



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Área de Intervenção Específica em  
Enfermagem Nefrológica**

**A GESTÃO DA DIETA DA PESSOA COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL  
EM HEMODIÁLISE: EFICÁCIA DAS SUAS  
ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO**

**Ana dos Reis Morais**

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Área de Intervenção Específica em  
Enfermagem Nefrológica**

**A GESTÃO DA DIETA DA PESSOA COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL  
EM HEMODIÁLISE: EFICÁCIA DAS SUAS  
ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO**

**Ana dos Reis Morais**

**Dissertação de Relatório de Estágio orientado por  
Professor Filipe Cristóvão**

2012

## **AGRADECIMENTOS**

O meu agradecimento aos doentes que aceitaram participar no estudo, por partilharem comigo as suas experiências de vida. Agradeço também às colegas que trabalham nos locais onde realizei a prática clínica, pela sua disponibilidade e colaboração no desenvolvimento da investigação e um agradecimento especial às minhas supervisoras, em especial à Sr<sup>a</sup> Enfermeira Fernanda Gomes, pela dedicação e entusiasmo com que transmitiu o seu saber e experiência.

Agradeço igualmente ao Professor Filipe Cristóvão, pela sua orientação, apoio e motivação durante este percurso académico.

O meu muito obrigado à Andréa, sempre! Obrigado ao Rui e a toda a minha família e amigos, que me encorajaram e não deixaram desanimar nos momentos mais difíceis.

Finalmente, um obrigado muito especial, por todo o seu amor, à minha Avó Maria José, Avô Serafim e Avó Mariana, que me deixaram no decorrer da elaboração deste trabalho...

## RESUMO

Este Relatório evidencia a aquisição de um conjunto de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Nefrologia, desenvolvidas ao longo do estágio num Serviço de Nefrologia e duas Clínicas de Hemodiálise e que permitiram atingir o nível de perito. Para desenvolver o tema “Gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD: eficácia das suas estratégias de adaptação” foi conduzido um estudo descritivo-relacional, no qual os dados foram colhidos através de formulários elaborados para o efeito. A elaboração de uma proposta de folheto relativo à gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD e ações de formação para os pares sobre o trabalho em equipa e Hemodiálise e Nutrição – Estratégias de adaptação dos doentes foram outras atividades realizadas.

A taxa de não adesão à dieta dos doentes incluídos no estudo foi de 9,4%, sendo as razões apontadas para o não cumprimento das recomendações a desvalorização/não considerado importante, seguido de fatores de ordem económica. Neste estudo, os doentes mais novos reportam menor cumprimento das recomendações da dieta e da restrição hídrica e, simultaneamente, maior consumo de alimentos ricos em potássio e em fósforo, pelo que é necessário especial atenção a este grupo etário. É urgente o reforço da importância da avaliação da diurese, visto ser uma estratégia eficaz para controlar a restrição hídrica, mas, em geral, pouco utilizada. A estratégia mais eficaz para restringir os líquidos foi evitar refeições muito condimentadas e o valor sérico de potássio está positivamente relacionado com as estratégias preferir fruta cozida ( $r_s=0,309$ ;  $p=0,013$ ) e privilegiar frutas menos ricas em potássio ( $r_s=0,275$ ;  $p=0,028$ ).

O enfermeiro especialista com formação e conhecimentos específicos na área da nutrição deverá ser um elemento facilitador da adaptação da pessoa com IRCT à sua dieta e deve ter um papel ativo na formação dos pares, promovendo o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, e da motivação da equipa.

**Palavras-chave:** Pessoa com IRCT; Dieta; adesão; estratégias de adaptação; Hemodiálise.

## ABSTRACT

This report highlights the acquisition of a set of competencies of the Specialist Nurse in Medical and Surgical Nursing, in the Nephrology Area, developed throughout the Clinical Practice in a Nephrology Unit and two Hemodialysis Centers, which have allowed me to achieve the expert level.

To develop the theme “Diet management of end stage renal patients in hemodialysis: effectiveness of their coping strategies”, a descriptive-relational study was conducted, in which data were collected through questionnaires designed for this purpose. The preparation of a draft of a leaflet on managing the diet of people with ERSD on HD, and training sessions for nurses on Teamwork and Hemodialysis and Nutrition – Patients’ Adaptation Strategies were other activities developed.

The non-adherence rate to diet restrictions from patients included in the study was 9,4% and the reported reasons for failing to follow the recommendations were devaluation, followed by economical factors. In this study, younger patients reported less adherence with the recommendations of diet and fluid restriction and, simultaneously, showed increased consumption of high content potassium and phosphorus food, thus it is necessary to pay special attention to this age group. It is urgent to strengthen the importance of evaluating diuresis, since it is an effective strategy to control fluid restrictions but, generally, underused. The most effective strategy was to restrict fluids and to avoid very spicy meals; serum potassium value is positively related to the strategies “prefer cooked fruit” ( $r_s=0,309$ ;  $p=0,013$ ) and “prefer fruit with low potassium level” ( $r_s=0,275$ ;  $p=0,028$ ).

The specialist nurse with training and expertise in nutrition should facilitate the ERSD patient adaptation to diet and must take an active role in the training of peers, promoting the development of an evidence-based practice and motivating the team.

**Keywords:** Person with ESRD; diet; adherence; adaptation strategies; hemodialysis.

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	11
1. FINALIDADE E OBJETIVOS .....	14
2. METODOLOGIA .....	17
3. QUADRO CONCEPTUAL.....	21
3.1. Doença Renal Crónica .....	21
3.2. Terapêuticas de Substituição da Função Renal.....	23
3.3. Gestão do Regime terapêutico da pessoa com IRCT em HD .....	23
3.4. A dieta da pessoa com IRCT em HD .....	28
3.5. Processo adaptativo .....	34
3.6. Perspetiva de Cuidados segundo o Modelo de Adaptação de Roy .....	36
3.7. Desenvolvimento de Competências .....	37
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	40
4.1. Serviço de Nefrologia.....	40
4.1.1. Hospital de Dia .....	42
4.1.2. Diálise Peritoneal.....	44
4.1.3. Consulta de Doença Renal Crónica Avançada.....	50
4.2. Clínica de Hemodiálise A .....	53
4.3. Clínica de Hemodiálise B .....	57
5. CONCLUSÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS.....	86

Anexo I – Cronograma das Atividades

Anexo II – Autorização da Direção de Enfermagem

Anexo III - Autorização da Direção Jurídica

Anexo IV - Formulário

Anexo V- Proposta de folheto “A dieta do doente IRCT em Hemodiálise”

Anexo VI- Ação de formação “Trabalho em equipa multidisciplinar”

Anexo VII- Ação de formação “Hemodiálise e Nutrição- Estratégias de adaptação dos doentes”

Anexo VIII – Protocolo do Serviço de Nefrologia para troca de prolongador de catéter de Tecnkhoff

Anexo IX – Caracterização da Consulta de DRCA

Anexo X- Documento de avaliação – Serviço de Nefrologia

Anexo XI- Documento de Consentimento Informado

Anexo XII- Documento de Avaliação – Clínica de Hemodiálise A

Anexo XIII- Discussão do caso clínico

Anexo XIV- Documento de Avaliação – Clínica de Hemodiálise B

Anexo XV- Apresentação e Tratamento dos dados (tabelas e gráficos)

## LISTA DE QUADROS

F.

<b>Quadro 1</b> - Estádios de evolução da Doença Renal Crónica.....	16
<b>Quadro 2</b> – Correlações entre as variáveis “idade”, “reduz sódio e potássio”, “cumpre recomendações relativamente à dieta” e “cumpre recomendações relativamente à restrição hídrica”, score médio de estratégias de restrição de sódio e potássio e score médio de consumo de alimentos ricos em sódio, potássio e fósforo.....	62
<b>Quadro 3</b> – Correlações entre o valor sérico de potássio e as estratégias de redução do potássio.....	65

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo em programa regular de HD.....	59
Gráfico 2 – Co-morbilidades dos doentes.....	60

## LISTA DE SIGLAS

AV	Acesso Vascular
BCM	Body Composition Monitor
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DOPPS	Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPCA	Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória
DRC	Doença Renal Crónica
DRCA	Doença Renal Crónica Avançada
EC	Ensino Clínico
EMD	Equipa Multidisciplinar
FAV	Fístula Arteriovenosa
GPI	Ganho de Peso Interdialítico
HD	Hemodiálise
HDF	Hemodiafiltração
IDWG	Interdialitic Weight Gain
IECA	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
IRA	Insuficiência Renal Aguda

IRC	Insuficiência Renal Crónica
IRCT	Insuficiência Renal Crónica Terminal
KDOQUI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
NKF	National Kidney Foundation
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Teste de Equilíbrio Peritoneal
PTFE	Politetrafluoroetileno
RT	Regime Terapêutico
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TSFR	Terapêuticas de Substituição da função renal
UCE	Unidade de Concentrado Eritrocitário
WHO	World Health Organization

## 0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio é desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção de enfermagem nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este Relatório evidencia um conjunto de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Nefrologia, desenvolvidas ao longo do estágio e que permitem atingir o nível de perito. Devido à sua experiência, a enfermeira perita compreende de maneira intuitiva cada situação, apreende diretamente o problema e age a partir de uma compreensão profunda da situação global (BENNER, 2001).

De acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE):

*“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a, p. 2)

Desenvolver competências de enfermeiro especialista torna-se cada vez mais pertinente para prestar cuidados diferenciados e adequados às necessidades específicas da pessoa com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT). Enquanto enfermeira a desempenhar funções numa clínica de Hemodiálise, presto diariamente cuidados a doentes insuficientes renais crónicos em programa regular de hemodiálise (HD), encontrando-se estes em diversas etapas do processo de adaptação à doença e ao tratamento.

A Insuficiência Renal Crónica Terminal é uma doença crónica na qual a função renal é insuficiente para garantir a manutenção da vida. De acordo com a informação publicada no Relatório Anual de 2011 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2011) existiam em Portugal, nesse ano, 17553 doentes em tratamento substitutivo renal, 10409 dos quais em hemodiálise, 704 em diálise peritoneal (DP) e 6440 transplantados renais. Mantendo a tendência dos últimos anos (com um aumento na ordem dos 15,18% entre 2007 e 2011), registou-se um aumento significativo do número de doentes em HD, com cerca de 2143 novos casos em 2011 (SPN, 2011).

A pessoa com IRCT tem que adaptar-se a um regime terapêutico complexo, que compreende o cumprimento das sessões de hemodiálise programadas, na íntegra, as restrições dietética e hídrica e o cuidado ao seu acesso vascular. As restrições dietética e hídrica são *stressores* físicos com os quais os doentes têm que se confrontar e que afetam o seu bem-estar de forma significativa. Na minha prática diária sou confrontada com comportamentos por vezes pouco adequados às necessidades dietéticas destes doentes, que passam pela ingestão de alimentos ricos em potássio ou fósforo ou pela ingestão exagerada de líquidos, que se traduzem em elevados valores de ganho de peso interdialítico (GPI). Por outro lado, a dieta é um dos principais temas de conversa e debate entre os doentes, constituindo uma das suas principais preocupações.

Na gestão da sua dieta, estes doentes desenvolvem um conjunto de estratégias, mais ou menos eficazes. O conhecimento das estratégias mais eficazes será, pois, fundamental para um ensino individualizado e adaptado às suas necessidades individuais.

Face a este problema, propus desenvolver o tema: **gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD: eficácia das suas estratégias de adaptação**. Pretendeu-se identificar as estratégias potencialmente mais eficazes na gestão da restrição dietética e hídrica da pessoa com IRCT em HD.

Este Relatório está estruturado em cinco partes essenciais: um capítulo que apresenta as **Finalidades e objetivos**, segue-se a **Metodologia**, onde será dada especial atenção à escolha dos campos de estágio, à forma como foi efetuada a pesquisa bibliográfica e ao instrumento de colheita de dados; um capítulo dedicado ao **Quadro Conceptual**, que inclui, para além dos conceitos relevantes para a problemática em estudo, a apresentação do Modelo de Adaptação de Callista Roy, utilizado como guia orientador ao longo de todo o percurso e uma referência ao desenvolvimento de competências,

segundo Benner. No capítulo 4 são apresentadas as **Atividades desenvolvidas** nos campos de estágio, entre as quais destaco um folheto sobre a gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD, a formação de pares (em áreas como o trabalho em equipa e as estratégias de adaptação da pessoa com IRCT em HD à dieta), a elaboração e aplicação de um instrumento de colheita de dados, com o objetivo de avaliar a eficácia das estratégias de adaptação da pessoa com IRCT em HD à dieta. No final serão apresentadas as **Conclusões Finais** do trabalho desenvolvido.

## 1. FINALIDADE E OBJETIVOS

A atuação do enfermeiro especialista inclui competências clínicas especializadas e envolve também as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, assim como o desenvolvimento de investigação que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a).

O enfermeiro, não só está “*na linha da frente na educação, apoio, monitorização e reforço da informação*” (Cf. PASTICCI *et al*, 2012), como tem um papel importante na promoção de recursos e comportamentos para a adesão da pessoa com IRC e no desenvolvimento de respostas adaptativas por parte destes (KHALIL *et al*, 2011). A não adesão ao regime terapêutico está associada a uma maior morbidade e mortalidade (DENHAERYNCK *et al*, 2007). Está descrito na literatura que a implementação de intervenções de enfermagem adequadas mostrou-se eficaz na promoção da adesão à dieta (SUN *et al*, 2008; BARNETT *et al*, 2007), com melhorias das taxas de adesão na ordem dos 20% (BARNETT *et al*, 2007).

A intervenção do enfermeiro especialista em nefrologia assume ainda uma maior pertinência em virtude da alteração estrutural e organizacional da parte da empresa onde exerço funções: a partir do início de 2012 as dietistas/ nutricionistas deixaram de desempenhar funções, em termos presenciais, nas Clínicas de Hemodiálise. Neste momento, não existem, por parte da Empresa, orientações para os enfermeiros na área da nutrição, pelo que o desenvolvimento do conhecimento nesta área é de extrema importância. Neste contexto, o contributo do enfermeiro especialista na área específica de intervenção do cuidado à pessoa com IRCT em HD será, pois, oportuno e essencial.

De acordo com o tema definido “A gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD: eficácia das suas estratégias de adaptação” foram definidos um conjunto de objetivos com a finalidade de promover o desenvolvimento de estratégias eficazes na adaptação da pessoa com IRCT em HD à restrição dietética e hídrica.

Nesse sentido, são apresentados como objetivos gerais para a realização dos estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção – enfermagem nefrológica:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem Nefrológica, referidas no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a):
  - a) Promover práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais;
  - b) Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, através do planeamento de programas de melhoria contínua;
  - c) Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, particularmente ao nível da tomada de decisão;
  - d) Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Destaco a responsabilização por ser facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e o suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da nefrologia.

Não estando definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, acrescenta-se uma competência do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica da OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b):

- e) Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de falência orgânica, nomeadamente a pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise.
2. Compreender a forma como a pessoa com IRCT em HD gere a sua dieta, nomeadamente:
  - a) Identificar as estratégias utilizadas pela pessoa com IRCT em HD na gestão da sua dieta;
  - b) Avaliar a eficácia das estratégias utilizadas pelas pessoas com IRCT em HD na gestão da sua dieta;

- c) Motivar e envolver a equipa de enfermagem na promoção da adaptação da pessoa com IRCT à dieta.

Para alcançar os objetivos definidos e, em particular, para atingir as referidas competências, foram programadas e desenvolvidas um conjunto de atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de acordo com o cronograma apresentado em Anexo (ver Anexo I). As atividades serão devidamente apresentadas e discutidas no Capítulo 4 deste Relatório.

## 2. METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada para alcançar os objetivos e as competências definidos no capítulo anterior, com a justificação das opções metodológicas.

### A prática clínica

Para alcançar as competências definidas, foram selecionados três campos de estágio distintos para a realização da prática clínica:

**a) Serviço de Nefrologia** de um Hospital Central de Lisboa, por considerar que possibilitaria a aprendizagem e o desenvolvimento de competências essenciais enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Nefrológica, particularmente pelo conjunto de valências com que é constituído. O referido Serviço é constituído por Internamento, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Transplante Renal, Unidade de Diálise Peritoneal (DP), Hospital de Dia e Consulta de Doença Renal Crónica Avançada (DRCA). Foi nas três últimas áreas de intervenção (DP, Hospital de Dia e Consulta de DRCA), que realizei o estágio, por considerar que seriam as que ofereciam um maior contributo para alcançar os objetivos e competências definidos. Também por ser o Hospital de referência dos doentes da Clínica de Hemodiálise onde desempenho a minha atividade profissional e porque a sua dinâmica foi considerada uma mais-valia para a prática clínica e para a articulação entre as duas Instituições.

**b) Clínica de Hemodiálise** A situada na periferia de Lisboa. No início do estágio, estavam inscritas 99 pessoas com IRCT em programa regular de HD, submetidas, na sua generalidade a Hemodiafiltração (HDF) três vezes por semana. Esta unidade possui uma equipa de enfermagem jovem, competente na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, integrada numa equipa multidisciplinar experiente com nefrologistas, médicos residentes, assistente social e dietista. Destaco a colaboração da dietista dois dias por semana na clínica e o funcionamento de consultas de nutrição

regulares, estruturadas, onde a família era ativamente envolvida, que se traduzia num acompanhamento muito próximo aos doentes da parte da dietista.

Além disso, a equipa dedica-se à investigação, estando atualmente envolvida em vários estudos, em diferentes áreas da Nefrologia e Enfermagem Nefrológica. Pelas razões apresentadas, esta unidade oferecia condições não só para a aquisição e consolidação de conhecimentos, nomeadamente na área gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD, como também para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente a elaboração e aplicação do instrumento de recolha de dados.

**c) Clínica de Hemodiálise B**, situada numa outra cidade nos arredores de Lisboa. No início do estágio, esta unidade tinha 174 doentes em HD, tal como no caso anterior, a maioria em programa regular de diálise (HDF), em 3 sessões semanais de 4 horas. Tal como na Clínica A, os profissionais têm como missão o estabelecimento de padrões de excelência nos cuidados de saúde aos doentes renais. Esta Unidade possui uma equipa de enfermagem competente na prestação de cuidados a doentes em HD, que integra uma equipa multidisciplinar constituída por nefrologistas, médicos residentes e assistente social. É considerada uma clínica de referência na empresa a que pertence, com uma equipa interessada em desenvolver e produzir conhecimento, com trabalhos publicados em revistas da especialidade e participações regulares em congressos.

### **Pesquisa bibliográfica**

Para responder à questão de investigação e realizar o enquadramento teórico, procedeu-se a uma Revisão da literatura, recorrendo ao motor de busca EBSCO. Foi desenvolvida uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e *Medline*, de artigos publicados em *Full Text*, no período entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2011, utilizando como descritores *hemodialysis patients, renal patients, coping strategies, patient compliance, adherence, non adherence, compliance, non compliance, renal diet, dietary adherence, diet management, IDWG, fluid restrictions*. Também foi realizada pesquisa manual em jornais da especialidade, bem como consulta de artigos e manuais na área da Nefrologia e Enfermagem Nefrológica.

### **Instrumento de colheita de dados**

Com vista a alcançar o objetivo geral nº2 *Compreender a forma como a pessoa com IRCT em HD gere a sua dieta*, foi planeado e conduzido um estudo descritivo-relacional. Neste tipo de estudo, "(...) o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações" (FORTIN, 2003, p.174).

Pretendo, pois, conhecer as estratégias utilizadas pela pessoa com IRCT na gestão da sua dieta e determinar a eficácia dessas estratégias, através da exploração das relações entre as várias variáveis em estudo. Porque se desconhece o tipo de relações entre as mesmas, tentei estudar fatores relacionados com a dieta da pessoa com IRCT.

Após a revisão da literatura e com um conhecimento mais aprofundado da problemática em estudo, através da prática clínica nos campos de estágio descritos, foram formulados os objetivos e os diferentes temas a estudar. Os dados quantitativos foram colhidos através de formulários, pelo foi selecionado um conjunto de questões fechadas, de escolha múltipla, que fossem claras, não enviesadas e compreensíveis para todos os sujeitos. O início do formulário incluiu variáveis demográficas para a caracterização da amostra, seguindo-se questões que permitiram avaliar a perceção dos sujeitos relativamente à adesão à dieta e às suas estratégias de adaptação. Estas foram apresentadas por áreas específicas da dieta, tendo sido incluída uma questão geral relativamente à frequência do consumo de alimentos. Foram utilizadas escalas de Likert e efetuada uma cotação das respostas utilizando uma pontuação de 0 a 6. Para tratar os dados, foi utilizado o software IBM SPSS Statistics 19, pelas suas vantagens e funcionalidades, nomeadamente o acesso e gestão de elevada quantidade de dados e a sua análise estatística (LAUREANO e BOTELHO, 2010). As correlações entre as variáveis foram estudadas através de testes de correlação de Spearman, assumindo um nível de significância de 0,05.

Após a elaboração do formulário, este foi submetido à apreciação de vários peritos, nomeadamente uma dietista, com experiência profissional no aconselhamento e acompanhamento de pessoas com IRCT em HD; um médico de clínica geral, com vários anos de experiência como médico residente em várias clínicas de Hemodiálise; um médico nefrologista, Diretor Clínico de uma Clínica de Hemodiálise, à Enfermeira-chefe da Clínica, uma profissional também muito experiente no cuidado à pessoa com IRCT em hemodiálise; ao professor da Escola de Enfermagem, com conhecimento profundo não só da problemática em estudo, bem como da Metodologia de Investigação.

