup>73</sup> como reacção às perdas significativas que esta doença lhe traz: A perda da saúde, a perda da independência perante a exigência do tratamento, a perda de papéis pelas restrições impostas na vida social (comer, beber e actividade), o afastamento dos amigos e familiares, a perda de estatutos na família e a falta de perspectivas futuras.

Podem ocorrer também actos de suicídio, muitas vezes relacionados, ou não, com a diálise.

Para se conseguir adaptar e ultrapassar as implicações psicológicas decorrentes da doença e do tratamento é necessário que estes doentes procedam a todo um trabalho de reorganização e gestão do seu quotidiano.

Para Thomas<sup>74</sup> a adaptação psicológica à situação de doente hemodialisado, leva a pessoa a ultrapassar dificuldades, lutar, reorganizar a sua vida e no fundo, integrar-se no seu novo

---

<sup>73</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>74</sup> THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

quotidiano, no horário ou no programa do tratamento. <sup>75</sup>“Estas respostas representam um processo de adaptação à perda, começando pelo choque e a “dormência” emocional, e prosseguindo com a negação, a negociação, a dor e a raiva, antes de chegar a um estadio de aceitação”.

Mas também o tratamento de hemodiálise conduz à ocorrência de determinadas complicações. A hemodiálise realiza “em curtos períodos e de uma forma abrupta” o que o organismo normal efectua contínua e suavemente. E, para a sua realização, impõem-se determinadas circunstâncias de risco: a circulação extracorporal; o contacto do sangue com material sintético; a exposição a soluções; a necessidade de anticoagulação. A hemodiálise pode assim figurar-se de complicações potencialmente graves, requerendo uma pronta intervenção por parte da equipa de saúde.

Pretendemos no quadro seguinte sintetizar as complicações mais frequentes do tratamento hemodialítico e respectivas intervenções.

<b>Complicação</b>	<b>Causa</b>	<b>Intervenção</b>
Hipotensão	Ultrafiltração excessiva Idade Diabetes Doença cardíaca	Trendlemburg; Administração de soro fisiológico em bólus; Diminuição da ultrafiltração.
Pré-cordialgia	Doença coronária Hipotensão Arritmia Anemia	Corrigir eventual hipotensão; Administração de oxigénio via nasal; Nitroglicerina sublingual; Despiste de alterações do ritmo cardíaco.
Hipertensão arterial	Sobrecarga de volume Activação do sistema renina-angiotensina	Controle do peso; Controle da ingestão de sódio; Medicação hipotensora.
Disritmias cardíacas	Uma baixa acentuada nos níveis de potássio sérico durante a sessão de diálise	O tipo de arritmia e a gravidade pode ser variável, podendo ser

<sup>75</sup> *Idem*, *Ibidem*

		detectada ocasionalmente ou por ocorrerem graves alterações hemodinâmicas. O seu tratamento dependerá dessa avaliação. Muitas vezes, torna-se necessário desligar o doente.
Cãibras musculares – causam sofrimento e dificultam a adequação da ultrafiltração	Contração brusca do volume extracelular com diminuição da osmolaridade plasmática, mais frequentemente nos pacientes idosos e nos mais ansiosos.	Administração de solutos hipertónicos.
Prurido	Causado pela deposição de fosfatos, cálcio ou magnésio, libertação de histamina na derme quando se estabelece a circulação extra-corporal	Aplicação de hidratantes tópicos, controle do metabolismo fosfocálcico e, eventualmente, administração de anti-histamínicos.
Náuseas e vómitos	Relacionam-se geralmente com episódios de hipotensão	Correcção da hipotensão e, eventualmente, pode ser administrado um anti-hemético.
Síndrome de desequilíbrio:  Na sua forma mais ligeira manifesta-se por cefaleia, fadiga e ansiedade. Náuseas, vómitos, HTA, tremores e desorientação surgem nos casos moderados, podendo, em casos mais graves, surgirem alterações da visão, arritmias, convulsões, perda de consciência e mesmo morte.		Administrar solutos hiperosmóticos, se convulsões administrar diazepam endovenoso e vigiar possível depressão respiratória.
Reacções de hipersensibilidade – calafrios, febre, hipotensão, dor torácica e dificuldade	Ao iniciar a HD o sangue entra em contacto com material sintético e	Este quadro pode ser prevenido fazendo a lavagem do dialisador,

respiratória – ao que se chama de "síndrome de primeiro uso".	esterilizantes que podem desencadear reacções de hipersensibilidade de maior ou menor intensidade.	antes do início da diálise, com maior quantidade de líquido (soro fisiológico ou líquido de substituição).
---	--	--

**Quadro 3 - Principais e mais frequentes complicações intradialíticas**<sup>76</sup>

Demonstrámos que as pessoas em programa hemodialítico estão sujeitas a um conjunto de complicações intradialíticas. No entanto, a maioria das diálises decorre sem problemas e o bem-estar da pessoa, durante o seu tratamento, depende da confiança consignada à equipa de saúde. No entanto a adaptação da pessoa à sua nova situação de saúde é um processo complexo, que vai depender de mecanismos de adaptação individuais, familiares e também dos laços de confiança estabelecidos com os profissionais.

#### ✚ **ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA EM HEMODIALISE**

O International Council of Nurses (ICN), citado por Machado<sup>77</sup> considera que<sup>78</sup> “*adesão é um tipo de gestão que significa: Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento*”.

Maldaner et al.<sup>79</sup> propõem nove factores que influenciam a adesão ao tratamento do doente em terapia Hemodialítica:

- *Confiança na equipe - Atitudes adoptadas pelos profissionais de saúde, como linguagem popular, demonstração de respeito pelas suas crenças e atendimento acolhedor, desencadeiam uma confiança maior nestes, resultando em uma melhoria da adesão terapêutica... o indivíduo terá maior disposição para dialogar*

<sup>76</sup> THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

<sup>77</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

<sup>78</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>79</sup> MALDANER, Cláudia Regina [et.al.] – **Factores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia Hemodialítica** [Em linha] Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.2008. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:O1AgHBBYOWoJ:seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/>. ISSN 647-53.

*sobre seus medos e sua visão de mundo, o que facilitará na construção deste vínculo tão importante... Para o enfermeiro, é necessária a capacidade de captar a subjectividade de cada ser, proporcionar um suporte emocional e esclarecimento em relação à patologia, indicar caminhos para que o indivíduo consiga manter sua qualidade de vida, desenvolvendo-se o vínculo de confiança.*

- *Redes de apoio - As redes de apoio, como a presença da família, de amigos e pessoas próximas, são importantes... A DRC, devido a sua cronicidade, necessita de um tratamento complementar às sessões de hemodiálise, o qual é realizado pelo indivíduo ou por seu cuidador no seu domicílio... o processo de adesão deve envolver a equipe de profissionais, familiares, amigos... A aproximação da família com a equipe de saúde é saudável tanto para os portadores de doenças crônicas e seus familiares, quanto para a equipe multiprofissional, possibilitando uma assistência direccionada às suas necessidades, conseqüentemente, a adesão ao tratamento tenderá a ser mais efectiva.*
- *Nível de escolaridade - A baixa escolaridade pode comprometer a aprendizagem, pois a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por ele. Independente do grau de instrução do doente crônico, a educação para a saúde é de responsabilidade de cada integrante da equipe. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interactiva, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sociocultural.*
- *Aceitação da doença - as dificuldades em aceitar ou não a doença depende de condições individuais internas e externas. As internas referem-se à manutenção da auto-imagem positiva, mudanças no papel desempenhado na família, na sociedade e no seu estilo de vida. As condições externas que podem influenciar na aceitação da doença decorrem da participação e apoio recebido da família e dos profissionais da saúde... A aceitação da doença, no caso dos aderentes, passa pela questão de ser um sujeito activo, responsável pelo seu tratamento. Uma atitude positiva de lidar com a doença é suportar os efeitos colaterais do tratamento, perguntando, informando-se, e com isso reaprendendo a viver, dentro das*

*condições impostas pela doença. A passividade diante da doença é considerada uma característica dos não aderentes.*

- *Efeitos colaterais da terapêutica - Os efeitos colaterais no tratamento de uma doença são aqueles efeitos indesejáveis geralmente provocados pelos medicamentos. A não adesão ao tratamento tem uma relação significativa com os efeitos colaterais da medicação utilizada. Isso é confirmado por diversos estudos que consideram os efeitos colaterais como um dos principais motivos para a não aderência ou mesmo o abandono do tratamento.*
- *Falta de acesso aos medicamentos - O indivíduo portador de doença renal crónica tem acesso gratuito ao serviço de diálise, no entanto, muitas vezes necessita complementar o seu tratamento com medicações de alto custo, ou de difícil acesso.*
- *O tratamento longo - O doente renal crónico em tratamento hemodialítico necessita submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração, gerando mudanças de grande impacto que repercutem-se na sua vida, familiares e amigos. Portanto, aderir ao tratamento não é tarefa fácil, considerando que a hemodiálise limita as suas actividades, comprometendo a sua liberdade.*
- *Esquema terapêutico complexo - O elevado número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo estão associados a não adesão mesmo quando os medicamentos são fornecidos. Deste modo, exigem um grande empenho por parte do indivíduo, que precisa adaptar sua vida para cumprir o tratamento. O tratamento complexo requer do indivíduo uma maior dedicação, seguimento correcto das orientações, percepção da importância do tratamento para a manutenção de sua vida. Por outro lado, a simplificação do esquema terapêutico facilita a compreensão dos detalhes do tratamento, favorecendo a adesão. Os doentes renais crónicos apresentam outras patologias associadas à DRC como: hipertensão arterial sistémica, diabetes mellitus e problemas cardíacos que requerem o controlo medicamentoso. A numerosa medicação pode favorecer o não cumprimento do tratamento, ou o esquecimento de alguns medicamentos, repercutindo em uma baixa aderência.*

- *Ausência de sintomas - a melhoria clínica representada pela minimização ou ausência dos sintomas, a falta de percepção da própria doença e o desconhecimento da importância do tratamento leva a uma menor adesão. Os indivíduos em terapia renal ao descobrirem a existência da patologia, geralmente, encontram-se debilitados. Com o início do tratamento dialítico e o uso correcto das medicações, estes sintomas agudos tendem a diminuir e, muitas vezes, desaparecer. Esta ausência dos sintomas pode causar a falsa impressão de que não é mais necessário seguir o tratamento e as orientações da equipe de saúde, interferindo na adesão ao tratamento.*

Recomenda-se que o enfermeiro considere estes principais factores na relação a estabelecer com a pessoa em hemodiálise, associando o apoio da família e da equipe multiprofissional na procura da prevenção de complicações, da permanência em tratamento e da adesão ao regime terapêutico.

A baixa adesão vai comprometer a longo prazo o estado de saúde geral da pessoa, o aparecimento de um maior número de complicações e de maior gravidade, ou seja vai deteriorar a sua qualidade de vida e aumentar as despesas inerentes à doença e ao tratamento. Condiciona, também, a possibilidade de transplante e a necessidade de mais tratamentos de hemodiálise.

Alguns autores reconhecem algumas fases de evolução psicológica do Doente Renal na adaptação ao tratamento de substituição da função renal e que poderão coadjuvar o profissional na sua intervenção com a pessoa / família.

### **Ramos<sup>80</sup> descreve quatro fases de evolução psicológica do Insuficiente Renal na adaptação ao tratamento de substituição da função renal:**

1. **Apatia, ansiedade e reacções de pânico** - É um período geralmente curto e ocorre com mais frequência nos doentes que não receberam informação adequada ao longo da evolução da doença na fase inicial. Quando o doente é confrontado com o início iminente da hemodiálise, além do medo da morte, a realização da via de acesso e o receio da técnica de diálise são também factores de *stress* - Uma forma de diminuir a ansiedade a estes doentes, é facultar-lhes a oportunidade de visitar uma unidade de diálise, de falarem com os doentes que já estão em tratamento,

<sup>80</sup> RAMOS, Aura – **Manual de Hemodiálise**. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

encorajando-os a exprimirem os seus sentimentos e receios. A equipa terapêutica deve fomentar uma visão positiva mas realista em todas as suas conversas com os doentes.

2. **Fase lua-de-mel** – Para muitos autores esta é assinalada como a primeira fase adaptativa. Caracteriza-se como o período em que o doente reage entusiasticamente ao perceber que se salvou da morte, duração média de três meses - É nesta fase que o doente é mais receptivo à aprendizagem de conhecimentos. O doente tem de ser ensinado a dominar as técnicas que o circundam, desde manipulações dietéticas ao significado dos alarmes e, sobretudo, encarar a diálise como uma técnica de rotina, não libertadora da doença e sem riscos excessivos desde que controlada. O doente tem que sentir-se apoiado mas autónomo, minimizando assim o fenómeno de dependência, aprendendo ele próprio a controlar o tratamento.
3. **Depressão** - A tomada de consciência da situação revela sentimentos de raiva e revolta profundos: o cansaço, a falta de energia e de entusiasmo pela vida, a irritabilidade, as dificuldades do sono e a depressão. O parceiro e a família são também afectados por toda esta insegurança e instabilidade. O esforço para manter a actividade profissional é grande e por vezes surge o desemprego. A noção de viver na dependência de um tratamento de substituição renal interfere no seu sentido de autonomia e a incerteza em relação ao futuro. O doente vive um período de grande instabilidade, que se reflecte sobre o seu comportamento - Neste período de crise, o recurso a um apoio psicológico pode ser importante para o doente, ajudando-o a elaborar melhor as suas perdas, consciencializando a doença e as exigências do tratamento e reforçando alguns mecanismos de defesa psicológicos que permitem ao doente combater a depressão e adaptar-se melhor à situação de HD. É preciso deixar agir o tempo, permitir que se supere a regressão, os conflitos de dependência-independência e os sentimentos de revolta.
4. **Adaptação** - Gradual, com avanços e retrocessos, pode levar anos a concretizar-se. Caracteriza-se pela aquisição do equilíbrio psicológico e pela aceitação das limitações impostas pela doença e pelo tratamento. Porém, a frequência com que surgem as complicações, o tipo de personalidade e a atitude da família, são factores que assumem um papel decisivo no modo como este longo período de adaptação se desenvolve. A adaptação à doença crónica será atingir um estado de equilíbrio,

pondo de parte as falsas esperanças ou o desespero destrutivo e reestruturando o ambiente, implica a reorganização e aceitação do «eu» de modo que haja um significado e propósito na vida, que transcende as limitações impostas pela doença. A adaptação psicológica é muito complexa e depende de factores individuais, familiares e sociais que desempenham um papel muito importante no processo de reacção e adaptação à doença.

Com o apresentado até aqui podemos interpretar que <sup>81</sup>“*Observar os aspectos da quotidianidade das pessoas com DRC e o processo de tratamento e equilíbrio da saúde implica olhar para o universo de significados que elas constroem em seu meio social e como vivenciam esse novo modo de ser... Nesse sentido, faz-se necessário redimensionar as acções terapêuticas no processo de atenção e cuidado a partir de uma escuta sensível que ajude a compreender as circunstâncias do quotidiano da pessoa portadora de doença renal crónica.*”.

#### ✚ SENTIMENTOS & SOFRIMENTO

Todos temos a noção de que os *sentimentos* que vivenciamos são importantes na nossa vida e influenciam constantemente o nosso comportamento.

Para Maisonneuve<sup>82</sup> sentimento “... *É de um emprego corrente e a sua significação parece bem estabelecida, designa estados inferiores, muitas vezes intensos, mas difíceis de exprimir, que cada um experimenta de acordo com as circunstâncias da vida. O amor, a inveja, um desgosto, uma alegria, uma emoção são qualificados, sem hesitar, de sentimentos...*”.

Para Damásio<sup>83</sup> “... *As emoções e os sentimentos são indispensáveis para a racionalidade...*”. A consciência das nossas emoções e sentimentos é determinante para o agir intencional. De contrário, o risco de agirmos apenas emocionalmente, sem a intervenção da razão, pode acarretar comportamentos menos adaptados.

---

<sup>81</sup> RAMOS, Islane Costa [et.al.] – **Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado** [Em linha] Acta Sci. Health Sci. v. 30, n. 1. Ceará, Brasil: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.2008. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/4399/3099>.

<sup>82</sup> MAISONNEUVE, Jean - **Les sentiments**. Paris : Press Universitaire de France, 1969

<sup>83</sup> DAMÁSIO, António - **O erro de descartes: emoção, razão e cérebro humano**. 18ª ed. Lisboa: Publicações Europa América, 1998. ISBN 972-1-13944-6

Para Filliozat<sup>84</sup> “A emoção é um movimento em direcção ao exterior, um impulso que nasce no interior de nós próprios e que fala ao que nos rodeia, uma sensação que nos diz quem somos e nos coloca em relação com o mundo”. Pode ser desencadeada por uma recordação, um pensamento ou um acontecimento exterior. Informa-nos sobre o mundo, guia-nos, faz-nos lembrar aquilo de que gostamos e o que detestamos e dá-nos o nosso sentimento de existência no mundo. A nossa vida emocional está estreitamente ligada à nossa vida relacional.

Para Damásio<sup>85</sup> os sentimentos são qualificadores do que é percebido ou recordado. Sem esta possibilidade, <sup>86</sup>“não haveria sofrimento ou felicidade, desejo ou misericórdia, tragédia ou glória na condição humana... A emoção e os sentimentos constituem a base daquilo que os seres humanos têm descrito desde há milénios como alma ou espírito humano”.

Existem muitas variedades de sentimentos, estando alguns directamente relacionados com emoções e outros não. Isto quer dizer que todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm exclusivamente de emoções.

Na perspectiva de Damásio<sup>87</sup> existe uma primeira variedade de sentimentos baseados nas cinco emoções universais há muito definidas, sendo elas: Felicidade, Tristeza, Cólera, Medo e Nojo. Uma segunda variedade de sentimentos baseia-se nas emoções que são pequenas variantes das cinco atrás mencionadas. Assim, Euforia e Êxtase são variantes da Felicidade; Melancolia e Ansiedade são variantes da Tristeza; Pânico e Timidez são variantes do Medo. Esta segunda variedade já não é um produto directo das emoções, pois já foi influenciada pelas experiências do indivíduo.

É de difícil descrição o conceito *sofrimento*, representa-se como pessoal e pertence ao mundo interior das subjectividades é <sup>88</sup>“... Um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual, até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de «desespero maligno», caracterizado pelo sentimento de

---

<sup>84</sup> FILLIOZAT, Isabelle - *A inteligência do coração - rudimentos de gramática emocional*. 1ª ed. Lisboa: Editora Pergaminho, 1997. ISBN 2-7096-1771-4

<sup>85</sup> DAMÁSIO, António - *O erro de descartes: emoção, razão e cérebro humano*. 18ª ed. Lisboa: Publicações Europa América, 1998. ISBN 972-1-13944-6

<sup>86</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>87</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>88</sup> GAMEIRO, M. - *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999

*abandono e expressa através de uma conduta de «negligência de si mesmo» ” é <sup>89</sup>“um estado de desconforto severo associado a uma ameaça à integridade da sua pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afectiva e que são passíveis de modificar esse sofrimento”. <sup>90</sup>“Para além do mal-estar físico, a doença confronta a pessoa com a sua fragilidade, ameaça-a com a possibilidade de perdas a diferentes níveis, que vão desde o físico e funcional, ao social e afectivo. Deixar de ser quem era, ter de aceitar limitações e incertezas quanto ao que vai acontecer, o medo de se deixar de ser amável e de se ficar frágil, vulnerável, dependente”. <sup>91</sup>“ A doença... pode ser sentida como uma ameaça e, enquanto tal, vivida como um dano potencial, ser experimentada como uma perda ou um dano real...” causador de sofrimento.*

## ✚ A RELAÇÃO DE AJUDA

Os cuidados de enfermagem têm como foco a Pessoa Total.

Para responder ao apelo da concepção, a “Pessoa Total”, surgiu uma nova dimensão dos cuidados: A Relação de Ajuda.

Lopes<sup>92</sup> considera a intervenção relacional terapêutica assente num processo de avaliação diagnóstica (ponto de partida da sistematização dos cuidados de enfermagem). Este tem como objectivo primordial compreender a forma como é vivida a doença, compreender os seus sinais e sintomas e que ajuda a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades da sua situação.

Diz-nos Watson<sup>93</sup> que “ *...as relações de cuidar são os momentos científicos, profissionais, éticos, estéticos, criativos e personalizados, entre duas pessoas que permitem o contacto entre o mundo subjectivo e a consciência de ambos...*”. O encontro intencional entre as personalidades do enfermeiro e da Pessoa destinatária dos cuidados “...

<sup>89</sup> MCINTYRE, Teresa [et.al.] – **Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós-enfarte Miocárdio: Um Esforço Interdisciplinar** [Em linha] PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.2000. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a06.pdf>

<sup>90</sup> MACHADO, C. – **O Corpo Cansado – Que Saída Psicológica Para a Doença?**. Cadernos de bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, N°28. 2002

<sup>91</sup> MCINTYRE, Teresa [et.al.] – **Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós-enfarte Miocárdio: Um Esforço Interdisciplinar** [Em linha] PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.2000. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a06.pdf>

<sup>92</sup> LOPES, Manuel José - **A relação enfermeiro/doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-62-X

<sup>93</sup> WATSON, Jean - **Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas,Lda., 2002. ISBN 972-8383-37-1

*pode libertar poder interior, força e, pode ajudar a pessoa a ganhar um sentido de harmonia interior”<sup>94</sup>.*

Na mesma referência bibliográfica, esta autora reforça que <sup>95</sup>“*o profissional de saúde envolvendo-se nesta perspectiva detém uma consciência e intencionalidade de cuidar no sentido do todo como um ideal moral... O fim é a protecção, o aumento e preservação da dignidade, da humanidade, do todo e da harmonia interior. O fim transpessoal também contempla objectivos de auto-conhecimento, auto-controle e de cuidar, e mesmo a possibilidade de auto-recuperação*”.

Lopes<sup>96</sup> considera que na Relação terapêutica de enfermagem intervêm alguns instrumentos cruciais à sua concretização.

Destaca, no seu trabalho, dois:

1. A Gestão de sentimentos: Promoção da Confiança – adquirida pela Gestão de comportamentos reactivos, Antecipação, Compromisso, Distracção, Afabilidade e Disponibilidade. Promoção da Esperança e Perseverança – adquirida pela estimulação para a vida.
2. A Gestão de informação: Explicitação do processo de doença/tratamento – adquirida através da explicação do processo da doença e do processo de tratamento. Interpretar-se-á que, através do processo relacional terapêutico, a relação de ajuda, o enfermeiro procurará conferir a cada pessoa poder para perseguir e atingir este seu projecto: *O empowerment*.

Pereira<sup>97</sup> entende que “*Ao nível da intervenção de enfermagem, pretende-se que o enfermeiro avalie com o doente as suas necessidades, tendo em conta a sua globalidade e a interacção familiar, e por um lado promova a tomada de decisão e por outro contribua para o desenvolvimento de competências que visem uma adequada adaptação aos problemas de saúde, num contexto da continuidade de cuidados. Neste sentido estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento, o*

<sup>94</sup> WATSON, Jean - **Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas,Lda., 2002. ISBN 972-8383-37-1

<sup>95</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>96</sup> LOPES, Manuel José - **A relação enfermeiro/doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-62-X

<sup>97</sup> PEREIRA, Mónica A. M. - **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**. [Em linha]. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem, sob a orientação da Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar. Lisboa: Universidade Aberta. 2010.[Consult. 1 Abril 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1666>

*utiliza como um instrumento de empowerment, num contexto de parceria com o doente/família”.*

Este, de acordo com Pereira<sup>98</sup> “...consiste num processo em que o doente adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta promotora da relação terapêutica” (2010).

O *empowerment*<sup>99</sup>, através de relações de Parceria, Empatia e Compromisso confere à Pessoa Autodeterminação, Autonomia e Autoactualização<sup>100</sup>, ou seja, o controlo real da sua vida.

O *empowerment* é, também promovido pelo *counselling* (Aconselhamento), recurso de relação, cuidativo, que a par da relação de ajuda, de acordo com Lopes<sup>101</sup>, fundamenta-se na conceptualização do outro como centro de ajuda.

O “aconselhamento é, pois, uma relação dinâmica que se ajusta, ininterruptamente, às necessidades do cliente (sem perder de vista o essencial do pedido de ajuda) e à sua evolução no sentido da mudança por si desejada”<sup>102</sup> (2010). Promove A Liberdade, a Individualidade e a Integração Social e exige um conjunto de características favorecedoras da concretização da relação; Respeito, Empatia, Autenticidade, Consideração positiva, Imediação e a Concreção.

Parafraseando Lopes<sup>103</sup> considerar a prestação de cuidados de enfermagem holísticos necessita “...tanto de um saber processual quanto de uma base relacional e

---

<sup>98</sup> PEREIRA, Mónica A. M. - **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente.** [Em linha]. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem, sob a orientação da Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar. Lisboa: Universidade Aberta. 2010.[Consult. 1 Abril 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1666>

<sup>99</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>100</sup> “A auto-actualização é um estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações que se vão deparando ao longo da vida” (Perry & Potter citado por MARTINS, Maria Gorete – *Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise.* [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, sob a orientação do Professor Doutor Jorge A. R. Lume. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2002. [Consult. 23 Março 2011]. Disponível em [http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9745/3/4654\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9745/3/4654_TM_01_P.pdf).

<sup>101</sup> LOPES, Joaquim - **O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento.** [Em linha]. Artigo de Investigação: Revista Toxicodependências. Ed. IDT, Volume 16, Nº 1. 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cx73BopCavUJ:www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencia>

<sup>102</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>103</sup> LOPES, Joaquim - **O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento.** [Em linha]. Artigo de Investigação: Revista Toxicodependências. Ed. IDT, Volume 16, Nº 1. 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cx73BopCavUJ:www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencia>

*comunicacional (onde o Outro é conceptualizado como o centro da ajuda), ou ainda, de uma ampliação do escopo dos fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem e de saúde a considerar nessa ajuda, a relação entre estes dois processos de ajuda parece teórica e praticamente possível (desejável, até), em especial com populações com necessidades complexas em cuidados de saúde” (2010).*

## ✦ PLANO CUIDADOS

O Processo de Enfermagem (PE) é um meio indispensável para cuidados de enfermagem de qualidade, ao nível da promoção, manutenção e a recuperação da saúde.

A prestação de cuidados de enfermagem assenta no método científico, forma-se num contínuo de avaliação – diagnóstico – intervenção - avaliação, com vista a atingir objectivos estabelecidos em conjunto com a pessoa destinatária do cuidado. Substancia-se assim o Processo de Enfermagem.

Os múltiplos autores são unânimes em considerar que o processo de enfermagem é constituído por cinco fases: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação.

MACHADO<sup>104</sup> remete-nos para o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender quando a adesão ao regime terapêutico é necessária para viver com a doença crónica.

A autora qualifica o modelo como descritor da <sup>105</sup>“*natureza multifacetada das pessoas em interacção com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, é muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital. É um modelo de médio alcance simples e generalizável a populações adultas, como é o caso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise*”.

Alicerça-se nele e enumera aspectos fundamentais para cada uma das fases do PE que apresento em síntese<sup>106</sup>:

---

<sup>104</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

<sup>105</sup> *Idem, Ibidem*

<sup>106</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

- ❑ *Avaliação inicial* - pressupõe obter o maior conhecimento possível sobre a pessoa, o contexto familiar e social. Conhecer as suas crenças de saúde, a importância que atribui à doença e ao tratamento, o seu passado de adesão, as suas crenças de auto-eficácia relativamente ao regime terapêutico, as barreiras conhecidas à adopção do comportamento desejado, avaliar o seu conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico, avaliar a sua capacidade para gerir o regime terapêutico. Conhecer o sistema familiar, o papel da pessoa na família, a organização das actividades domésticas principalmente no que se refere ao local e quem realiza as refeições. A actividade profissional da pessoa e as suas redes sociais de apoio.
- ❑ *Documentar e diagnosticar* - os casos de adesão ao regime terapêutico não demonstrada, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime alimentar adequado, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre as estratégias para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime medicamentoso, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre métodos de confeccionar os alimentos de modo a eliminar o potássio. A aceitação do estado de saúde.
- ❑ *Intervenções de enfermagem* - em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação das intervenções prescritas será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa / família, aos objectivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se compromete.
- ❑ *Monitorização, avaliação e reformulação* - de acordo com o progresso das necessidades de cada pessoa / família.

Para MACHADO<sup>107</sup> *“O enfermeiro poderá estabelecer com a pessoa relações de parceria que respeitem as suas crenças e opções em relação à adesão ao regime terapêutico e alianças terapêuticas com a pessoa e sua família que garantam o suporte necessário para a manutenção e melhoria da adesão ao longo do tempo... deverão estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão, integrando os*

---

<sup>107</sup>MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

*conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação”.*

Os conhecimentos apresentados nesta revisão de literatura sensibilizam-nos e capacitam-nos para uma realidade de cuidados mais complexa mas mais eficaz na Satisfação das Pessoas / Famílias de quem cuidamos. Afastam a forma tecnicista de ver a enfermagem; são intervenções autónomas, baseadas na resposta às necessidades sentidas pelo doente / família. Integrá-los no quotidiano contribuirá para mais qualidade e visibilidade dos benefícios de saúde que deles possam advir.

# PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

**“Planear Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família no SANE: Uma realidade possível”**

## PROJECTO

*“ O importante é procurar fazer, fazer o seu melhor, não se deixando «paralisar» pelo óptimo, pois é mais útil um projecto menos perfeito mas realizável e realizado do que um projecto excelente colocado na gaveta”*

*Fernandes (1998)*

Definir Projecto pode tornar-se difícil. Existe uma multiplicidade de autores que se apropriam do termo e lhe conferem diferentes conotações. Associam-no a uma intenção, a uma decisão ou uma deliberação mas, também, a um esboço ou um plano de acção ou até a um empreendimento.

Para Barbier<sup>108</sup> “... *projecto pode ser descrito como a ideia de uma possível transformação do real, a realização da acção pode ser definida como o processo de transformação do próprio real*”.

O mesmo autor avança que <sup>109</sup>“*a démarche do projecto apresenta-se, com efeito, como uma condição prévia ou um acompanhamento intelectual da produção de uma mudança*”. Associa, ainda, este conceito ao processo de investigação e de desenvolvimento, considerando a *identificação dos elementos presentes e a análise da dinâmica dos processos implicados* como uma produção de informações, de saberes ou de relações entre os factos (investigação do tipo empírico e/ou clássico) e a *produção de representações relativas* como uma investigação-acção. Considera ainda que os indivíduos empenhados na *démarche* iniciam um *Processo de Desenvolvimento*. Em conclusão Barbier define a “*démarche de projecto*” como um ideal de dinamismo, progresso, movimento e abertura.

É nesta interpretação de Projecto que vamos alicerçar o nosso trabalho; num conceito de mudança do real que origine conhecimento e desenvolvimento, pessoal (o nosso desenvolvimento de competências fundamentais ao ser especialista) e organizacional (dos

<sup>108</sup> BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.

<sup>109</sup> *Idem*, *Ibidem*

pares – através da aquisição de novas competências e da organização – através da qualidade).

De acordo com Barbier<sup>110</sup>, definimos o nosso projecto de intervenção como uma acção de desenvolvimento que visa melhorar as competências e eficácia de um grupo de profissionais de enfermagem, no atendimento às pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) em programa regular de Hemodiálise e famílias, objectivando a segurança e qualidade dos cuidados, através da aposta numa nova visão para os cuidados: A globalidade / Integralidade e Planificação dos Cuidados.

Mas para conceber um bom projecto é necessário ser detentor do máximo de conhecimento sobre as fracções que o constituem: O Diagnóstico de Situação. Onde, a par de uma boa análise do contexto onde se vai desenrolar a acção, é fundamental a construção de um referencial teórico exacto e consistente.

Passamos, assim, à exposição do Diagnóstico de Situação que efectuámos, começando pela sua fundamentação.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O que é a enfermagem? Qual o contributo das teorias e modelos teóricos para a qualidade de cuidados?

O entendimento destas questões permite-nos perceber a indispensabilidade de alicerçar teoricamente todo e qualquer projecto cuja área problemática sejam os cuidados de enfermagem.

Para Lopes<sup>111</sup> o despertar para as realidades teóricas possibilitou à enfermagem ultrapassar os limites que a própria medicina lhe impunha; enveredar pelas ciências sociais e humanas e procurar a sua própria autonomia, dando a conhecer à sociedade, a riqueza de saberes inerentes à prática dos cuidados, resultantes da investigação sobre o próprio exercício. Deste despertar surgiram diversas teorias e modelos, que se enquadraram em diferentes

<sup>110</sup> BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.

<sup>111</sup> LOPES, Manuel José - **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações** [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

escolas de pensamento, originando os paradigmas da categorização, integração e transformação.

Paradigma expressa “... *Caracterização de uma determinada forma de ver e de compreender o mundo, assim como de entender a sua influência sobre os conteúdos consensuais da disciplina de enfermagem...*” (Lopes)<sup>112</sup> e Teoria, segundo Watson<sup>113</sup>, “... *Um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um fenómeno...*” e “... *Os conceitos são a base fundamental de qualquer teoria...*” (Watson)<sup>114</sup>.

Perante o entendimento do mundo e da enfermagem, considerando as várias escolas de pensamento da enfermagem, revemo-nos na escola do cuidar, por isso, iremos procurar nela os princípios orientadores deste projecto.

A Escola do Cuidar surge em 1978/1979, com Madeleine Leininger (1981,1989) e Jean Watson (1985,1988). O “Cuidar” é caracterizado como uma relação interpessoal, de ajuda, que permite ao ser humano satisfazer as suas necessidades fundamentais, promovendo simultaneamente o seu máximo potencial. Tem, por isso, implícitas dimensões de espiritualidade e cultura, englobando aspectos científicos, humanísticos, instrumentais e expressivos, indissociáveis entre si. Centra-se essencialmente no outro como pessoa e no respeito pelo seu valor e carácter único. Implica disponibilidade e sensibilidade entre a pessoa que é cuidada e a que cuida.

A escola do cuidar qualifica-se, desta forma, por uma abertura para o mundo e integra o conceito de globalidade da pessoa, enquadrando-se no paradigma da transformação.

Desta escola faz parte Jean Watson<sup>115</sup>, para a qual a Enfermagem foca-se no Homem como um todo, ser humano-psicológico, biológico e espiritual, sendo o enfoque este último aspecto, que consideramos extraordinariamente importante e, muitas vezes, esquecido no quotidiano. Watson admite que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados se considerarem outras dimensões, como a espiritualidade e a cultura. Este ideal leva-nos a

---

<sup>112</sup> LOPES, Manuel José - *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações* [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

<sup>113</sup> WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

<sup>114</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>115</sup> *Idem*, *Ibidem*

escolher o trabalho desta autora como norteador deste projecto que propõe, na essência, uma visão de globalidade como guia de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Watson posiciona-se, como referido, no Paradigma da Transformação, onde os fenómenos são considerados como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. Existe a necessidade de proteger e promover a saúde de todos. A saúde é um valor. Dignifica-se a pessoa e o seu bem-estar, tal como ela o define. Cuidar significa “Ser Com” e os cuidados individualizados (Lopes)<sup>116</sup>.

É uma filosofia e ciência de Humanização dos Cuidados (Human Caring) considerando a combinação de estudos científicos e humanísticos: “... *Cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha...*”<sup>117</sup>.

No seu modelo, Jean Watson, explica o processo de cuidar, como guia orientador para o desenvolvimento das actividades em enfermagem desenvolvidas numa relação interpessoal. Tem como objectivo a promoção da dignidade humana, na qual o enfermeiro é um agente privilegiado.

Os fundamentos filosóficos de Humanismo, Existencialismo, Fenomenologia e outros serviram de base para a criação e elucidação dos conceitos que constituem o seu próprio modelo:

Pessoa<sup>118</sup>

Cresce; corpo, alma e espírito. Com experiências, percepções, sentimentos, pensamentos, sensações, emoções, desejos, memórias..... O total das vivências e experiências e o conjunto das suas percepções em determinado momento constitui o campo fenomenal de cada um. Poderá ser percebido por outros, através da inferência empática, mas de modo imperfeito.

---

<sup>116</sup> LOPES, Manuel José - **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações** [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

<sup>117</sup> *Idem*, Ibidem

<sup>118</sup> WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

## Saúde<sup>119</sup>

É a unidade e harmonia entre as várias esferas da pessoa: mente, corpo e espírito. É a pessoa que define o seu próprio estado de saúde ou doença.

## Ambiente<sup>120</sup>

Não foi encontrada na bibliografia consultada uma definição clara sobre ambiente, a pessoa é “um ser no mundo”, faz parte da natureza.

## Enfermagem<sup>121</sup>

Uma base sólida de conhecimentos em ciências humanas, é essencial para o processo de cuidados holísticos, assim como para o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros. É a promoção da saúde, restauração da saúde e a prevenção da doença. Começa quando o enfermeiro consegue detectar, sentir e responder à condição da pessoa, para que esta consiga transmitir sentimentos, percepções ou pensamentos. Requer um compromisso moral.

Watson identificou dez factores que constituem a estrutura para estudar e compreender a enfermagem como a ciência do Cuidar, e entender o fenómeno Cuidar num processo de relação interpessoal.

Os factores de cuidar são aqueles que o enfermeiro aplica na prestação de cuidados e que vão ajudar a pessoa a obter ou manter a saúde ou morrer com dignidade.

- 1 – Formação de um sistema de valores humanista – altruísta
- 2 – Fomentar a fé e a esperança
- 3 – Sensibilidade para consigo próprio e para com os outros
- 4 – Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança
- 5 – Promoção e aceitação de expressão de sentimentos positivos e negativos

---

<sup>119</sup> WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

<sup>120</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>121</sup> *Idem*, *Ibidem*

6 – Utilização do método científico de resolução de problemas no processo de tomada de decisão

7 – Promoção de um processo de ensino – aprendizagem

8 – Criação de um ambiente de suporte, protector e/ou corrector a nível mental, físico, sócio cultural e espiritual

9 – Assistência na satisfação das necessidades humanas:

A	<b>Necessidades de ordem inferior (Biofísicas)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A necessidade de alimento e líquido</li> <li>✓ A necessidade de eliminação</li> <li>✓ A necessidade de ventilação</li> </ul>	Necessidades De Sobrevivência
B	<b>Necessidades de ordem inferior (Psicofísicas)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A necessidade de actividade – inactividade</li> <li>✓ A necessidade de sexualidade</li> </ul>	Necessidades Funcionais
C	<b>Necessidades de ordem superior (Psicossociais)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A necessidade de realização</li> <li>✓ A necessidade de associação</li> </ul>	Necessidades De integração
D	<b>Necessidades de ordem superior</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A necessidade de auto-realização</li> </ul>	Necessidade De procura de Crescimento

**Quadro 4 - Hierarquia das necessidades humanas básicas importantes para a ciência do cuidar**

**segundo Watson**

10 – Promoção das forças existenciais fenomenológicas

O modelo teórico de Jean Watson -“Human Care”, integra aspectos da relação pessoal Enfermeiro / Pessoa / Família sem perder de vista as funções, os procedimentos e as técnicas da enfermagem. Desta união resulta um processo terapêutico ideal onde se integra, idealmente, a praxis da equipa da UH.

Não obstante é necessário pensar no enquadramento ético-legal dos cuidados, pelo que será importante ter presente a significado dos conceitos metaparadigmaticos<sup>122</sup> para o órgão que rege a profissão no nosso país: a Ordem dos enfermeiros, analisar os pontos de congruência ou discordância e avaliar a possibilidade de simultaneidade.

Para a OE o exercício profissional da enfermagem<sup>123</sup> centra-se na relação interpessoal que permite compreender os outros numa perspectiva ética... Ajudar o cliente a ser proactivo; envolvendo as pessoas significativas, definindo projectos de saúde para si, gerindo recursos. Os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões são a base da boa prática, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas.

Como podemos comprovar a enunciação feita por Watson e pela ordem dos enfermeiros portugueses revela-se consonante, o que nos permite suportar na concepção escolhida.

Para maior compreensão e rigor deste trabalho, para além deste constructo teórico e da revisão alargada da literatura apresentada no capítulo anterior, considerámos fundamental incluir outros conceitos indispensáveis ao desenho deste PIS. Estes firmarão o conhecimento envolvido na escolha das estratégias de resolução dos problemas encontrados:

## **SENSIBILIZAR, FORMAR, A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DOS ENFERMEIRO, MÉTODO POR ENFERMEIRO RESPONSÁVEL.**

### **SENSIBILIZAR**

Ao incluir no nosso objectivo geral “Sensibilização dos enfermeiros” tornou-se necessário explicar o seu significado, de acordo com o conhecimento produzido e reconhecido no meio científico.

Sensibilizar<sup>124</sup> tem um sentido de processo e mutualidade, ou seja, pode ser percebido como um método educativo de tornar sensível, possibilitando a aquisição de

---

<sup>122</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001.

<sup>123</sup> *Ibidem*

<sup>124</sup> MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental(MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiuzzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao)

conhecimentos através da lógica, das sensações, da intuição e dos sentimentos. Para Ana Carolina<sup>125</sup> é ‘tornar emocionalmente consciente’.

Questiona-se, assim, a importância de “Sensibilizar”.

Para a autora a sensibilidade é inerente ao ser humano, existe intrinsecamente <sup>126</sup>“*como forma de aprender, apreender e vivenciar a realidade, compondo o seu conhecimento, sabedoria e a maneira com que lida com esta realidade*”. A Sensibilização foca a atenção do indivíduo para um tema ou assunto, possibilitando a construção de pensamentos e reflexões a partir de uma vivência. Desta maneira, ocorre uma percepção mais aguçada e envolvente da realidade, o indivíduo torna-se crítico, indigna-se com vivências que anteriormente lhe eram indiferentes, porque, simplesmente, não as “via”. A Sensibilização revela-se, desta forma, como fonte de transformação, conhecimento e sabedoria.

Ana Carolina acredita que uma das vertentes da Sensibilização é o auto-conhecimento, a nossa identificação com o mundo, na construção de uma identidade. É uma forma sensível de educação, capacitando-nos para nos sensibilizarmos quotidianamente, sem necessidade de sermos Sensibilizados novamente, substanciando-se enquanto transformação<sup>127</sup>.

É esta a transformação que pretendemos ao delinear este projecto: contribuir para a transformação de cada enfermeiro da UH. Sensibilizá-lo para a Pessoa que é o seu doente, para as suas necessidades, a responsabilidade da ajuda pretendida, da continuidade e da qualidade dos cuidados.