Após a validação dos vários peritos e autorização da Direção Clínica, Direção de Enfermagem da empresa à qual a Clínica de Hemodiálise pertence (ver Anexo II) e da respetiva Comissão de Ética (ver Anexo III), procedeu-se à aplicação do pré-teste do formulário. Segundo FORTIN (2003), o pré-teste consiste na aplicação do instrumento a uma pequena amostra da população, com o objetivo de avaliar a sua eficácia e pertinência, verificar a compreensão dos termos, a forma, tamanho e ambiguidade das questões, permitindo a sua correção ou modificação. O formulário (Anexo IV) foi depois aplicado, durante o mês de Dezembro. O método de amostragem selecionado foi a amostragem de conveniência ou acidental, já que foram utilizadas pessoas disponíveis para participar no estudo (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004), nomeadamente as pessoas com IRCT em HD na Clínica de Hemodiálise A. Os critérios de seleção da amostra e todo este processo de aplicação dos formulários serão apresentados e discutidos no Capítulo 4.

### **Proposta de Folheto**

Durante a prática clínica, foi identificada a necessidade da elaboração de um folheto relativo à gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD. Nesse sentido, foi elaborada uma proposta de folheto (Anexo V), que será devidamente apresentado no Capítulo 4.

### **Ações de Formação**

Para PASTICCI *et al* (2012) o trabalho de equipa é essencial para uma abordagem bem-sucedida do processo de adaptação da pessoa com IRC, nomeadamente nas alterações da dieta e estilo de vida. Nesse sentido, e tendo em conta o papel do enfermeiro especialista na otimização da resposta da equipa multidisciplinar, foi desenvolvida uma ação de formação sobre o trabalho em equipa (Anexo VI).

Foi também desenvolvida uma ação de formação para os pares subordinada ao tema da Hemodiálise e Nutrição – Estratégias de adaptação dos doentes (Anexo VII). Esta formação permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar, particularmente ao nível da tomada de decisão e, em especial, basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

### 3. QUADRO CONCEPTUAL

#### 3.1. Doença Renal Crónica

Os rins são um órgão par, localizado por detrás do peritoneu, de cada lado da coluna vertebral, com cerca de 11 cm de comprimento e 150g de peso. Cada rim contém cerca de 1 milhão de nefrónios, que constituem a sua unidade funcional. O nefrónio tem uma estrutura complexa, com cinco componentes: a cápsula de Bowman, uma cápsula de fundo cego em redor de um nó de capilares denominado glomérulo, o túbulo contornado proximal, a ansa de Henle e o tubo coletor.

As principais funções do rim são a eliminação de produtos do metabolismo, como a ureia e a creatinina, e a regulação dos eletrólitos dos fluidos corporais, nomeadamente do volume de água corporal, a regulação da osmolalidade dos fluidos corporais, equilíbrio eletrolítico e ácido-base e o controle da tensão arterial. O rim tem também funções metabólicas como a ativação da vitamina D, a produção de renina e de eritropoietina.

A Doença Renal Crónica (DRC) pode ser definida como a presença de lesão renal por três ou mais meses, devido a anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), manifestada por alterações patológicas ou pela presença de marcadores de lesão renal, como alterações da composição do sangue ou urina, ou alterações imagiológicas. Uma TFG inferior a  $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$  por um período superior ou igual a 3 meses, com ou sem lesão renal é indicador de DRC (NKF KDOQI, 2000b). Será relevante referir que a TFG, ou seja, o volume de filtrado glomerular formado por minuto, de um adulto saudável, é de cerca de 125ml/min ou 180L por dia. A IRC resulta de processos patológicos que causam lesão irreversível do tecido renal, pelo que os rins são incapazes de manter o equilíbrio hidro-electrolítico e de excretar os produtos tóxicos (CHALMERS *in* THOMAS, 2005). É uma doença multicausal que está associada a morbilidade e mortalidade elevadas, bem

como a elevados custos pessoais, familiares, sociais e financeiros (BARROS *et al*, 2006).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são a diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial, sexo masculino, raça negra, idade, tabagismo, doenças renais proteinúricas, história familiar de DRC e outros fatores de risco cardiovascular, como a dislipidémia, obesidade, estado inflamatório crónico ou disfunção endotelial (THOMÉ *et al in* BARROS, 2006).

A deterioração da função renal é progressiva e leva à IRCT num período de tempo variável, em que existe uma perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular. De acordo com as KDOQI (NKF KDOQI, 2000b) podem definir-se cinco estádios de DRC, de acordo com o grau de lesão renal, apresentados no Quadro 1:

**Quadro 1 – Estádios da evolução da DRC**

<b>Estadio</b>	<b>Descrição</b>	<b>TFG (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>
<b>1</b>	Lesão renal com TFG normal ou elevada	≥ 90
<b>2</b>	Lesão renal com discreta redução da TFG	60-89
<b>3</b>	Redução moderada da TFG	30-59
<b>4</b>	Redução acentuada da TFG	15-29
<b>5</b>	Insuficiência renal	<15

Fonte: NKF KDOQI (2000b) (adaptado)

Nas fases iniciais da DRC, as manifestações clínicas são mínimas, mas com a progressão da doença, começam a evidenciar-se as consequências metabólicas do estado urémico, comprometendo todos os sistemas do organismo (cardiovascular, gastrointestinal, hematopoiético, imunológico, nervoso e endócrino) (BARROS *et al*, 2006).

Quando o tratamento conservador se revela incapaz de manter a qualidade de vida do doente sem prejuízos nutricionais ou agravamento de complicações crónicas da ureia, deverá considerar-se o início da diálise. Esta vai depender das susceptibilidades individuais, da efectividade do tratamento conservador e da doença de base, e dos valores analíticos (BARROS *et al*, 2006). De acordo com as KDOQI, os valores de referência para o início do tratamento dialítico são uma função renal residual inferior a

2,0 por semana (medida em Kt/Vureia), o equivalente a uma depuração renal de ureia de 7 ml/min e uma depuração de creatinina entre 9 e 14ml/min/1,73m<sup>2</sup> (BARROS, 2006).

### **3.2. Terapêuticas de Substituição da Função Renal**

Existem várias opções entre as terapêuticas de substituição da função renal (TSFR), nomeadamente a HD, a diálise peritoneal ambulatoria contínua (DPAC), a diálise peritoneal automatizada (DPA) e o transplante renal. As várias opções devem ser apresentadas aos doentes e família de forma clara e compreensível e a escolha deverá ser individualizada, de acordo com as suas características clínicas, psíquicas e socioeconómicas. A DP envolve menos custos, proporciona maior independência aos doentes, mas poderá não ser indicada para doentes com algum grau de dependência ou sem a estabilidade ou suporte familiar e social necessários (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008). Em termos de eficiência e de custos, o transplante renal seria a melhor opção terapêutica, mas a taxa de transplantação não consegue acompanhar a entrada de novos doentes em diálise (BARROS *et al*, 2006).

A HD é a TSFR mais frequente a nível mundial (FMC, 2011) e em Portugal, sendo a opção terapêutica para 59,3% dos doentes em tratamento substitutivo renal (SPN, 2011). A HD convencional, na qual ocorrem, em simultâneo, os processos de difusão e ultrafiltração, tem sido tradicionalmente o método de tratamento mais utilizado. Contudo, o recurso a hemofiltração (HF) e a hemodiafiltração (HDF) tem aumentado nos últimos anos, com vantagens significativas comparativamente à HD convencional, nomeadamente a diminuição da morbilidade relacionada com a diálise.

### **3.3. Gestão do Regime terapêutico da pessoa com IRCT em HD**

A maioria dos planos de cuidados das doenças crónicas inclui medicação, dieta e exercício, pelo que é exigido aos doentes que façam uma gestão de um regime terapêutico complexo (BERG *et al* in LUBKIN & LARSEN, 2006).

O regime terapêutico da pessoa com IRCT em HD é constituído por quatro fatores essenciais: restrição hídrica, restrição dietética, medicação e a cumprimento das

sessões de hemodiálise. A restrição hídrica depende da diurese residual, mas pode limitar-se a 500ml de líquidos por dia; a restrição dietética inclui a limitação do consumo de sódio e potássio. A medicação prescrita tem como objetivos principais o tratamento ou prevenção dos problemas cardiovasculares e a manutenção do equilíbrio eletrolítico. Os doentes devem comparecer às sessões de tratamento prescritas, completando a duração de tempo prescrita, habitualmente três sessões semanais com duração de 4h00. O cumprimento destes vários fatores é essencial para o sucesso do tratamento (DENHAERYNCK *et al*, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2003), a taxa de adesão ao regime terapêutico dos portadores de doença crónica, ao nível dos países desenvolvidos cifra-se na ordem dos 50%. A adesão aos diferentes regimes terapêuticos nas doenças crónicas é fraca, com consequências aos níveis económico e de saúde, já que impede que os doentes recebam os benefícios completos dos cuidados de saúde (BERG *et al* in LUBKIN & LARSEN, 2006). A OMS considera cinco categorias de fatores de risco para a não adesão: fatores socioeconómicos, fatores relacionados com o tratamento, com o doente, com a condição clínica e com o sistema de cuidados de saúde (KUGLER, MAEDING & RUSSEL, 2011).

A adesão pode ser definida como “*a extensão que o comportamento de uma pessoa - tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou alterar estilos de vida – está em concordância, com as recomendações dos profissionais de saúde*” (Cf. WHO, 2003, p. 3). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a adesão é definida como:

*“acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações 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”* (ICN, 2005, p.81)

A adequação dos termos adesão ou *compliance* é motivo de debate frequente na literatura (RICHARD, 2006; COSTANTINI, 2006; HIGGINS, 2006), estando a *compliance* associada a um determinado grau de imposição do regime terapêutico, em que é expectável que o doente assuma um papel mais passivo, enquanto a adesão implica uma colaboração entre o doente e o prestador de cuidados. No entanto, estes termos

são frequentemente utilizados como sinónimos e na prática, são muito semelhantes. No decorrer deste trabalho, preferimos o uso do termo adesão, por ser o adotado pela OMS (WHO, 2003).

As taxas de não adesão dependem da forma como esta é definida e avaliada. A adesão à dieta e à terapêutica é frequentemente avaliada através de valores séricos de potássio e fósforo pré-diálise, enquanto a adesão à restrição hídrica é determinada frequentemente através do ganho de peso interdialítico (GPI) (HAILEY e MOSS, 2000) ou da perda de peso intradialítico (PPI) (DENHAERYNCK *et al*, 2007). De acordo com o DOPPS - Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study - um estudo retrospectivo e observacional com uma amostra representativa de doentes em HD em vários países como a França, Alemanha, Itália, Japão, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América - os doentes são considerados não aderentes se faltarem a uma ou mais sessões de HD num mês, se encurtarem uma ou mais sessões por mês em mais de 10 minutos, se tiverem um nível sérico de potássio pré-diálise superior a 6mEq/l, um nível sérico de fósforo pré-diálise superior a 7,5mg/dl ou um GPI superior a 5,7% do peso seco. A não adesão ao regime terapêutico foi associada a um aumento do risco de mortalidade e do número de hospitalizações, representando um enorme peso nos gastos com a saúde, com grande impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia (SARAN *et al*, 2003).

BARAZ *et al* (2009) destacam a falta de informação como o fator mais importante para a não adesão ao regime terapêutico, sobretudo as restrições dietética e hídrica. AUER in THOMAS (2005) acrescenta como causas mais comuns da não adesão da pessoa com IRCT aos conselhos dados a falta de compreensão da informação ou das consequências do seu incumprimento, situações de depressão, negação ou desespero ou por um sentimento negativo de desafio.

Os doentes em HD têm dificuldades em aceitar a sua condição e frequentemente negligenciam a necessidade de cumprir uma dieta. Por vezes, os comportamentos de não adesão mantêm-se até que sejam visíveis os seus efeitos adversos (Cf. BARAZ *et al*, 2009). A dieta renal, para além de ser bastante restritiva, contraria as recomendações comuns para uma alimentação saudável, nomeadamente pelas restrições no consumo de fruta e vegetais e restrição hídrica. Devido à existência de comorbilidades, como a DM ou doença cardíaca, associadas à IRCT, a dieta torna-se muitas vezes conflituosa para os doentes, sobretudo se já receberam informação

nutricional prévia. Os doentes podem apresentar confusão, depressão, incerteza e frustração relativamente à dieta que devem seguir, nos diferentes estádios da sua doença (SUTTON, HOLLINGDALE & HART, 2008).

Os hábitos alimentares são construídos ao longo de muitos anos e fazem parte da rotina de vida diária (WALDRON, 2003), pelo que as alterações nesses hábitos são difíceis de efetuar e manter. Não surpreende que a maioria dos doentes refira dificuldade em manter as restrições dietética e hídrica (KUGLER, MAEDING & RUSSEL, 2011; KUGLER *et al*, 2005), sobretudo esta última (WALDRON, 2004). A restrição hídrica tinha já sido um dos stressores mais reportados em estudos sobre stress e coping de doentes em HD (TSAY, LEE & LEE, 2005; MOK & TAM, 2001). A adesão à restrição hídrica poderá ser dificultada pelo conhecimento de que a máquina pode remover os líquidos e possivelmente o facto de serem não aderentes ao regime pode conferir aos doentes um sentimento de controlo sobre a situação (CRISTOVÃO, 1999).

BARAZ *et al* (2009) e BARNETT *et al* (2007) apresentam valores de adesão ao regime dietético e hídrico ligeiramente superiores aos 50% apresentados pela OMS (2003): neste aspeto particular do regime terapêutico da pessoa com IRCT em HD, a adesão varia entre os 63,5% e os 71%. Valores substancialmente superiores foram encontrados num estudo que incluiu 100 doentes em hemodiálise nos EUA: apenas 9% foram considerados não aderentes à restrição hídrica, enquanto cerca de 50% não aderiam às restrições de fósforo (KHALIL *et al*, 2011). Estas diferenças poderão dever-se à diferença de critérios na avaliação da não adesão, determinada por valores analíticos e GPI nos dois primeiros trabalhos e através de um questionário específico, neste artigo mais recente.

A complexidade do regime alimentar poderá também traduzir-se em comportamentos distintos: BARAZ *et al* (2009) concluíram que a proporção de doentes aderentes às restrições do potássio é consideravelmente superior, quando comparada com as restrições de fósforo. Os autores advogam que o impacto dos efeitos a curto prazo versus a longo prazo podem justificar esta diferença, pois enquanto os efeitos da hipercaliémia são graves e imediatos, os efeitos da hiperfosfatémia, como a desmineralização óssea, são mais tardios.

Segundo BARAZ *et al* (2009) os doentes mais novos e com maior grau de escolaridade revelam maior grau de adesão às restrições hídrica e dietética. Estes resultados são contraditórios relativamente a estudos publicados sobre a adesão à terapêutica

farmacológica com quelantes do fósforo, que concluíram que o perfil do doente que não cumpre o tratamento é um doente novo (ARENAS *et al*, 2010; KARAMANIDOU *et al*, 2008). Uma explicação para esta diferença poderá estar associada à subjetividade da classificação da não adesão.

Na literatura existem vários modelos conceptuais e teorias sobre o fenómeno da adesão ao regime terapêutico. Vamos centrar-nos no *Self-Management*, ou Autogestão, por considerarmos ser pertinente para o tema em estudo e por ser reconhecido como uma base fundamental para as atividades associadas com a doença crónica (Cf. Berg *et al* in LUBKIN e LARSEN, 2006). CURTIN e MAPES (2001) definem *self-management* como o “*esforço do doente em vigiar e participar nos seus cuidados de saúde, para otimizar a saúde, prevenir complicações, controlar os sintomas, gerir os recursos médicos e minimizar os efeitos da doença*” (Cf. RICHARD, 2006, p.388).

*Self-management* envolve a aprendizagem de novas competências e comportamentos e assenta em três pressupostos: a pessoa necessita de estar motivada para a mudança, apenas o indivíduo pode modificar o seu comportamento e os comportamentos difíceis frequentemente só podem ser monitorizados pelo indivíduo. Este modelo estrutura-se em três passos: auto monitorização (que envolve uma atenção deliberada para o próprio comportamento), autoavaliação (o indivíduo compara e avalia os comportamentos atual e desejado) e reforço pessoal (que motiva o indivíduo a corrigir eventuais discrepâncias no comportamento, para produzir a mudança necessária) (Cf. Berg *et al* in LUBKIN e LARSEN, 2006). O enfermeiro será um elemento facilitador na gestão do regime terapêutico, ajudando a pessoa a encontrar as estratégias para facilitar a adesão. Berg *et al* in LUBKIN e LARSEN (2006) sublinham que, apesar da responsabilidade sobre a gestão do regime terapêutico recair muitas vezes sobre o doente ou família, os cuidadores devem ser responsabilizados por assegurar que estes possuem o conhecimento, a motivação e as competências necessárias, para além de ajudá-los a encontrar formas de efetivar essa adesão.

As recomendações nutricionais devem ser reforçadas por todos os elementos da equipa multidisciplinar e a adesão à dieta deve ser avaliada regularmente (ROCCO E IKIZLER, 2008). O aconselhamento nutricional, que deverá ser mais intenso numa fase inicial da hemodiálise, deverá manter-se ao longo do tempo, de forma regular e periódica, por forma a promover a adesão à dieta. A equipa multidisciplinar, composta pela dietista, pelos enfermeiros e médicos devem trabalhar em articulação, por forma a assegurar

uma consistência no cuidado e aconselhamento nutricional a estes doentes (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008). Os resultados do DOPPS sugerem que a adesão ao tratamento é afetada pelas práticas dos profissionais: a probabilidade dos doentes faltarem aos tratamentos está mais reduzida em unidades com pessoal mais qualificado, assim como o número de doentes com excessivo GPI tende a diminuir se tiverem acesso a aconselhamento por parte da dietista (SARAN *et al*, 2003).

O conteúdo das intervenções educativas por parte dos enfermeiros deverá incluir informação geral sobre a doença renal crónica terminal, a gestão da dieta, identificação de alimentos permitidos e a restringir, restrição hídrica, razões para a adesão e as consequências possíveis da não adesão (BARAZ *et al*, 2009). Os doentes devem compreender que a adesão a esta dieta é essencial para prevenir complicações como hipertensão, hipercalemiemia, náusea e vômitos, desnutrição e doença óssea (WALDRON, 2003).

### **3.4. A dieta da pessoa com IRCT em HD**

Apesar do desenvolvimento dos métodos dialíticos, a dieta mantém-se essencial para otimizar a diálise, manter um bom estado nutricional e prevenir complicações. Os objetivos da dieta da pessoa com IRCT passam pela manutenção de um bom estado nutricional e prevenção da desnutrição, através da ingestão adequada de proteínas, vitaminas e minerais, bem como do controlo do edema e a manutenção do equilíbrio eletrolítico, através de uma adequada ingestão de fluidos, sódio e potássio. De igual forma, através do controlo da ingestão de cálcio, fósforo e vitamina D, é também possível prevenir ou retardar o desenvolvimento da osteodistrofia renal (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008).

A dieta prescrita deve ser individualizada para dar resposta às preferências do doente, custo, condições económicas e hábitos culturais (ROCCO E IKIZLER, 2008). Dentro das limitações e das necessidades do doente renal, pretende-se que a pessoa tenha uma dieta adequada ao seu estilo de vida, tão atrativa quanto possível.

Os doentes devem ser motivados a reduzir a **ingestão hídrica** para reduzir a morbilidade cardiovascular e prolongar a sua sobrevida (HOLMBERG e STEGMAYR,

2009). Um GPI excessivo pode provocar edema agudo do pulmão e aumenta o risco de hipotensão, câibras, vômitos ou cefaleias durante a HD (FMC, 2011). O GPI não deverá exceder 1,5 a 3 Kg, ou 5,7% do peso seco, mas este valor irá depender de vários fatores, como o peso seco estabelecido, a diurese residual e problemas clínicos associados (cardíacos, tolerância à diálise, hipotensão, episódios de sobrecarga hídrica, edemas ou hipertensão arterial) (FMC, 2011). Atividades que afetam a reabsorção dos líquidos, como a atividade física, vômitos ou presença de febre podem interferir na quantidade de líquidos permitidos.

Apesar das complicações associadas ao GPI excessivo, os doentes revelam falta de conhecimento relativamente à importância da restrição hídrica e das estratégias para controlar a sede, particularmente no que se refere à ingestão de sal e controlo da glicémia. Porque os enfermeiros avaliam o GPI diariamente, estão numa posição ideal para aconselhar os doentes; para ajudá-los a perceber formas de limitar a ingestão hídrica e controlar a sede, bem como compreender os riscos associados a excessivos GPI, a longo prazo (JACOB e LOCKING-CUSOLITO, 2004). Os doentes devem também ser ensinados a medir os líquidos ingeridos e eliminados através da urina, a avaliar a presença de edemas maleolares e a pesar-se diariamente, registando esse valor (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008).

É comum os doentes experienciarem sede intensa e um conjunto de sintomas desagradáveis como a xerostomia (secura da mucosa oral) (PORCU, FANTON e ZAMPIERON, 2007). Podem ser utilizadas uma variedade de estratégias para o controlo da sede e restrição hídrica, nomeadamente chupar rebuçados ou pastilhas elásticas, mastigar pedras de gelo, usar copos e chávenas pequenos e beber apenas pequenas golos, medir a quantidade diária permitida, beber apenas quando tem sede, realizar higiene oral (lavar os dentes e bochechar) e evitar o consumo de sal (JACOB e LOCKING-CUSOLITO, 2004). Ingerir sopa mais espessa, evitar a exposição solar, tomar a medicação com os líquidos às refeições, manter-se ocupado, evitar restaurantes de *fast-food* ou beber bebidas muito geladas são outras estratégias utilizadas. De acordo com Welch e Davis (2000) a estratégia considerada mais eficaz é medir a quantidade de líquidos permitidos por dia e espaçá-los ao longo do dia (PORCU, FANTON e ZAMPIERON, 2007).