Assim para a realização destas transformações é preciso proporcionar a identificação do grupo de trabalho com o tema a trabalhar. No entanto o mentor deve ter consciência de que não é ele o agente transformador, mas é responsável por criar as condições (o nosso contributo enquanto mentor deste projecto) para que o indivíduo concretize a sua própria sensibilização e que este é um processo de dentro para fora.

---

<sup>125</sup> MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao)

<sup>126</sup> *Idem*, Ibidem

<sup>127</sup> *Idem*, Ibidem

É necessário, por isso, considerar que os percursos se constroem de forma diferente para diferentes pessoas, ainda que inseridas em grupos ou contextos iguais. Podemos dizer que Sensibilizar é uma *Forma* de Formação.

## Formar

Se a sensibilização decorre de um processo de aprender, apreender, interiorizar, esta identifica-se como forma e resultado, de formar.

“Formar / Treinar 100% da equipa” apresenta-se como objectivo específico deste projecto, mas sabendo que na área de influência da Andragogia “*só se aprende o que se quer, o que tem sentido*” a autonomia formativa de cada elemento da equipa deve ser respeitada e considerada.

É, uma vez mais, através da sensibilização que podemos intervir se pretendemos obter uma determinada forma (de Ser ou de Fazer), se pretendemos ter sucesso ao iniciar um qualquer processo de transformação do real que imponha a transformação dos próprios actores.

O percurso formativo, sendo individual é autodirigido, mas tem uma visão subjacente das metas a atingir e dos caminhos para o fazer, no contexto profissional. Sendo que os três aspectos, por si mesmos, são formas: <sup>128</sup>“*Formar é dar uma forma (ou deformar) ... Formar é tomar forma, é tornar-se naquilo que se é, sendo o sujeito a moldar a sua própria forma. Este processo formativo é intencional porque orienta e leva o sujeito a adquirir uma forma.*” (Figueiredo, 2004). No prefácio deste livro de Abílio Figueiredo, Isabel Renaud afirma que <sup>129</sup>“*...a forma se torna tão importante que precisa de ser não somente descoberta ou reconhecida, mas criada; para o agir contemplado pela ética, não há, com efeito, forma sem formação; em sentido contrário, a «formação» consiste nesta participação activa do ser humano que se dá a si próprio a forma especificamente humana da sua existência.*”.

---

<sup>128</sup> MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiuzzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nemars.org.br/teses/sensibilizacao)

<sup>129</sup> RENAUD, Isabel no prefácio de FIGUEIREDO, Abílio - **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

A Autonomia formativa dos enfermeiros é um dos objectivos do MDP<sup>130</sup> (Modelo de Desenvolvimento Profissional) “*Promover a autonomia do enfermeiro nos percursos de desenvolvimento profissional, reconhecendo-o por processos de validação de competências para efeitos de posicionamento no programa formativo proposto pelos colégios da especialidade*” (Caderno Temático).

Determina-se, assim, um percurso formativo individual de qualificação, de aprendizagem de conhecimentos e de reflexão sobre as experiências: de aquisição de competências.

No entanto, percebe-se que na base desta procura de uma nova forma, também são necessárias competências que permitam ao indivíduo projectar o caminho e a forma que deseja adoptar: <sup>131</sup>“...na medida em que se reflecte e avalia o realizado, contribui-se para melhorar o desempenho...” (Deodato, 2008); <sup>132</sup>“...Para se aprender algo é necessária uma postura disponível e activa do sujeito que deseja aprender... utilizando todos os seus conhecimentos ... na medida em que o sujeito prevê futuras realizações ...” (Figueiredo, 2004).

Intervém aqui a sensibilização; favorecendo a apreensão de um real diferente e da necessidade de lhe responder, o indivíduo adquire uma diferente visão de si, do outro e da sua intervenção junto dele. Adquire uma diferente visão dos ganhos de saúde pretendidos, enquanto forma identitária, para a intervenção dos enfermeiros.

## A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DOS ENFERMEIROS

A Saúde é um direito fundamental das Pessoas, consagrado no <sup>133</sup>Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. Os cuidados de enfermagem inserem-se neste domínio, são assim direito fundamental de toda e qualquer Pessoa. Obtém-se que os enfermeiros são responsáveis, pela sua natureza profissional, pelo Planeamento e Sistematização dos cuidados de enfermagem a oferecer à comunidade, no sentido de defender e promover a Saúde.

<sup>130</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

<sup>131</sup> DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional Em Enfermagem: Valoração Da Sociedade**. Coimbra. Edições Almedina, SA., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

<sup>132</sup> FIGUEIREDO, Abílio - **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

<sup>133</sup> **Constituição da Republica Portuguesa** [Em linha]. VI Revisão Constitucional, 2004-. [Consult- 29 Out. 2010].Disponivel em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OmwCDpmg318J:www.ces.es/TRESMED/docum/por-cttn-por.pdf>

Observou-se, de acordo com a revisão da literatura, que a intervenção do enfermeiro junto do doente renal crónico em programa regular de hemodiálise pode considerar-se da área de influência do especialista, fundamentando-se na necessidade de uma visão de globalidade, individualização, parceria, envolvimento familiar, de empowerment aquando o seu planeamento. Assim, além de uma diálise segura, eficaz, eficiente, a intervenção do enfermeiro assume uma abordagem sistémica de modo a que a pessoa e sua família possam satisfazer as suas reais / totais necessidades. Define-se o seu enquadramento no domínio da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica & à pessoa em situação crónica e paliativa.

O ICN, citado por MACHADO<sup>134</sup> *“estima que existam cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo e considera que este número, associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes, os coloca numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão”*.

Sabemos que o enfermeiro é um educador por excelência e considerando a realidade dos doentes renais crónicos em hemodiálise é possível apreender como a educação em saúde é importante se realizada de forma competente. A pessoa / família poderá recuperar tanto da “normalidade” da sua vida quanto melhor for a orientação recebida sobre alimentação, cuidados com os acessos vasculares, cumprimento da medicação instituída para o domicílio, articulação com outros profissionais (Grupos de hipertensão arterial sistémica, diabetes, doenças auto-imunes, infecciologia...) e sobre os seus direitos (apoios comunitários).

Esta Forma de intervir, enquadrada numa relação “Enfermeiro / DRC / Família” que é *“para toda a vida”*, apela a uma metodologia de trabalho que se revele eficaz. Da bibliografia consultada o método por “Enfermeiro Responsável” surge como mais adequado a esta realidade, pelo que foi escolhido para este projecto.

---

<sup>134</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

## Método por Enfermeiro Responsável

No método “Enfermeiro Responsável / Referência”<sup>135</sup> (*Primary Nursing*) encontramos uma visão da Pessoa Total. A avaliação, a planificação, a execução e a avaliação dos resultados é individual e dirigida. Traduz-se, em súpula, num processo de “coordenação”<sup>136</sup> que permite, em colaboração com outros profissionais, executar as intervenções de enfermagem inscritas no plano global de cuidados de saúde de cada pessoa. Promove a participação da pessoa / família nas decisões sobre si.

Operacionalizando, cada pessoa / família estará associada a um enfermeiro. Este é responsável por estabelecer uma relação terapêutica de confiança e parceria, da qual surgirá a identificação de problemas e necessidades de saúde, os diagnósticos de enfermagem. Deve, em conjunto com esta pessoa / família, estabelecer resultados a atingir e prescrever intervenções de enfermagem dirigidas à sua resolução. É também responsável pela inscrição, no plano de cuidados de cada pessoa, este planeamento de modo a permitir a continuidade por parte da restante equipa de enfermagem. E é responsável pela avaliação e reformulação dos diagnósticos e intervenções. O principal objectivo é a individualização dos cuidados, a segurança e qualidade dos mesmos e a participação da pessoa / família nas decisões sobre si numa filosofia humanizadora dos cuidados de enfermagem.

No entanto no seu artigo de revisão<sup>137</sup> José Costa conclui que nenhum método “*particular de cuidar ou de organizar a prestação dos cuidados de enfermagem tem uma relação inevitável com a qualidade dos mesmos ou com o nível de desempenho profissional e poder-se-á ponderar as vantagens da utilização de vários métodos*”.

Sublinhamos que esta é a realidade da unidade onde se desenvolve este projecto. Diariamente o método é a distribuição do enfermeiro por posto de trabalho, mas simultaneamente coexiste a metodologia de “enfermeiro responsável” para a planificação dos cuidados totais das pessoas em programa regular de diálise. Validando-se assim a viabilidade desta realidade.

<sup>135</sup> COSTA, José dos santos - **Métodos de prestação de cuidados**. [Em linha]. Artigos publicados em revista científica: Revista Millenium nº30 – Outubro 2004, Instituto Politécnico de Viseu. ISSN: 1647-662X. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/560>

<sup>136</sup> *Idem*, Ibidem

<sup>137</sup> *Idem*, Ibidem

Entendemos concordante, agora, abordar a temática “Plano de Cuidados”. Sentimos, no entanto, necessidade de esclarecer a nossa intenção quanto ao seu conteúdo e ao propósito desta inclusão.

O enquadramento conceptual assumido anteriormente alicerça e estrutura todo este projecto. É na sua teorização que o arquitectámos e também é nele que antevemos a forma dos cuidados de enfermagem na unidade onde trabalhamos.

Mas é nossa função, enquanto responsável pelo projecto, oferecer métodos facilitadores e eficazes de trabalho. Considerámos, por isso, impositivo incluir um modelo de médio alcance, facilitador da abordagem ao doente crónico na perspectiva da sua globalidade e singularidade: o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que através de uma estrutura simples e clara auxilia o enfermeiro no planeamento, intervenção e avaliação das suas acções.

## PLANO CUIDADOS

O Processo de Enfermagem (PE) é um meio indispensável para cuidados de enfermagem de qualidade, ao nível da promoção, manutenção e a recuperação da saúde.

A prestação de cuidados de enfermagem assenta no método científico, forma-se num contínuo de avaliação – diagnóstico – intervenção - avaliação, com vista a atingir objectivos estabelecidos em conjunto com a pessoa destinatária do cuidado. Substancia-se assim o Processo de Enfermagem.

MACHADO<sup>138</sup> remete-nos para o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender quando a adesão ao regime terapêutico é necessária para viver com a doença crónica.

O modelo<sup>139</sup> coloca a enfermagem na ciência do comportamento. Pelo que se ajusta à conceptualização em que este projecto foi construído. Pender pretende a identificação dos factores que influenciam comportamentos saudáveis e a compreensão biopsicossocial que leva os indivíduos à adopção de comportamentos promotores de saúde. Ou seja, o modelo

---

<sup>138</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

<sup>139</sup> VICTOR, Janafina Fonseca et Al - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. Vol. 18, nº 3 (Julho / Setembro 2005). [Consult.24 de Março de 2011]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 0103-2100

permite implementar e avaliar ações de promoção da saúde através da avaliação dos comportamentos que levam à promoção da saúde, considerando três aspectos principais:

- As características e experiências individuais,
- Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar,
- O comportamento de promoção da saúde desejável.

Machado qualifica o modelo como descritor da <sup>140</sup>“*natureza multifacetada das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, é muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital. É um modelo de médio alcance simples e generalizável a populações adultas, como é o caso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise*”.

Alicerça-se nele e enumera aspectos fundamentais para cada uma das fases do PE que apresentamos em síntese <sup>141</sup>:

- *Avaliação inicial* - pressupõe obter o maior conhecimento possível sobre a pessoa, o contexto familiar e social. Conhecer as suas crenças de saúde, a importância que atribui à doença e ao tratamento, o seu passado de adesão, as suas crenças de auto-eficácia relativamente ao regime terapêutico, as barreiras conhecidas à adopção do comportamento desejado, avaliar o seu conhecimento sobre a doença e sobre o

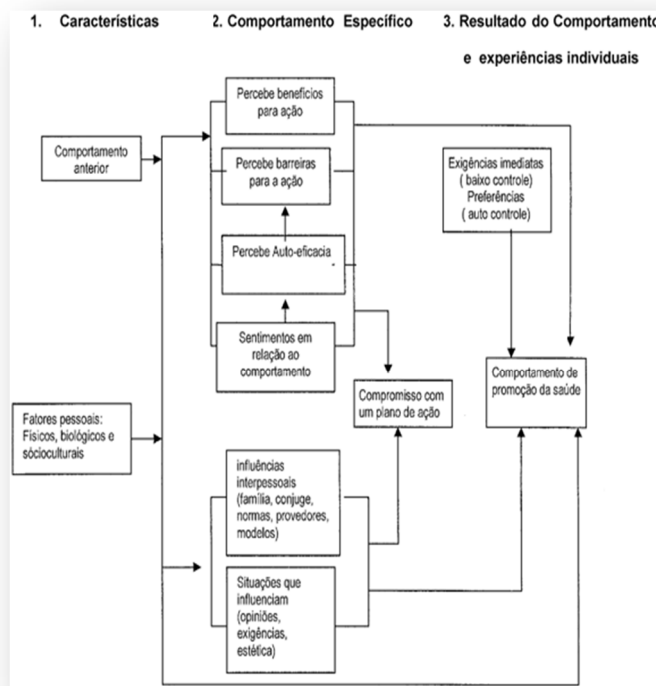


Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

<sup>140</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

<sup>141</sup> *Idem*, *Ibidem*

regime terapêutico, avaliar a sua capacidade para gerir o regime terapêutico. Conhecer o sistema familiar, o papel da pessoa na família, a organização das actividades domésticas principalmente no que se refere ao local e quem realiza as refeições. A actividade profissional da pessoa e as suas redes sociais de apoio.

- ❑ *Documentar e diagnosticar* - os casos de adesão ao regime terapêutico não demonstrada, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime alimentar adequado, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre as estratégias para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime medicamentoso, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre métodos de confeccionar os alimentos de modo a eliminar o potássio. A aceitação do estado de saúde.
- ❑ *Intervenções de enfermagem* - em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação das intervenções prescritas será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa / família, aos objectivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se compromete.
- ❑ *Monitorização, avaliação e reformulação* - de acordo com o progresso das necessidades de cada pessoa / família.

A resolução saudável dos processos de sofrimento, críticos, nunca é o seu esquecimento, mas a capacidade de redefinir os objectivos de vida e voltar a sentir prazer de viver.

É necessário fomentar a restituição da esperança e da auto-estima, da conservação das relações com pessoas significativas e estabelecer um processo relacional de ajuda consolidado em atitudes de compreensão e envolvimento com a pessoa, para que esta atinja a aceitação da sua doença e se adapte à sua nova situação de saúde.

O método Enfermeiro Responsável associado à concretização de planos individualizados centrados do DRC, surge como metodologia adequada às suas necessidades. Esta concretização aspira-se enquanto real transformado após a implementação deste projecto.

Examina-mos, agora, a realidade.

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O desenvolvimento constante dos conhecimentos na área da Medicina, permitiu um aumento da longevidade dos humanos, mas, em coexistência, confere-se um aumento na incidência das doenças crónicas e incapacitantes, que se tornam actualmente mais comuns que as doenças agudas e acontecem em qualquer etapa do ciclo vital do indivíduo.

As doenças crónicas representam um dos maiores problemas de saúde no mundo actual e constituem as primeiras causas de incapacidade e morte prematura. São múltiplas e podem afectar qualquer um dos sistemas orgânicos. Com diferentes etiopatogenias, existem aspectos que lhes são comuns e que dependem do factor “cronicidade”: prolongam-se no tempo, irreversíveis, afectando profundamente a vida dos indivíduos, com implicações físicas, sociais e emocionais; requerem uma ligação contínua aos cuidados dos serviços de saúde; alteram a dinâmica familiar e envolvem sempre alguma incapacidade.

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma dessas doenças.

A DRC delimitou uma das áreas da medicina onde o progresso científico e técnico foi dominante. Quando a falência de outros órgãos vitais, tem como única hipótese o transplante ou, inevitavelmente, a morte, os doentes em falência renal, além do transplante, têm terapêuticas substitutivas de função renal (Terapêuticas Dialíticas) que lhe permitem manter a vida.

No entanto, o conhecimento fisiopatológico da doença e a possibilidade de manutenção da vida é insuficiente ou, digamos, demasiado simplista, <sup>142</sup>“pois a doença não se confina a biologia do corpo. O ser humano deve ser visto numa perspectiva holística e os processos fisiopatológicos sem cura, como as doenças crónicas, como tendo implicações graves ao nível psicossocial”.

Sendo possível manter e aumentar a vida de pessoas que, sem a abrupta evolução técnico-científica, morreriam, não podemos ficar indiferentes aos condicionalismos impostos pela sobrevivência. Ao aumento de vida torna-se imprescindível associar o conceito “qualidade de vida”, pois o primeiro acontece associado a um enorme Sofrimento.

Para Gorete é importante a consciência de que <sup>143</sup>“quando se diagnostica uma IR a alguém que teve uma vida praticamente saudável, cujos contactos com o Hospital provavelmente

<sup>142</sup> MARTINS, Maria Gorete de Jesus Baptista - **Auto-Actualização e Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica: Uma Investigação no Adulto em Tratamento de Hemodiálise** [Em linha]. Porto; Faculdade de medicina Universidade do Porto, 2002. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW:/URL:http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3038

<sup>143</sup> *Idem*, ibidem

*foram raros, sofre a primeira agressão importante, dirigida directamente contra o seu "eu" mais íntimo, contra o seu auto-conceito e contra a sua auto-estima. Sofre a ameaça de duas palavras fatais: "insuficiência" e "crónica". Está-se a dizer a essa pessoa que é um doente e que o será para toda a vida".* Isto, associado ao carácter e personalidade do indivíduo, determina um conjunto de emoções, na maioria dos casos, medo, angústia e insegurança que atingem também, previsivelmente, a sua família.

Compreende-se, assim, que ser Enfermeiro numa Unidade de Hemodiálise exige conhecimentos e competências para um trabalho de reflexão e ponderação de extenso significado. Este expressa-se pela necessidade duma análise psicossocial e de comportamentos das pessoas, das suas famílias e das interacções estabelecidas, determinadas pelo sofrimento imposto com a situação de cronicidade da doença e pela inevitabilidade dos tratamentos.

A transdisciplinaridade seria o ideal do cuidado de saúde, que não deverá limitar-se ao diagnóstico e acompanhamento terapêutico hospitalar ou ambulatório. Acções pedagógicas e de apoio psicossocial, cooperativas com o doente e sua família, são imprescindíveis para que cada pessoa se adapte à sua nova circunstância de saúde.

Não obstante a evidência científica, a realidade dos cuidados parece estar distante deste modelo.

Na Unidade de Hemodiálise onde exercemos e decorreu este estágio, temos a co-responsabilidade por um projecto profissional que prevê a execução de um plano de cuidados de enfermagem para cada pessoa / família em programa regular de hemodiálise. No entanto, o projecto revelou-se um insucesso com uma adesão de 0%, verificada pela observação directa dos instrumentos implementados.

Face à clareza científica sobre a indispensabilidade de uma visão de globalidade dos cuidados de enfermagem a disponibilizar a estas pessoas / famílias e considerando necessário a existência de métodos sistematizados de trabalho que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, decidimos dinamizar e ministrar sucesso ao projecto mencionado a partir da resolução do problema encontrado:

***“Não adesão da equipa de enfermagem ao projecto de serviço “Plano de cuidados de enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família em programa de Hemodiálise no SANE”.***

O Enfermeiro da UH, de acordo com o solicitado pela sua própria profissão, tem um espaço de intervenção obrigatório e determinante para cada pessoa / família.

Nos termos do Artigo 4. do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n. 104/98, de 21 de Abril) <sup>144</sup>“*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”.

Considera-se ainda e em assentimento com as Competências do enfermeiro de cuidados gerais <sup>145</sup> que dele é esperado que “28 – *Actua como um recurso...* 34 – *Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística...* 35 – *Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença...* 36 – *Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.* 37 – *Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.* 38 – *Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.* 39 – *Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde...* 40 – *Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.* 41 – *Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.* 42 – *Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.* 43 – *Avalia a aprendizagem*”.

A concepção da intervenção da enfermagem com a pessoa em hemodiálise / família apresentada e o enquadramento legal da profissão justificariam, por si só, o projecto “PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA: UMA REALIDADE POSSÍVEL”

Avaliar com cada pessoa, no seu contexto individual e sociofamiliar, quais são as suas necessidades e quais as estratégias a adoptar neste conflito será sempre fundamental à

<sup>144</sup> DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro: **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**

<sup>145</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.

prestação de cuidados de enfermagem. Depender de uma técnica dialítica constitui um acontecimento de crise na vida da pessoa / família que <sup>146</sup>“*resulta de processos fisiopatológicos não intencionais, a partir dos quais terá que reorganizar todo o seu projecto de vida e de saúde, adaptando-se a uma nova condição*”.

Para recuperar o equilíbrio, adaptando-se e aceitando a nova condição de saúde, segundo Machado<sup>147</sup>, a pessoa deverá aderir a um complexo regime terapêutico: o tratamento de substituição renal, a manutenção do acesso vascular, o regime medicamentoso, o regime alimentar e o controlo dos líquidos ingeridos. Isto dependerá dos factores individuais, familiares, sociais e organizacionais que condicionarão uma transição mais ou menos difícil e uma adaptação mais ou menos bem conseguida.

As Pessoas com doença renal crónica, que dependem de uma técnica de substituição da função renal, especificamente a Hemodiálise, como vimos, carecem de mais do que uma técnica dialítica eficaz e segura. Elas e as suas famílias vivem uma complexa situação de saúde<sup>148</sup> que prescreve uma Abordagem Sistémica na planificação dos cuidados de enfermagem a disponibilizar.

Na matriz de individualização das especialidades<sup>149</sup> encontramos que o campo de actuação do especialista limita-se na complexa interdependência pessoa / ambiente. Impõe-se-lhe assim uma Abordagem Sistémica dos Problemas de Saúde Complexos.

Interceptando define-se um campo de actuação do enfermeiro especialista junto da pessoa / família em programa de Hemodiálise, que por si só enquadra a escolha desta área temática: A Metodização da Planificação dos cuidados.

A escolha deste projecto de intervenção no serviço, no âmbito deste CPLEE MC, justifica-se pelo seu enquadramento no domínio de actuação do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em

---

<sup>146</sup> MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

<sup>147</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>148</sup> MARTINS, Maria Gorete de Jesus Baptista - **Auto-Actualização e Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica: Uma Investigação no Adulto em Tratamento de Hemodiálise** [Em linha]. Porto; FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO, 2002. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW:/URL:<http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3038>

<sup>149</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional**. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.

situação crítica: <sup>150</sup>“*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica: Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística*”.

Este género de Abordagem Sistémica dos Problemas de Saúde Complexos favorece a apreensão da globalidade da realidade complexa através da clarificação das múltiplas interacções, sem que se perca o significado do todo e a finalidade da própria intervenção. Impõe-se assim a execução dum plano de cuidados ou seja, a formulação antecipada de intervenções, estabelecidas conjuntamente pelos intervenientes, face aos problemas sentidos. Isto evidenciará a sua eficácia, a necessidade de reformulação e obterá indicadores para avaliar a qualidade dos cuidados e o próprio desempenho profissional.

## ANÁLISE DO PROBLEMA

A direcção clínica do serviço de nefrologia, em consenso com as Sras. Enfs. Chefes de Enfermagem, define-o como recurso de *cuidados de saúde renais de superior qualidade* e como promotor de *programas educacionais com ênfase na valorização dos recursos humanos*<sup>151</sup>.

Contextualizando a praxis da enfermagem na unidade de hemodiálise deste serviço, de acordo com o explicitado anteriormente, identificamos lacunas importantes à concretização desta caracterização pois as necessidades psicossociais ficam, muitas vezes, fora do foco de atenção dos enfermeiros desta unidade.

No seu quotidiano, os cuidados prestados centram-se na resolução de actos técnicos em que a globalização dos cuidados fica aquém do desejável. Explicitando, o método de distribuição de trabalho é por posto de trabalho, de acordo com esta distribuição os enfermeiros executam as técnicas necessárias a uma Hemodiálise segura e eficaz para as pessoas em programa regular ou em situação de urgência. Os problemas de ordem psicossocial são, muitas vezes, deslocados para a intervenção da Sra. Enf.<sup>a</sup>. Chefe da

<sup>150</sup> REGULAMENTO N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

<sup>151</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

Unidade, que em conjunto com a pessoa e outros profissionais da equipa multidisciplinar, encontram a melhor resolução.

Mas questionamos se esta não será uma área de intervenção do enfermeiro de cuidados gerais, ainda que com supervisão do enfermeiro especialista para as situações complexas de saúde. Pois ser enfermeiro é muito mais do que ser executor, pressupõe uma praxis e um foco complexo de intervenção, a Pessoa / família.

Conjuntamente, em complemento à distribuição por posto de trabalho, está instituído o método enfermeiro responsável, num rácio 2:1, que conjectura uma visão global das necessidades e um planeamento das intervenções de enfermagem para cada pessoa / família. Este conceito institui-se no projecto profissional, que já mencionámos antes, que consubstancia a globalidade / integralidade dos cuidados de enfermagem nesta unidade.

Para além deste projecto subsistem outros que, para além dos objectivos próprios, contribuem para esta visão do que são, idealmente, os cuidados de enfermagem numa UH; “Adesão a medicação extra-dialítica”, “Sobrevida dos acessos” e “Acolhimento”. Mas os seus mentores trabalhavam as intervenções e resultados “*per se*” e não centrados na pessoa total e nas suas necessidades. Considerámos indispensável inter-relacionar estes projectos, focalizá-los e enquadrá-los num *continuum* que permita a visão global do individuo e dos seus problemas, só possível através da adopção de uma metodologia eficaz que prognosticamos, alicerçados no conhecimento e na experiencia, ser “o método enfermeiro responsável” e a “planificação de cuidados”.

Desta forma poderemos considerar não só a qualidade dos cuidados proveniente de uma abordagem sistémica dos problemas complexos e da planificação das intervenções mas também a existência de cuidados de enfermagem especializados com recurso às competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados, em processos associados à enfermagem à pessoa / família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica. Dar-se-á, então, ênfase à valorização dos recursos humanos na busca de qualidade, quando consideramos os cuidados de enfermagem.

Esta a razão pessoal para a escolha do projecto, a nossa identificação enquanto enfermeira desta UH, o insucesso do projecto profissional, a persistência na visão, o espaço para o

desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Continuando a análise, identifica-se que no ano de 2010 foi estabelecido o objectivo de <sup>152</sup>“*Proceder ao registo sistematizado das necessidades dos utentes e intervenções em enfermagem*” a 50% das pessoas em programa regular de hemodiálise. Com 0% de adesão estas metas mantiveram-se e alcançaram-se em 2011<sup>153</sup>, fruto da execução deste PIS e subiram para 60%<sup>154</sup>, o que reforça a necessidade de manter este objectivo.

Associa-se que o hospital onde decorreu a acção foi acreditado pelo CHKS<sup>155</sup> ” em 28 / 04 / 2010 e, em 2011, atravessou um processo de ReAcreditação pelo Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3. Edição, Versão 01, 2010.

Neste programa concretiza-se como decisiva a efectivação do “*Plano de Cuidados*” observada nalguns critérios da Norma 64, atribuída ao Serviço de nefrologia. Critério 64.5, de nível A e ISO - <sup>156</sup>“*Todos os doentes tem um plano de cuidados personalizado que e desenvolvido em discussão com o doente e com as pessoas que cuidam do doente...* ” orienta que “*O plano de cuidados deve identificar as necessidades do doente, em termos de saúde e em termos sociais, a forma como ira ser dada resposta a essas necessidades e os responsáveis por essa resposta...*”. Critério 64.6, nível A - <sup>157</sup>“*Os planos de cuidados tem uma data de revisão, que deve ser realizada no prazo de um ano, e existem evidências de que os planos são revistos dentro deste prazo, ou antes, se tiver ocorrido alguma alteração significativa do estado clínico/das circunstâncias pessoais do doente*”. Critério 64.10, nível A, <sup>158</sup>“*A equipa multidisciplinar de nefrologia trabalha com os doentes no sentido de encorajar a sua cooperação no processo de prestação de cuidados e a sua participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos. As informações dadas aos doentes, a discussão e as suas escolhas são registadas no plano de cuidados*”.

<sup>152</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

<sup>153</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011

<sup>154</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2012

<sup>155</sup> Healthcare Accreditation and Quality Unit

<sup>156</sup> CENTRO HOSPITALAR DE ██████████ – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01 Abril de 2010 [Em linha]. ██████████, 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública ██████████\_2011.pdf

<sup>157</sup> *Idem*, Ibidem

<sup>158</sup> *Idem*, Ibidem

Com estas determinações afirmou-se a oportunidade de realização do projecto. A “obrigatoriedade” imposta pela ReAcreditação e os objectivos traçados no plano anual do SN criaram uma conjuntura favorável à execução do projecto.

Contextualizada a oportunidade torna-se necessário compreender as razões subjacentes ao problema de modo a tornar possível eleger estratégias de resolução.

Para tal recorreremos a um questionário aplicado à equipa de enfermagem do SANE:

## INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Para compreender a importância atribuída pelos enfermeiros do SANE ao projecto profissional “Plano de cuidados de enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família em programa de Hemodiálise” e as razões da não adesão ao mesmo, recorreremos a um questionário aplicado a equipa de enfermagem da unidade de hemodiálise.

Este Questionário foi construído por nós, discutido com a Orientadora Enf.<sup>a</sup> Chefe AL e a Sra. Prof. EM e associado ao questionário executado no mesmo contexto pela aluna MM, para que, sendo destinado à mesma população, não predominasse o cansaço relacionado com o preenchimento dos mesmos.

Foram efectuados os pedidos de autorização aos órgãos de gestão da instituição e iniciado o processo.

A equipa do SANE constituiu-se por 19 enfermeiros, aos quais foram aplicados o respectivo questionário no período de 15 a 22 de Fevereiro de 2011 ([Apêndice 3](#)).

Foram devolvidos 18 questionários preenchidos, que depois de analisados ([Apêndice 4](#)) demonstraram o seguinte:

Concluiu-se desta análise (arredondado às decimas) que 88,8% dos respondentes consideraram necessário o Plano de cuidados para a qualidade dos cuidados. Dados corroborados pela interpretação da escala de Likert, na qual 38,8% atribuem uma importância relativa ao procedimento, 27,7% da equipa encara com muita importância e 22,2% absoluta importância o plano de cuidados (88,7% atribuem importância). 11,1% Confere-lhe alguma ou pouca importância. Destaca-se que não será o não reconhecimento da necessidade que leva os enfermeiros a não aderirem ao projecto.

Da terceira questão reconhecemos alguns dos motivos identificados por esta equipa para a não concretização do plano de cuidados, sendo a “Falta de tempo / excesso de trabalho” e o “Não estar instituído” as razões mais apontadas. A “Não motivação”, “Falta de condições”, “Mais burocracia” e o “Esquecimento” outros fundamentos para a não adesão. Uma pessoa responde “Não saber fazer” e uma “Não ser obrigatório”.

Serão nestas causas que teremos que intervir para conseguir a transformação da realidade que idealizamos neste projecto. É nelas que cingimos a Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral. Para melhor realizar esta etapa e, também, para perceber quais as estratégias a utilizar na resolução da problemática é necessário conhecer o público-alvo. Para isso surge-nos apropriado o estudo da cultura organizacional desta equipa e apresentar o contexto onde se desenvolve o projecto, também ele determinante.

## O CONTEXTO ONDE SE DESENVOLVE O PROJECTO<sup>159</sup>

### CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Distrito da região sul onde desenvolvemos este projecto tem uma área de 5064 km<sup>2</sup> e uma população residente, segundo os últimos sensos, de 815 858. Actualmente é um distrito com propensão ao desenvolvimento nas áreas da saúde, trabalho, economia, turismo, demografia e educação, devido à proximidade do mar, à eficiente rede de escolas e à fácil captação de investimentos no distrito.

Esta grande área geográfica, na sua maioria, é constituída por território agrícola e população rural, originando um grave problema ao nível da acessibilidade aos cuidados de saúde. Constitui-se ainda por uma fracção de população urbana e metropolitana.

São várias as unidades hospitalares do distrito e o hospital em questão insere-se num centro hospitalar constituído em Dezembro de 2005.

Esta fusão proporcionou uma rentabilização de custos, de estrutura e de serviços de apoio, uma reorganização de recursos humanos e materiais, tornando a organização mais eficiente. Também favoreceu o desenvolvimento em áreas complementares e dos diversos

---

<sup>159</sup> Este conteúdo (Caracterização da organização e Cultura Organizacional) foi realizado em conjunto com a aluna do CPLEE MC, MM, a realizar o mesmo estágio no mesmo contexto, com consentimento da Sra. Professora Coordenadora do Curso, Dr.ª AR.

apoios entre as instituições, o que permitiu ganhos de eficiência e a moderação de custo ao nível clínico.

A sua área de influência abrange seis concelhos. Especificamente no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental abarca sete concelhos e no campo de acção da Ortopedia seis distritos. É também o centro de referência no sector da Nefrologia (Técnicas de Substituição da Função Renal) e de Cardiologia (Rede Nacional de Doenças Cardiovasculares), pela alta diferenciação de cuidados que estes serviços consagram.

Este centro hospitalar pretende ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento ambulatorio e internamento. Diferencia-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e na inovação na prestação de cuidados de saúde. É sua missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.<sup>160</sup>

#### CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA (SN)

Este Serviço de Nefrologia é o centro de referência da especialidade de uma vasta extensão do território a sul do país, funcionando de 2ª feira a sábado das 8 às 24 horas e, no restante tempo, com uma equipa de prevenção (um médico, um enfermeiro e um assistente operacional). Actualmente o serviço tem o apoio do Nutricionista, da Dietista, da Assistente social, da Psicóloga e do Padre (Católico).

- ✦ Atende utentes referenciados pelos Centros de Saúde e serviços de internamento ou urgência do Centro Hospitalar e de mais três hospitais da região sul;
- ✦ Garante o tratamento regular por hemodiálise a cerca de 32 pessoas;
- ✦ Assegura assistência ao programa de tratamento por diálise peritoneal;
- ✦ Fornece tratamentos de plasmaferese e hemoperfusão;

<sup>160</sup> CENTRO HOSPITALAR ██████████ – Relatório de contas [Em linha]. ██████████, 2008. [Consult. 20 de Setembro de 2010 às 23h]. Disponível em [http://www.hsbsetubal.minsaude.pt/media/Relatorio\\_de\\_Actividades\\_CHS\\_2008.pdf](http://www.hsbsetubal.minsaude.pt/media/Relatorio_de_Actividades_CHS_2008.pdf)

- ✦ Assegura a manutenção de acessos vasculares para hemodiálise, dos doentes em tratamento hemodialítico no Centro Hospitalar e Unidades periféricas com ele articuladas;
- ✦ Realiza Angiografias de diagnóstico dos acessos vasculares para hemodiálise.

### **Missão e Visão**

O Serviço de Nefrologia<sup>161</sup> tem como missão:

- ✦ Assegurar o acesso a cuidados de saúde renais de superior qualidade à nossa comunidade;
- ✦ Criar um ambiente de apoio para doentes e profissionais;
- ✦ Promover a aprendizagem e o crescimento global dos seus profissionais através do ensino e investigação;
- ✦ Assegurar uma gestão eficiente dos recursos disponíveis;
- ✦ Apoiar a missão mais global do Centro Hospitalar.

Serviço de Nefrologia<sup>162</sup> tem como visão:

- ✦ Ser o Serviço de Nefrologia de preferência, da área do distrito, para doentes e profissionais, devido à qualidade dos cuidados nefrológicos prestados, o prestígio dos programas educacionais, e a ênfase na valorização dos recursos humanos;
- ✦ Oferecer um ambiente de qualidade e de diálogo destacando-se pela produção dos melhores cuidados de saúde (*benchmarking*).

### **Do Serviço de Nefrologia (SN) fazem parte:**

#### CONSULTA EXTERNA

O registo das actividades de consulta externa inclui as consultas de nefrologia geral, assim como as consultas de hemodiálise, de diálise peritoneal, multidisciplinar, de escolha da modalidade de terapêutica de substituição da função renal, de psicologia e de cirurgia de acessos vasculares.

<sup>161</sup> Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

<sup>162</sup> Ibidem

## INTERNAMENTO

Desde Julho de 2008 que o internamento dispõe de 6 camas localizadas no 3º Piso, ala poente, numa área comum aos serviços de oncologia e neurologia. Recebe doentes provenientes, predominantemente, dos serviços de urgência de cinco hospitais, embora também receba doentes provenientes de serviços de internamento e da consulta externa dos mesmos. Dispõe de 2 médicos nefrologistas e 8 enfermeiros.

## SECTOR AMBULATORIO NEFROLOGIA (SANE)

Compreende: sala de espera, sala de secretariado, um gabinete médico, sala de reuniões, rouparia, copa, dois vestiários, um armazém de consumo clínico, gabinete enfermeira chefe, armazém de máquinas e material de hemodiálise, armazém das águas, sala de sujos e quatro salas de tratamentos (Sala A e B para hemodiálise, Sala do Hospital de Dia/ Diálise Peritoneal e Sala de técnicas invasivas).

### *SALA DE TÉCNICAS INVASIVAS/ UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATORIO*

A cirurgia de ambulatorio teve início no último trimestre de 2005 e desenvolve-se nesta sala de técnicas invasivas (similar a uma sala de bloco operatório). Inclui a construção/reparação de acessos vasculares para HD que é efectuada 2 vezes por semana por dois cirurgiões vasculares em prestação de serviços e um enfermeiro da unidade.

Aqui também se realizam outras técnicas: Colocação de Cateteres para Hemodiálise, para Diálise Peritoneal e Biopsias Renais.

### *SALA DE HOSPITAL DE DIA / DIÁLISE PERITONEAL*

No hospital de dia prestam-se serviços de natureza variada relacionados com o atendimento / acompanhamento das pessoas / famílias com doença renal em fase pré-diálise e em programa de diálise peritoneal. Destacam-se os ensinamentos, treinamentos, orientações, esclarecimentos (inclui consulta multidisciplinar de escolha do tratamento dialítico) e apoios necessários a uma melhor aceitação / adaptação à doença e adesão ao regime terapêutico, desde o ano de 1998.

### *UNIDADE DE HEMODIÁLISE*

Tem como primeiro objectivo cuidar todas as pessoas com necessidade de hemodiálise que estejam internados neste Centro Hospitalar e nos Hospitais com ele articulados. Assegura ainda tratamento hemodialítico regular a cerca de 32 pessoas em regime ambulatorio.

A unidade funciona com oito monitores de hemodiálise (Fresenius 5008 H) distribuídos pelas duas salas.

Sala A - Destina-se ao tratamento de doentes agudos e algumas pessoas em programa de diálise crónica. Com quatro monitores, dois estão atribuídos ao tratamento de DRCs com infecção pelo vírus da hepatite C ou da imunodeficiência humana (HIV).

Sala B - Destina-se, essencialmente, ao tratamento dos doentes crónicos da Unidade.

Por aumento significativo de situações agudas, há necessidade de efectuar tratamentos a estes doentes em ambas as salas, em alguns turnos. É também, constituída por quatro monitores.

## CULTURA ORGANIZACIONAL DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SANE

Uma organização é representada como um sistema complexo, com características, cultura e clima próprio. A observação e análise de algumas variáveis permitem o aperfeiçoamento da organização, contudo para surgirem mudanças esta precisa de ter aptidão inovadora.

A cultura de uma organização é um misto de características que a particulariza, tornando-a única, combinando um sistema de valores, crenças, tradições e hábitos. As condições internas e externas à organização condicionam transformações à sua cultura ao longo do tempo. A cultura de uma organização caracteriza uma realidade complexa, que no fundo é a vida social do conjunto de intervenientes da mesma.

Ribeiro<sup>163</sup> explicita que “... a cultura organizacional deva ser um sistema cujo significado é partilhado por todos os seus membros, expressa por valores centrais, os quais irão caracterizar a “personalidade” da organização, ou seja, a sua cultura dominante...”.

Quinn desenvolveu um “Modelo dos Valores Contrastantes” representado por uma figura com quatro quadrantes, que correspondem a 4 tipos de Cultura Organizacional, com 4 tipos de liderança, gestão e critérios de eficácia. O Modelo considera que estas quatro orientações coexistem numa mesma organização, logo a eficiência organizacional e o sucesso das soluções implementadas resultará da conciliação que a organização alcance entre os quatro elementos.

<sup>163</sup> RIBEIRO, Olivério de Paiva – **Educação, Ciência e Tecnologia** [Em linha]. [11 de Junho de 2010 às 19h]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/13.pdf>

Em síntese, a cultura organizacional, exprime os valores partilhados, pelos elementos de uma mesma organização, quanto à resolução de problemas e como tal são o recurso perante problemas futuros.

Quinn<sup>164</sup> preconiza quatro tipos de cultura: Cultura de Consenso (Apoio), Ideológica (Inovação), Racional (Objectivos), e Hierárquica (Regras), que se resumem:

- **Cultura de Consenso** – é expressa como um lugar de trabalho afectuoso onde predomina a partilha entre as pessoas. A organização guia-se pela lealdade e tradição pela união e ética. Os líderes são encarados como mentores.
- **Cultura Ideológica** – distingue-se por um trabalho dinâmico e criativo. As pessoas correm riscos continuamente. A organização estimula a iniciativa e liberdade do próprio. Os líderes são vistos como inovadores e destemidos. O que mantém as pessoas unidas é o seu envolvimento com a experiência e a inovação.
- **Cultura Racional** – é específica de uma organização dirigida para os resultados. Os líderes são competidores. A sua missão cinge-se a acções de competitividade e realização de objectivos os seu alvos estão delineados.
- **Cultura Hierárquica** – é caracterizada por valores e normas associados à burocracia onde os indivíduos admitem bem a autoridade, sendo a segurança e a ordem fulcral, a informação é formal. Regras e políticas rígidas são o garante da unidade na organização. Os seus líderes são coordenadores e organizadores tendo como objectivo a estabilidade e eficiência.

Assentes neste conhecimento, descrevemos a equipa onde iremos desenvolver o nosso projectos e da qual fazemos parte.

## CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SANE

Da equipa de enfermagem do SANE, feminina na totalidade, no momento do planeamento do projecto, faziam parte uma Enfermeira Chefe Especialista em Médico-cirúrgica e dezoito Enfermeiras de cuidados gerais. Destas duas têm pós-graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente dos Cuidados paliativos e três encontram-se a finalizar CPLEE de Médico-cirúrgica, um deles com Mestrado integrado.

A média etária situava-se nos 46 Anos.