A ingestão de **sódio** recomendada depende da diurese, manifestações de sobrecarga hídrica ou deficiente ingestão calórica. As recomendações da KDOQI sugerem a

limitação de ingestão de sódio a 2 g por dia. A restrição de sal contribui para a restrição hídrica, sendo essencial na prevenção do edema, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca, sobretudo em doentes anúricos. Alguns aspetos práticos para reduzir a quantidade de sal ingerida incluem: cozinhar com pouco sal; não utilizar sal fino no prato nem substitutos do sal, que para além de conterem metade do sódio do sal de mesa, podem conter ainda cloreto de potássio. Os doentes são também aconselhados a evitar alimentos pré-confeccionados, aperitivos salgados, azeitonas, bacalhau, batata frita de pacote, bolachas de água e sal e de aveia, caldos de carne, peixe ou legumes, cereais de pequeno-almoço, enchidos e fumados, enlatados de carne, peixe ou legumes, manteigas e margarinas com sal, molhos, pickles, queijos curados, sopas de pacote.

Nos doentes em HD, a eliminação do **potássio** está dificultada, resultando na sua acumulação. A restrição de potássio em doentes anúricos e oligoanúricos é de 1mmol (39mgK<sup>+</sup>)/Kg/dia. O potássio está presente essencialmente nos alimentos com alto teor proteico, frutas e vegetais. Afecta a ação muscular, especialmente o músculo cardíaco, pelo que valores elevados de potássio podem levar a paragem cardíaca, enquanto valores reduzidos conduzem a fraqueza muscular e fibrilhação arterial (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008).

Os doentes são aconselhados a evitar alimentos com alto teor de potássio como o bacalhau, batata frita caseira e de pacote, cacau, café instantâneo em pó, castanhas, cebola, coco, ervilhas, favas e grãos secos, farinha de soja, frutas oleaginosas, frutos secos, grão-de-bico, milho, grelos de nabo, leite achocolatado e em pó, lentilhas, melaço, puré de batata instantâneo, soja e tomate em puré concentrado. Devem restringir o consumo de vegetais, fruta, batata e legumes.

Para além de conhecer os alimentos ricos em potássio, os doentes devem estar informados também sobre as formas de reduzir o seu teor. Podem ser aconselhadas estratégias como cozer os legumes frescos, incluindo as batatas, por duas vezes, em grandes quantidades de água, sendo que na primeira devem ser escaldados numa panela com bastante água, sem sal, durante 2 a 3 minutos após levantarem fervura; não devem ser cozidos na panela de pressão, nem a vapor ou no micro-ondas. Previamente à sua confeção, as batatas devem ser partidas em metades e colocadas durante algum tempo “de molho” e os doentes são aconselhados a preferir arroz e massa porque são pobres em potássio. Devem também evitar comer mais de duas peças de fruta fresca por dia (sendo que uma deve ser cozida), devem privilegiar frutas menos ricas em

potássio como a maçã, pera, laranja, pêsego, ananás, abacaxi, fruta em calda, tangerina ou clementina. A água de cozer a fruta não deve ser aproveitada pelo seu teor em potássio.

Nos estadios iniciais da DRC, os doentes são aconselhados a restringir o consumo de proteínas. No entanto, para manter o equilíbrio proteico e compensar as perdas de proteínas durante as sessões de HD, é necessário aumentar o consumo proteico diário. Os valores mínimos de ingestão proteica recomendados são de 1,2g proteínas/Kg/dia, em que pelo menos 50% devem ser de alto valor biológico (NKF, 2000) com o objetivo de assegurar a ingestão adequada de aminoácidos essenciais. Os doentes são aconselhados a alternar preferencialmente uma refeição de carne com uma de peixe e incluir uma refeição de ovos duas a três vezes por semana (FMC, 2006)

Os doentes em HD aparentemente não têm gasto energético maior do que os indivíduos saudáveis, mas têm um gasto maior do que na fase pré-diálise (BARROS *et al*, 2006). De acordo com as KDOQI (NKF, 2000), os doentes em HD devem ter uma **ingestão energética** diária de 35 Kcal/Kg de peso/dia, se tiverem menos de 60 anos e 30 a 35 Kcal/Kg de peso/dia se tiverem idade superior ou igual a 60 anos. Este valor poderá ser superior (40-45 Kcal/Kg/dia), nos casos de atividade física intensa, como os que realizam trabalhos pesados, de doentes abaixo do peso desejado, hospitalizados ou desnutridos (ROCCO E IKIZLER, 2008).

Pretende-se que os doentes tenham valores de **fósforo** entre 3,5 a 5,5 mg/dl. Ao controlar o nível de fósforo, é possível controlar também o produto Ca X P, mantendo-o dentro de valores seguros. A restrição do fósforo na dieta para valores de 800-1200mg/dia é fundamental para o controlo dos níveis séricos de fósforo.

A ingestão de cálcio e fósforo deve ser controlada para evitar o agravamento da situação provocada pelo hiperparatiroidismo, retenção de fósforo e hipocalcémia. Em termos práticos, procura manter-se uma ingestão de cálcio elevada e ingestão reduzida de fósforo. Isto revela-se um problema porque a maioria dos alimentos ricos em cálcio (leite e derivados) são também ricos em fósforo. Para além disso, uma dieta rica em proteínas, recomendada devido às perdas proteicas durante a diálise, também é rica em fósforo. Para assegurar um controlo efetivo dos níveis de fósforo, é necessário que os doentes sigam uma dieta pobre em fósforo, que tomem o cálcio ou outros quelantes prescritos e que cumpram o seu regime dialítico, já que cerca de metade do consumo de fósforo diário é removido pela hemodiálise (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008).

Aconselha-se a restrição da ingestão de leite e derivados (queijo e iogurtes) e evitar o chocolate, cacau, nozes, amêndoas, amendoim, avelã, pistácio, castanha de caju, pinhões, leguminosas secas (grão, favas, ervilhas, lentilhas, soja e feijão), conservas de sardinha, vísceras (miolos, rins, coração e fígado), produtos integrais (como massa, arroz e pão), flocos de cereais e fibras, farinhas lácteas. O consumo de pão, bolachas, bolos e tostas deve igualmente ser moderado.

Devido à absorção intestinal do **cálcio** estar reduzida e à restrição de leite e derivados (ricos em fósforo) na dieta, podem ser necessário suplementos de cálcio. Contudo, esta suplementação tem que ser criteriosa, devido aos riscos de complicações e morte por causas cardiovasculares decorrentes da deposição de fósforo e cálcio nas artérias (BARROS *et al*, 2006). A ingestão de cálcio deve limitar-se a 2000mg/dia (FMC, 2011).

A restrição de potássio e as perdas durante a HD podem exigir o recurso a um suplemento de **vitaminas** hidrossolúveis, especialmente nos doentes que ainda produzem urina, que têm risco acrescido para a perda destas vitaminas. Suplementos diários de vitaminas B12, B6 e ácido fólico diminuem o risco de doença cardiovascular, pela diminuição dos níveis elevados de homocisteína, enquanto os suplementos de vitamina D ativa aumentam a absorção de cálcio ao nível intestinal, previnem e tratam o hiperparatiroidismo e melhoram o metabolismo ósseo (NKF, 2000)

Uma ingestão equilibrada de **hidratos de carbono e lípidos** é importante para garantir as necessidades calóricas totais e evitar que as proteínas ingeridas sejam utilizadas como fonte de energia. Os hidratos de carbono não devem exceder 50-60% das calorias totais nos doentes em hemodiálise. A dieta destes doentes deve conter menos de 7% de gordura saturada, com gordura polinsaturada inferior a 10% das calorias totais e gordura monoinsaturada inferior a 20% das calorias totais, e com gordura total de 25-35% das calorias totais (ROCCO E IKIZLER, 2008).

Recomenda-se uma ingestão de **fibras** de 20-25g/dia, para ajudar a reduzir a dislipidémia. Alimentos com alto teor de fibras, associados ao exercício podem reduzir a obstipação decorrente da toma dos quelantes (MULLER, in MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2008).

A desnutrição dos doentes em HD é um problema relativamente frequente, que está associado ao aumento da morbidade e mortalidade (PIFER, MCCULLOUGH, PORT, 2002; BARROS *et al*, 2006), pelo que a monitorização do estado nutricional e a

prevenção da desnutrição através de uma dieta adequada são fundamentais (FMC, 2011). Existem vários fatores responsáveis pela desnutrição do doente em HD, nomeadamente a perda de aminoácidos e aumento do consumo energético durante a diálise, a redução da ingestão calórico-proteica, anorexia, internamentos frequentes, dose de diálise inadequada, presença de co-morbilidades ou ainda a polimedicação. Os doentes diabéticos têm risco acrescido de desnutrição, devido às restrições dietéticas, ao aumento da degradação proteica associado à hiperglicemia, gastroparésia, proliferação bacteriana intestinal, insuficiência pancreática e outros sintomas gastrointestinais como náuseas e vômitos. O aumento do catabolismo e redução do anabolismo, o catabolismo induzido pela diálise, indução da cascata inflamatória, acidose metabólica, alterações hormonais, hiperparatiroidismo, e a resistência à insulina e hormona de crescimento são outras causas possíveis (FMC, 2011).

A obesidade constitui outro problema nutricional dos doentes em HD. Contudo, ao contrário do que acontece com a população sem patologia renal, aparentemente a obesidade é protetora de mortalidade nestes doentes, provavelmente devido a razões relacionadas com a sua composição corporal (BARROS *et al*, 2006).

A avaliação do estado nutricional do doente em HD deve ser efetuada regularmente, no sentido de detetar precocemente alterações nutricionais, avaliar o impacto das intervenções a este nível, motivar e melhorar a adesão do doente à dieta (MITCH & IKIZLER, 2010). Deve ser realizada de acordo com vários parâmetros, como a ingestão calórica e proteica, a composição corporal, avaliação global subjetiva e parâmetros bioquímicos (FMC, 2011).

A ingestão dietética pode ser determinada com base em registos e questionários retrospectivos, permitindo o conhecimento do padrão e frequência alimentar. Na avaliação da composição corporal são utilizados parâmetros como o peso seco, o Índice de Massa Corporal (IMC), as pregas cutâneas e a massa muscular. Pode também utilizar-se o BCM- *Body Composition Monitor*, um dispositivo que através de técnicas de espectroscopia de bioimpedância, possibilita a determinação do estado de hidratação e a avaliação da composição corporal. A avaliação clínica global inclui a anamnese, sintomas e parâmetros físicos, centrando-se sobretudo no peso corporal perdido nos 6 meses anteriores, no aporte de nutrientes, na identificação de anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou dor abdominal, capacidade funcional e necessidades metabólicas (ROCCO & IKIZLER, 2008). Os parâmetros bioquímicos mais relevantes são o valor da

albumina sérica, que reflete o estado das reservas de proteínas viscerais e, que de acordo com as KDOQI deverá ser igual ou superior a 4,0g/dl pré – diálise. Se o valor for inferior, deverá considerar-se eventual desnutrição (não esquecendo que estes valores podem encontrar-se alterados em processos inflamatórios agudos ou crónicos). Baixos níveis séricos de albumina são um forte indicador de mortalidade e hospitalização, aumentando esse risco de forma significativa quando atingem valores inferiores a 4,0g/dl (ROCCO & IKIZLER, 2008). A creatinina e o colesterol séricos são outros parâmetros importantes: se inferiores a 10mg/dl ou 150-180mg/dl, respectivamente, são indicadores de provável desnutrição. Valores baixos de creatinina estão associados a um aumento do risco de mortalidade, estando os valores de hipocolesterolemia associados a deficiências proteicas e energéticas, a estados de morbidade ou inflamatórios (NKF, 2000).

### **3.5. Processo adaptativo**

Uma doença crónica afeta todos os aspetos da vida da pessoa, com um impacto diferente dependendo das características de personalidade do indivíduo, das suas crenças e valores, dos sistemas de suporte disponíveis e de outros fatores únicos para cada indivíduo (LARSEN in LUBKIN e LARSEN, 2006). A necessidade de realização regular de HD exige múltiplas alterações no estilo de vida da pessoa, relacionadas com a prescrição dialítica, as restrições dietéticas e alimentares, a necessidade de cumprirem medicação variada, para além da gestão das co-morbilidades (SARAN et al, 2003).

Quanto melhor informados e preparados estiverem os doentes, mais capazes estarão para se adaptarem à nova realidade. Os grupos de pré-diálise e pré-transplante são estratégias importantes na facilitação deste processo. Sessões de aconselhamento organizadas por uma equipa multidisciplinar, que inclua enfermeiros, médicos, dietista, assistente social e em que participem também doentes de diálise ou transplante são consideradas as mais eficazes. Estas sessões devem incluir ensino sobre a doença e tratamento, apoio de grupo e tranquilização, fornecendo um quadro “*realista mas não excessivamente pormenorizado, que prepara um contexto apropriado a uma relação cooperativa e interativa com a equipa*” (AUER in THOMAS, 2005, p.85). A participação

ativa no tratamento e a discussão de questões como as dificuldades na relação, autoimagem e imagem corporal e sexualidade devem também ser encorajados. Devem ser apresentadas as várias modalidades de diálise, para que os doentes se sintam envolvidos na escolha do tratamento. Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS) através da Norma 017/2011 de 28/09/2011 recomenda a existência de uma consulta funcionalmente individualizada, com uma equipa multidisciplinar, que promova o *“pleno esclarecimento do doente (...) acerca das diferentes modalidades de tratamento disponíveis”* (DGS, 2011).

Após o diagnóstico de IRC, os doentes passam por uma série de fases semelhante às respostas do luto descritas por Kubler-Ross, que *“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”* (AUER in THOMAS, 2005, p.87). ADAM (1970) desenvolveu um processo de adaptação ao início da terapia dialítica, que se traduz em três fases: euforia, reação depressiva e adaptação realista. Na primeira fase, é frequente um sentimento de alívio, pelo doente finalmente alcançar a barreira da diálise por que esperava e por sentir imediatamente os benefícios do tratamento, ao mesmo tempo que percebe que a HD é menos traumática do que esperava. A segunda fase, que pode durar semanas ou meses, caracteriza-se pela valorização das limitações, frustrações e tempo despendido com o tratamento e pela perceção de que se trata de uma situação sem fim previsto; surge o cansaço, falta de energia e entusiasmo, irritabilidade, dificuldades do sono, depressão, preocupações com a situação económica e familiar. A terceira fase, de adaptação realista, surge quando o doente aceita as limitações e aproveita as possibilidades que tem ao seu dispor. Podem surgir alterações dos hábitos e dos papéis familiares e é frequente, durante este período, o doente sentir-se deprimido, irritável, susceptível à ofensa e canalizar as suas frustrações para os profissionais de saúde ou para as pessoas que lhe são mais próximas (AUER in THOMAS, 2005).

O estadio de desenvolvimento, a idade e a fase da vida em que o indivíduo se encontra são fatores significativos que influenciam os tipos de problemas e consequências que afetam a pessoa com doença crónica e, conseqüentemente, os cuidados prestados (Cf. LARSEN in LUBKIN e LARSEN, 2006). Os efeitos negativos nos primeiros meses de HD são sentidos mais intensamente pelos jovens, que vêm alterados os seus projetos de vida, sobretudo os homens que sentem-se particularmente frustrados pela alteração do

seu papel. Os doentes de meia-idade têm, frequentemente, maior facilidade em adaptar-se às novas limitações, mas também podem sentir o medo de perder o que alcançaram e de não conseguirem cumprir as suas responsabilidades. Por seu lado, os mais idosos são os que melhor se adaptam à nova realidade, já que não sentem que a sua esperança de vida seja encurtada pela doença. Aqueles que se sentem isolados podem até encarar as idas ao tratamento de forma positiva, como uma atividade social (AUER in THOMAS, 2005).

COHEN (1995) estudou a experiência de viver em Hemodiálise por mais de 20 anos e o seu impacto no doente e família e identificou 3 fases distintas: a fase inicial ou de crise, que pode durar até um ano, a fase de vida crónica até ao 15º ano e a fase terminal, quando a saúde se deteriora. Segundo o autor, depois da adaptação inicial, a vida dos doentes decorre de forma suave, apesar de alguns breves episódios de complicações da doença ou do tratamento. Na fase terminal, a saúde deteriora-se e o impacto da doença atinge os familiares mais próximos, que não beneficiam do suporte dos profissionais de saúde (POLASCHEK, 2003).

BERTOLIN *et al* (2008) elaboraram uma revisão da literatura sobre os artigos publicados sobre as estratégias de *coping* das pessoas em HD. De acordo com Lazarus e Folkman (1988), as estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas são aquelas que permitem controlar ou alterar o problema que acusou o *distress* – stress negativo; as estratégias de *coping* orientadas para o controlo das emoções permitem regular a resposta emocional aos eventos stressantes (BERTOLIN *et al*, 2008). A partir de 12 estudos identificados, BERTOLIN *et al* (2008) concluem que as estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema são as mais utilizadas. Resultados idênticos foram encontrados por CRISTÓVÃO (1999), que estudou o stress, *coping* e qualidade de vida numa amostra de doentes em HD na população portuguesa.

### **3.6. Perspetiva de Cuidados segundo o Modelo de Adaptação de Roy**

Roy considera que a pessoa é um “*sistema adaptável (...), um todo que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.17). As autoras acrescentam que “*o sistema humano tem a*

*capacidade de se ajustar (...) às mudanças do meio ambiente e, por sua vez, afeta o meio ambiente*” (ROY e ANDREWS, 2001, p. 20). Como tal, este Modelo foi considerado pertinente para a conceptualização e discussão da problemática em estudo.

De acordo com a autora, o ambiente inclui “*as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.33)

Outro conceito chave é o nível de adaptação, que se refere ao “*ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.23) O seu comportamento serão, pois, as “*ações internas ou externas e reações em circunstâncias específicas*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.16). A eficácia desse comportamento é feita em colaboração com a pessoa e depende da pessoa, das condições e das circunstâncias.

As respostas adaptativas são aquelas que “*promovem a integridade em termos de objetivos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.25), enquanto as respostas ineficazes “*não contribuem para a integridade nem contribuem para os objetivos da adaptação (...) podem, na situação imediata, ou se continuarem por algum tempo, ameaçar a sobrevivência da pessoa*” (ROY e ANDREWS, 2001, p.25-26).

De acordo com o modelo de adaptação de Roy, o objetivo da intervenção em enfermagem é manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz, tornando-o adaptável. Ao promover a adaptação da pessoa, o enfermeiro irá contribuir para a sua saúde e qualidade de vida. O enfermeiro desempenha um papel de conselheiro, ao colaborar com a pessoa no que diz respeito às necessidades nutricionais e educação (ROY e ANDREWS, 2001).

### **3.7. Desenvolvimento de Competências**

DREYFUS e DREYFUS (1980) desenvolveram um modelo de aquisição de competências que estabelece que um estudante, na aquisição e desenvolvimento de competências, “*passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado*

*avançado, competente, proficiente e perito*” (DREYFUS & DREYFUS, 1980 cit. por BENNER, 2001).

BENNER (2001) aplicou o Modelo de Dreyfus à enfermagem, sendo que os termos competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais. Segundo a autora, as enfermeiras passam por vários estados, que refletem diferentes níveis de aquisição de competências:

A **enfermeira iniciada** não possui qualquer experiência sobre as situações com que é confrontada. A partir da descrição de situações, a enfermeira adquire a experiência necessária ao desenvolvimento das competências e a partir do conhecimento das normas, guia os seus atos em função dos diversos elementos do contexto. O seu comportamento vai, pois, ser limitado por essas normas que lhe são ensinadas. São exemplos de iniciados os estudantes de enfermagem ou enfermeiras que integram um novo serviço com características distintas dos anteriores.

As **enfermeiras iniciadas avançadas** já possuem um comportamento *“aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (...) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas”* (BENNER, 2001, p.50). A partir da sua experiência, a enfermeira neste nível reconhece as características globais ou aspetos da situação.

A **enfermeira** torna-se **competente** quando *“começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”* (BENNER, 2001, p.53). Esses planos estabelecem uma perspectiva baseada numa análise consciente e abstrata do problema e indicam à enfermeira quais os atributos e aspetos mais ou menos importantes, da situação presente ou prevista. É essa planificação consciente e deliberada que lhe permite adquirir eficiência e organização. A enfermeira competente será aquela que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e que consegue enfrentar os imprevistos habituais na prática de enfermagem.

A **enfermeira proficiente** *“apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados”* (BENNER, 2001, p.55). As suas ações são guiadas por máximas (instruções codificadas que só têm sentido se a pessoa possuir uma boa compreensão da situação e que fornecem indícios sobre o que deve ser tomado em consideração) e possui uma perspectiva fundamentada na experiência e acontecimentos recentes, pois aprende quais os acontecimentos típicos em determinada

situação. A sua compreensão global melhora o seu processo de decisão e numa situação nova, apoia-se num raciocínio consciente e deliberado para resolver de forma analítica um problema de natureza elementar.

A **enfermeira perita** apercebe-se da situação como um todo, aborda o problema diretamente mobilizando as suas experiências concretas. Essas experiências passadas guiam as suas perceções e os seus atos e permitem-lhe apreender rapidamente a situação. É uma pessoa com maleabilidade e elevado nível de adaptabilidade e competência, que age a partir de uma compreensão profunda da situação global, que lhe permite dar opiniões clínicas ou gerir eficazmente situações complexas. Segundo BENNER (2001), a enfermeira perita:

*“já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. (...) tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num longo leque de soluções e diagnósticos”* (BENNER, 2001, p.58).