---

<sup>164</sup> QUINN, R. E. – **Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance**. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988. ISBN: 978-1-55542-377-3

Para conhecermos o tipo de cultura organizacional desta equipa, aplicamos um questionário ([Anexo 1](#)) elaborado com base no Modelo de Valores Contrastantes desenvolvido por Quinn<sup>165</sup> e colaboradores.

Foram entregues 18 questionários (uma das enfermeiras estava em licença de maternidade). Destes foram preenchidos 17 questionários que após analisados ([Apêndice 5](#)) deram origem à seguinte interpretação:

Os valores percentuais encontrados na análise evidenciam uma cultura predominantemente hierárquica. Quando predomina a cultura hierárquica, num local de trabalho, este é formal e estruturado. As acções são guiadas pelos procedimentos, de modo a satisfazer os propósitos da administração. Os objectivos são a previsibilidade, a estabilidade e a eficiência, sob direcção de regras formais. É uma cultura que espelha os valores e normas burocráticos, a informação é rígida e os líderes tendem para a estabilidade e eficiência. Estes serão aspectos a ter em conta em qualquer intervenção que implique a colaboração da equipa. Esta deverá ser envolvida de modo formal, hierarquicamente e com objectivos claros e enquadrados em normas de orientação clínica (NOCs).

## IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS PARCELARES QUE COMPÕEM O PROBLEMA GERAL

Interpretando os dados adquiridos até aqui, a análise do problema assente no conhecimento teórico e na experiência e a aceção dos resultados do questionário, identificámos que os problemas parcelares que constituem o problema geral são:

- ✦ Baixa motivação da equipa – a não motivação intui-se por reconhecimento insuficiente da importância do plano de cuidados para a qualidade, ainda que esta razão possa não ser expressa pela equipa.
- ✦ Reconhecimento insuficiente do método “Enfermeiro Responsável” – o método “Enfermeiro Responsável” não é concretizado, o que pode ser observado pela inexistência de planos de cuidados.
- ✦ Instrumentos existentes, no SANE, para a execução do plano de cuidados, considerados pouco eficazes.
- ✦ Equipe de Enfermagem não formada / treinada – o medo de errar e fazer mal impede, muitas vezes, a observância de funções que expõem o profissional.

<sup>165</sup> QUINN, R. E. – *Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance*. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988. ISBN: 978-1-55542-377-3

- ✦ Inexistência de Obrigatoriedade Sectorial – sendo uma cultura fortemente hierarquizada, cumpridora das tarefas propostas pelos núcleos hierárquicos superiores e procedimentos, falta ao projecto de serviço este cunho.
- ✦ Inexistência de indicadores de qualidade do projecto – a visibilidade dos benefícios poderá ser factor motivacional.

Com a identificação dos problemas parcelares consideramos finalizada a fase diagnóstica e estão reunidas as condições necessárias para dar início ao planeamento das intervenções.

---

## PLANEAMENTO DO PROJECTO

Perante a problemática identificada é agora necessário identificar os Objectivos, as Prioridades e as Estratégias que estruturarão o projecto.

### OBJECTIVOS (centrados na resolução do problema)

Apresentamos os objectivos delineados para este projecto, na sua forma final, após discutidos e reformulados.

**OBJECTIVO GERAL:** *Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na UH deste Hospital da região Sul através da Sensibilização dos enfermeiros responsáveis por cada DRC em Hemodiálise / Família para a adesão ao projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise/Família no SANE”.*

#### OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

1. Elaborar Norma de Orientação Clínica para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE” de acordo com o instrumento existente na instituição.
2. Reformular os Instrumentos do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE” já existentes.

3. Formar / Treinar 100% da equipa na execução de “Planos de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE”.
4. Auditar os Registos de Enfermagem: “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE”.

## PRIORIDADES E ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO

Perante os problemas parcelares encontrados, considerámos como primeira prioridade o compromisso hierárquico, necessário e indispensável à execução de qualquer projecto organizacional. Sem a aceitação como válido e de utilidade, por parte das chefias, nenhum projecto conseguirá concretizar-se.

Depois o planeamento do projecto a partir dos objectivos específicos e executando um desenho bem consolidado, com custos monetários de zero e com o envolvimento eficaz das pessoas necessárias à sua realização.

Por fim, a elaboração dos instrumentos necessários à qualidade, sem os quais não poderemos reconhecer a importância do projecto e o seu contributo na qualidade dos cuidados.

Descriminámos as estratégias delineadas, ordenando-as de acordo com a realização do desejável ou essencial, à transição para à etapa seguinte:

1. Apoio do Conselho de Administração na pessoa da Sra. Enf.<sup>a</sup> Directora OF, do Sr. Director de Serviço Dr. JV e da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.
2. Reunião de Serviço para apresentação e esclarecimento sobre este projecto académico e esclarecimento sobre a inevitabilidade do projecto de intervenção no serviço “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família”.
3. Elaboração de uma NOC (Norma de Orientação Clínica) sectorial para a execução do “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família”.
4. Criar e / ou Reformular instrumentos para a expressão escrita do plano de cuidados.
5. Envolvimento (a efectuar-se individualmente) dos enfermeiros responsáveis por cada DRC em hemodiálise na nossa unidade através de contactos informais para divulgação e sensibilização.
6. Formação à equipa:
  - a. Sensibilização para o projecto de serviço “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família” e sua importância.

- b. Mostrar e demonstrar a organização dos *dossiers* e instrumentos neles incluídos.
  - c. Relação Terapêutica e influências interpessoais favoráveis à adesão Terapêutica.
  - d. Elaboração de três planos de cuidados a apresentar à equipa e treino prático na execução de “Planos de Cuidados” experimentais.
7. Elaboração de indicadores de estrutura, processo e resultado.

## PROFISSIONAIS DO SERVIÇO COM QUEM VAMOS ARTICULAR A INTERVENÇÃO

- Direcção de Enfermagem deste Centro Hospitalar: Sra. Enf.<sup>a</sup> OF.
- Direcção Clínica do Serviço de Nefrologia: Dr. JV.
- Chefia de Enfermagem do Sector de Ambulatório de Nefrologia: Enf.<sup>a</sup> Chefe Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AL.
- Orientador deste Projecto: Enf.<sup>a</sup> Chefe Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AL.
- Co-responsável pelo projecto de serviço “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise no SANE”: Enf.<sup>a</sup> Graduada FC na dinamização do projecto e na execução / apresentação de um plano de cuidados exemplificativo.
- Grupo responsável pelo projecto serviço “Adesão à medicação extra-dialítica”.
- Grupo responsável pelo projecto serviço “Sobrevida dos Acessos”.
- Enf.<sup>a</sup> Graduada SS na execução e apresentação de um plano de cuidados exemplificativo.
- Equipa de Enfermagem do Sector de Ambulatório de Nefrologia
- Grupo Responsável pelo “Projecto CIPE” na Instituição na Pessoa da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe VN.

## ACTIVIDADES A DESENVOLVER E SUA JUSTIFICAÇÃO

1. OBJECTIVO ESPECÍFICO	ELABORAR NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA (NOC) / NORMA DE CONSENSO (CONSENSUS BASED GUIDELINES) PARA A EXECUÇÃO DO “PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DRC EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO SANE” DE ACORDO COM O INSTRUMENTO EXISTENTE NA INSTITUIÇÃO
<b>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construir um referencial teórico de suporte ao projecto através de pesquisa bibliográfica:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Enquadramento teórico sobre o tema a tratar</li> </ol> </li> <li>2) Disponibilizar o Referencial teórico construído na pasta publica “<i>online</i>” do SANE, possibilitando a partilha / formação da equipa após aprovação da Sra. Prof. EM e Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.</li> <li>3) Escolha do Método para elaboração da NOC: Método de RAND.</li> <li>4) Elaborar o documento utilizando o modelo adoptado pelo Grupo de Gestão da Qualidade do Centro Hospitalar: NOC.CHS.00-Modelo.</li> <li>5) Implementação da NOC segundo o método escolhido.</li> </ol>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Sra. Prof. EM. Sra. Enf. <sup>a</sup> Chefe AL. Grupo Peritos Equipa Enfermagem SANE
<b>MATERIAIS</b>	Livros Material didáctico. Material informático Internet Pasta Publica SANE Doc. Modelo: Centro Hospitalar: NOC.CHS.00-Modelo. Sala de Reuniões do SANE
<b>TEMPO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 100 H: 12 De Janeiro de 2011 a 7 de Maio de 2011.</li> <li>2) 7 de Maio de 2011.</li> <li>3) 8H: 1 a 7 de Maio de 2011.</li> <li>4) e 5) 40 H: 7 de Maio de 2011 a 30 de Julho de 2011.</li> </ol>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	Inclui referencial no relatório. Demonstra conhecimentos sobre as temáticas fundamentais ao projecto. Inclui referencial na “pasta pública <i>Online</i> do SANE”. Apresenta NOC para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família no SANE”.

**Justificação:** A determinação de uma NOC como objectivo específico serve a resolução do problema parcelar: Inexistência de Obrigatoriedade Sectorial – sendo uma cultura fortemente hierarquizada, como se concluiu no estudo da sua cultura organizacional, cumpridora das tarefas propostas pelos núcleos hierárquicos superiores e procedimentos, faltava ao projecto profissional esta força.

Articula, em simultâneo, com os requisitos da ReAcreditação<sup>166</sup>, que recomendam a existência de procedimentos sectoriais / institucionais de orientação das práticas clínicas como um método de apoio à decisão clínica, constituindo um instrumento de qualidade de

<sup>166</sup> CENTRO HOSPITALAR ██████████ – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01 Abril de 2010 [Em linha]. ██████████, 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública \_█████████\_2011.pdf

prestação de serviços pelos profissionais de saúde, contribuindo, igualmente, para a melhoria dos sistemas de saúde.

Clarificado o objectivo, é necessário alocar as actividades ao pensamento lógico e científico:

As NOCs devem identificar e sintetizar a melhor evidência científica disponível.<sup>167</sup> *“Quando tal acontece, o método científico utilizado proporciona a obtenção de recomendações semelhantes, adaptadas às especificidades da população a que se destinam. O processo de criação de NOCs - que inclui um levantamento de necessidades, o desenvolvimento específico, a implementação, a avaliação, assim como revisões periódicas - é uma actividade complexa, que requer experiência e capacidades técnico-científicas, quer no seu desenho, quer na sua implementação”*. Assim se justificam as actividades planeadas para este objectivo, que foram estruturadas tendo como meta o rigor e fidedignidade dos resultados obtidos, de acordo com o princípio científico associado:

A Norma de consenso<sup>168</sup> (Consensus Based Guidelines) é a forma mais comum de elaboração de NOCs. Implica o encontro de um grupo de peritos, que discute e elabora um documento com indicações do que considera o mais correcto a executar perante o tema escolhido.

Escolhemos esta abordagem pelas vantagens: rapidez e custo reduzido. Apresenta, essencialmente, um risco: a opinião dos peritos não traduzir a evidência científica. Isto levou a algum cuidado na escolha do método a utilizar: Optámos pelo Método de RAND, porque este pode eliminar o risco apontado através de um conjunto de barreiras (Justificativa da actividade 3), que constituem por si as etapas de construção da NOC:

1. Revisão sistematizada da literatura com base em evidência científica relevante – Justifica a actividade 1, estipulada para este objectivo. Diminui o risco da opinião dos peritos se afastar da evidência científica, pois esta deverá estar em consenso com o referencial construído.

---

<sup>167</sup> ROQUE, Andreia et al – **Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1ª Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em [www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm](http://www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm)

<sup>168</sup> *Idem*, *Ibidem*

2. Definir grupo de peritos dentro da equipa - Definimos de acordo com Patrícia Benner<sup>169</sup> o perfil de perito e convidei dois enfermeiros (Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> chefe AL e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> ZM) para, comigo, formar o painel. – Justifica-se a actividade 2: a revisão sistematizada da literatura deverá estar acessível a todos os peritos.
3. O grupo discute e elabora a NOC com indicações do que considera mais correcto face ao problema definido e à revisão sistematizada da literatura.
4. Apresenta-se esta NOC à equipa de enfermagem, em reunião formativa, para discussão. – Justifica-se a actividade 2: a revisão sistematizada da literatura deverá estar acessível a toda a equipa.
5. Reformula-se a NOC face às sugestões apresentadas pela equipa
6. Se consenso, a NOC está pronta para implementação. – Concretiza-se a actividade 5, alicerçando-se no próprio método.

Para Roque et al<sup>170</sup> “A implementação consiste num conjunto de procedimentos concretos que são utilizados com o objectivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde e (eventualmente) dos doentes às recomendações veiculadas”. Explica-se a actividade e reforça-se a fundamentação do objectivo.

Quanto à implementação os autores consideram que devem ser “*conceptualizados três pontos estratégicos: o profissional de saúde e a população a que se destina a NOC; o sistema de saúde vigente, que incorpora as recomendações veiculadas; o sistema político e administrativo que preconizam medidas que reforçam o impacto da NOC*”<sup>171</sup>.

Podemos constatar, através deste relatório, que foram estudados pormenorizadamente o enfermeiro no seu contexto, praxis e cultura, a população nas suas características e especificidades e o enquadramento sociopolítico através da caracterização da instituição na sua perspectiva macro e sectorial, missão e visão. E que esta análise permitiu definir estratégias para o projecto que serão consideradas na implementação desta NOC, como garantia de maior probabilidade de sucesso e de acordo com o preconizado pelos autores: o envolvimento da equipa através da participação, treino / formação e apresentação dos ganhos em Saúde.

<sup>169</sup> BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-754-125-9.

<sup>170</sup> ROQUE, Andreia et al – **Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1ª Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em [www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm](http://www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm)

<sup>171</sup> *Idem*, *Ibidem*

Continuando a explicação das actividades associadas à operacionalização deste objectivo, de acordo com Roque et al apresentamos que o grupo responsável pela disseminação e implementação da NOC deve projectar, entre outras intervenções de implementação<sup>172</sup>:

- Objectivos específicos e plausíveis a alcançar com a estratégia de implementação: Justifica a meta de 50% de planos efectuados até Dezembro de 2011, pouco ambiciosa mas verosímil.

- Afinar as principais mensagens a passar com a NOC (sumários, algoritmos, fluxogramas, etc.): justifica a inclusão de um algoritmo como sumário da NOC que para além de permitir a síntese dos aspectos principais favorece a sua compreensão e adesão.

Concluindo o que refere ao objectivo 1, foi necessário ter atenção a que o projecto desenvolve-se numa organização com orientações de qualidade claras e que o Grupo de Gestão da Qualidade do Centro Hospitalar indica a utilização do modelo interno, para a expressão escrita da NOC: NOC.CHS.00-Modelo, razão da actividade 4.

Para este objectivo, terminamos aqui a exposição dos fundamentos científicos que alicerçaram a sua formulação bem como das actividades escolhidas para a sua concretização. Procurámos clareza, objectividade e síntese no relato, evidência científica promotora da qualidade na metodologia, elaboração e implementação da NOC.

2. OBJECTIVO ESPECÍFICO	REFORMULAR OS INSTRUMENTOS DO “PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DRC EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO SANE” JÁ EXISTENTES.
<b>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</b>	1) Conceber <i>dossiers</i> organizadores do plano de cuidados para 100% das pessoas em programa regular de hemodiálise no SANE: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Adquirir 32 <i>dossiers</i></li> <li>b) Adquirir 32 conjuntos separadores</li> <li>c) Conseguir local de arrumação dos <i>dossiers</i></li> <li>d) Identificar cada <i>dossier</i> com o nome da pessoa a que se destina.</li> <li>e) Utilizar cor diferente por turno da pessoa, na frente e lombada do <i>dossier</i>.</li> <li>f) Incluir os instrumentos necessários à elaboração do plano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Identificação / Acolhimento</li> <li>◦ Colheita de dados</li> <li>◦ Avaliação / Diagnóstico (CIPE 1.0) / Avaliação</li> <li>◦ Diagnóstico / Intervenções Enfermagem (CIPE 1.0)</li> <li>◦ Monitorização da adesão à medicação extra-dialítica</li> <li>◦ Anamnese da dor</li> <li>◦ Monitorização acesso Vascular</li> <li>◦ Espaço livre para outros</li> </ul> </li> </ul>

<sup>172</sup> ROQUE, Andreia et al – **Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1ª Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em [www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm](http://www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm)

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Sujeitá-los ao parecer e aprovação da Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.</li> <li>3) Divulgar / Implementar.</li> <li>4) Reformular o “minicatálogo-CIPE” do SANE: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Analisar o instrumento “minicatálogo-CIPE” do SANE.</li> <li>b) Efectuar as reformulações necessárias.</li> <li>c) Sujeitá-lo ao parecer e aprovação da Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.</li> <li>d) Sujeitá-lo ao parecer e aprovação do Grupo Responsável pelo “Projecto CIPE” na Instituição na Pessoa da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe VN.</li> <li>e) Divulgá-lo colocando 1 exemplar em cada sala de hemodiálise e na pasta pública do SANE.</li> </ol> </li> <li>5) Sujeitá-los ao parecer e aprovação da Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.</li> <li>6) Divulgar / Implementar.</li> </ol>
<b>RECURSOS</b>	<b>HUMANOS</b>	Equipa Enfermagem. Sra. Enf. <sup>a</sup> Chefe AL.
	<b>MATERIAIS</b>	Sala Consulta Estante Material informático Material didáctico. Instrumentos elaborados noutros projectos profissionais do SANE Minicatálogo-CIPE do SANE.
	<b>TEMPO</b>	<b>1) e 2)</b> 16 Horas: 14 e 15 Janeiro de 2011 <b>3)</b> 3 H: 16 de Janeiro de 2011 a 24 de Janeiro de 2011 <b>4), 5) e 6)</b> 4 H: 1 a 30 de Julho de 2011.
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>		Apresenta os instrumentos mencionados Apresenta minicatálogo-CIPE reformulado

**Justificação:** Reformular os Instrumentos para a execução dos Planos de Cuidados é o objectivo definido para resolução do problema parcial que se referia a estes como ineficazes.

Este problema foi identificado a partir do questionário feito à equipa de enfermagem para diagnóstico de situação. Sendo uma necessidade da equipa esta resolução será essencial à sua sensibilização. De acordo com a bibliografia referenciada, a <sup>173</sup>“*Sensibilização foca a atenção do indivíduo para um tema ou assunto*”, actualizar estes instrumentos é apelar à equipa que foque a sua atenção sobre eles, sobre a que se destinam, conseguindo-se a adesão pretendida. Justifica-se assim o objectivo.

Por outro lado, diz-nos Ostroff et al que a atmosfera criada no local de trabalho influi directamente o desempenho: <sup>174</sup>“*As condições criadas no local de trabalho influenciam na medida em que um empregado satisfeito, dá os seus serviços inteiramente à organização melhorando o seu potencial de actividade, direccionando-o para o alcançar dos objectivos*”

<sup>173</sup> MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao)

<sup>174</sup> OSTROFF, C. et al - Organizational culture and climate In Borman, W. et al - **Handbook of Psychology** vol. 12, Industrial and Organizational Psychology. Editora John Wiley & Sons Inc., New Jersey, 2003. ISBN 0-471-66674-2

*da organização*”. Atender o indivíduo nas necessidades expressas é proporcionar-lhe satisfação, é impulsionar a adesão, reforça-se a pertinência do objectivo.

A actividade 1 pretende organizar a informação, centrando-a na Pessoa e não na intervenção. Anteriormente, cada projecto existente no serviço tinha um *dossier* onde eram arquivados os fundamentos dos projectos e também os elementos obtidos sobre os doentes. Isto fragmentava-os em “áreas de atenção” que impediam a visão do todo e das interacções, da globalidade. O que pretendemos fazer é individualizar um *dossier* para cada DRC, de modo a concretizar a representação mental da “Pessoa global como foco da atenção dos enfermeiros”. Ainda aumentar a funcionalidade e eficácia dos instrumentos, utilizando um código de cores e separadores: para cada turno de doentes uma cor diferente e separadores para organizar os conteúdos. A reformulação dos conteúdos acontecerá nos instrumentos de colheita de dados existentes, todos os outros ficarão em fase experimental, serão posteriormente actualizados se necessário. Isto vai ao encontro da conceptualização do projecto e legitima a actividade. E como noutra qualquer actividade é fundamental o apoio da chefia e a divulgação entre a equipa.

Em relação à actividade 4, reformular o minicatálogo-CIPE considerou-se necessário tendo em conta que <sup>175</sup>“*Os catálogos permitem aos enfermeiros integrar mais facilmente a CIPE® na sua prática, quando trabalham numa área de especialidade...ou numa área de foco da Enfermagem (por ex. adesão ao tratamento...*”. O documento existente no serviço, não sendo um catálogo, foi construído no âmbito institucional, através do projecto de implementação da “CIPE” neste hospital. Os focos incluídos foram escolhidos através de dois elementos dinamizadores de cada serviço, que promoviam reuniões com a equipa no sentido de esta escolher os focos com mais significado no seu exercício, articulando com o grupo de trabalho da instituição. Na época foi construído o instrumento que existe à data da implementação do projecto.

Tendo em conta este projecto e o seu enquadramento, compreende-se que a “Adesão Terapêutica” (não contemplada anteriormente) é foco obrigatório na intervenção do

---

<sup>175</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue» [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Fevereiro de 2011 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>. ISBN: 978-989-96021-1-3

enfermeiro junto ao DRC em hemodiálise: <sup>176</sup>“A prática holística da Enfermagem inclui: avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento”. Avaliando o documento existente compreende-se a necessidade de reformulação em congruência com os objectivos da planificação dos cuidados. Considera-se assim, a actividade importante e determinante para o projecto. E, do mesmo modo que para a actividade 1, é fundamental o apoio da chefia e a divulgação entre a equipa, para que se concretize a adesão.