Neste capítulo procedeu-se a um enquadramento teórico da problemática em estudo. Após uma revisão dos principais conceitos em termos da fisiopatologia da DRC e do tratamento, foi apresentado o regime terapêutico, com especial enfoque na dieta da pessoa com IRCT em HD e nos problemas associados. De seguida, foi descrito o processo adaptativo da pessoa à doença, o Modelo de Adaptação de Callista Roy e, finalmente, os níveis de aquisição de competências propostos por Patrícia Benner. No capítulo seguinte deste Relatório, serão descritas as atividades desenvolvidas no decorrer da Prática Clínica, por forma a evidenciar a aquisição de competências ao nível de enfermeira especialista, no âmbito da Enfermagem Nefrológica. A discussão remeterá para o quadro conceptual apresentado e evidenciará uma prática baseada na evidência.

## **4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo proceder-se-á à descrição das atividades realizadas nos diferentes locais da prática Clínica, que permitiram a aquisição das competências no âmbito do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Nefrologia e também compreender a forma como a pessoa com IRCT em HD gere a sua dieta.

### **4.1. Serviço de Nefrologia**

Para dar resposta à questão de investigação “Como é que as pessoas com IRCT em HD fazem a gestão da sua dieta?”, iniciei a minha prática clínica num serviço de Nefrologia, que me permitiu a aquisição de conhecimentos específicos na área de nefrologia. A minha prática profissional está atualmente restrita à prestação de cuidados à pessoa com IRCT em HD. Contudo, os doentes quando chegam à clínica de diálise, frequentemente já passaram por um serviço de Nefrologia e já tiveram aconselhamento nutricional por parte de vários profissionais. O facto de realizar estágio nesta Unidade permitiu-me conhecer as orientações relativas ao tratamento conservador antes do doente iniciar HD, os recursos e as estratégias adaptativas usadas pelos doentes e família nesta fase da doença. O contacto com a pessoa doente e o familiar em contexto de ambulatório e com os vários profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoa com IRCT em HD permitiu-me, a par da revisão da literatura que fui desenvolvendo, ajudar a compreender não só o que o doente precisa de saber relativamente ao seu regime terapêutico, bem como qual o seu nível de conhecimento. Procurei conhecer as dificuldades que os doentes têm na gestão da dieta e eventuais situações que podem afetar o doente e em que medida podem interferir no cumprimento da dieta.

Durante o planeamento do estágio, tinha perspectivado desenvolver a minha prática clínica no Internamento. Contudo, na sequência da reunião com a Enfermeira-Chefe do

serviço, na qual apresentei o Projeto de Estágio, concluí que a inclusão da Unidade de DP no meu EC traria maiores benefícios pessoais, por possibilitar a aquisição de uma visão mais abrangente em termos de conhecimentos das necessidades dos doentes com IRCT. Não será incomum os doentes em DP desenvolverem falência do peritoneu e inevitavelmente alterarem a TSFR de DP para HD ou, pelo contrário, substituírem a HD por DP, por questões de opção pessoal, por inadaptação à HD ou outras. A possibilidade de adquirir competências na área da DP e aprender com enfermeiros peritos na área, seria, pois, uma oportunidade que considerei não poder desperdiçar, nomeadamente na aquisição de competências no âmbito do enfermeiro especialista. O facto da equipa do Hospital de Dia, DP e DRCA ser única facilitou a sua operacionalização, em termos logísticos, particularmente a participação nas consultas de DRCA, que têm lugar à 2ª e 3ª feira à tarde.

No início do estágio, realizei uma entrevista informal com a dietista do serviço, para compreender qual o ensino/ acompanhamento realizado, conhecer as principais necessidades dos doentes internados no serviço e identificar potenciais áreas de ação ou colaboração na equipa multidisciplinar. A intervenção da dietista decorre das necessidades identificadas durante as visitas diárias ao serviço ou por referência pela equipa de enfermagem e médica. Foi evidente uma excelente relação entre a dietista e a equipa de enfermagem, destacando-se uma comunicação aberta e um respeito mútuo pelo papel de cada elemento na equipa.

Com o objetivo de desenvolver a competência de Gestão dos Cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar, procedi, em conjunto com uma colega, ao planeamento e realização de uma **formação sobre o tema “Trabalho em equipa multidisciplinar”**, no dia 3/11/2011. Como descrito no planeamento da sessão, esta incluiu os seguintes aspetos: definição de equipa e trabalho em equipa, objetivos da equipa de trabalho, pressupostos, vantagens e desvantagens do trabalho em equipa, métodos de trabalho, 10 erros mais comuns no trabalho em equipa, definição, vantagens e desvantagens do conflito, estratégias de evitamento do conflito e negociação de conflitos (Anexo VI). No final, foi realizado um exercício prático que suscitou a reflexão sobre o papel de cada elemento na equipa.

Considero que foram cumpridos os objetivos propostos para a sessão, que teve início cerca de 20 minutos após a hora prevista, por questões logísticas relacionadas com a

preparação da sala e disponibilidade dos participantes. A formação decorreu na sala de enfermagem, e estavam presentes a Enfermeira-chefe do serviço, cerca de 14 enfermeiros do serviço, 6 assistentes operacionais, um colega também em estágio e o professor da Escola. Considero que conseguimos captar a atenção e motivar os presentes, tendo no final surgido uma discussão entre os participantes, sobre o trabalho em equipa, em que foram dados exemplos práticos da forma de otimizar essa colaboração entre os profissionais. Foram também evidentes fontes de conflito entre elementos da equipa, o que motivou a intervenção da Enfermeira-Chefe. A participação no exercício final foi geral e aparentemente bem aceite pelos participantes. Considero que a avaliação desta formação foi muito positiva e que a equipa foi sensibilizada para aspetos essenciais do trabalho em equipa.

Relativamente à promoção de práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais, para além dos esclarecimentos de dúvidas/ensino aos doentes e família, nomeadamente sobre a sua dieta, procedi à elaboração de uma **proposta de folheto** intitulado “**A dieta do doente IRC em hemodiálise**” (Anexo V). A ausência de documentos escritos sobre a dieta da pessoa com IRCT em HD foi uma lacuna identificada, pelo que elaborei o respectivo documento, que ficou no serviço para divulgação. Considero que a sua elaboração contribuiu para a melhoria contínua da qualidade, pois será um instrumento que suportará o ensino realizado ao doente e família.

#### **4.1.1. Hospital de Dia**

Durante a prática clínica no Hospital de Dia, tive uma colaboração ativa na prestação de cuidados a pessoas com patologias do foro renal, na sua maioria doentes com IRCT em TSFR. Procedi a diversas atividades relacionadas com a administração de terapêutica por via subcutânea (eritropoietina) e endovenosa (EV) em doentes em ambulatório, nomeadamente a administração de Ferro EV à pessoa em DP, submetida a transplante renal ou em tratamento conservador; de antibioterapia EV (como exemplo, a administração de Meropenem EV por infeção urinária a doente submetido a transplante hepato-renal). Foram também regulares as administrações de unidades de concentrado eritrocitário (UCE) a doentes com IRC, precedidas pelas respectivas colheitas de

sangue para hemograma e tipagem. Outro procedimento frequente foi a administração de fibrinolítico (*alteplase*) a doentes com disfunção mecânica do catéter de HD, com implicações diretas na minha prática profissional, já que os doentes com obstrução parcial dos lúmens, são referenciados a esta unidade. A realização frequente do procedimento, para além das competências práticas, permite-me um nível de conhecimento que se traduzirá num apoio emocional mais direcionado para as necessidades do doente, visto ser habitualmente uma situação geradora de ansiedade.

Para além da componente técnica desenvolvida, o contacto com os doentes que recorrem ao Hospital de Dia permite a intervenção em outras áreas do cuidar, nomeadamente na promoção da adaptação ao regime terapêutico. Pela experiência que tive, o recurso a esta unidade não está diretamente relacionado com a eficácia na gestão do regime terapêutico, mas sim com as complicações da doença. As situações mais comuns estão associadas à própria IRC como a anemia, ou a intercorrências, como infeções, e conseqüentemente necessidade de antibioterapia EV. Contudo, não obstante as limitações associadas a estes métodos de *self-report* e a subjetividade desta avaliação, todas as pessoas a quem prestei cuidados aparentemente faziam uma boa gestão do seu regime terapêutico (RT), revelando um bom nível de conhecimentos relativos aos cuidados de higiene (no caso dos doentes em DP) ou a toma da medicação de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde (nos doentes transplantados).

O momento de administração de terapêutica pode igualmente ser um momento privilegiado para comunicar com os doentes e para compreender a forma como se adaptam ao regime terapêutico. Por exemplo, aquando da administração de Ferro EV a um doente transplantado, este verbalizou angústia e apreensão relacionadas com a eminência em regressar à HD, devido a deterioração progressiva da função renal. Relatou a sua experiência pessoal negativa de realização de HD há mais de 20 anos, devido à falta de experiência e conhecimento dos profissionais na altura e reutilização dos dialisadores, pelo que procurei tranquilizá-lo, referindo a evolução tecnológica, o nível do conhecimento e experiência dos profissionais. Partilhei a minha experiência profissional e procurei desmistificar a HD como um tratamento pouco seguro e fisicamente incapacitante. Curiosamente, dois meses depois desta conversa, reencontrei o mesmo doente, no primeiro dia de tratamento na Clínica onde trabalho, que me reconheceu imediatamente e recordou a nossa conversa. Considero que aquele

foi um momento tranquilizador e que contribuiu positivamente para a sua adaptação a esta nova etapa da sua vida.

Outro doente, o Sr. J., de 76 anos de idade, em HD há 18 meses referenciado pelo centro de diálise por anemia e necessidade de receber UCE, é uma pessoa aparentemente bem adaptada ao RT, que surpreendeu-me pelas afirmações: “*Não posso beber água*”, “*não posso comer hortaliças*” (SIC), como se tratassem de proibições inquestionáveis. Segundo o doente, cumpre rigorosamente as indicações dos profissionais de saúde relativamente às restrições hídrica e dietética: limita a água apenas à quantidade necessária para tomar os comprimidos, ingere sopa de frango, com pouco caldo; ingere apenas uma peça de fruta por dia (pera/maçã), tendo deixado de comer outras frutas das quais gostava muito. A esposa é a pessoa responsável pela aquisição dos alimentos e confeção das refeições, que cumpre as indicações dadas pela equipa, assumindo um papel fundamental na gestão da dieta. A dependência do cônjuge na gestão do RT foi evidenciada por outro doente, através de expressões como “*ela é que vê*” [a glicémia], e referindo-se à preparação dos alimentos: “*nunca fiz nada (...) nem sei fazer nada*” (SIC).

Considero que atingi a competência de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de falência orgânica, nomeadamente a pessoa com insuficiência renal, através da prestação de cuidados de enfermagem do âmbito do enfermeiro especialista a doentes com IRC e outras patologias do foro nefrológico, em regime de ambulatório.

#### **4.1.2. Diálise Peritoneal**

Com a realização do EC na Unidade de DP adquiri uma compreensão global do papel do enfermeiro na adaptação da pessoa com IRCT em DP ao regime terapêutico e os aspetos fundamentais no ensino da dieta do doente em DP e conheci quais os principais problemas sentidos pelos doentes.

Durante a realização do EC, estavam em programa de DP 24 doentes. Colaborei nas consultas de enfermagem a doentes com IRC em programa de Diálise Peritoneal, nomeadamente as consultas de seguimento, de ensino da DPA, bem como a prestação

de cuidados a doentes em situações de complicações como peritonite e intercorrências do tratamento, que serão ilustradas com o relato de casos práticos.

Os enfermeiros têm um papel insubstituível na adaptação do doente em DP. Os cuidados vão além das consultas de enfermagem e das sessões de ensino. Marcou-me positivamente a disponibilidade da equipa para os doentes, que recorrem aos enfermeiros, pessoalmente ou por telefone para aconselhamento e esclarecimento de dúvidas. De acordo com o modelo de *Self-management*, para a aprendizagem de novas competências e comportamentos, a pessoa necessita de estar motivada para a mudança (Cf. BERG *et al* in LUBKIN e LARSEN, 2006) e o enfermeiro deverá assumir o papel de facilitador na gestão do regime terapêutico, ajudando a pessoa a encontrar as suas próprias estratégias, de acordo com as suas características pessoais e opções de vida. Para tal, ambos beneficiarão da relação próxima e da ligação de apoio forte entre si, construída durante o período de treino individual e intensivo para preparar o doente para fazer DP em casa com segurança (AUER in THOMAS *et al*, 2005). As consultas de enfermagem são momentos importantes para identificação de necessidades de ensino e esclarecimento de dúvidas, bem como a identificação de problemas relacionados com o tratamento e implementação de estratégias de resolução. Durante a prática clínica, identifiquei como principais necessidades dos doentes, as dificuldades relacionadas com intercorrências durante a realização do tratamento, como o aumento dos tempos de drenagem e infusão e o elevado número de alarmes durante a DPA, e o controle de sinais e sintomas, nomeadamente as câibras e alterações das características do efluente. Não foram registadas necessidades decorrentes das complicações médicas, metabólicas ou mecânicas frequentes associadas à DP, descritas na literatura (DAUGIRDAS, BLAKE & ING, 2008; CORONEL *et al*, 2006). Os doentes aparentemente encontravam-se bastante motivados para aprender e para procurar soluções para os seus problemas, maioritariamente relacionados com intercorrências decorrentes da realização do próprio tratamento, no domicílio. Nas consultas de enfermagem de DP, para além da avaliação do estado geral do doente, dos sinais vitais e do peso, tive oportunidade de realizar vários pensos do local do orifício do cateter, sob técnica asséptica e questionar sobre as características do efluente e o tempo das drenagens. Procedi também a troca de prolongador, efetuada a cada 9 meses, de acordo com o protocolo do serviço (Anexo VIII).

As visitas domiciliárias são realizadas pelos enfermeiros, no início do tratamento e periodicamente, para acompanhar a evolução da pessoa em DP. Contudo, esta visita está condicionada pela sua disponibilidade não se realizando, por exemplo, em período de férias, o que identifiquei como sendo um constrangimento, sobretudo no período inicial do tratamento, em que as necessidades dos doentes serão, naturalmente, maiores. Pela mesma razão, não tive oportunidade de realizá-las. Um aumento do número de enfermeiros da equipa seria a solução ideal para fazer face a este problema, mas enquadrando a situação no contexto económico atual, nomeadamente ao nível das limitações nos recursos humanos nos serviços, considero que a programação do início de DP em períodos não coincidentes com as férias dos enfermeiros será essencial para diminuir o impacto negativo da sua eventual indisponibilidade. No entanto, para responder a esta problemática, a equipa da Unidade de DP assegura um período de formação supervisionada dos doentes, que limita a ocorrência de problemas e complicações antes destes iniciarem a DP no domicílio. A integração da Unidade de DP no serviço de Nefrologia garante a total disponibilidade da equipa de enfermagem na resposta às necessidades dos doentes e cuidadores, 24 horas por dia, pessoalmente, na Instituição, ou por telefone.

Os enfermeiros são também elementos mediadores entre as empresas fornecedoras de material, a farmácia e os doentes, desempenhando um papel ativo na gestão do stock de material no serviço; pude verificar a ocorrência de problemas logísticos, associados a alterações recentes da dinâmica hospitalar. Foi evidente a articulação com os enfermeiros das empresas, através de uma comunicação efetiva, quer pessoalmente, quer por via telefónica.

O aconselhamento nutricional realizados a doentes em DP, tem particularidades específicas. Apesar de ser comum o aumento dos triglicéridos e a hiperglicemia em doentes em DP, associadas às soluções glicosadas, não identifiquei estas necessidades nos doentes que recorreram ao serviço. Também não identifiquei problemas tão comuns nos doentes em HD, como o excesso ponderal ou hipercalemiemia. Os doentes em DP, devido às perdas diárias de proteínas através das trocas com os dialisante necessitam de uma dieta rica em proteínas, pelo que foi recomendado a duas doentes o aumento de consumo de proteínas, através da ingestão de carne, peixe, ovos, suspiros e farófias.

A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.P. de 61 anos de idade, com IRCT por Doença Poliquística do Adulto em programa de DPCA desde 2008, recorreu ao serviço por presença de efluente com

vestígios hemáticos. A doente procedeu à troca manual, no serviço, sem presença de sangue e foi observada pela nefrologista, tendo iniciado antibioterapia. Considero que o suporte emocional e a disponibilidade proporcionados por parte da equipa de enfermagem foram muito importantes para a tranquilização da senhora, que se encontrava ansiosa com a situação. Contudo, destaco esta experiência, que para além de ilustrar o papel da enfermeira na gestão das complicações decorrentes do tratamento, evidencia as vantagens da opção pela DP em detrimento da HD, nomeadamente na maior liberdade em termos da dieta. A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.P. é uma pessoa com uma vida social bastante ativa, que referiu ter receio da HD sobretudo pela limitação em termos de contactos sociais, incluindo ter que recusar refeições em casa de amigos. Relativamente a estratégias de gestão do regime alimentar, a doente referiu ingerir flocos de milho ao pequeno-almoço e a preferência por leite de soja; referiu a ingestão de cerca de 6 a 7 pêsegos por dia, admitindo que apesar de reconhecer o elevado teor de potássio, é um tipo de alimento que adora e de que não prescinde. Esta situação remete para a dificuldade que por vezes surge em compatibilizar os interesses dos doentes e as orientações do tratamento. Considero que dotar o doente da informação necessária, sem a adoção de uma atitude demasiado proibitiva ou condenatória, é essencial para que ele faça as suas escolhas pessoais. Como tal, recordar que a dieta é tão importante como a medicação ou as trocas propriamente ditas e que a negligência da dieta poderá promover o desenvolvimento de consequências a curto e longo prazo, constituirá uma estratégia adequada em situações como a descrita. Relativamente à restrição hídrica, como estratégias adaptativas, a doente referiu a utilização de uma chávena de chá para a ingestão de líquidos, limitados a 500ml de água por dia. Referiu também possuir uma possibilidade maior de gerir o seu tempo, nomeadamente usufruir da casa de praia todos os fins-de-semana e épocas festivas.

A forma como o cônjuge/ companheiro se adapta à nova condição do seu familiar doente é variável, com óbvias repercussões na adaptação do doente à doença e tratamento. A.M. de 34 anos de idade, com DRC por nefropatia diabética, que iniciou DPCA a 28/9/2011, encontrava-se muito fragilizada do ponto de vista emocional. Apresentava marcada labilidade emocional, chorosa, com fácies triste, sob antidepressivos, na sequência de rutura de relacionamento motivada pelo início da DPCA. Durante as várias visitas ao serviço, por queixas de náuseas e vómitos, recebeu o apoio de toda a equipa, que revelou compreensão pela sua situação. Por outro lado,

L., uma jovem de 30 anos, com DM tipo I e retinopatia diabética, que iniciou DPCA no dia 27/9/11, recorreu ao serviço várias vezes por aumento do tempo de drenagem e infusão (cerca de 1h/1h30), tendo sido internada por disfunção mecânica do catéter de DP, que melhorou como o aceleração do trânsito intestinal. Em todas as visitas, foi evidente o elevado nível de suporte do seu marido, responsável pela gestão do seu regime terapêutico e com um conhecimento completo da situação, o que ilustra a importância de envolver a família no tratamento.

A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> C., de 78 anos de idade, em DPCA há 8 meses com Doença de Alzheimer e DM tipo II, tem o seu marido, Sr. J., como seu cuidador a tempo inteiro, assumindo a gestão do regime terapêutico. Surpreendeu-me pelo conhecimento exato da terapia farmacológica e dos valores analíticos mais recentes da sua esposa, apesar da idade avançada e de alguma debilidade física. O carinho e a preocupação foram, de certa forma, comoventes. Em consulta de enfermagem, foi efetuada a substituição do prolongador e penso, sob técnica asséptica e de acordo com o protocolo do serviço. Procedeu-se à avaliação dos sinais vitais, do peso e da glicémia e também discutidas algumas estratégias para gerir as náuseas e vômitos apresentadas pela doente, desde há alguns dias.

Colaborei nas duas primeiras sessões de ensino da cicladora (máquina de DPA) à Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. de 53 anos, com IRCT (por Nefropatia IgA) em DPCA desde agosto de 2011. A doente veio acompanhada pela filha mais velha, que apesar de não residir com a doente, é um elemento de referência. Na 1<sup>a</sup> sessão foram descritos e exemplificados todos os procedimentos associados à DPCA, apresentando-se a doente muito ansiosa e apreensiva. Na 2<sup>a</sup> sessão de ensino, a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. manteve a ansiedade, pelo que foram revistos os procedimentos com uma utilização muito dirigida e pouco autónoma por parte da doente. Foi programada uma nova sessão de ensino para a semana seguinte, tendo solicitado a programação de sessões mais sequenciadas, em dias consecutivos, para promover a aquisição de conhecimentos e conciliando-as com o horário escolar da filha mais nova, para que possa estar presente. Para além dos constrangimentos económicos associados às deslocações ao Hospital (a doente reside a cerca de 50 Km da Instituição) verbalizados pela doente (em situação de baixa médica, com escassos rendimentos), esta situação suscitou uma reflexão sobre as alterações na dinâmica familiar, decorrentes da IRCT. Segundo ROY & ANDREWS (2001), a família constitui um estímulo influenciador comum que determina o comportamento da pessoa. A doente

revelou apreensão pelo facto do programa de DPA impedir as suas rotinas. Habitualmente, a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. levanta-se às 6 horas, para preparar o almoço do filho, pelo que o início da DPA implicará alterações das rotinas. Promovi ativamente esta discussão, para diminuir o nível de ansiedade da doente e, em conjunto, ajudá-la a encontrar estratégias de adaptação à nova condição. Apesar de manifestar grande preocupação com a preparação das refeições dos filhos, aparentemente a sua dieta não é uma prioridade, referindo, quando questionada, não fazer quaisquer restrições a este nível. Foi, no entanto, evidenciado algum grau de anorexia, pelo que reforcei a importância de manter um bom estado nutricional. Após consulta dos valores analíticos, verifiquei que se encontravam dentro dos valores habituais, pelo que não houve necessidade de intervenções adicionais.

A experiência na Unidade de DP possibilitou-me a aquisição de uma compreensão global do regime terapêutico e vigilância que estes doentes necessitam. Para além dos valores analíticos que indicam uma boa adesão ao regime terapêutico, os resultados do PET são valores relevantes para a determinação da eficácia dialítica. Relativamente à terapêutica farmacológica, é idêntica aos doentes em HD, sendo o regime terapêutico igualmente complexo, tanto mais quantas as patologias associadas. No entanto, pela minha experiência profissional, tive oportunidade de constatar que, tal como seria expectável, os doentes em HD têm maior número de co-morbilidades e, em geral, têm uma condição física mais fragilizada. Considero que a DP é uma TSFR que permite uma maior liberdade a nível familiar, profissional, social e alimentar, mas que dificilmente seria adequada para a maioria das pessoas com IRCT em Portugal, uma população idosa, com patologias várias associadas. Os défices cognitivos e funcionais, para além da ausência de suporte familiar adequado constituem-se igualmente como obstáculos, já que grande parte da população não terá condições para assumir a responsabilização que este tipo de tratamento exige. No entanto, considero que todas as pessoas com IRC devem ser informadas das diferentes TSFR, para que realizem as suas opções de forma consciente e informada, por exemplo através da consulta de DRCA, ou outra com características idênticas.

#### **4.1.3. Consulta de Doença Renal Crónica Avançada**

Defini como objetivo para esta área do EC conhecer o trabalho realizado pela equipa da consulta da DRCA; conhecer a dinâmica da consulta de DRCA; perceber qual a articulação entre os diferentes profissionais da EMD e colaborar nas consultas de enfermagem realizadas.

A DRCA é uma consulta externa de cuidados integrados, que inclui uma consulta médica, consulta de enfermagem, consulta de nutrição/ dietética, consulta de psicologia e referência ao Serviço Social, com o objetivo de maximizar o sucesso terapêutico na DRC. São referenciados pela consulta de nefrologia ou transplante renal, as pessoas com DRC em estadio 4 ou 5 em que se preveja o início de TSFR nos 3 a 9 meses seguintes. Esta Consulta vem colocar em prática a Norma da Direção Geral de Saúde 017/2011 sobre o Tratamento Conservador Médico da IRC Estadio 5.

Com a consulta de enfermagem pretende-se a implementação das estratégias de intervenção, nomeadamente nas áreas de adesão ao programa integrado de consulta - adesão à terapêutica, vigilância de nefrotoxicidade farmacológica, vigilância de realização atempada de AV ou colocação de cateteres de DP, controlo tensional e metabólico e promoção da evicção tabágica; informação – avaliação dos conhecimentos e dúvidas do doente, informação sobre HD, DP e transplante renal (vantagens, desvantagens, riscos e complicações), AVs, cateteres de DP e ajuda na escolha da modalidade de TSFR; ensino e educação ao doente e cuidador – sobre a gestão do regime terapêutico, incluindo medidas de higiene, gestão de sintomas, terapêutica, medição de sinais vitais e glicémias, ensino de DP e prestação de cuidados, como administração de fármacos, pensos, ou colheitas urgentes. O enfermeiro especialista, porque possui o conhecimento profundo da DRC e das várias modalidades terapêuticas, é um elemento fundamental na EMD, nomeadamente no ensino ao doente e família, disponibilizando toda a informação que considera adequada, para que este possa tomar uma opção consciente e informada.

A maior parte das pessoas que foram referenciadas à consulta de DRCA são pessoas relativamente jovens e independentes, nas quais se perspectiva a possibilidade de realizarem DP. A consulta de enfermagem tem lugar após a consulta médica, pelo que a pessoa com IRCT já recebeu informação prévia pela nefrologista (e eventualmente pelo

médico assistente ou outros profissionais de saúde). Enquanto umas pessoas vinham com ideias preformadas ou com interesse particular numa TSFR, outras não manifestavam qualquer tipo de preferência, embora todas se apresentassem receosas face a perspectiva de iniciarem um novo tratamento, como consequência da progressão da sua doença.

Identifiquei a ausência de dados estatísticos da consulta de DRCA, pelo que realizei a caracterização, em termos estatísticos, das consultas de enfermagem de DRCA, desde o seu início até ao momento atual (Anexo IX). Esta atividade permitiu não só um conhecimento objetivo do trabalho realizado pela equipa de enfermagem, bem como dar visibilidade aos restantes elementos da equipa.

Em colaboração com a enfermeira supervisora, realizei uma consulta de enfermagem a um doente do sexo masculino, com 43 anos de idade com rins poliquísticos, referenciado pela Consulta de Nefrologia para a consulta de DRCA para conhecer as modalidades terapêuticas. A sua mãe é doente IRCT em programa regular de HD, pelo que conhecia já esta TSFR e as suas limitações e revelava um interesse pessoal em conhecer a DP. Foi informado das principais diferenças entre ambas, as suas vantagens e desvantagens. Foram mostradas uma bolsa e catéter de DP e foram entregues panfletos sobre ambas as TSFR, tendo sido encorajado a ler e a colocar dúvidas na próxima consulta. Foi também disponibilizado o telefone direto do serviço, para esclarecimento de dúvidas por telefone, se necessário. O doente revelou preocupação com a realização das trocas manuais, já que trabalha numa oficina. Foram oferecidas sugestões de estratégias de adaptação da atividade e horário profissional e reforçado que as alterações seriam temporárias, até iniciar a DPA, a realizar durante o período da noite.

Destaco uma consulta de DRCA que realizei, e que marcou-me principalmente pela rapidez de evolução do quadro de DRC, pois a doença foi detectada em análises de rotina realizadas no mês anterior. S.P. é um jovem de 31 anos, do sexo masculino, natural da Roménia, residente em Portugal desde há 11 anos, carpinteiro, casado, sem filhos. Foi enviado pelo médico de família por DRC grave (PCR=4,4 mg/dl), para a consulta de nefrologia e, por se encontrar com DRC pré terminal, foi referenciado para a consulta de DRCA. Obviamente, a eminência do início de TSFR apresentava-se como o estímulo focal, que mais imediatamente confrontava o Sr S.P. e recorrendo à entrevista e observação procurei compreender como a pessoa estava a lidar com estas mudanças

no ambiente. O Sr. S.P. estava acompanhado pela esposa, mas ambos se mantiveram muito reservados durante a consulta. Pouco comunicativos verbalmente, mas a expressão assustada e “perdida” do Sr. S.P. denunciava a sua preocupação. Na consulta de enfermagem, procedi à apresentação das opções terapêuticas, nomeadamente a HD e a DP. Frequentemente, aprender sobre as opções diminui o stress e promove o *coping* (WATSON, 2008). Como o doente tinha já visitado a sala de HD, na companhia da nefrologista assistente, após uma breve descrição das vantagens e desvantagens de cada modalidade, realizámos a visita ao gabinete de DP. Penso que a sua expressão assustada terá sido certamente exacerbada pela visita à sala de HD, na qual pode observar a fragilidade dos doentes “ligados” às máquinas.

Através de uma comunicação que considero efetiva, optei por dar informações muito gerais, pois considerei que informações mais específicas não iriam ser assimiladas. O Sr. S.P. e a esposa limitaram-se a ouvir as informações que lhes forneci, e apesar de incentivados para fazê-lo, não colocaram quaisquer questões. Recomendiei a leitura dos documentos escritos (ambos tinham o domínio da língua Portuguesa), forneci o contacto telefónico para o esclarecimento de dúvidas e foi agendada nova consulta, onde poderiam esclarecer pessoalmente todas as dúvidas e onde seriam discutidas as opções mais detalhadamente. Dada a rápida evolução do quadro e na tentativa de retardar a evolução da IRC, procedi também a algumas considerações gerais sobre a dieta, através de uma breve abordagem, visto já ter sido referenciado para a consulta com a dietista, a realizar assim que possível. Expliquei, em linguagem simples, que a insuficiência renal implicava alterações na eliminação dos produtos do metabolismo e que o cumprimento de uma dieta adequada seria fundamental nesta fase, sobretudo ao nível da restrição do potássio, do sódio e do fósforo. Considero que demonstrei competências ao nível de perita, pois demonstrei o nível de adaptabilidade e competência necessários nesta situação, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global, que me permitiu dar as indicações mais adequadas. Tal como sugerido por AUER in THOMAS (2005), apresentei um quadro realista mas não muito pormenorizado, no qual a apresentação das várias modalidades contribuiu para que o doente e a esposa se sentissem envolvidos na escolha do tratamento.

A observação participante na consulta de DRCA permitiu-me a aquisição de sólidos e válidos padrões de conhecimento, que me possibilitam uma práxis especializada. Seguindo as diretrizes da DGS, procedi ao esclarecimento da pessoa com IRC,

dotando-a da informação relevante para que tomasse a opção relativa à TSFR de forma consciente e informada. O curto período de estágio impediu a realização de um acompanhamento do percurso dos doentes que tive o privilégio de acompanhar nesta fase da sua vida, mas considero ter promovido a sua adaptação.

Apesar de não estar inicialmente planeado, considerei relevante assistir a uma consulta de enfermagem pós-transplante renal, por enriquecer a minha experiência e por possibilitar o conhecimento de uma realidade que desconhecia. A observação limitou-se a um dia de consultas, na última semana de EC, pelo que procurei ter uma visão global do papel do enfermeiro nesta área específica da Enfermagem Nefrológica.

No final do EC no serviço de Nefrologia, considero ter alcançado plenamente os objetivos propostos para cada uma das áreas. No decorrer das cinco semanas de prática clínica, fui desenvolvendo as minhas competências de forma progressiva, encontrando-me, no final do EC, autónoma na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com patologia do foro nefrológico, nas diversas áreas do cuidado, como atesta a avaliação da Sr<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora (Anexo X).

## **4.2. Clínica de Hemodiálise A**

No início do estágio, realizei uma entrevista com a dietista da Clínica, para compreender o seu papel no acompanhamento à pessoa com IRCT em HD, quais as necessidades principais destes doentes, do seu ponto de vista e como é realizada a articulação entre a EMD. As consultas de nutrição eram realizadas à 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> feira, sendo efetuadas consultas de rotina duas vezes por ano, se estáveis e mais regularmente sempre que se justificar (como por exemplo, a presença de valores analíticos alterados, outros problemas identificados pela equipa, ou a pedido do doente ou familiar). A preparação pré-consulta incluía a avaliação dos valores analíticos, nomeadamente do potássio e fósforo séricos pré-diálise, Peso/IMC, a evolução do estado de hidratação (através dos valores do GPI e do BCM). Discutimos a pertinência do valor da albumina, que já não é um valor considerado tão importante atualmente, por estar associado a processos inflamatórios.

Acompanhei diversas consultas realizadas pela dietista, pelo que compreendi as dificuldades mais comuns que os doentes sentem na gestão da sua dieta. O contacto próximo com os familiares, em especial, com as esposas dos doentes, que são habitualmente os elementos do agregado familiar responsáveis pela aquisição e confeção dos alimentos permitiu alargar esta aprendizagem. A experiência desta perita no apoio a estes doentes foi um contributo importante, nomeadamente no aconselhamento e promoção do desenvolvimento de estratégias de adaptação.

A observação participante nas consultas realizadas e as várias entrevistas informais que fui realizando no decorrer da prática clínica, permitiram-me conhecer quais os fatores que afetavam a gestão da dieta destes doentes (como a idade, o género, e o apoio dos cônjuges na preparação das refeições) e, a par da pesquisa bibliográfica, permitiram a aquisição dos conhecimentos necessários para a elaboração de um instrumento de colheita de dados adequado aos objetivos do estudo.

Entre os conhecimentos adquiridos pela observação participante nas consultas de nutrição, destaco algumas estratégias que se revelaram muito úteis nos cuidados de enfermagem direcionados para a gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD. Frequentemente os doentes manifestaram a convicção de que beber leite com preparados de café solúvel (ou de cevada) seria a opção mais adequada, pelo que procedi ao ensino sobre a necessidade de café ser filtrado ou fervido. Ajudei a pessoa a encontrar alternativas, o que numa situação passou pela filha da doente preparar uma cafeteira com café, que deixaria à noite em casa dos pais, para o dia seguinte. A recomendação de não utilizar polpas nem concentrado de tomate na realização dos refogados (preferir tomate natural) também foi recebida com surpresa por parte dos doentes (em particular as senhoras). Por vezes a rigidez em termos de ensino ou de proibições será mais prejudicial do que benéfica – um doente referiu a ingestão de um kiwi, de manhã, associado a copo de água morna, para manter o trânsito intestinal. Trata-se de uma crença pessoal, manifestada por um hábito de há muitos anos, com o efeito desejado. Considerando que os sistemas de crenças, envolvem práticas que podem influenciar a adaptação ao tratamento (ROY & ANDREWS, 2001), considero que uma atitude proibitiva, condenatória ou mais intransigente neste sentido, provavelmente não seria respeitada e implicaria uma alteração significativa dos hábitos de vida.

Consegui adquirir uma compreensão global dos fatores que interferem na gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD, nomeadamente: as alterações na dinâmica familiar

e, conseqüentemente, dos estímulos contextuais (uma doente, a residir temporariamente em casa do filho, revelou indignação porque a nora não tinha os cuidados necessários na eliminação do potássio durante a confecção); as intercorrências decorrentes da própria doença e que dificultam o cumprimento de uma dieta adequada (um doente atribuiu as recentes alterações analíticas (hipercaliémia) ao internamento hospitalar prolongado, no contexto de um processo infeccioso); ou a própria evolução da DRC, que pela diminuição da diurese exige o desenvolvimento de estratégias adaptativas face ao aumento de excesso ponderal e hipercaliémia. Alguns doentes confidenciaram estratégias que habitualmente não partilham na sala de diálise e que evidenciam uma resposta adaptativa, como evidenciado pelas citações de um doente idoso “*quando há ... um desvio ao programa, acompanho com resina*” (SIC) ou “*estou sincronizado com as necessidades vitais deste padrão de vida*” (SIC).

De igual forma, consolidei os conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura, e consegui sistematizá-los por forma a conhecer a ingestão dietética, nomeadamente o padrão e frequência alimentares do doente. Através de questionários retrospectivos relativos à ingestão alimentar ao longo do dia, foi possível corrigir hábitos alimentares que poderiam facilmente não ser identificados de outra forma (por exemplo, o consumo diário de doce de tomate). A caracterização da situação sócio-familiar foi igualmente fundamental para direcionar o ensino, bem como as recomendações nesta fase inicial do tratamento, que incluem a medição da urina das 24 horas, para o cálculo total de líquidos permitidos/dia.

Para compreender a forma como a pessoa com IRCT em HD gere a sua dieta, nomeadamente identificar as estratégias utilizadas e avaliar a sua eficácia desenvolvi um estudo descritivo-relacional, onde explorei as relações entre as várias variáveis em estudo. Os dados quantitativos foram colhidos através de formulários e foram estudadas correlações entre as variáveis, através de testes de correlação de Spearman, assumindo um nível de significância de 0,05. O início do formulário incluiu variáveis demográficas para a caracterização da amostra, seguido de um conjunto de questões fechadas, de escolha múltipla, claras, não enviesadas e compreensíveis para todos os sujeitos. O formulário (Anexo IV) foi submetido à apreciação de vários peritos, nomeadamente uma dietista, com experiência profissional no aconselhamento e acompanhamento de pessoas com IRCT em HD; um médico de clínica geral, com vários anos de experiência como médico residente em várias clínicas de Hemodiálise; um

médico nefrologista, Diretor Clínico de uma Clínica de Hemodiálise, à Enfermeira-chefe da Clínica de Hemodiálise, uma profissional também muito experiente no cuidado à pessoa com IRCT em hemodiálise; ao professor da Escola de Enfermagem, com conhecimento profundo não só da problemática em estudo, bem como da Metodologia de Investigação.

Após a validação dos vários peritos e autorização da Direção Clínica, Direção de Enfermagem da empresa à qual a Clínica de Hemodiálise pertence (ver Anexo II) e da respetiva Direção Jurídica (ver Anexo III), procedeu-se à aplicação do pré-teste do formulário a 10 doentes da clínica. Da aplicação do pré-teste não surgiram dificuldades de interpretação das perguntas, pelo que não houve necessidade de efetuar alterações ao formulário, tendo este sido aplicado durante o mês de dezembro de 2011.

O método de amostragem selecionado foi a amostragem de conveniência, sendo utilizadas as pessoas com IRCT em HD na Clínica de Hemodiálise A. Os critérios de seleção da amostra foram todos os doentes em HD há mais de três meses (por se considerar que no período inicial a pessoa teria menos disponibilidade para participar no estudo, para além de ser um período crítico na adaptação da pessoa), clinicamente estáveis, sem limitações cognitivas ou sem dificuldade na comunicação verbal em português. Foram excluídos os doentes com internamentos hospitalares no período de aplicação do estudo ou com diminuição da acuidade auditiva ou com limitações na compressão e expressão verbal.

A aplicação dos formulários decorreu entre 10 e 28 de dezembro de 2011, no decorrer dos tratamentos, entre a 2ª e 3ª horas de diálise. A opção de realizar os formulários durante o tratamento foi a considerada mais adequada devido aos constrangimentos em termos dos transportes dos doentes. Se fossem realizados antes ou depois das sessões de HD, seria motivo de grande ansiedade para os doentes, o que condicionaria a sua disponibilidade para participar no estudo e poderia comprometer os resultados. Decorreram no período intermédio do tratamento porque habitualmente é o período em que os doentes têm maior estabilidade hemodinâmica e pela menor probabilidade de interferir com os cuidados de enfermagem e procedimentos de rotina associados à conexão e desconexão dos monitores.

As considerações éticas associados ao estudo foram asseguradas, tendo os doentes sido informados dos objetivos do estudo e assinado o documento de consentimento informado (Anexo XI) antes da sua participação. Manteve-se a confidencialidade das

respostas e a aplicação do formulário foi realizada em volume de voz o mais reduzido possível e a distância entre os postos de diálise foi considerada necessária para assegurar a privacidade dos participantes.

Foram consultados dados relevantes, a partir do programa informático da Clínica, nomeadamente dados pessoais, como idade, género, estado civil; informação clínica relevante, como etiologia da IRC, data de início do tratamento, co-morbilidades; valores analíticos dos últimos três meses, da albumina, potássio, fósforo e cálcio pré-diálise; peso seco e GPI nos últimos três meses. O tratamento, análise e discussão dos dados foi realizado durante a última fase da prática clínica, mobilizando os conhecimentos e competências adquiridas no seu decurso.

Durante a prática clínica desenvolvi competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem Nefrológica - Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de falência orgânica, nomeadamente a pessoa com IRCT em programa regular de HD, como atesta a avaliação da Sr<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe, minha supervisora durante esta Prática Clínica (Anexo XII).

### 4.3. Clínica de Hemodiálise B

Com a realização da prática clínica na Clínica de Hemodiálise B demonstrei uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. A **discussão do caso clínico** evidenciou a mobilização de conhecimentos e um nível de compreensão global da situação, ao nível de perito (Anexo XIII). A apresentação decorreu em cerca de 30 minutos, acrescidos de 30 minutos para discussão. A situação a analisar estava enquadrada no projeto e na discussão foram analisados os problemas, as opções terapêuticas e os resultados. Foi selecionado o caso clínico da Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> D..S., pela pertinência no contexto da temática em estudo e a apresentação demonstrou uma prestação de cuidados ao nível do enfermeiro especialista, na área da enfermagem nefrológica.

Durante a avaliação inicial dos comportamentos adaptáveis e ineficazes, com o objetivo de estabelecer as preocupações prioritárias, foram identificados como diagnósticos de

enfermagem: Desequilíbrio da nutrição: superior às necessidades orgânicas, relacionado com consumo de alimentos ricos em fósforo, manifestado por hiperfosfatemia (valores entre 4,2 e 6,2 mg/dl); Desequilíbrio da nutrição: superior às necessidades orgânicas, relacionado com consumo de alimentos ricos em potássio, manifestado por hipercalemia (valores entre 5,2 a 5,9 mEq/L); Potencial para melhoria da gestão do regime terapêutico, relacionado com incumprimento da dose de quelantes do fósforo.

Considerando que o objetivo da intervenção em enfermagem é manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz, tornando-o adaptável (ROY & ANDREWS, 2001), em conjunto com a doente, foram identificadas as respostas adaptativas, bem como as respostas ineficazes, e foram estabelecidos os resultados esperados. As intervenções de enfermagem envolveram a identificação de fatores que explicassem os elevados valores de fósforo e potássio; a discussão de estratégias de adaptação à dieta; o ensino sobre o metabolismo fosfo-cálcio (com recurso a panfletos informativos), e reforço da importância da toma dos quelantes do fósforo. De acordo com SAN MIGUEL *et al* (2009), o panfleto constitui uma intervenção educacional simples para aumentar o conhecimento dos doentes sobre a função e importância da medicação com quelantes do fósforo. Tal como BARAZ *et al* (2009) recomendam, foi efetuado o reforço das razões para a adesão e consequências possíveis da não adesão. Porque o enfermeiro desempenha um papel de conselheiro, ao colaborar com a pessoa no que diz respeito às necessidades nutricionais e educação, foi delineado um plano, realista e exequível, em conjunto com a doente, que visou a obtenção de um conjunto de resultados que evidenciavam a adesão ao regime terapêutico. Foi realizada uma avaliação uma semana após elaboração do plano, tendo sido identificadas um conjunto de respostas adaptativas. Estes resultados reforçam a afirmação de KHALIL *et al* (2011), de que o enfermeiro tem um papel importante na promoção de recursos e comportamentos para a adesão da pessoa com IRC e no desenvolvimento de respostas adaptativas por parte destes.