3. OBJECTIVO ESPECÍFICO	FORMAR / TREINAR 100% DA EQUIPA NA EXECUÇÃO DE “PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DRC EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO SANE”
<b>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apresentar o projecto e resultado do questionário aplicado na fase de diagnóstico à equipa de enfermagem do SANE:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Preparar / Elaborar o suporte teórico para a formação.</li> <li>b) Elaborar o plano da formação.</li> <li>c) Providenciar o modelo para avaliação da sessão, em vigor nesta instituição.</li> <li>d) Divulgar a formação.</li> <li>e) Realizar a formação.</li> <li>f) Interpretar os resultados da avaliação da formação.</li> </ol> </li> <li>2) Distribuir cada pessoa em programa regular de Hemodiálise por “Enfermeiro Responsável”.</li> <li>3) Sujeitá-lo ao parecer e aprovação da Enf.<sup>a</sup> Chefe AL.</li> <li>4) Apresentar a distribuição a cada enfermeiro.</li> <li>5) Afixar a distribuição no painel de informações de cada sala de hemodiálise.</li> <li>6) Individualmente, a cada enfermeiro, mostrar e demonstrar a organização dos dossiers e instrumentos nele incluídos.</li> <li>7) Pedir-lhes o parecer, sugestões e aprovação.</li> <li>8) Proceder às alterações sugeridas se validadas por mim e Sra. Enf.<sup>a</sup> AL.</li> <li>9) Em momentos informais da prestação de cuidados demonstrar aos enfermeiros da equipa, no discurso e no agir, a indispensabilidade do projecto.</li> <li>10) Construção de pequeno folheto com informação-chave sobre o projecto e a sua pertinência, que após parecer e aprovação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe AL, será entregue a cada enfermeiro.</li> <li>11) Alertar para a presença na pasta pública “online” do SANE, do Referencial teórico deste projecto, para acesso fácil à equipa.</li> <li>12) Apresentar, em formação de serviço, 3 planos de cuidados exemplificativos, elaborados por mim, Enf.<sup>a</sup> FC e Enf.<sup>a</sup> SS – 11 de Junho:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Preparar / Elaborar o suporte teórico para a formação.</li> </ol> </li> </ol>

<sup>176</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue» [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Fevereiro de 2011 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>. ISBN: 978-989-96021-1-3

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Elaborar o plano da formação.</li> <li>c) Providenciar o modelo para avaliação da sessão, em vigor nesta instituição.</li> <li>d) Divulgar a formação.</li> <li>e) Realizar a formação.</li> <li>f) Interpretar os resultados da avaliação da formação.</li> </ul>
		13) Organizar <i>dossier</i> com documentos facilitadores da elaboração dos planos de cuidados.
		14) Estipular data limite para apresentação do projecto às pessoas em programa de hemodiálise pelo Enf.º responsável de cada pessoa – 30 de Maio.
		15) Sujeitá-lo ao parecer e aprovação da Enf.ª Chefe AL.
		16) Estipular data limite para a execução dos planos – 30 de Junho.
		17) Formação em Office e Internet Explorer
<b>RECURSOS</b>	<b>HUMANOS</b>	Sra. Enf.ª Chefe AL. Equipa Enfermagem SANE
	<b>MATERIAIS</b>	Material informático Material didáctico. Painel informações das salas de hemodiálise Dossiers personalizados para plano de cuidados Sala de reuniões do SANE
	<b>TEMPO</b>	1) 6H: 18 a 26 de Fevereiro de 2011. 2) e 3) 2H: 1 de Março de 2011. 4) e 5) 2H: 2 de Março a 10 de Março de 2011. 6) 7) e 8) 4H: 11 de Março de 2011 a 18 de Março de 2011. 9) 26 de Fevereiro de 2011 a 30 de Junho de 2011. 10) e 11) 16H: 7 a 9 Maio de 2011. 12) 12H (3x4H): 21 de Maio e 11 de Junho de 2011. 13) 22 de Maio 14) 15) e 16) 1H: 1 de Março de 2011. 17) Outubro de 2011
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>		<p>Apresenta planeamento da reunião formativa para apresentação do projecto – Esta já esta incluída no Plano de Formação Provisório do SANE para 2011 a realizar a 26 - 02.</p> <p>Apresenta Distribuição Pessoa em Hemodiálise / Enf.º Responsável.</p> <p>Apresenta o folheto</p> <p>Planeamento da reunião formativa para apresentação dos planos de cuidados exemplo à Equipa – Esta já esta incluída no Plano de Formação Provisório do SANE para 2011 a realizar a 11 – 06.</p> <p>Apresenta Orçamento da Formação TIC incluída no Plano de Formação Provisório do SANE para 2011 a realizar em Outubro.</p>

**Justificação:** Ainda que no questionário aplicado na fase de diagnóstico apenas uma pessoa manifestou não saber fazer, acreditamos, fundamentados no facto que conhecemos a equipa internamente porque integramo-la, que nenhum dos seus elementos terá experiência neste processo. Alguns enfermeiros terão conhecimentos teóricos, poucos já alguma vez o fizeram e vários nunca terão tido contacto com esta realidade.

Podemos dizer que estamos face a um processo de discrepância, onde o desempenho real difere do ideal e também as necessidades de formação desejadas ou sentidas pelos enfermeiros (avaliado pelo questionário de diagnóstico de situação) diferem das reais ou “a despertar” através da sensibilização pretendida. Pressupõe-se assim, a necessidade de uma

“Intervenção Formativa”, focalizada na transformação ambicionada com este projecto, o que justifica o objectivo.

De acordo com a bibliografia consultada (apresentada no referencial teórico deste relatório) o percurso formativo é autodirigido, mas num contexto profissional, a visão das metas a atingir pela organização impelirá para o caminho a percorrer. Torna-se pertinente a actividade 1: Apresentar o projecto e resultado do questionário pretende explicar aos enfermeiros a razão da insistência neste propósito, os caminhos traçados face aos motivos de não adesão expressos pela equipa e as estratégias pensadas para fazer face às dificuldades apresentadas. Esta exposição visa sensibilizar a equipa, pois é-lhe dada a oportunidade de envolver-se desde o início, apresentar sugestões, sentir-se parte integrante da arquitectura e não apenas elemento operacional do projecto.

Envolver e co-responsabilizar estes enfermeiros na escolha de estratégias, diminuirá a resistência. A definição de papéis ajuda as pessoas a se situarem e cooperarem. É tão importante o esclarecimento do papel desempenhado, como é o conhecimento, pois só assim a pessoa compreenderá a sua importância e a responsabilidade que detém no processo. Esta interacção firma-se na partilha e troca de ideias e sentimentos: Segundo Matheus citado por Amaru<sup>177</sup> “...é a partir da interacção que o grupo se organiza, se motiva e se percebe como grupo”, a identidade necessária à sensibilização.

Esta percepção contribuirá para que cada indivíduo assimile o objectivo organizacional como parte integrante do seu projecto formativo individual e adquira a vontade necessária a apreender, aprender, adquirir as competências necessárias à sua execução. Sabemos pela Andragogia, que os adultos aprendem o que desejam, o que lhes faz sentido e é necessário. Sabe-se, também, que cabe às organizações, de acordo com a sua missão, estabelecer um processo de identificação dos problemas, causas, causas de natureza formativa que possam apresentar-se como barreiras à aquisição das competências necessárias a novos comportamentos ou resolução de novas funções. Perante os resultados encontrados as organizações, ou os seus funcionários, devem procurar acções de formação (aperfeiçoamento, actualização, reciclagem ou estágios) que permitam extinguir esses obstáculos.

Neste caso específico compete-nos, enquanto líder deste projecto, logo representante da organização, proporcionar espaços ou momentos favoráveis à consciencialização dos

<sup>177</sup> MATHEUS, M.ª Clara Cassuli – **O Trabalho em Equipa: Um instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem**. Rev. Esc. Enf. USP. V.29, nº1. Abril 1995

problemas, dificuldades e interesses, pelo que projectámos as actividades 6, 7 e 9. Considerámos que estas, pela sua informalidade, pela visão do formador como um par, permitissem a receptividade necessária à sua concretização e ocasionasse a sensibilização objectivada.

Atendendo a que os processos formativos têm limitações difíceis de ultrapassar: Subjectividade dos indivíduos, a desejabilidade de aprender e a incerteza sobre a aplicação do aprendido, é necessária a sensibilização para o real desejado.<sup>178</sup> Diz-nos Figueiredo que o indivíduo deve querer a mudança, só assim estará disponível para aprender. A visão de um real modificado, da necessidade de saber fazer e ser nessa nova existência, faz o indivíduo adquirir uma diferente visão de si e da sua identidade profissional. Perante isto reforça-se a pertinência das intervenções formativas, dirigidas ao indivíduo, envolvendo-o e sensibilizando-o: formando-o através da informalidade, actividade 9.

Os processos formativos de “saber-fazer”, a par do “Saber”, permitem melhorar e fazer evoluir as competências profissionais das pessoas e / ou construir competências colectivas. Clarifica-se a necessidade da actividade 12, que objectiva o aprender-fazer através da observação do exemplo.

Apresentar, em formação de serviço, 3 planos de cuidados exemplificativos, elaborados pelas Enf.<sup>a</sup> FC e Enf.<sup>a</sup> SS a 21 de Maio e por nós a 11 de Junho concorrerá para o treino / formação da equipa, em partilha, diminuindo o medo da exposição, do erro e de fazer mal, problema parcelar identificado.

E eleger um folheto (actividade 10 e 11) como instrumento de formação teve um triplo significado: Sensibilizar pelo reforço visual do apelo à adesão, divulgar o referencial teórico e agradecer à equipa a sua cooperação. Demonstrar gratidão e respeito é sem dúvida uma forma susceptível de sensibilização.

A actividade 12 surge em resposta às necessidades desta equipa específica. As novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) ainda não são dominadas por todos pelo que foi sugerido pela equipa a organização de um *dossier* em que toda a informação relacionada com este projecto, disponibilizada na pasta pública, estivesse compilada. Em resposta a esta necessidade organizámos um *dossier* onde incluímos a informação pedida,

---

<sup>178</sup> FIGUEIREDO, Abílio - *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

justificando-se pelo princípio ético da equidade, facultar às pessoas aquilo que elas necessitam na medida que todos tenham as mesmas oportunidades. No entanto considerámos poder proporcionar algo mais: formação TIC à equipa. Sendo co-responsáveis pela formação de serviço, em cooperação com a Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe AL, incluímos no plano do corrente ano 16 horas de formação em Office e Internet Explorer, mais uma vez fundamentados no mesmo princípio ético de equidade e também nas competências do enfermeiro especialista que prevêem que este “*Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*”. Nesta perspectiva e identificando uma necessidade que limita a equidade na acessibilidade aos instrumentos de trabalho relacionados com este projecto, encontrar soluções impunha-se. Optámos por dois níveis de estratégia, primeiro uma solução imediata, o *dossier* e depois a verdadeira resolução deste problema emergido do desenrolar do projecto, a formação TIC.

Fundamentar as actividades 2, 4, 5, 14 e 16 poderá parecer complexo. Sendo actividades “impositivas”, considerá-las como formativas, especialmente tratando-se de adultos, avaliar-se-á como ineficaz. Mas não será assim. Determinar necessidades formativas que visam produzir a mudança, segundo Mckillip, decorrerá de três modelos. O primeiro, identificado no início desta justificação, “Modelo de discrepâncias”, parte das condições não desejadas; das condições existentes e dos objectivos estipulados, para justificar processos formativos decorrentes das exigências de funcionamento, das expectativas dos indivíduos ou grupos e dos interesses nas situações de trabalho. (adaptado de Rodrigues e Esteves)<sup>179</sup>.

Ora as actividades estipuladas adequam-se ao desígnio visto serem necessárias ao processo. Formativas porque planeámos apresentá-las aos enfermeiros em contexto explicativo, participativo e de sensibilização para a adesão.

Para conceber, desenvolver, devemos sair das “Formas Usuais” e construir novos propósitos. O criativo afasta-se da passividade e dá forma à sua criação. Formar é mudar, é um processo contínuo de desenvolvimento, de estratégia, de gestão e de organização do trabalho. É isto que pretendemos quando, distribuímos DRC/Enf.º ou convencionamos datas.

Distribuir DRC / Enf.º Responsável, considerando a opinião do indivíduo, apresentando os instrumentos necessários à função, escutando as suas dúvidas e dando-lhe respostas, são

---

<sup>179</sup> RODRIGUES, A; Esteves, M. (1993). *A Análise de Necessidades de Formação*. Porto: Porto Editora

estratégias eficazes de sensibilização. A partir da vivência o indivíduo emociona-se, apreende e aprende<sup>180</sup>.

Afixar esta distribuição no painel de informações de cada sala de hemodiálise é uma actividade de carácter prático, facilitadora da comunicação e continuidade de cuidados, na medida que permite o encaminhamento da informação importante para o enfermeiro que a processará de acordo com o algoritmo orientador.

Estipular data limite para apresentação do projecto às pessoas em programa de hemodiálise pelo Enf.º responsável de cada pessoa – 30 de Maio e estipular data limite para a execução dos planos – 30 de Junho serve o estímulo formal, “de obrigatoriedade” que funciona nesta equipa, como estudado na sua cultura. Enquadra-se como processo formativo pois inclui-se na estratégia do aprender a fazer, só “praticando” o indivíduo adquire experiência e dela também resulta conhecimento. De acordo com Deodato<sup>181</sup> se usarmos métodos de reflexão sobre como fiz, porquê e como posso melhorar contribui-se para melhorar a prática.

A formação profissional já não é concebida isoladamente num processo de aquisição de conhecimentos, capacidades e competências específicas para o exercício de determinadas funções. É um processo contínuo de desenvolvimento profissional em constante mudança, em que a compreensão da realidade ao nível global, conduz a benefícios quer para o indivíduo, quer para as organizações.

Num projecto desta natureza é necessário envolver a gestão (actividades 3, 8, 10 e 15), abordar questões sensíveis e controversas de forma cuidadosa (actividades 10, 11, 14 e 16) e demonstrar aos outros a necessidade sem se exhibir demasiado (não transferir os benefícios para o campo individual).

Ou seja, criar condições formativas, de modo a que cada Enf.º se responsabilize pela aprendizagem e deslocar o processo de interesses pessoais, visto este decorrer no âmbito académico, focando-o nos seus benefícios para os cuidados.

---

<sup>180</sup> MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao)

<sup>181</sup> DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional Em Enfermagem: Valoração Da Sociedade**. Coimbra. Edições Almedina, S.A., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

4. OBJECTIVO ESPECÍFICO	AUDITAR OS REGISTOS DE ENFERMAGEM: “PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DRC EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA NO SANE”
<b>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Elaborar indicadores de estrutura, processo e resultado para o projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família no SANE”, tendo em conta o Modelo Donabediano.</li> <li>2) Realizar Auditoria ao projecto anualmente (Dezembro).</li> <li>3) Avaliar os Benefícios / ganhos de Saúde do projecto:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Comparar os resultados anuais e interpreta a existência de benefícios através dos indicadores de resultado.</li> <li>b) Reformular estratégias se necessário.</li> </ol> </li> <li>4) Divulgar os resultados na equipa de enfermagem através de reunião formativa:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Preparar / Elaborar o plano da reunião.</li> <li>b) Divulgar a reunião.</li> <li>c) Realizar a reunião.</li> <li>d) Elaborar a acta da reunião.</li> </ol> </li> <li>5) Divulgar os resultados externamente – equipa multidisciplinar afixando-os no painel informações das salas de hemodiálise.</li> </ol>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Sra. Enf. <sup>a</sup> Chefe AL. Grupo responsável pelo projecto serviço “Adesão à medicação extra-dialítica” Grupo responsável pelo projecto serviço “Sobrevida dos Acessos” Equipa Enfermagem SANE
<b>MATERIAIS</b>	Referencial teórico de suporte ao projecto Interpretação dos resultados dos projectos “Adesão à medicação extra-dialítica” e “Sobrevida dos Acessos”. Resultados analíticos disponíveis em rede Material informático Material didáctico. Sala de Reuniões do SANE Painel informações das salas de hemodiálise
<b>TEMPO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 50H: 1 de Setembro de 2011 a 15 de Dezembro de 2011.</li> <li>2) 24H: 15 de Dezembro de 2011 a 30 de Dezembro de 2011.</li> <li>3) 4) e 5) 24H: 1 de Janeiro de 2012 a 15 de Janeiro de 2012.</li> </ol>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	Apresenta Instrumento para avaliação Indicadores Apresenta Relatório da Auditoria Apresenta o Planeamento da reunião formativa de divulgação dos resultados. Apresenta o Cartaz de divulgação dos resultados.

**Justificação:** A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde não é recente. Florence Nightingale implementou rígidos padrões sanitários hospitalares para reduzir a taxa de mortalidade durante a Guerra da Criméia, evidenciava-se já a sua preocupação com os efeitos das estruturas e processos das intervenções clínicas nos resultados obtidos. Contemporaneamente o conceito de qualidade evoluiu e representa-se por um conjunto de atributos necessários à missão de uma organização. A necessidade de implementar sistemas de qualidade está fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS Europa na declaração “Saúde para todos no ano

2000”, Meta 31 e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Um sistema de qualidade determina aquilo que se quer que o serviço seja, objetivos de qualidade claros, precisos, realistas e mensuráveis e promove a implementação de sistemas de trabalho que respeitam o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos utentes e profissionais.

A qualidade nos cuidados de saúde fundamenta-se<sup>182</sup> pela cada vez maior exigência e expectativas dos utentes, pela exigência ao nível de formação e conhecimentos e pelo desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados e também pela racionalização dos recursos e desenvolvimento de uma Cultura da Qualidade na Saúde nas organizações.

Este hospital obteve o título de “Hospital Acreditado pelo CHKS<sup>183</sup>” em 28 / 04 / 2010 e, à data do planeamento deste PIS, estava em ReAcreditação pelo Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3.<sup>a</sup> Edição, Versão 01, 2010. Nele concretiza-se a efectivação do “Plano de Cuidados” como crucial, observada nalguns critérios da Norma 64, atribuída ao Serviço de nefrologia. Critério 64.5, de nível A e ISO - <sup>184</sup>“*Todos os doentes têm um plano de cuidados personalizado que é desenvolvido em discussão com o doente e com as pessoas que cuidam do doente...* ” orienta que “*O plano de cuidados deve identificar as necessidades do doente, em termos de saúde e em termos sociais, a forma como irá ser dada resposta a essas necessidades e os responsáveis por essa resposta...*”. Critério 64.6, nível A - <sup>185</sup>“*Os planos de cuidados têm uma data de revisão, que deve ser realizada no prazo de um ano, e existem evidências de que os planos são revistos dentro deste prazo, ou antes, se tiver ocorrido alguma alteração significativa do estado clínico/das circunstâncias pessoais do doente*”. Critério 64.10, nível A, <sup>186</sup>“*A equipa multidisciplinar de nefrologia trabalha com os doentes no sentido de encorajar a sua cooperação no processo de prestação de cuidados e a sua participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos. As informações dadas aos doentes, a discussão e as suas escolhas são registadas no plano de cuidados*”.

---

<sup>182</sup> Donabedian, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance**. Quality Rev Bul 1992; 20: 975-92.

<sup>183</sup> Healthcare Accreditation and Quality Unit

<sup>184</sup> CENTRO HOSPITALAR ██████████ – **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01** Abril de 2010 [Em linha]. ██████████, 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública ██████████\_2011.pdf

<sup>185</sup> *Idem*, *Ibidem*

<sup>186</sup> *Idem*, *Ibidem*

Acreditamos, perante a realidade apresentada, que este projecto se enquadra na qualidade assistencial pretendida. No entanto será necessário conferir a autenticidade dos benefícios esperados, ainda que a suposição seja suportada no conhecimento.

Os instrumentos disponíveis para este fim, para a avaliação da qualidade, podem ser subdivididos em internos e externos. Nos internos, sobressaem as comissões de Avaliação Interna da Qualidade: elementos da equipe multidisciplinar, de Auditoria de Enfermagem, de Prevenção e Controle de Infecção, de Gestão do risco, de gestão da formação... Nos externos, temos a Acreditação Hospitalar.

Se a avaliação externa da qualidade é do domínio da acreditação hospitalar não é de somenos importância a avaliação interna dos programas instituídos. Assim se explica o objectivo 4, auditar o projecto de modo a confirmar a sua utilidade na qualidade dos cuidados de enfermagem da unidade de hemodiálise.

Podemos definir **Auditoria** como <sup>187</sup>“... processo conseqüente que visa prever o risco e melhorar a qualidade... a auditoria permite identificar desvios da prática desejada, que deveria conduzir a bons resultados e deverá apontar as soluções para os problemas detectados...deve ser vista, sobretudo, como um meio para introduzir melhoramentos, mas para tal a Auditoria serve ainda propósitos educacionais, ao apontar falhas e propor soluções, sendo fundamental na aprendizagem das boas práticas clínicas.” (Fragata, 2005).

Justifica-se assim a pertinência deste objectivo específico: a sua indispensabilidade na concretização do objectivo geral deste projecto, garantir segurança e qualidade aos cuidados de enfermagem do SANE.