Fui facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e com a ação de formação subordinada ao tema da **Hemodiálise e nutrição – Estratégias de adaptação dos doentes** (Anexo VII). Esta formação permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa

multidisciplinar, particularmente ao nível da tomada de decisão e, em especial, basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Foi definido como objetivo geral da sessão sensibilizar a equipa de enfermagem para o seu papel na promoção da adaptação da pessoa com IRCT em hemodiálise à dieta e, como objetivos específicos: apresentar, forma sistemática e breve as características da dieta da pessoa com IRCT em HD; dar a conhecer algumas estratégias de adaptação da pessoa com IRCT à dieta; promover a partilha de experiências e a discussão sobre o papel do enfermeiro na adaptação da pessoa com IRCT à dieta.

Relembrei conceitos essenciais, reforçando que a monitorização do estado nutricional do doente e a prevenção da desnutrição através da ingestão de uma dieta adequada são fundamentais. Procurei desmistificar a complexidade das intervenções a nível nutricional, referindo que através de simples questionários retrospectivos relativos à ingestão alimentar ao longo do dia, o enfermeiro pode conhecer o padrão e frequência alimentar do doente. Considero também que a promoção do trabalho de equipa foi um objetivo alcançado, ao reforçar a importância da articulação entre os elementos da EMD.

Considero também que consegui motivar e envolver a equipa de enfermagem na promoção da adaptação da pessoa com IRCT à dieta, sendo um elemento de referência na equipa, a quem as colegas recorreram frequentemente para o esclarecimento de dúvidas ou sugestões, relacionadas com este aspeto particular do regime terapêutico da pessoa com IRCT em HD. Discussões sobre os lanches mais ou menos adequados que os doentes ingerem foram pontos de partida para o ensino aos doentes. Posso destacar uma discussão sobre a adequação do consumo de um produto relativamente recente, de leite com café em embalagens de 200ml, ou o leite com café transportado em garrafas térmicas de 0,5 ou 1l. A cessação do fornecimento dos lanches por parte da empresa e a responsabilização das refeições pelos doentes teve um impacto obviamente negativo para os doentes, mas permitiu a identificação de hábitos alimentares pouco adequados (como a ingestão de salada de frutas, de pastéis de bacalhau ou outros salgados, ou de sumos concentrados de manga).

A intervenção de enfermagem foi também direcionada para os familiares ou cuidadores: procedi a esclarecimentos à esposa de um doente diabético, já em programa de HD há 8 anos, que apesar de se encontrar bem adaptado à sua doença e tratamento, a sua progressiva debilidade cognitiva e física, exigiu uma adaptação da dieta. O meu investimento pessoal e as minhas competências nesta área foram reconhecidos pelos

pares, que solicitaram o meu aconselhamento nutricional à esposa de outro doente que iniciou HD. Realizei também um reforço da informação à responsável do lar onde uma doente reside relativamente à necessidade de redução de alimentos ricos em fósforo. Trata-se de uma doente com doença de Alzheimer, com queixas de prurido de difícil controlo, que se traduz em períodos de agitação e desconforto durante o tratamento, e que por diversas vezes, traz como refeição para a clínica uma sandes com manteiga e três fatias de queijo. Considero que enquanto enfermeira, procurei manter uma atitude de vigilância e promoção de uma gestão da dieta adequada, através da comunicação assertiva com as pessoas envolvidas na gestão do regime terapêutico.

Nesta fase final da prática clínica, tive oportunidade de desenvolver o trabalho iniciado nos campos de estágio anteriores, de forma a atingir os objetivos definidos. Acredito que o estudo desenvolvido sobre a adaptação do doente renal em HD à dieta, contribui para um melhor conhecimento sobre as dificuldades de adaptação dos doentes ao regime terapêutico e pode ajudar a uma melhor prática na área da enfermagem nefrológica. Considero que atingi os objetivos com sucesso e que a prestação dos cuidados de enfermagem, a reflexão efetuada, e a formação de pares, como atestado no documento de avaliação elaborado pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira-chefe (Anexo XIV) evidenciam a aquisição de competências ao nível do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica.

### **Apresentação dos resultados do estudo:**

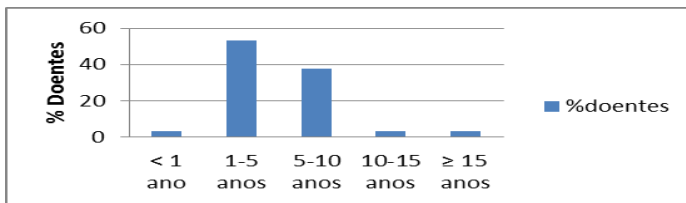
Foi dada continuidade ao trabalho iniciado na prática clínica na Clínica de Hemodiálise A, através do tratamento dos dados (com o recurso ao software IBM SPSS Statistics 19), análise e discussão dos mesmos. De seguida, apresentar-se-á uma síntese dos principais resultados, que podem ser complementados pela consulta das tabelas e gráficos reunidos no Anexo XV.

Dos 99 doentes da clínica, apenas 67 corresponderam aos critérios de inclusão. Contudo, um doente recusou participar no estudo; um formulário foi interrompido por dificuldades de compreensão por diminuição da acuidade auditiva e outra doente foi excluída por se encontrar em processo de luto, pelo que a amostra foi constituída por 64 doentes.

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, a maioria (41; 64,1%) dos doentes era do género masculino, predominando os casados (39; 60,9%) e os sujeitos

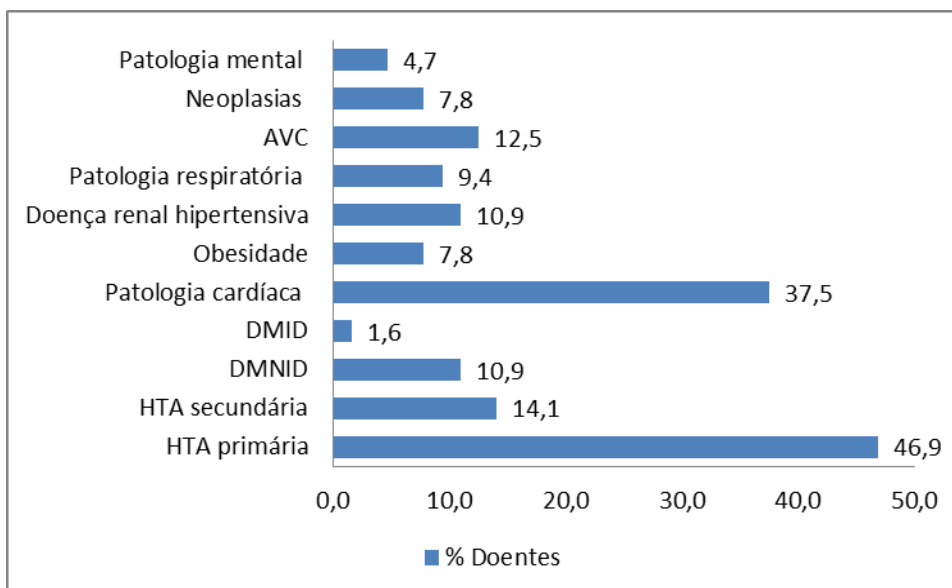
vivendo num agregado familiar com o cônjuge ou outro familiar (52; 81,3%). Apenas 3,1% dos doentes encontravam-se institucionalizados em lares ou outras Instituições. Os doentes têm idades compreendidas entre os 23 e 90 anos, sendo a faixa etária predominante a dos 70-79 anos, com uma média de idades de 63,97 anos (SD= 15,78). Em média, estão em programa regular de HD há 5,0 anos (SD=4,0), tendo o doente mais antigo iniciado hemodiálise há 24,8 anos e o mais recente há 4 meses (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Tempo em programa regular de HD



Relativamente à etiologia da IRCT, predomina a IRCT não especificada (25%) e a Diabetes Mellitus (17,2%), seguidas de doença renal hipertensiva (12,5%), rins poliquísticos (12,5%) e síndrome nefrítico (9,4%). Analisando as co-morbilidades dos doentes (Gráfico 2), destacam-se a HTA (61%), a patologia cardíaca (37,5%), seguidos da diabetes (12,5%) e acidente vascular cerebral (AVC) (12,5%). Foi analisada a terapêutica prescrita mais relevante no âmbito do estudo, nomeadamente a toma de fármacos quelantes do fósforo e a resina permutadora de iões. A maioria dos doentes (46,8%) está medicada com resina permutadora de iões, comparativamente a 34,3% de doentes sem este tipo de medicação prescrita.

Gráfico 2 – Co-morbilidades dos doentes



Relativamente aos hábitos pessoais/ familiares, como seria expectável numa população maioritariamente masculina e idosa, o cônjuge/outro familiar são os responsáveis pela aquisição e confeção dos alimentos em 56,3% dos casos. Apesar de apenas duas pessoas na amostra estudada estarem institucionalizadas, 6 doentes recebem, de forma parcial ou exclusiva, as refeições preparadas por Instituições.

Procedeu-se à caracterização da amostra em termos de adesão ao regime terapêutico, de acordo com os critérios dos estudos DOPPS. No período de setembro, outubro e novembro de 2011, foram analisados as faltas aos tratamentos, a duração do tempo de tratamento, os valores de GPI e os valores analíticos de potássio e fósforo séricos pré-diálise (análises mensais) e calculadas as respectivas médias. Desta forma, 100% da população estudada é aderente considerando os critérios “encurtar uma ou mais sessões de HD em mais de 10 minutos” ou “faltar a 1 ou mais sessões de hemodiálise por mês”. Considerando o GPI, apenas 1 doente (1,6% da amostra) tem valor de GPI superior a 5,7% do peso seco (com um GPI=5,83%), tendo sido efetuado pelo menos um ajuste de 0,5Kg no período de tempo estudado; se atentarmos aos valores analíticos, 5 doentes (7,8% da amostra) são considerados não aderentes, já que possuem um valor sérico médio de potássio superior a 6mEq/l (com valores entre 6,1 e 6,8mEq/l). Destes, apenas três estão medicados com resina permutadora. Todos os doentes têm valores de fósforo inferiores a 7,5mg/dl, pelo que todos são considerados aderentes ao regime terapêutico.

Através dos questionários pretendeu conhecer-se a perceção dos sujeitos relativamente à sua adesão ao regime terapêutico. Utilizando testes de correlação de Spearman (sendo  $r_s$  o coeficiente de correlação de Spearman e  $p$  a sua significância) foram estabelecidas relações entre as diversas variáveis, incluindo as estratégias utilizadas (Quadro 2):

- i) Existe uma relação positiva estatisticamente significativa entre a perceção do doente de que cumpre as recomendações relativas à dieta e a utilização do conjunto de estratégias de restrição do potássio ( $r_s= 0,287$ ,  $p=0,021$ );
- ii) A relação estatisticamente significativa entre as variáveis “*reduz sódio e potássio*”, “*cumprir as recomendações da dieta*” ( $r_s= 0,356$ ,  $p=0,004$ ) e “*cumprir as recomendações da restrição hídrica*” ( $r_s= 0,431$ ,  $p=0,021$ ) é indicadora de uma consistência na perceção que os doentes têm sobre o cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde;

- iii) Excetuando a relação entre as variáveis “*cumpre as recomendações da dieta*” e o *score medio das estratégias de restrição de potássio* ( $r_s = 0,287$ ,  $p=0,021$ ), não encontramos correlação significativa entre as dimensões estratégias de RH, estratégias de restrição de sódio e de potássio, e o consumo de alimentos ricos em potássio, sódio e fósforo. Será pertinente recordar que o score das estratégias foi determinado a partir da codificação das respostas relativas à frequência de utilização das diferentes estratégias e o cálculo da média desses valores, para cada sujeito;
- iv) Verificamos uma correlação significativa e inversa entre a percepção de cumprir a restrição hídrica e o consumo de alimentos ricos em sódio ( $r_s = -0,341$ ,  $p=0,006$ )
- v) O consumo de alimentos ricos em sódio está relacionado positivamente com o consumo de alimentos ricos em potássio ( $r_s = 0,512$ ,  $p=0,000$ ) e em fósforo ( $r_s = 0,269$ ,  $p=0,031$ );

Quadro 2 - Correlações entre as variáveis para avaliar a percepção dos sujeitos relativamente à sua adesão ao regime terapêutico

	Idade	Reduz sódio e potássio	Cumpre recomendações dieta	Cumpre recomendações restrição hídrica	Score médio estratégias RH	Score médio estratégias restr. Na	Score médio estratégias restrição K	Score médio alimentos ricos em Na	Score médio alimentos ricos em K	Score médio alimentos ricos em P
Idade	1.000	.116	.274*	.292*	-.163	.070	.180	-.232	-.325**	-.271*
Reduz sódio e potássio		1.000	.356**	.431**	.155	.150	.144	-.068	-.161	.046
Cumpre recomendações dieta			1.000	.304*	-.083	.183	.287*	-.103	.023	-.194
Cumpre recomendações restrição hídrica				1.000	.200	.060	.040	-.341**	-.161	-.043
Score médio estratégias RH					1.000	-.005	.163	.014	-.053	.110
Score médio estratégias restrição Na						1.000	.146	-.206	.053	.084
Score médio estratégias restrição K							1.000	-.083	.003	-.198
Score médio alimentos ricos em Na								1.000	.512**	.269*
Score médio alimentos ricos em K									1.000	.227
Score médio alimentos ricos em P										1.000

FONTE: SPSS (adapt.)

Procurou conhecer-se se existiria alguma relação entre a idade e o tempo em TSFR e as diversas variáveis relativas à adesão à dieta, tendo-se verificado que a idade está positivamente relacionada com o cumprimento das recomendações da dieta ( $r_s = 0,274$ ,  $p=0,029$ ) e da restrição hídrica ( $r_s = 0,292$ ,  $p=0,019$ ) e relacionada, de forma negativa, com o consumo de alimentos ricos em potássio ( $r_s = -0,325$ ,  $p=0,009$ ) e em fósforo ( $r_s = -0,271$ ,  $p=0,030$ ) (Quadro 2); Não existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o GPI, a utilização de estratégias de RH ou o consumo de alimentos ricos em sódio. O tempo a que os doentes estão submetidos a TSFR tem correlação apenas com a variável *cumprir as recomendações da dieta*, sendo esta relação negativa ( $r_s = -0,266$ ,  $p=0,034$ ).

Quando questionados sobre os motivos para o não cumprimento das recomendações, a maioria dos doentes que referiram não reduzir o sódio e potássio não conseguiram justificá-lo (28,7%). As razões apontadas relacionam-se com a *desvalorização/não considerado importante* fazê-lo (35,7%), seguido de motivos *económicos* (21,4%), *tempo* (7,1%) e *outros* (7,1%).

Ao proceder a uma análise mais detalhada da gestão da dieta das pessoas incluídas no estudo, nomeadamente em termos de estratégias para controlar o GPI, foi possível perceber que em termos médios de utilização, as estratégias preferidas neste grupo de doentes para restringir os líquidos são, por ordem decrescente, comer sopas mais espessas (utilizada sempre/quase sempre por 68,8% dos inquiridos) suportar a sede (utilizada sempre/quase sempre por 53,1% dos inquiridos) evitar refeições muito condimentadas (utilizada sempre/quase sempre por 51,5% dos doentes), e beber apenas pequenos golos (que, apesar de utilizada sempre/quase sempre por 53,1% dos inquiridos, nunca é utilizada em 37,5% dos casos). As estratégias menos utilizadas, por seu lado, são usar copos e chávenas pequenos (nunca utilizadas por 95,3% dos doentes), derreter cubos de gelo na boca (utilizadas regularmente por menos de 8% dos doentes) e manter-se ocupado.

Quando procedemos ao estabelecimento de correlações entre a idade, GPI e estratégias de restrição hídrica, concluímos que:

- vi) Existe uma relação negativa entre a idade e as estratégias *“bebe apenas quando tem sede”* ( $r_s = -0,381$ ,  $p=0,002$ ), *“evita comer sopa”* ( $r_s = -0,366$ ,  $p=0,003$ ) e *“evita exposição solar”* ( $r_s = -0,257$ ,  $p=0,041$ );

- vii) Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre as estratégias “*mede a quantidade de líquidos por dia*” e “*vai bebendo a quantidade de líquidos permitida ao longo do dia*” ( $r_s = 0,691$ ,  $p = 0,000$ );
- viii) O GPI está relacionado, de forma negativa com a variável “*evita refeições muito condimentadas*” ( $r_s = - 0,292$ ,  $p = 0,019$ );
- ix) Existe uma relação positiva entre “*evita a exposição solar*” e as estratégias “*ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário*” ( $r_s = 0,268$ ,  $p = 0,032$ ), “*evita refeições muito condimentadas*” ( $r_s = 0,284$ ,  $p = 0,023$ ) e “*mantém-se ocupado*” ( $r_s = 0,508$ ,  $p = 0,000$ ) e verificou-se uma relação negativa entre “*evita a exposição solar*” e “*bebe apenas pequenos golos*” ( $r_s = - 0,263$ ,  $p = 0,036$ );
- x) A estratégia “*mantém-se ocupado*” relaciona-se positivamente, de forma estatisticamente significativa, com as estratégias “*bebe apenas quando tem sede*” ( $r_s = 0,286$ ,  $p = 0,022$ ) e “*derrete cubos de gelo na boca*” ( $r_s = 0,386$ ,  $p = 0,002$ ) e de forma negativa com “*bebe apenas pequenos golos*” ( $r_s = - 0,326$ ,  $p = 0,008$ ).

Relativamente às estratégias mais utilizadas para diminuir o consumo do sal, as mais utilizadas pelos doentes neste estudo foram a não utilização de substitutos do sal nem de sal fino, seguida de cozinhar com pouco sal.

No que diz respeito à restrição de potássio, verificou-se que as estratégias mais utilizadas para diminuir o consumo de potássio e para promover a sua eliminação são, por ordem decrescente, “*evita comer mais de duas peças de fruta por dia*” (utilizadas sempre/quase sempre por 79,7% dos doentes), “*privilegia frutas menos ricas em potássio*” (sempre/quase sempre utilizadas por 75% dos doentes) e “*retira a casca da fruta*” (68,7%), enquanto “*muda a água das batatas duas vezes antes de cozinhar*” e “*parte batatas em metades e coloca-as de molho*” são as menos utilizadas (nunca/raramente utilizadas por 75% e 65,7% dos doentes, respetivamente).

Da análise das correlações entre a *idade*, *valor sérico de potássio*, *score médio de estratégias de restrição de potássio* e *score médio de alimentos ricos em potássio* concluiu-se que a idade estava negativamente relacionada com o consumo de alimentos ricos em potássio ( $r_s = - 0,325$ ,  $p = 0,009$ ), ou seja, os doentes mais novos ingerem mais frequentemente alimentos com elevado teor de potássio em comparação aos mais idosos. Quando analisados de forma geral, não existiu relação entre o valor sérico de potássio e as estratégias de restrição do potássio ou o consumo de alimentos ricos em

potássio. Numa apreciação mais detalhada, através da utilização do teste de Spearman aplicado às estratégias utilizadas para reduzir o potássio (Quadro 3) observou-se que:

- xi) O valor sérico de potássio relaciona-se positivamente com as estratégias “*prefere fruta cozida*” ( $r_s = 0,309$ ,  $p=0,013$ ) e “*privilegia frutas menos ricas em potássio*” ( $r_s = 0,275$ ,  $p=0,028$ );
- xii) As estratégias direcionadas para a eliminação de potássio dos legumes/batatas estão relacionadas positivamente entre si, como pode ser exemplificado pelas relações entre “*coze legumes em 2 águas*” e “*não coze legumes na panela de pressão/ micro-ondas*” ( $r_s = 0,625$ ,  $p=0,000$ ), “*parte batatas em metades e coloca-as de molho*” ( $r_s = 0,497$ ,  $p=0,00$ ) e “*muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes de cozinhar*” ( $r_s = 0,392$ ,  $p=0,001$ );
- xiii) Existe uma relação significativa, de forma positiva, entre as estratégias associadas ao consumo de fruta, como sejam a relação entre “*retira a casca da fruta*”, “*prefere fruta cozida*” ( $r_s = 0,290$ ,  $p=0,020$ ) e “*privilegia frutas menos ricas em potássio*” ( $r_s = 0,311$ ,  $p=0,012$ ) ou entre “*prefere fruta cozida e privilegia frutas menos ricas em potássio*” ( $r_s = 0,360$ ,  $p=0,003$ ).

Quadro 3 – Correlações entre o valor sérico de potássio e as estratégias de redução do potássio

	Valor sérico K	Coze legumes /batatas em 2 águas	Não coze legumes panela pressão/vapor/microondas	Parte batatas em metades e coloca-as de molho	Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes cozinhar	Prefere arroz e massa às batatas	Retira casca da fruta	Prefere fruta cozida	Evita comer mais de 2 peças de fruta por dia	Privilegia frutas menos ricas em potássio
Valor sérico K	1.000	.130	.039	.080	.074	-.131	.227	.309*	.056	.275*
		.304	.758	.528	.563	.302	.071	.013	.660	.028
Coze legumes/batatas em 2 águas		1.000	.625**	.497**	.392**	.015	.060	.175	-.114	.051
			.000	.000	.001	.904	.637	.168	.368	.688
Não coze legumes panela pressão/vapor/microondas			1.000	.529**	.374**	-.010	-.066	-.011	.031	-.057
				.000	.002	.936	.603	.928	.809	.653
Parte batatas em metades e coloca-as de molho				1.000	.615**	.168	.147	.196	.217	.069
					.000	.185	.246	.121	.085	.587
Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes cozinhar					1.000	.062	.137	.143	.059	-.027
						.625	.279	.259	.642	.830
Prefere arroz e massa às batatas						1.000	.037	-.023	.128	-.040
							.773	.855	.313	.751
Retira casca da fruta							1.000	.290*	.164	.311*
								.020	.195	.012
Prefere fruta cozida								1.000	.151	.360**
									.234	.003
Evita comer mais de 2 peças de fruta por dia									1.000	.221
										.080
Privilegia frutas menos ricas em potássio										1.000

FONTE: SPSS (adapt.)