Segundo Donabedian, os indicadores de qualidade deverão ser susceptíveis de comparabilidade.

Um indicador é uma unidade de medida de um acontecimento ou actividade, construído assente nos seus componentes de estrutura, de processo e de resultado. Segundo o modelo Donabedian<sup>188</sup> a dimensão estrutura implica características relativamente estáveis das instituições como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e o modelo

<sup>187</sup> FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Editor Livraria Almedina, 2005. ISBN 972-40-2347-8

<sup>188</sup> DONABEDIAN, A. - **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

organizacional; o processo refere-se ao conjunto de actividades desenvolvidas, no sector da saúde, as relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, a assistência, diagnóstico e tratamento; e o resultado é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, os efeitos da assistência à saúde: Os Benefícios.

Fundamenta-se a actividade 1: Elaborar indicadores de estrutura, processo e resultado para o projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao IRC em Hemodiálise / família no SANE”, tendo em conta o Modelo Donabedian<sup>1</sup>:

1. Dimensão Estrutura - Identificar a existência de: Sala de consulta; Dotação da equipa enfermagem 2:1; Atribuição Enf.º Responsável; Dossiers 1:1;
2. Dimensão Processo - Instrumento Plano Cuidados Preenchido; Instrumento Plano de Cuidados Actualizado.
3. Dimensão Resultado - “% Pessoas em Adesão ao Regime Terapêutico”. Considerámos indicadores de Adesão: Regime Dietético<sup>189</sup> (valores de potássio inferiores a 6,0 mEqL e valores de fósforo inferiores a 5,5 mgdL / mensal). Regime Medicamentoso<sup>190</sup> (valores superiores a 89% de adesão). Sobrevida do Acesso<sup>191</sup> (nº infecções do acesso vascular/ pessoa <1).

Conceber indicadores a partir de variáveis consideradas essenciais na intervenção de enfermagem subsidia o controlo da qualidade dos cuidados na medida em que possibilita a comparabilidade intra e extra-organizacional.

A análise isolada dos indicadores possibilita certificar se as metas a que nos propusemos foram alcançadas mas não permitem o reconhecimento dos ganhos em saúde comparativamente a outras realidades. Ou seja, poderíamos ter resultados idênticos ou melhores sem a influência deste projecto. Daí a necessidade de periodicamente obter resultados, interpretar em função dos vários anos (também com outras realidades com dados divulgados) e interceptar com os indicadores de estrutura e resultado: esta visão global permitirá diagnosticar falhas e intervir com procedimentos correctivos e até antecipatórios. Corroborar-se, assim, para a legitimidade da actividade 2 e 3.

---

<sup>189</sup> De acordo com MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/pdf>

<sup>190</sup> De acordo com o grupo da UH responsável por este projecto.

<sup>191</sup> *Idem*

<sup>192</sup>Mensurar e monitorizar a evolução dos indicadores, traduz efectivamente a qualidade de um serviço, bem como a sua divulgação será imprescindível, visando a realização de estudos comparativos e a adequação das actividades realizadas noutros contextos. Certifica-se a importância da actividade 4 e 5.

## CRONOGRAMA

O Cronograma exhibe as actividades planeadas, elaborado em Excel, apresenta-se em [Apêndice 6](#). Um cronograma, sendo uma projecção do real, não é algo estático, transforma-se de acordo com as pulsões da concretização do real. Produzido em Excel permite-nos esta dinâmica, actualizá-lo ao momento foi a nossa estratégia que consubstancia a produção das actividades, diminuindo o risco de falhas. O que vamos apresentar é a sua figuração no momento de conclusão deste relatório. Não é inicial, nem final...

Queremos clarificar que as mudanças ocorridas não foram substanciais, pequenas alterações de datas por necessidade de ajustá-las às necessidades do SANE e inclusão de actividades em resposta à indispensabilidade de adequação de recursos, do próprio PIS.

## ORÇAMENTO

O projecto não representa agravamento de despesas para o SANE. Os recursos humanos são suportados pela equipa existente, dentro do seu horário normal de trabalho. Os recursos materiais, para além dos que existem no SANE, como *dossiers*, foram disponibilizados gratuitamente para o projecto profissional, por empresas fornecedoras de material hospitalar e laboratórios, sem condicionalismos.

## CONSTRANGIMENTOS E FORMA DE OS ULTRAPASSAR

O Constrangimento, que antecipamos neste projecto é, de realização.

Reside, inicialmente, no problema geral do próprio projecto, a não adesão dos enfermeiros. A nossa escolha representou um risco à partida, um primeiro projecto fracassado. Considerámos, no entanto, que falharam alguns alicerces de conhecimento e oportunidade que agora se conjecturaram e que já demonstrámos. A estratégia de resolução é por si só o planeamento efectuado. Mas estamos atentos para as dificuldades, a sensibilização vem de

---

<sup>192</sup> DONABEDIAN, A. - *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

dentro e não é fácil intervir nas motivações profissionais dos pares, agravando-se com o contexto sociopolítico hostil que atravessamos.

A consciência de que o sucesso do nosso projecto depende de outros factores que não a nossa proficiência leva-nos a reflectir sobre o nosso papel na sua efectivação. Esta reflexão reproduz-se, também ela, como estratégia: transmitir a imagem de uma realidade transformada, onde cada enfermeiro se descubra, se sensibilize, se reconheça. Conscientes que as relações interpessoais que se estabelecerem, a capacidade de envolvimento de todos os elementos da equipa, serão fundamentais para transmitir essa visão, investir nestas poderá derrubar as barreiras existentes à partida.

E se falámos no contexto sociopolítico como factor impeditivo da sensibilização, este poderá tornar-se um constrangimento se determinar a limitação dos recursos humanos, a curto ou médio prazo. Mas o próprio planeamento prevê a argumentação a este possível cenário: A mensuração e divulgação dos benefícios de saúde conseguidos com a sua concretização. Isto poderá, desta feita, sensibilizar os órgãos de gestão e demonstrar os ganhos em qualidade organizacional.

Para ter êxito, além de inteligência intelectual é necessária inteligência emocional e conhecimento, neste caso, conhecimento tático. Este, isento de subjectividade, permitirá utilizar os primeiros atributos com maior eficácia no desenho das estratégias a seguir para conseguir a melhor cooperação e produtividade da equipa. Ou seja, conhecendo as expectativas da equipa, porque lhe pertencemos, como reage à mudança e como funciona, porque estudámos a sua cultura, facilitará encontrar soluções eficazes para as dificuldades que se apresentarem.

---

## O JÁ REALIZADO

Não sendo objectivo deste Estágio, a concretização de actividades, esta surgiu naturalmente. Misto de projecto académico e profissional, a espontaneidade sobrepôs-se e concretizámos muito do planeado.

A primeira fase, imperiosa, construir um referencial teórico de suporte ao projecto através de pesquisa bibliográfica. Foi realizada em dois tempos, primeiro a fundamentação dos objectivos do projecto, incluída no relatório. Depois, o conhecimento necessário à concretização do projecto, transformado em Sebenta Formativa e disponibilizado à equipa de enfermagem do SANE, na pasta pública *online* e em papel, em dossier. Este *dossier*

surge na necessidade de adequar recursos, em resposta ao pedido de alguns enfermeiros com dificuldade no suporte informático. Inclui ainda um exemplar CIPE BETA 2, um artigo sobre o modelo de “Nola Pender” e a NOC e algoritmo da planificação dos cuidados no SANE. A pesquisa bibliográfica manteve-se ao longo do estágio e foi indispensável na concretização da NOC ([Apêndice 7](#)): Definimos o perfil dos peritos, escolhidos dentro da equipa, elaboramos a NOC e o algoritmo ([Apêndice 8](#)). Apresentámo-los à equipa, obtendo o consenso e remeteu-se para aprovação da direcção clínica. O algoritmo, com aprovação da chefia, foi colocado em formato de cartaz e afixado nas salas de diálise. Cumpriu-se os tempos planeados, sem constrangimentos.

Constituímos para cada DRC um Dossier de enfermagem, identificado, com um sistema de cores para os diferentes turnos. Neles organizámos os instrumentos necessários: Identificação / Acolhimento, Colheita de dados, Avaliação / Diagnóstico / Avaliação, Diagnóstico / Intervenções Enfermagem, Monitorização da adesão à medicação extra-dialítica, Anamnese da dor, Monitorização acesso Vascular. Depois, individualmente, apresentámo-los a cada enfermeiro da equipa, aproveitando para um momento de formação através da sensibilização.

Anteriormente, no início do planeamento, em reunião formativa ([Apêndice 9](#)) expusemos o projecto e resultado do questionário aplicado na fase de diagnóstico e concretizámos a sua imprescindibilidade alicerçada ao conhecimento da enfermagem e ao imposto pela ReAcreditação hospitalar. A avaliação formativa foi Boa e a equipa mostrou receptividade.

Procedemos, então, à distribuição de cada DRC por Enfermeiro responsável, respeitando relações firmadas anteriormente. Afixámos a distribuição no painel de informações de cada sala de hemodiálise.

Sempre que oportuno, em tempo de estágio ou de trabalho, informalmente, demonstrámos aos enfermeiros da equipa, no discurso e no agir, a indispensabilidade do projecto.

Construímos um pequeno folheto com informação-chave sobre o projecto, sua pertinência e divulgação do referencial teórico, entregámos a cada enfermeiro com um agradecimento pela receptividade e apoio que demonstraram neste percurso ([Apêndice 10](#)). A construção deste folheto teve duas fases: após a elaboração de um primeiro folheto, apresentado às orientadora e professora, por sugestão da primeira, foi reformulado. Testámos o primeiro pedindo a uma enfermeira para o ler e confirmando a complexidade da linguagem foi

construído segundo folheto que apresentámos à mesma colega que considerou estar perceptível.

Este folheto foi entregue em período formativo formal ([Apêndice 11](#)), onde se apresentou a NOC e também dois planos de cuidados, por duas colegas, a nosso pedido. O conjunto formativo teve uma apreciação de Muito bom. Nesta reunião foi feito o pedido do Dossier formativo, que inclui a NOC & Algoritmo, Sebenta, Artigo sobre o modelo Nola Pender (adoptado para a elaboração dos planos de cuidados), Catalogo CIPE “Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento” e também uma CIPE Beta 2 (versão em uso no CHS). Nesta reunião foram determinadas datas limite para apresentação do projecto às pessoas em programa de hemodiálise pelo Enf.º responsável de cada pessoa – 30 de Maio e para a execução dos planos – 30 de Junho.

Percepcionando dificuldades de alguns profissionais com as TIC, na qualidade de Co-responsável pela formação em serviço, organizámos uma Formação em Office e Internet Explorer a acontecer em Outubro de 2011. Em colaboração com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe, obtivemos o patrocínio necessário para o orçamento apresentado.

Elaborámos, enquanto profissional, o plano de cuidados das pessoas/famílias às quais ficámos referenciadas.

Aprofundámos conhecimentos sobre indicadores de qualidade e, especificamente, indicadores considerados para os cuidados de enfermagem a DRC em hemodiálise, começando a desenhar a concretização do objectivo 4. Este, pelas suas características, foi o menos concretizado mas não o menos trabalhado.

Este foi um intenso percurso, satisfatório pelos pequenos sucessos e por um “grande” êxito: foram elaborados 22,5% do universo de planos de cuidados. Isto representa 50% do objectivo estabelecido. Continuar, foi o determinado à conclusão deste PIS... expresso pela análise que apresentamos em seguida e que reporta à actualidade.

---

## COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

**“Ser Mestre em Enfermagem pressupõe a aquisição de um conjunto de competências que qualificam o enfermeiro para um desempenho especializado em determinada área do conhecimento e ainda o caracterizam de acordo com o perfil deste grau académico”**

Neste capítulo vamos proceder a uma análise reflexiva sobre a aquisição das competências esperadas para o enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica, o que pressupõe a articulação com o desenvolvimento das competências associadas ao ser-se especialista nesta mesma área.

À data de termo do relatório do PIS do CPLEE MC o perfil de competências legislado respeitava às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Apresentámos, nesta altura, uma análise da sua aquisição e desenvolvimento face ao percurso académico decorrido que remetemos para ([Apêndice 12](#)). Estas competências já fazem parte de nós, caracterizam-nos e determinam o nosso desempenho enquanto especialista.

Agora propomo-nos confrontar as competências caracterizadoras do mestre em enfermagem médico-cirúrgica com as competências integradas por nós, no presente. Procuraremos também explicar como neste percurso fortalecemos algumas das competências do especialista e evidenciar a adesão ao regime terapêutico como domínio de intervenção deste.

---

### O PIS, O EXERCÍCIO E A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MC

Concluído o PIS prosseguimos com o nosso projecto profissional alicerçado aos objectivos do primeiro. Deste percurso surge o desenvolvimento de mais competências que analisaremos na perspectiva da finalidade deste curso<sup>193</sup>: A aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional e de competências caracterizadoras do Mestre em Enfermagem<sup>194</sup>:

Desde sempre compreender e aprender foi um dos nossos maiores interesses. Com a vida profissional iniciamos um percurso de formação continua que se mantem ainda hoje.

---

<sup>193</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

<sup>194</sup> Ibidem

Exaltaram-se alguns momentos neste percurso onde procurámos o contexto académico para o desenvolvimento de competências específicas e especializadas; O complemento de formação em enfermagem para obtenção da licenciatura, a pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados paliativos na qual procurámos aprofundar conhecimentos numa área de especialidade que deu continuidade ao CPLEE MC e, no momento, ao mestrado nesta mesma área.

Desde o primeiro momento deste percurso académico pós-graduado a reflexão sobre o saber, saber-fazer e o saber-ser foi pilar estrutural do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que nos conduziram ao agora. Esta estrutura assenta na concepção de Carper, mencionada por Silva e *al*<sup>195</sup>, que padroniza o conhecimento em enfermagem como empírico, ético, pessoal e estético. Ou seja, desencadeou-se e permanece em nós a procura do autoconhecimento, o hábito da reflexão e o desejo do rigor. Esta condição, nascida na experiência e na ética, determinou a necessidade de conhecer, apreender os significados individuais e compreender a Pessoa de quem cuidamos para só então intervir em parceria (a arte ou estética).

Podemos caracterizar, deste modo, que as nossas competências nasceram e desenvolveram-se na experiência profissional e pessoal. Moldadas num código ético e moral firmaram-se no saber científico adquirido em contexto académico e desenvolvido com o rigor da evidência, permitindo a integralidade no trabalho realizado. Assim sendo consideramos que realizámos desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas como esperado ao mestre de enfermagem<sup>196</sup>:

*a) Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional;*

*b) Valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.*

Sendo a experiência profissional evidenciada pelo real, não só os anos de exercício mas o comportamento académico associado é demonstrativo da capacidade de reflexão, identificação e resolução de necessidades formativas.

---

<sup>195</sup> SILVA, Daniel Marques da; BATOCA, Ernestina Maria Veríssimo - O conhecimento científico e a enfermagem. *Millenium 27* [Em linha]. (2003). [Consult. 17 Setemb. 2012]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/615/1/O%20CONHECIMENTO%20CIENT%3%8DFICO.pdf>

<sup>196</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

O padrão ético não se reduz ao deontológico e extrapola-se nas intervenções que permitem à pessoa / família escolher (os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem). Reconhece-se no conhecimento absoluto da pessoa, os seus significados, necessidades (o padrão pessoal) e poder para definir e alcançar os objectivos do seu projecto de saúde. Integrar estas dimensões nos cuidados de enfermagem é a corporalização da arte / estética dos cuidados. Justificá-las no conhecimento científico foi conferir-lhes a evidência necessária às escolhas do especialista /mestre articulando formação, investigação e clinica. Demonstramos neste PIS, desta forma, a competência para a tomada de decisões fundamentadas no rigor científico:

*4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:*

*a) Seleccione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;*

*b) Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.*

Entendemos que é nítido que o PIS apresentado neste relatório demonstra, por si, competências adquiridas, desenvolvidas e integradoras do definido para o mestre em enfermagem MC, a sua adequação ao conhecimento científico da enfermagem e inclusão nas competências preconizadas para o especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, crónica e terminal.

Explicitando o raciocínio, quando incluímos as pessoas em situação paliativa, encontramos que a integração de um plano de cuidados associado a um enfermeiro de referência que tem como objectivo máximo a resolução das necessidades de saúde da pessoa / família, favorecer a adesão ao regime terapêutico com vista à melhor qualidade de vida possível é aplicável em qualquer momento do *continuum* de vida. Pressupomos uma relação interpessoal entre enfermeiro / doente / família que abarca o envolvimento de uma equipa multidisciplinar e a que o enfermeiro recorrerá quando as necessidades sentidas pela pessoa/família em situação paliativa o determinem, nomeadamente a assessoria/supervisão do enfermeiro especialista na identificação de situações complexas e recurso ao apoio comunitário que deverá, aqui, incluir peritos em cuidados paliativos.

Destaca-se, no planeamento do projecto, a capacidade de análise do contexto organizacional, da população, da individualidade de cada doente / família e da intervenção profissional esperada. A identificação de lacunas nesta intervenção e planeamento de estratégias de resolução. Avaliar, intervir, avaliar, reformular na perspectiva de execução de cuidados e supervisão são competências desenvolvidas e intrínsecas à execução deste projecto. Nele prescrevem-se avaliações do DRC / família numa perspectiva de globalidade prevendo as possíveis interacções. Isto constitui-se em situação complexa onde se intervém a partir do conhecimento individual mas também do conhecimento resultante da evidência, transversal a esta população. A opção pelo modelo Nola Pender evidencia a preocupação com a Pessoa no seu todo, o seu passado, ambiente, presente, expectativas na sua perspectiva. Conhecer o significado atribuído pelo doente / família à sua doença, ao seu tratamento, aos condicionantes impostos na sua vida torna-se um importante instrumento para o enfermeiro definir estratégias de ajuda e ajudar a definir estratégias de resolução de problemas, optando pela integralidade nos cuidados. Enquanto especialista, proporcionar assessoria à equipa de enfermagem através da formação e consultoria é uma constante no nosso quotidiano. Demonstram-se assim competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem<sup>197</sup>:

- a) Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;*
- b) Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;*
- c) Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;*
- d) Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;*
- e) Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;*
- f) Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;*

---

<sup>197</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

*g) Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.*

Ainda que fizemos divulgação do nosso trabalho no ENCONTRO RENAL 2012 a 28 / 31 de Março. Apresentamos *Terapêuticas de Substituição Renal Tratamento e qualidade de vida: Hemodiálise versus Diálise Peritoneal* em que divulgamos um trabalho de co-autoria, realizado em contexto profissional. Consistiu numa metodologia qualitativa, exploratória, com questionário de uma pergunta aberta e operacionalizando com análise de conteúdo segundo Bardin.

Tínhamos o objectivo de conhecer como o tratamento afecta a qualidade de vida das pessoas em diálise no SANE e obter dados que nos permitissem um maior entendimento dos factores de influência nas diferentes modalidades dialíticas. Dos resultados obtidos sobressai que sentir-se seguro é sinónimo de bem-estar e tranquilidade para as pessoas em hemodialise, proporcionado pela presença dos profissionais de saúde.

Face à boa aceitação do nosso trabalho neste encontro fomos convidadas para, nas 1as Jornadas de Enfermagem de um Centro Hospitalar da Região Sul, realizadas em 15 e 16 Novembro deste ano, apresentar o tema *Adesão Terapêutica como foco da prática clínica do enfermeiro especialista* em mesa moderada pela Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> AR.

E isto é realizar e contribuir para promover a prática de enfermagem baseada na evidência de acordo com o esperado ao mestre em enfermagem médico-cirúrgica<sup>198</sup>.

*a) Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;*

*b) Use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.*

Para complementar pesquisámos e divulgámos, na equipa do SANE, instrumentos validados na nossa população que permitirão identificar aspectos psicossociais influenciadores da adesão: A “Escala de Auto-eficácia” e “Escala de adesão à terapêutica (medicamentosa)”. A escala de auto-eficácia permite conhecer as expectativas das pessoas quanto às suas capacidades e ao resultado da mudança de comportamentos. Ou seja, aquilo

<sup>198</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

que cada pessoa acredita ser capaz de mudar no seu comportamento e o que acredita obter com essa mudança. Isto possibilita conhecer as crenças individuais (significados pessoais) e trabalhá-las se necessário. Quando a pessoa acredita que pode actuar para resolver um problema, terá maior motivação para fazê-lo e a sentir-se mais envolvido no planeamento de estratégias. A escala de adesão à medicação permite ao enfermeiro identificar em que momento ou por que razão a pessoa não cumpre a prescrição medicamentosa, permitindo a intervenção para adesão na causa de não-adesão – demonstramos assim competências clínicas, desenvolvimento de conhecimento e competências, tomada de decisão assente em argumentos rigorosos, uso da investigação e das políticas de saúde.

Todos os instrumentos utilizados no âmbito do plano de cuidados contribuem para a síntese e análise dos problemas, o diagnóstico e estratégias de resolução tomadas em parceria com o doente / família, com respeito pelos princípios éticos de equidade visto que o modelo adoptado observa o contexto cultural e individual. Neste processo temos especial atenção a focos que, como demonstrado neste relatório, cabem no jugo do enfermeiro especialista: A aceitação, adaptabilidade e adesão terapêutica perspectivando o resgate da qualidade de vida (QV) destas pessoas. A intervenção do enfermeiro incide essencialmente na educação de indivíduos, famílias e comunidades, motivação para a adesão exaltando os aspectos positivos e explicando a verdadeira essência de crenças favorecedoras da não adesão, pelo que se exalta a actualização dos conhecimentos a transmitir e sensibilização dos profissionais para a indispensabilidade desta: factos contemplados neste projecto. A expressão escrita da planificação dos cuidados permite a referenciação / continuidade dos cuidados. Os instrumentos de avaliação de adesão (Medida de adesão aos tratamentos), a satisfação demonstrada pelo doente / família, a ausência de complicações relacionadas com o tratamento, assim como da eficácia dos projectos permitem, de momento, a avaliação da prática. Projecta-se a aplicação da medida de avaliação da QV para, futuramente, obtermos dados mais rigorosos. As competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem reflectem-se na nossa competência demonstrada no planeamento, implementação, avaliação/reformulação dum projecto desta natureza e dando corpo à sexta competência caracterizadora do mestre <sup>199</sup>“*Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de*

---

<sup>199</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

*colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”.*

Vimos que estar doente deixou de ser apenas um conjunto de sinais ou sintomas diagnosticáveis clinicamente, é também uma experiência / vivência pessoal. Consequentemente ocorreu uma mudança na filosofia dos cuidados em que é necessário compreender a pessoa doente e dar-lhe *empowerment*. Perante isto foi nossa intenção apreender, aprender e divulgar na equipa alguns factos determinantes à realização de cuidados de excelência. Sobressai o entendimento de que as crenças individuais influenciam a percepção da pessoa sobre a sua saúde, doença, tratamento e, também, o seu comportamento. Isto permitirá uma avaliação mais rigorosa e facilitará a adesão através da desmistificação de algumas crenças e modelação positiva dos comportamentos de adaptabilidade e adesão.

A adesão é também influenciada pela interacção doente / profissional pelo que os últimos necessitam formação específica e desenvolvimento de competências relacionais fundamentais. Procurámos uma maior disponibilidade interior no nosso exercício, para melhor escutar as pessoas, as suas necessidades, dar-lhes resposta e, simultaneamente melhorar a capacidade para o fazer. Influenciar os pares neste sentido, através do exemplo foi a estratégia adoptada para além das reuniões formativas<sup>200</sup>, momentos individuais (in)formais e divulgação da revisão da literatura. Também através do acompanhamento de alunos de licenciatura em Enfermagem e integração / formação de novos profissionais de enfermagem da equipa do SANE. No primeiro caso duas alunas do terceiro ano da Escola superior de enfermagem do Politécnico de Beja e no segundo da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> CB, situações que corporalizam a competência abaixo citada na colaboração com outros profissionais / organizações, entendendo-se que uma formação assente num conhecimento sólido contribuirá para melhorar a saúde da comunidade.

Consideramos os números de adesão ao PIS evidência da capacidade de resolução de problemas em contextos complexos.

Também a sensibilidade intuitiva ou intencional na atribuição enfermeiro / doente é competência de supervisão do mestre que consideramos como recurso pessoal desenvolvido. A escolha da parceria de acordo com as personalidades demonstradas por ambos, pode afectar significativamente o sucesso da relação e, obviamente, os comportamentos de adesão. Uma relação positiva, interessada e empática favorece a

---

<sup>200</sup> Fazemos prova de algumas destas reuniões nos apêndices 10, 12 e 13

adesão. E isto assume duplo significado, a adesão da pessoa / família ao regime terapêutico e a adesão dos profissionais a este projecto.

Este relatório é por si evidência da concretização de uma forma proactiva de estar e ser. Espelha-se no conhecimento adquirido, na sua disseminação na equipa, na colaboração em prelecções e acompanhamento de alunos em ensino clínico, na capacidade de resolução de problemas e, em sùmula, num percurso de integração da equipa multidisciplinar de forma proactiva<sup>201</sup>:

*a) Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;*

*b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;*

*c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;*

*d) Faça gestão de casos quando aplicável;*

*e) Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.*

Em conclusão desta análise reflexiva podemos observar que depois deste percurso a trabalhar a aceitação, adaptabilidade e adesão ao regime terapêutico, ocorreram transformações na nossa forma de estar com a pessoa doente. Escutá-la, proporcionar-lhe esperança e bem-estar, envolver a família e receber em troca a retribuição do reconhecimento da pessoa que verbaliza a diferença na disponibilidade, na obtenção de esperança, no alívio da ansiedade, do medo e que nos reencontros demonstra a identificação da relação estabelecida passou a ser uma constante no nosso quotidiano. Este é o espelho do especialista / mestre em enfermagem, ainda que difícil de caracterizar e mais de quantificar.

Sistematicamente encontramos que o nosso primeiro objectivo específico, a NOC reguladora do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodialise / Família no SANE” foi transformada em norma institucional, encontrando-se em processo de rectificação para adaptação a toda a instituição. O referencial teórico disponibilizado na “pasta pública *Online* do SANE” foi actualizado e divulgado a cada elemento da equipa

---

<sup>201</sup> INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

individualmente. O segundo objectivo previa a reformulação dos Instrumentos do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família no SANE” já existentes: Na auditoria para reacreditação realizada em Dezembro a avaliação dos instrumentos existentes foi favorável dado que promoviam a parametrização dos cuidados pelo que a equipa decidiu adiar a sua reformulação. No presente, prepara-se a implementação do sistema de registos de enfermagem *online* “SAPE Ambulatório” na nossa unidade. Criámos um novo instrumento de avaliação inicial baseado no modelo de promoção da saúde de Nola Pender e preparámos focos e intervenções segundo a visão de cuidados defendida neste PIS, com recurso à linguagem CIPE e discutidos na equipa. Incluímos as escalas já referidas. Entregaremos, brevemente, estes instrumentos ao grupo responsável pela parametrização dos cuidados neste hospital, que decidirá a sua inclusão no sistema. Esperamos um parecer positivo pois esta seria a concretização efectiva dum sistema de planificação de cuidados tal como defendemos ao longo deste percurso, garantindo a continuidade, a segurança e qualidade. Teríamos, por fim, o instrumento para a monitorização de indicadores de resultado e avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e o reconhecimento organizacional a este projecto.

O terceiro objectivo foi concretizado em tempo útil mas é agora revigorado com a actualização da sebenta formativa, divulgação da mesma através de contacto individual e apresentação de temas relacionados no plano de formação em serviço.

O quarto objectivo “auditar os registos do plano de cuidados” foi efectuada nas dimensões estrutura e processo nas auditorias internas realizadas em Dezembro 2011 e 2012. Observámos a adesão dos profissionais, com valores superiores a 75%, mas será necessário apresentar ganhos em saúde através da monitorização da adesão ao regime terapêutico.

A concretização desta intenção tem no presente obstáculos que relacionam-se com o tempo disponível para monitorizar e trabalhar os dados. A informatização dos registos através do SAPE Ambulatório poderá facilitar o processo. Deixamos em suspenso a avaliação dos indicadores de resultado até obtermos resposta sobre a inclusão dos dados pretendidos, implementação e familiarização da equipa com a aplicação. Este é um projecto intencionalmente inconcluído, prevendo e prescrevendo-se actualização e melhoria.

---

## CONCLUSÃO

Ao terminar este relatório temos o sentimento de que nos apropriámos de um espaço no nosso exercício profissional. Trabalhar a aceitação, adaptabilidade e adesão ao regime terapêutico das pessoas / famílias em hemodialise no SANE é o nosso espaço. São focos que abraçam situações complexas de saúde pelo que justifica-se a intervenção do especialista / mestre, pela natureza das competências que adquiriu.

Actualmente, no SANE, existe uma equipa diferente, mais jovem, com cinco especialistas e quatro futuros mestres. Queremos acreditar na sua motivação. A planificação dos cuidados de enfermagem é imprescindível nos processos de adesão e esta consubstancia ganhos em saúde.

Na vida pessoal um ciclo se fecha, o de um percurso académico que finaliza aqui. Consideramos que este começou no curso de complemento de formação, o regresso à escola da pessoa já adulta, já profissional que deseja aprender mais. Depois a pós-graduação na vertente dos cuidados paliativos para quem já definiu um caminho a seguir e o CPLEE, a formalização desta *Forma* que quisemos adquirir. O mestrado, a configuração aprimorada e finalizada enquanto identidade.

Com este curso procurámos as competências do mestre.

Nele se preconizam competências de concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica. De desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas. De integração de equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva, de desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos e de contributo na investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência e análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem Médico-Cirúrgica em particular.

Entendemos agora, que estas fundam um conjunto de competências que permitem adquirir um perfil específico de ser na profissão. Ao longo do CPLEE conferimos-lhe expressão

através de variadíssimos trabalhos que se ultimam com um projecto de intervenção no serviço e este relatório. Com o mestrado ultimámos pormenores da *Forma* pretendida.

Com o presente relatório demonstramos o trajecto efectuado na identificação do problema “*a não adesão dos enfermeiros do SANE à execução do Plano de Cuidados ao DRC em Hemodiálise / Família*”, o diagnóstico de situação efectuado, o planeamento de actividades e a sua fundamentação.

O início da execução das actividades surgiu naturalmente, ainda que não pedido como elemento de avaliação para o CPLEE. Sendo o SANE o nosso local de trabalho regular, o problema circunscrito ao nosso projecto profissional, pareceu-nos lógico utilizar algum tempo do estágio efectuado para a execução de várias das actividades planeadas.

Esta estratégia foi um êxito pois os enfermeiros reagiram positivamente ao dinamismo e congruência demonstrados. Esta disponibilidade facultou-nos a oportunidade de envolver a equipa através do exemplo, da elaboração de novos instrumentos e reformulação de alguns existentes anteriormente e da formação. Organizando momentos formais e otimizando conjunturas informais conseguimos atingir o objectivo geral deste PIS, sensibilizar os enfermeiros desta unidade para a adesão ao projecto profissional.

Não diremos que foi um caminho sem obstáculos mas estes não constituíram constrangimento para o projecto. O receio inicial do problema identificado como geral não ser resolvido, não teve expressão.

No entanto observámos que quando os estímulos de motivação (contexto académico ou auditorias da reacreditação) abrandam a adesão dos profissionais baixa. Sabemos que quando terminar a presente circunstância académica, os resultados tenderão a baixar e serão necessárias novas estratégias para dinamizar a equipa. Assumimos o compromisso de o fazer, já com algumas estratégias definidas (o recurso à aplicação SAPE Ambulatório) e com o apoio da chefia e de um bom grupo de profissionais, que apreenderam a necessidade, teremos sucesso.

A ReAcreditação é uma arma que, nesta cultura hierárquica, tem um peso determinante: o da obrigatoriedade. Agora reforçada por uma NOC organizacional.

Outros contextos surgiram neste percurso... A formação em serviço e contínua, domínio que nos apaixona. A divulgação externa do trabalho realizado e, fundamentalmente, a

intervenção junto da pessoa com doença crónica / família que queremos mais eficiente, nos aspectos da segurança e da qualidade, com a implementação deste PIS e em consonância com o Sistema de Saúde Português que tem como valores a universalidade, a qualidade, a excelência técnico-científica, a participação e o envolvimento dos intervenientes...

Projectar estratégias de melhoria dos cuidados e conseguir sensibilizar, dinamizar os enfermeiros na adesão a novas realidades é de extrema importância pessoal e de benefício organizacional, de acordo com a missão do SN. E institucional como contributo para a ReAcreditação.

Consideramos tê-lo conseguido e futuramente, evidenciar os seus benefícios através da interpretação de indicadores de resultado a construir a partir de agora, único objectivo do PIS, ainda não concretizado por constrangimentos relacionados com tempo e ausência de instrumentos facilitadores da sua monitorização.

Através da concretização da parceria (Estágio / Relatório) conseguimos a finalidade deste curso, ou seja, adquirir e desenvolver as competências atribuído do especialista e do mestre em enfermagem médico-cirúrgica possibilitando a execução de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.

Consubstanciamo-lo evidenciando a aquisição de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação e a aquisição de competências clínicas específicas, num capítulo em que a sua análise reflexiva exalta o percurso efectuado e responde ao objectivo geral deste relatório.

Recorremos a algum adiamento nas datas apresentadas no cronograma do relatório, por razões organizacionais e sem prejuízo do constructo.

Concluimos que a aprendizagem foi imensamente rica... os conhecimentos novos... a *forma* adquirida, justificam por si o investimento. O contexto socioprofissional não valoriza o elementar. Não temos a veleidade de esperar o seu reconhecimento para um percurso onde se procura a qualidade, mas os recursos pessoais alcançados possibilitam-nos obter satisfação. Continuar dentro dos valores adquiridos, usar estes recursos e proporcionar às pessoas em hemodialise oportunidades para resgatarem a qualidade das suas vidas, será sempre uma máxima no nosso exercício.

## BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Madalena – **(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistemática**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. ISBN 972-8535-21-7
- ANES, Eugénia J.; FERREIRA, Pedro L. - Qualidade de vida em diálise. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. (2009) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet:  
<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-06-2009.pdf>
- BARBAS et al – Consenso Português sobre Doença Renal Crónica. Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão. nº16. (2002)
- BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.
- BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-754-125-9.
- HOSPITAL DA REGIÃO SUL – **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação** Terceira Edição Versão 01 Abril de 2010 [Em linha]. Setúbal, 2011. [Consult. 20 De Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública \_CHS\_2011.pdf
- HOSPITAL DA REGIÃO SUL – **Relatório de contas** [Em linha]. Setúbal, 2008. [Consult. 20 de Setembro de 2010 às 23h]. Disponível em  
[http://www.hsbssetubal.minsaude.pt/media/Relatorio\\_de\\_Actividades\\_CHS\\_2008.pdf](http://www.hsbssetubal.minsaude.pt/media/Relatorio_de_Actividades_CHS_2008.pdf)
- CIPE** (*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.
- Constituição da Republica Portuguesa** [Em linha]. VI Revisão Constitucional, 2004-. [Consult- 29 Out. 2010]. Disponível em  
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OmwCDpmg318J:www.ces.es/TRESMED/docum/por-cttn-por.pdf>
- COSTA, José dos santos - Métodos de prestação de cuidados. Artigos publicados em revista científica: Revista Millenium [Em linha], 30 (2004), [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em  
<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/560>. ISSN: 1647-662X.
- CRISTOVÃO, António Filipe Amaral – **Stress, Coping e Qualidade de Vida em doentes com Doença renal crónica Terminal em Hemodiálise**. Lisboa: [s.n.], 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre.
- CRUZ, Doris de Oliveira Araújo- **Perceber e (Con)viver com o cateter de diálise peritoneal: uma contribuição do cliente para a enfermagem através dos sentidos corporais** [Em linha]. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery sob a orientação da Prof. Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. [Consult. 13 Mar. 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a05v21ns.pdf>
- DAMÁSIO, António - **O erro de descartes: emoção, razão e cérebro humano**. 18ª ed. Lisboa: Publicações Europa América, 1998. ISBN 972-1-13944-6
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro: **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**
- DECRETO-LEI nº 74/2006 de 24 de Março: **Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior**

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional Em Enfermagem: Valoração Da Sociedade**. Coimbra. Edições Almedina, SA., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium, 40 [Em linha]. (2011) 201-219. [Consult. 18 jul. 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

DONABEDIAN, A. - **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, A. - **The role of outcomes in quality assessment and assurance**. Quality Rev Bul 1992; 20:

FERNANDES, Maria -Metodologia de Projecto. Servir – Vol. Nº 47.nº5 – 1998

FIGUEIREDO, Abílio - **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

FILLIOZAT, Isabelle - **A inteligência do coração - rudimentos de gramática emocional**. 1ª ed. Lisboa: Editora Pergaminho, 1997. ISBN 2-7096-1771-4

FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Editor Livraria Almedina, 2005. ISBN 972-40-2347-8

FRAGOEIRO, Isabel – A família e a descoberta das aptidões individuais. SERVIR. Lisboa. (1999). ISSN 0871-2370.

FUJII, Cinthia D. Caetano – **Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários**. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/18664>

GAMEIRO, M. – **O sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999

INSTITUTO POLITECNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – **Guia e Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**, Setúbal, 2011. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7580>

KUSUMOTO, Luciana; MARQUES, Sueli; HAAS, Vanderlei José; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Paterzani - Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta paul enferm [Em linha]. 21 (2008) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nsp/a03v21ns.pdf>. ISSN 0103-2100.

LOPES, Joaquim - O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento. [Em linha]. Artigo de Investigação: Revista Toxicodependências. Ed. IDT, Volume 16, Nº 1. 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cx73BopCavUJ:www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencia>

LOPES, Manuel José - **A relação enfermeiro/doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-62-X

LOPES, Manuel José - **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações** [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

- MACHADO, C. – **O Corpo Cansado – Que Saída Psicológica Para a Doença?**. Cadernos de bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, N°28. 2002
- MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>
- MAISONNEUVE, Jean - **Les sentiments**. Paris : Press Universitaire de France, 1969
- MALDANER, Cláudia Regina [et.al.] – **Factores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia Hemodialítica** [Em linha] Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.2008. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:O1AgHBBYOWoJ:seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/>. ISSN 647-53.
- MARTINS, Maria Gorete – **Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise**. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, sob a orientação do Professor Doutor Jorge A. R. Lume. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2002. [Consult. 23 Março 2011]. Disponível em [http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9745/3/4654\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9745/3/4654_TM_01_P.pdf).
- MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Cláudia Bernardi - Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Em linha]. 13 (2005) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf> . ISSN 0104-1169.
- MATHEUS, M.<sup>a</sup> Clara Cassuli – O Trabalho em Equipa: Um instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP. V.29, n°1.Abril 1995
- MCINTYRE, Teresa [et.al.] – Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós-enfarte Miocárdio: Um Esforço Interdisciplinar [Em linha] PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.2000. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a06.pdf>
- MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental(MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu\\_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional**. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe**

®) – do original «**Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice(ICNP®) Catalogue**» [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Fevereiro de 2011 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>. ISBN: 978-989-96021-1-3975-92.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

ORDEM ENFERMEIROS PORTUGUESES- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa** [Em linha]. Lisboa, 2011- 22 Outubro. [Consult. 19 Set: 2012]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)

OSTROFF, C. et al - Organizational culture and climate In Borman, W. et al - Handbook of Psychology vol. 12, Industrial and Organizational Psychology. Editora John Wiley & Sons Inc., New Jersey, 2003. ISBN 0-471-66674-2

PAÚL, Constança; FONSECA, António – **Psicossociologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi, 2001

PEDROSO, Rosemeri Siqueira; SBARDELLOTO, Gabriela - Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte [Em linha]. 4:7 (2008) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: [http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio\\_n7\\_32.pdf](http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf).

PEREIRA, Mónica A. M. - **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**. [Em linha]. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem, sob a orientação da Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar. Lisboa: Universidade Aberta. 2010.[Consult. 1 Abril 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1666>

PHANEUF, M. - **Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto. 2001

PHIPPS, Wilma; et al. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. 1995, ISBN 972-96610-0-6

PILGER, Calópe; RAMPARI, Edicléia Martins; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; CARREIRA, Lúgia - Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. [Em linha].14:4 (2010) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf>. ISSN 1414-8145

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2012

**Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde**, Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01, 2010

QUINN, R. E. – **Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance**. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988. ISBN: 978-1-55542-377-3

RAMOS, Aura – **Manual de Hemodiálise**. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

RAMOS, Islane Costa [et.al.] – **Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado** [Em linha] Acta Sci. Health Sci. v. 30, n. 1. Ceará, Brasil: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.2008. [consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/4399/3099>.

REGULAMENTO N.º 122/2011 de 18 de Fevereiro: **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

REGULAMENTO N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

RENAUD, Isabel no prefácio de **Ética e formação em enfermagem** de Abílio Figueiredo (Climepsi Editores, 2004),

RIBEIRO, Olivério de Paiva – **Educação, Ciência e Tecnologia** [Em linha]. [11 de Junho de 2010 às 19h]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/13.pdf>

Rodrigues, A; Esteves, M. (1993). **A Análise de Necessidades de Formação**. Porto: Porto Editora;

ROLLAND, John – **Doença crónica e o ciclo de vida familiar**. In CARTER, Betty; McGOLDRICK – **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROQUE, Andreia et al – **Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1ª Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em [www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm](http://www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm)

SANTOS, Felipe Kaezer dos; VALADARES, Glauca Valente - Vivendo entre o pesadelo e o despertar - o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Em linha] 15 (2011) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet:

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127718940006>. ISSN 1414-8145.

SANTOS, Iraci dos; FARIA ROCHA, Renata de Paula; MIGUÉIS BERARDINELLI, Lina Márcia - Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise.

Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha] 64 (2011) [Consult. 20 Junho 2012]. Disponível na internet: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019461018>. ISSN 0034-7167.

SILVA, Daniel Marques da; BATOCA, Ernestina Maria Veríssimo - O conhecimento científico e a enfermagem. Millennium 27 [Em linha]. (2003).[Consult. 17 Setemb. 2012]. Disponível em

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/615/1/O%20CONHECIMENTO%20CIENT%20C%80DFICO.pdf>

THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

VICTOR, Janaína Fonseca et Al - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. Vol. 18, nº 3 (Julho / Setembro 2005). [Consult.24 de Março de 2011]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 0103-2100

WATSON, Jean - **Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas,Lda., 2002. ISBN 972-8383-37-1

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Em linha]. Geneva. 2003. [Consult. 10 jul. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). ISBN 92 4 154599 2

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994). **Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography**. Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1). [Consult. 7 Agosto. 2012]. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

---