### **Discussão dos resultados:**

De acordo com os dados obtidos, a população estudada é maioritariamente idosa, do sexo masculino, casada e a viver com o cônjuge/outro familiar. Tendo em conta a elevada faixa etária da população, pode considerar-se que na generalidade existe um suporte social/familiar adequado, já que apenas 3,1% se encontram institucionalizados. Qualquer intervenção de enfermagem no sentido de promover a adaptação da pessoa com IRC à dieta deverá incluir o cônjuge/familiar, já que estes são os principais responsáveis pela aquisição e confeção das refeições, o que seria expectável numa população com estas características, numa sociedade ocidentalizada.

Comparativamente aos trabalhos publicados sobre a adesão dos doentes em HD ao regime terapêutico (KHALIL et al, 2011; BARAZ et al, 2009; BARNETT et al, 2007) os resultados deste estudo são bastante animadores. As taxas de não adesão são consideravelmente inferiores, com valores na ordem dos 9,4% (de acordo com os critérios do DOPPS, sendo 1,6% da amostra não aderente relativamente ao critério do GPI e 7,8% não aderentes quando considerado o valor de potássio). Apesar das limitações associadas à utilização de diferentes critérios de avaliação da adesão, BARAZ et al (2009) BARNETT et al (2007) também suportaram a sua avaliação em valores analíticos. Considero que o acompanhamento por parte da dietista da clínica, a monitorização do estado de hiperhidratação através de avaliações mensais com recurso a espectroscopia de bioimpedância (BCM), a motivação e o trabalho de equipa entre os vários profissionais envolvidos terão sido fatores determinantes para a obtenção destes resultados. A utilização de dialisadores de alto fluxo, associado ao recurso a técnicas altamente eficazes, como a hemodiafiltração e à realização de diálise com velocidades de bomba de sangue cada vez mais elevadas (entre 400 a 500ml/min, na maioria dos casos) certamente contribuem para uma maior eficácia dialítica, que, associadas à monitorização da toma da medicação por parte da equipa de enfermagem, se traduz em valores analíticos de acordo com os objetivos da NKF.

As causas da não adesão são multifatoriais. Neste estudo, predomina a desvalorização, seguida de fatores de ordem económica. O fato de quase 30% dos doentes não conseguirem justificar o não cumprimento também parece preocupante. A falta de compreensão da informação ou das consequências do seu incumprimento, depressão, negação ou desespero ou um sentimento negativo de desafio são razões apontadas por AUER in THOMAS (2005) para a não adesão. Estes doentes têm aconselhamento

periódico e regular por parte da dietista da clínica, pelo que provavelmente estes resultados não refletem falta de informação, como sugerido por BARAZ et al (2009), mas podem representar sinais de ineficácia cognitiva, como percepção errada/processamento da informação ou aprendizagem ineficaz, falta de motivação ou baixa expectativa de eficácia (ROY & ANDREWS, 2001).

Neste estudo, os doentes mais novos reportam menor cumprimento das recomendações da dieta e da restrição hídrica e, simultaneamente, maior consumo de alimentos ricos em potássio e em fósforo, o que vai de encontro aos resultados do estudos de ARENAS et al (2010) no qual os doentes mais novos eram menos aderentes ao tratamento. Por outro lado, estes resultados contrariam as conclusões de BARAZ et al (2009), segundo os quais os doentes mais novos revelavam maior grau de adesão às restrições hídrica e dietética. Relativamente ao GPI e à utilização de estratégias de RH não foram encontradas relações com a idade. Contudo, neste caso, em que a probabilidade de erro é marginal de 5%, podemos afirmar que os dados não afastam a possibilidade de haver uma correlação significativa entre idade e GPI. É possível que amostras maiores forneçam outros resultados. Parece que os doentes com menos idade são os que mais bebem quando têm sede, os que mais sopa comem e menos evitam a exposição solar. Os dados parecem mostrar que os doentes mais novos têm menos cuidado com a saúde, o que ajuda a explicar a má adesão nos doentes mais novos.

A maioria dos doentes encontra-se em TSFR entre 1 a 10 anos, ou seja, encontrar-se-á na fase de vida crónica descrita por COHEN (1995), que apesar de alguns episódios de complicações, decorre de forma suave. Da análise dos dados, o tempo em TSFR está apenas relacionado com o cumprimento das recomendações da dieta, sendo que os doentes em TSFR há menos tempo tendem a ser mais cumpridores, enquanto os doentes há mais tempo em HD são aqueles que menos acham que cumprem a dieta. Tendo em consideração que os doentes, após o período inicial de HD, desenvolvem as suas estratégias individuais de adaptação à doença e ao tratamento, estes resultados podem sugerir a utilização mais frequente de estratégias mal adaptativas ou expressar a aquisição de maior autonomia e responsabilização do doente, pelo seu tratamento.

As estratégias mais utilizadas pelos doentes para restringir os líquidos são, por ordem decrescente “comer sopas mais espessas”, “suportar a sede”, “evitar refeições muito condimentadas” e “beber apenas pequenos golos”. As estratégias menos utilizadas são

“usar copos e chávenas pequenos”, “derreter cubos de gelo na boca” e “manter-se ocupado”.

A partir da análise dos dados e dos resultados obtidos, em termos de eficácia das estratégias para restringir os líquidos, a mais eficaz será “evitar refeições muito condimentadas”. A relação é negativa, ou seja, quem evita mais frequentemente refeições condimentadas terá menor GPI, provavelmente pela menor probabilidade de ter sede. A ausência de relações entre outras estratégias, mais diretamente relacionadas como a ingestão de líquidos poderá estar relacionada com o valor de urina residual e o facto de esta variável não ter sido contemplada na análise do estudo. Considerando que a HTA e a patologia cardíaca são as co-morbilidades mais frequentes, provavelmente estes doentes já terão recebido previamente aconselhamento nutricional relativo à necessidade de reduzir o sal na sua dieta, o que é evidenciado pelas estratégias de restrição de sódio mais utilizadas (“não utilização de substitutos do sal”, “não utilização de sal fino” e “cozinhar com pouco sal”).

PORCU, FANTON e ZAMPIERON (2007) tinham referido como estratégia mais eficaz para restringir os líquidos a medição da quantidade de líquidos permitidos por dia e distribuí-la ao longo do dia. As estratégias “mede a quantidade de líquidos por dia” e “vai bebendo a quantidade de líquidos permitida ao longo do dia” estão relacionadas, o que facilmente se compreende. Contudo, há que considerar a subjetividade desta apreciação, pois o conhecimento dos doentes relativamente à quantidade de líquidos permitidos não foi estudado, pelo que a perceção individual do que cada um pode ou não pode beber, pode variar e não corresponder à realidade. Parece-nos preocupante o facto da estratégia “ajustar a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário” ser usada apenas por cerca de 4,7% dos sujeitos e nunca utilizada por 92,2% dos sujeitos. O desconhecimento desta estratégia, a ausência de diurese residual ou as dificuldades práticas para avaliar a diurese, podem explicar este resultado. MAHAN & ESCOTT-STUMP (2008) tinham já feito referência à importância deste ensino aos doentes.

Não encontramos qualquer associação estatisticamente significativa entre os indicadores de adesão ao regime terapêutico e a perceção dos sujeitos de cumprirem as recomendações da dieta e de redução do sódio e potássio na alimentação. O facto da perceção do doente relativamente ao cumprimento das recomendações relacionar-se apenas com a utilização de estratégias de restrição do potássio reflete a preocupação

dos doentes relativamente às consequências da hipercaliémia e suporta os resultados de BARAZ et al (2009). A relação significativa e inversa entre a percepção de cumprir a restrição hídrica e o consumo de alimentos ricos em sódio sugere que as pessoas que mais dizem cumprir as recomendações são as que menos sódio consomem.

Infelizmente não foi possível determinar a eficácia das diferentes estratégias de restrição de potássio, já que não foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre o uso de estratégias de restrição de potássio, o consumo de alimentos ricos em potássio e o seu valor sérico. Este facto vem sublinhar a complexidade da gestão da dieta da pessoa com IRCT em HD. A toma da medicação de acordo com a prescrição, nomeadamente a resina (prescrita em 46,8% dos doentes da amostra), não foi objeto de estudo, pelo que pode ser uma variável que influencia estes resultados. Alguns doentes terão verbalizado tomarem resina quando abusam do consumo de alimentos ricos em potássio, o que acontece quando tomam refeições em família ou em restaurantes.

A relação entre o consumo de alimentos ricos em sódio, potássio e fósforo, se por um lado, poderá indicar que os doentes cumpridores procuram reduzir os alimentos mais desaconselhados, por outro lado, levanta um problema: as pessoas que tendem a consumir alimentos ricos em sódio em excesso, também tendem a consumir alimentos ricos em potássio ou fósforo, o que revela dificuldades de adaptação e implica que a educação a estes doentes deverá ser abrangente.

A relação negativa entre a idade e a estratégia “evitar comer sopa” pode ser reflexo de hábitos culturais: a sopa é a base da alimentação das pessoas mais idosas, frequentemente com dificuldades na deglutição, pelo que é compreensível que não utilizem esta estratégia frequentemente. Os idosos também tendem a não evitar a exposição solar – considero que pela sua vida mais sedentária, estão naturalmente mais protegidos do sol, pelo que não consideraram esse comportamento como sendo uma estratégia de adaptação à dieta. O facto da colheita de dados ter decorrido no mês de dezembro também poderá condicionar estes resultados, já que os doentes tendem a resguardar-se em casa. De igual forma, a temperatura não será tão geradora de sede como nos meses mais quentes, o que também explica a fraca utilização da estratégia derreter cubos de gelo (experiência provavelmente desagradável no Inverno). A pouca atividade física, decorrente da debilidade dos doentes (população maioritariamente

idosa e com várias co-morbilidades) também poderá explicar a reduzida frequência da estratégia manter-se ocupado.

As estratégias mais utilizadas pelos participantes neste estudo, para reduzir o potássio, são “evitar comer mais de duas peças de fruta por dia”, seguida de “privilegiar as frutas menos ricas em potássio” e “retirar a casca da fruta”. As menos utilizadas são “mudar a água das batatas duas vezes antes de cozinhá-las” e “partir as batatas e colocá-las de molho” (apenas utilizadas sempre/quase sempre por em 18,8% e 28,2% dos casos). Estas últimas implicam uma alteração das rotinas familiares e o aumento de esforço e tempo na confeção das refeições, para além de não dependerem exclusivamente da vontade dos próprios doentes, especialmente se considerarmos que em 67,3% dos casos estes não assumem tal responsabilidade.

A evidência de que existe uma relação positiva entre o valor sérico de potássio e as estratégias “prefere fruta cozida” e “privilegiar frutas menos ricas em potássio” é algo surpreendente e veio contrariar as nossas expectativas. Seria expectável que a relação entre o valor sérico de potássio estivesse negativamente relacionado com algumas das estratégias, o que não veio a verificar-se (pelo menos de forma estatisticamente significativa). Também foi inesperada a ausência de relação entre o valor sérico de potássio e as estratégias de restrição do potássio ou o score médio do consumo de alimentos ricos em potássio.

A forte relação entre as estratégias relativas à eliminação do potássio dos legumes e batatas sugere que as pessoas que têm essa preocupação procuram cumprir as diversas recomendações na preparação e confeção das refeições (como sejam cozê-los em duas águas, não utilizar a panela de pressão ou o micro-ondas, partir as batatas em metades e colocá-las de molho e mudar a água das batatas pelo menos duas vezes antes de cozinhar). De igual forma, existe uma relação entre as várias estratégias associadas à eliminação do teor de potássio das frutas (retirar a casca da fruta, preferir a fruta cozida e privilegiar frutas menos ricas em potássio). Em conversas informais durante a prática clínica, algumas doentes do sexo feminino confidenciaram-me que, apesar de, no início, seguirem as várias recomendações para eliminar o potássio das batatas, foram progressivamente abandonando essa prática, por considerarem que não tinha um impacto significativo nos valores analíticos e que “não valia a pena” o esforço suplementar.

### **Limitações do estudo**

O fato do formulário ser aplicado pela investigadora pode ter condicionado as respostas, no sentido de que os doentes podem, em algum momento, ter respondido de acordo com aquilo que consideravam como desejável. Contudo, essa limitação terá sido atenuada com o facto de a relação entre os doentes e a investigadora se limitar ao período de estágio e não existir uma relação terapêutica prévia. O facto de os questionários terem sido aplicados no mês de dezembro poderá ter tido alguma influência nas respostas dadas pelos doentes, nomeadamente pelo consumo de alimentos típicos da época natalícia, como os frutos secos, fritos, doces... Como já foi referido, o regime terapêutico da pessoa com IRCT reveste-se de grande complexidade. Um estudo mais abrangente, que incluísse as outras componentes do regime terapêutico como a toma da medicação, particularmente anti hipertensores e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), de acordo com a prescrição médica, e que avaliasse a relação entre a adesão e a presença de diabetes, seria desejável para uma maior compreensão do fenómeno e complementar os resultados da presente investigação.

## 5. CONCLUSÕES

Através da elaboração deste relatório tentei demonstrar de forma clara e sintética o percurso efetuado enquanto estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção de enfermagem nefrológica, evidenciando a aquisição de competências do enfermeiro especialista nessa mesma área. A descrição das atividades realizadas no decorrer da prática clínica revelou um conhecimento aprofundado na área da enfermagem nefrológica e um nível elevado de julgamento crítico e tomada de decisão.

Considero que promovi práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais e colaborei em programas de melhoria contínua da qualidade, através da elaboração da proposta de folheto “A dieta do doente IRC em hemodiálise”. Geri os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, particularmente ao nível da tomada de decisão, através da realização da formação sobre o tema “Trabalho em equipa multidisciplinar”. Fui igualmente facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade, motivei e envolvi a equipa de enfermagem na promoção da adaptação da pessoa com IRCT à dieta através da ação de formação “Hemodiálise e nutrição – Estratégias de adaptação dos doentes”. Evidenciei ao longo deste percurso, uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento na prestação de cuidados à pessoa com IRC em programa regular de HD e as discussões dos casos clínicos, em sala de aula e no decorrer do relatório, demonstraram a mobilização de conhecimentos e um nível de compreensão global das situações, ao nível de perito. A realização da prática clínica nos diferentes contextos, associado ao trabalho de investigação, permitiram a compreensão da forma como a pessoa com IRCT em HD gere a sua dieta, nomeadamente a identificação das estratégias utilizadas, bem como a sua eficácia.

Com o desenvolvimento da prática clínica no serviço de Nefrologia adquiri uma visão global das necessidades dos doentes com IRC na fase pré-diálise e em DP. O enfermeiro tem um papel decisivo dentro da EMD, na informação e aconselhamento à pessoa com IRC e na promoção de uma opção informada e esclarecida, através da consulta de DRCA. A DP é uma modalidade que apesar de limitada a uma determinada faixa da população, confere maior liberdade em termos pessoais, familiares e profissionais à pessoa com IRCT e que, na minha opinião, deveria ter maior expressão em termos das TSFR utilizadas em Portugal. Pela menor restrição a nível alimentar, os doentes em DP de quem cuidei não revelaram dificuldades na gestão da dieta, nem foram evidentes complicações decorrentes de respostas ineficazes à doença ou tratamento.

O investimento na área particular da dieta da pessoa com IRCT em HD durante a prática clínica nas Clínicas de HD traduziu-se num aumento do conhecimento e no desenvolvimento de competências que possibilitam a prestação de cuidados especializados a estes doentes, de acordo com as suas necessidades, dentro da EMD.

A taxa de não adesão dos doentes incluídos no estudo é de 9,4% (de acordo com os critérios do DOPPS). As razões apontadas pelos doentes para o não cumprimento das recomendações são a desvalorização/não considerado importante, seguido de fatores de ordem económica. Estes resultados sugerem que a intervenção do enfermeiro deve ter em consideração o conhecimento do doente e do ambiente que o rodeia, nomeadamente o contexto sociofamiliar e económico, utilizando uma comunicação efetiva que assegure a compreensão da informação transmitida, em particular as consequências da não adesão.

Neste estudo, os doentes mais novos reportam menor cumprimento das recomendações da dieta e da restrição hídrica e, simultaneamente, maior consumo de alimentos ricos em potássio e em fósforo, pelo que é necessário especial atenção a este grupo etário. Relativamente ao GPI e à utilização de estratégias de RH não foram encontradas relações com a idade.

De acordo com os resultados do estudo, é urgente o reforço da importância da avaliação da diurese, visto ser uma estratégia eficaz mas, em geral, pouco utilizada. As estratégias preferidas para restringir os líquidos são “comer sopas mais espessas”, “suportar a sede”, “evitar refeições muito condimentadas” e “beber apenas pequenos golos”, enquanto “usar copos e chávenas pequenos”, “derreter cubos de gelo na boca” e

“manter-se ocupado” são as menos utilizadas. As pessoas mais idosas utilizam menos as estratégias “evitar comer sopa” e “evitar a exposição solar”. Em termos de eficácia das estratégias para restringir os líquidos, a mais eficaz foi “evitar refeições muito condimentadas”.

Não foi possível determinar a eficácia das diferentes estratégias de restrição de potássio. Contudo, as estratégias mais utilizadas pelos doentes neste estudo, para reduzir o potássio, foram “evitar comer mais de duas peças de fruta por dia”, seguida de “privilegiar as frutas menos ricas em potássio” e “retirar a casca da fruta”, enquanto as menos utilizadas são “mudar a água das batatas duas vezes antes de cozinhá-las” e “partir as batatas e colocá-las de molho”. O valor sérico de potássio está positivamente relacionado com as estratégias “preferir fruta cozida” e “privilegiar frutas menos ricas em potássio”.

Os enfermeiros devem ter em consideração que as intervenções que visem a promoção da adaptação do doente à dieta, sobretudo numa fase inicial, deverão centrar-se na esposa ou outro elemento do agregado familiar, já que em 56,3% dos casos é o cônjuge/outro familiar que tem a responsabilidade de adquirir os alimentos e confeccionar as refeições. A sua participação nas consultas de enfermagem direcionadas para aconselhamento nutricional e esclarecimento de dúvidas deve ser ativamente encorajada. Considerando que os doentes tendem a afastar-se do cumprimento das recomendações no decurso do tempo de tratamento, é importante organizar momentos periódicos de reavaliação das necessidades dos doentes e do seu nível de conhecimento, bem como do cônjuge ou outro elemento do agregado familiar, se relevante. O planeamento desses momentos, bem como as intervenções e os seus resultados devem ser documentados por escrito, para facilitar a comunicação entre os elementos da EMD. O enfermeiro especialista pode ter um papel central na coordenação das intervenções, pelo que será fundamental a participação do enfermeiro especialista nas reuniões clínicas semanais. Contudo, em clínicas com elevado número de doentes seria importante a existência do enfermeiro de referência para cada doente, no sentido de identificar precocemente as necessidades de intervenção. Quando identificadas situações de dificuldade de adaptação ao regime terapêutico, estas devem ser discutidas entre a EMD e definidos planos de intervenção com objetivos específicos, em conjunto com a pessoa com IRCT em HD.

No contexto atual das clínicas de hemodiálise, o enfermeiro especialista com formação e conhecimentos específicos na área da nutrição deverá ser um elemento facilitador da adaptação da pessoa com IRCT à sua dieta. Os constrangimentos económicos atuais não devem constituir-se como obstáculos ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades dos doentes, pelo que os responsáveis pela gestão dos cuidados devem revelar sensibilidade para a relevância da prática de cuidados de enfermagem do âmbito do especialista nesta área específica do regime terapêutico.

A intervenção do enfermeiro especialista passa igualmente pela formação dos pares, no sentido do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, e da motivação da equipa. Como tal, a divulgação dos resultados da investigação constitui-se como objetivo pessoal a curto prazo, através da proposta de publicação do artigo e de sessões de formação nas clínicas de hemodiálise onde realizei a prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENAS, M.D.; (2010); MALEK, T.; ÁLVAREZ-UDE, F.; GIL, M.T.; MOLEDOUS, A.; FERRER-REIG, A. (2010) – Phosphorus binders: preferences of patients on haemodialysis and its impact on treatment compliance and phosphorus control. **Revista Nefrologia**, Vol.30, nº5, pp.522-530.

BARAZ, S.; PARVARDEH, S.; MOHAMMADI, E.; BROUMAND, B. (2010) - Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. **Journal of Advanced Nursing**, Vol.66, nº1, 60-68. Acedido em: 4/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010503801&site=ehost-live>

BARDREE, S.K.; MURPHY, S.P.; POWERS, M.J. (1982) - Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. **Nursing Research**. Vol 31, nº2, pp.107-112

BARNETT, T.; YOONG, T.; PINIKAHANA, J.; SI-YEN, T. (2008) - Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? **Journal of Advanced Nursing**, Vol.61, nº3, 300-306. Acedido em: 4/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009521961&site=ehost-live>

BARROS, Elvino; MANFRO, Roberto C.; THOMÉ, Fernando S.; GONÇALVES, Luíz Felipe S. (2006) – **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**, 3ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-363-0557-6

BARTOLIN, Daniela Comelis; PACE, Ana Emilia; KUSUMOTA, Luciana; RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça (2008) – Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, Nº 21, pp.179-186

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem, Edição Comemorativa.** Coimbra: Quarteto. ISBN: 072-8535-97-X

BERG, Jill; EVANGELISTA, Lorraine S; CARRUTHERS, Donna; DUNBAR-JACOB, Jacqueline M. (2006) – Compliance. In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D.– **Chronic Illness, Impact and Interventions**, 6<sup>th</sup> ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN: 0-7637-3594-9, Págs. 221-245.

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara (2010) – **A adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos.** Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CORONEL, Francisco; MONTENEGRO, Jesús; SELGAS, Rafael; CELADILLA, Olga; TEJUCA, Mercedes (eds) (2006) – **Manual Prático de Diálise Peritoneal.** Algés: Revisfarma. ISBN: 972-99288-5-1

COSTANTINI, Lucia (2006) – Compliance, adherence and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? **The CANNT Journal**, Vol16, Nº4. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost.

CRISTOVÃO, Filipe (1999) – Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. **EDTNA/ERCA Journal**, XXV, nº4. Págs 35-38.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. (2008) – **Manual de diálise.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. ISBN: 9788527714310

DENHAERYNCK, K. MANHAEVE, D.; DOBBELS, F.; GARZONI, D.; NOLTE, C.; DE GEEST, S. (2007)- Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. **American Journal of Critical Care**, Vol.16, nº3, 222-236. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://sea6rch.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17654313&site=ehost-live>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Norma 017/2011 de 28/09/2011. Acedido a 18/07/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=21293>

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização.** 3ªedição. Loures: Lusociência.

FRESENIUS MEDICAL CARE PORTUGAL (2006) – **AEIOU para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise**, 2ª edição. Fresenius Medical Care Portugal.

FRESENIUS MEDICAL CARE (2011) – **Manual de Hemodiálise para Enfermeiros**. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-4488-0.

HAYNES, R.B.; ACKLOO, E.; SAHOTA N.; MCDONALD H.P.; YAO X (2008) – Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue2, Art.no CD00011.DOI10.1002/14651858.CD00011.pub3. Acedido a 1/07/2012. Disponível em: [http://www.sefap.it/servizi\\_letteraturacardio\\_200807/CD00011.pdf](http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD00011.pdf)

HIGGINS, Margaret (2006) – Adherence or Compliance? **World of Irish Nursing & Midwifery**, Vol 14, nº10. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009326775&ste=ehost-live>

HOLLINGDALE, R.; SUTTON, D.; HART, K. (2008) - Facilitating dietary change in renal disease: investigating patients' perspectives. **Journal of Renal Care**, Vol.34, nº3, 136-142. Acedido em 4/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18786080&site=ehost-live>

HOLMBERG, B.; STEGMAYR, B. (2009) - Cardiovascular conditions in hemodialysis patients may be worsened by extensive interdialytic weight gain. **Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis**, Vol.13, nº1, 27-31. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19210274&site=ehost-live>

JACOB, S.; LOCKING-CUSOLITO, H. (2004) - Thirst distress and interdialytic weight gain: how do they relate? **CANNT Journal = Journal ACITN**, Vol.14, nº3, 33-37. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009770748&site=ehost-live>

KARAMANIDOU, C.; CLATWORTHY, J; WEINMAN, J.; HORNE, R. (2008) – A systematic review of the prevalence and determinants of non-adherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. **BMC Nephrology**, Vol.9,

Nº2. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://biomedcentral.com/1471-2369/9/2>

KHALIL, A.; FRAZIER, S. (2010) - Depressive symptoms and dietary nonadherence in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis: a review of quantitative evidence. **Issues in Mental Health Nursing**, Vol.31, nº5, 324-330. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010689996&site=ehost-live>

KHALIL, A.; FRAZIER, S.; LENNIE, T.; SAWAYA, B. (2011) - Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. **Journal of Renal Care**, Vol.37, nº1, 30-39. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010928739&site=ehost-live>

KUGLER, C.; MAEDING, I.; RUSSELL, C. (2011) - Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. **Journal Of Nephrology**, Vol. 24, nº3, 366-375. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12787417&site=ehost-live>

KUGLER, C.; VLAMINCK, H.; HAVERICH, A.; MAES, B. (2005) - Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. **Journal of Nursing Scholarship**, Vol.37, nº1, 25-29. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20954134&site=ehost-live>

LARSEN, Pamala (2006) – Chronicity. In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. (2006) – **Chronic Illness, Impact and Interventions**, 6ªedição, Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN: 0-7637-3594-9, Págs.3-21

LAUREANO, Raul M.S.; BOTELHO, Maria do Carmo (2010) - **SPSS – O meu manual de consulta rápida**. Lisboa: Edições Sílabo, ISBN 978-972-618-608-3.

LINDBERG, M.; FERNANDES, M. (2010) - Self-efficacy in relation to limited fluid intake amongst Portuguese haemodialysis patients. **Journal of Renal Care**, Vol.36, nº3, 133-138. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009277486&site=ehost-live>

LINDLEY, E. (2009) - Reducing sodium intake in hemodialysis patients. **Seminars In Dialysis**, 22(3), 260-263. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010003052&site=ehost-live>

LÓPEZ-GÓMEZ, J.; VILLAVERDE, M.; JOFRE, R.; RODRIGUEZ-BENÍTEZ, P.; PÉREZ-GARCÍA, R. (2005) - Interdialytic weight gain as a marker of blood pressure, nutrition, and survival in hemodialysis patients. **Kidney International. Supplement**, Vol. 93, S63-S68. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004182353&site=ehost-live>

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia (2008) – **Krause’s Food, Nutrition & Diet Therapy**, 12<sup>th</sup> ed, Missouri: Saunders Elsevier. ISBN: 978-1-4160-3401-8.

MATTESON, M.; RUSSELL, C. (2010) - Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. **Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis**, Vol.14, nº4, 370-382. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16970745&site=ehost-live>

MITCH, William E.; IKIZLER, T.Alp (2010) – **Handbook of Nutrition and the Kidney**, 6<sup>th</sup>ed, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins. ISBN: 0978-0-7817-9517-3.

MOK, E; TAM, B. (2001) – Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong-Kong. **Journal of Clinical Nursing**, vol.10, nº4, p.503-11

NKF KDOQI (2000a) – KDOQI Guidelines for CKD Care – Nutrition in Chronic Renal Failure. **American Journal of Kidney Diseases** Vol 35, Nº6, Suppl 2, Jun 2000. Acedido em: 9/01/2012. Disponível em: <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/KDOQI2000NutritionGL.pdf>

NKF KDOQI (2000b) – **KDOQI Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification**. Acedido em: 9/01/2012. Disponível em: [http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_ckd/toc.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, Lisboa, disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação Crítica**, Lisboa, disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

O'NEILL, P. (2007) - Helping your patient to restrict potassium: teach him how to modify his diet to maintain optimum levels of this vital electrolyte. **Nursing**, Vol. 37, nº4, Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009764376&site=ehost-live>

PASTICCI, Franca; FANTUZZI, Anna Laura; PEGORARO, Marisa; McCANN, Margaret; BEDOGNI, Giorgio (2012) – Nutritional management of stage 5 chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, Vol.38, nº1, pp.50-58

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette (2004) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, ISBN 85-73076-984-3.

PORCU, M.; FANTON, E.; ZAMPIERON, A. (2007) - Thirst distress and interdialytic weight gain: a study on a sample of haemodialysis patients. **Journal of Renal Care**, Vol.33, nº4, 179-181 Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010762675&site=ehost-live>

QUINAN, P. (2007) - Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. **CANNT Journal = Journal ACITN**, Vol.17, nº3, 77-84. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17944349&site=ehost-live>

RICHARD, C. (2006) - Self-care management in adults undergoing hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, Vol.33, nº4, 387-396. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009504983&site=ehost-live>

ROY, C.; ANDREWS, H. (2001) – **Teoria da Enfermagem – o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-175-8

SARAN, R.; BRAGG-GRESHAM, J.; RAYNER, H.; GOODKIN, D.; KEEN, M.; VAN DIJK, P.; PORT, F. (2003) - Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. **Kidney International**, Vol.64, nº1, 254-262. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009965653&site=ehost-live>

SARKAR, S.; KOTANKO, P.; LEVIN, N. (2006) - Interdialytic weight gain: implications in hemodialysis patients. **Seminars In Dialysis**, Vol.19, nº5, 429-433. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15613071&site=ehost-live>

SCHATZ, S. (2008) - Diabetes, dialysis, and nutrition care interaction. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**, Vol.35, nº4, 403-405. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18783003&site=ehost-live>

SEZER, S.; OZDEMIR, F.; ARAT, Z.; PERIM, O.; TURAN, M.; HABERAL, M. (2002) - The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. **Renal Failure**, Vol.24, nº1, 37-48. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010741127&site=ehost-live>

SOMERS, J. (2008) - Dietary management of renal disease. **CANNT Journal**, Vol.18, nº3, 20. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010072353&site=ehost-live>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA [CD] - **Relatórios Anuais. Gabinete de Registo**. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2011. CD.

SUN, C.; CHANG, K.; CHEN, S.; CHANG, C.; WU, M. (2008) - Patient education: an efficient adjuvant therapy for hyperphosphatemia in hemodialysis patients. **Renal**

**Failure**, Vol.30, nº1, 57-62. Acedido em 04/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18197544&site=ehost-live>

SUTTON, D.; HOLLINGDALE, R.; HART, K. (2008) - Questionnaire to evaluate and elucidate patients' perceptions of renal dietary advice. **Journal Of Renal Care**, Vol.34, nº3, 143-150 Acedido em 04/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18786081&site=ehost-live>

TAILLEFER, T. (2008) - Alerting nephrology nurses to diet and diabetes self-care issues for patients with type 2 diabetes on hemodialysis. **CANNT Journal**, 1812. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010080573&site=ehost-live>

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

TSAY, S.L.; LEE, Y.C.; LEE, Y.C. (2005) – Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. **Journal of Advanced Nursing**, Vol.50, nº1, p.39-46.

WALDRON, T. (2004) - Education for compliance. **World of Irish Nursing**, Vol.12, nº1, 34-35. Acedido em 16/07/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004037774&site=ehost-live>

WATSON, Diane (2008) – Post-dialysis “pre-dialysis” care: The cart before the horse – Advanced practice nurse intervention and impact on modality selection. **The CANNT Journal**, Vol 18, Issue 1, 30-33. Acedido em 22/11/2011. Disponível em: <http://cannt.ca/en/files/CANNT-18-1.pdf>

WELCH, J.; DOWELL, S.; JOHNSON, C. (2007) - Feasibility of using a personal digital assistant to self-monitor diet and fluid intake: a pilot study. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**, Vol.34, nº1, 43. Acedido em 04/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17345691&site=ehost-live>

WELCH, J.; PERKINS, S.; JOHNSON, C.; KRAUS, M. (2006) - Patterns of interdialytic weight gain during the first year of hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**, Vol.33, nº5, 493-499. Acedido em 04/03/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17044434&site=ehost-live>

World Health Organization (WHO) (2003) – Adherence to long-term therapies. Evidence for action. **WHO**. Acedido em 21/04/2012. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)

## **ANEXOS**

---

ANEXO

I

## **Cronograma das Atividades**

---

ANEXO II

## Autorização da Direção de Enfermagem

---

**ANEXO III**

**Autorização da Direção Jurídica**

---

**ANEXO IV**

**Formulário**

## FORMULÁRIO

Dados pessoais:

Idade: \_\_\_\_ Anos

Sexo: Fem  Masc

Tempo de tratamento em HD? \_\_\_\_\_anos / \_\_\_\_\_meses

### PARTE I

1. Com quem reside?

Só                       Cônjuge / Outro familiar                       Lar/ Instituição

2. Quem é habitualmente o responsável pela aquisição/compra dos alimentos?

O próprio                       Cônjuge / Outro familiar                       Lar/Instituição

Outro  \_\_\_\_\_

3. Quem é habitualmente o responsável pela confeção/preparação das refeições?

O próprio       Cônjuge/Outro familiar                       Lar/ Instituição       Outro  \_\_\_\_\_

3.1. Quando em família, as refeições são preparadas reduzindo os alimentos ricos em sódio e potássio?

Nunca                       Raramente                       Às vezes                       Quase sempre                       Sempre

N/Aplicável

3.1.1. Se respondeu “Nunca/Raramente” na questão anterior, qual(is) o(s) principal (is) motivo(s):

Económico                       Tempo                       Desvalorização/Não considerado importante

Falta de informação/conhecimento                       Outro  \_\_\_\_\_

N/sabe/ N/responde

4. Tem necessidade de comer fora de casa?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

4.1. Consegue cumprir a dieta quando come fora de casa?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

N/Aplicável

5. Em que medida considera que, no seu dia-a-dia, cumpre as recomendações dos profissionais de saúde relativamente:

RECOMENDAÇÕES	Quase Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Dieta alimentar					
Restrição hídrica					

## PARTE II – ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO

6. Como sabe, é fundamental restringir a quantidade de líquidos que ingere. Qual das estratégias usa para controlar essa quantidade?

ESTRATÉGIA	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	N/ sabe/ N/ responde
Mede a quantidade de líquidos permitidos por dia						
Vai bebendo a quantidade de líquidos permitida ao longo do dia						
Bebe apenas quando tem sede						
Suporta a sede						
Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário						
Usa copos ou chávenas pequenos						
Bebe apenas pequenos golos						
Evita refrigerantes e outras bebidas açucaradas						

Bochecha com água morna						
Evita refeições muito condimentadas						
Derrete cubos de gelo na boca						
Evita comer sopa						
Come sopas mais espessas						
Evita a exposição solar						
Mantém-se ocupado						

7. Também foi aconselhado a evitar a ingestão de sal. Qual das estratégias utiliza?

<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>	<b>N/ sabe/ n/ responde</b>
Cozinha com pouco sal						
Não utiliza sal fino no prato						
Não utiliza substitutos do sal						
Evita alimentos pré-confeccionados						
Utiliza ervas aromáticas em substituição do sal						

8. Relativamente às estratégias para reduzir o consumo/eliminar o potássio dos alimentos, quais as utilizadas por quem prepara as refeições?

<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>	<b>N/sabe/ N/responde</b>
Coze os legumes frescos e/ou as batatas, por duas vezes, em grandes quantidades de água						
Não coze legumes na panela de pressão, nem a vapor ou no microondas						
Parte as batatas em metades e coloca-as “de molho”						
Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes, antes de cozinhar						

Prefere arroz e massa às batatas						
Retira a casca da fruta						
Evita comer mais de duas peças de fruta por dia						
Prefere fruta cozida						
Privilegia frutas menos ricas em potássio como a maçã, pêra, laranja, pêssigo, ananás, abacaxi, fruta em calda						

9. Qual a frequência com que ingere:

ALIMENTOS	Nunca	1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Aperitivos salgados							
Azeitonas							
Bacalhau							
Batata frita de pacote							
Bolachas de água e sal							
Bolachas							
Bolos							
Chocolate/cacau/leite achocolatado							
Conservas de carne ou peixe							
Enchidos/Fumados							
Frutos secos							
Leguminosas secas e verdes							
Manteiga/margarina com sal							
Marisco							
Molhos (Ketchup, maionese,...)							
Órgãos/Vísceras							

Pickles							
Produtos integrais (pão, tostas)							
Queijos curados							
Sopas de pacote							

### **PARTE III**

Relativamente à sua alimentação, o doente pode ser considerado:

Independente

Parcialmente dependente (por exemplo, necessita de auxílio na confeção e disponibilização das refeições, mas alimenta-se sem ajuda)

Totalmente dependente

**Proposta de folheto “A dieta do doente IRCT em Hemodiálise”**

**Ação de formação “Trabalho em equipa multidisciplinar”**

**Ação de formação “Hemodiálise e Nutrição- Estratégias de adaptação dos doentes”**

**Protocolo do Serviço de Nefrologia para troca de prolongador de  
catéter de Tecnkoff**

## PENSO CATÉTER TECNKHOFF

**1ºPENSO:** A realizar na consulta de enfermagem, 5 dias após a colocação do cateter

### Material:

2 máscaras  
1 par luvas esterilizadas  
2 pac.compressas esterilizadas  
1 campo esterilizado com orifício  
Antisséptico (Iodopovidona 1%)  
2 pensos esterilizados

**Remoção de pontos:** 12 dias após a colocação do cateter

### **Colocação prolongador:**

- Colocar o prolongador 3 semanas após a colocação do cateter de T

### Material:

2 máscaras  
1 par de luvas esterilizadas  
2 pacotes de compressas esterilizadas  
2 campos esterilizados, 1 com orifício  
Álcool  
Prolongador e peça de titânio  
1 cápsula protetora para a ponta do prolongador  
1 ampola de 10cc de SF  
1 seringa de 10cc  
1 bisturi  
Pinça de Kocker e 1 pinça de dissecação  
2 clamps esterilizados

### Procedimento:

- Lavar as mãos

- colocar máscara no doente e enfermeiro
- Abrir o campo sem orifício na base de trabalho e dispor o material
- Retirar penso oclusivo da ponta do cateter e colocar compressas embebidas em álcool na ponta do cateter
- Colocar ponta do cateter sobre o campo com orifício
- Clampar o cateter
- Preencher o prolongador com SF e clampá-lo
- Cortar com o bisturi a ponta do cateter junto à tampa de protecção
- Colocar peça de titânio na ponta do cateter
- Adaptar o prolongador à peça de titânio (se necessário, utilizar pinça de Kocker e dissecação para ajustar peça de titânio ao prolongador)
- Retirar clamps
- Substituir tampa original do prolongador por cápsula protectora
- Verificar permeabilidade do cateter – lavagem peritoneal

### **LAVAGEM PERITONEAL**

- 1ª lavagem realizada após colocação do prolongador

#### Material:

- 2 máscaras
- 1 pacote de compressas esterilizadas ( no sistema Baxter)
- 2 cápsulas protectoras para a ponta do cateter ( 1 de reserva)
- 2 clamps esterilizados(baxter)
- 1 solução dialisante de baixa concentração de glicose à temperatura ambiente

#### Procedimento:

- Lavar mãos
  - Máscara doente e enfermeiro
  - Dispor material sobre base de trabalho
  - Infundir 500cc solução dialisante sem permanência
  - Drenar, verificar permeabilidade do cateter e as características do líquido drenado
- Fazer nova infusão de 300cc de solução dialisante, para ficar em permanência
- Colocar cápsula protetora do prolongador

## Caracterização da Consulta de DRCA

Gráfico 1 – Total de Consultas DRCA

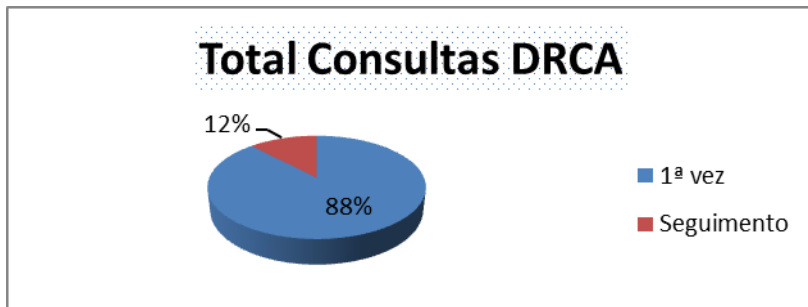


Gráfico 2 – Distribuição de doentes segundo o género

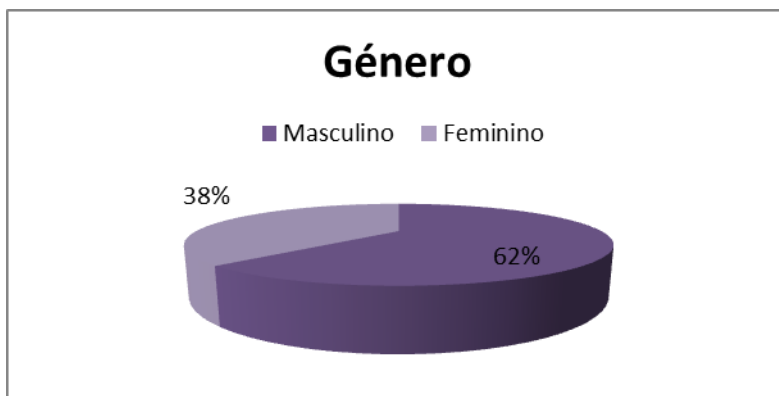


Gráfico 3 – Distribuição dos doentes de acordo com a idade

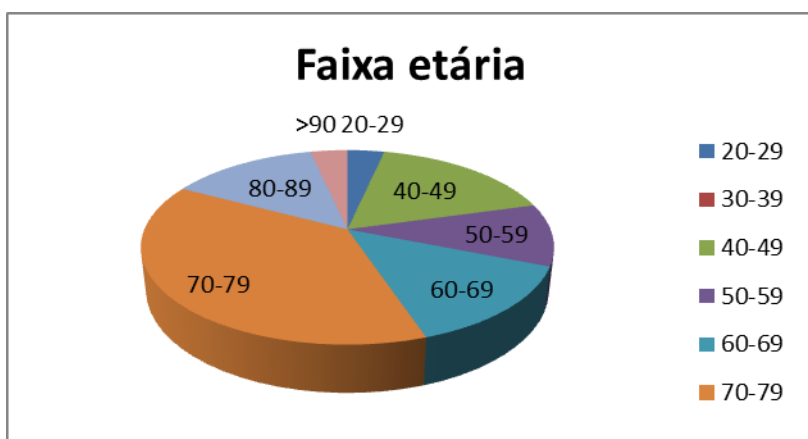


Gráfico 4 – Consultas de Primeira vez



Gráfico 5 – Consultas de Follow-up

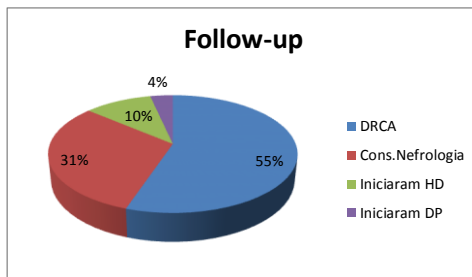
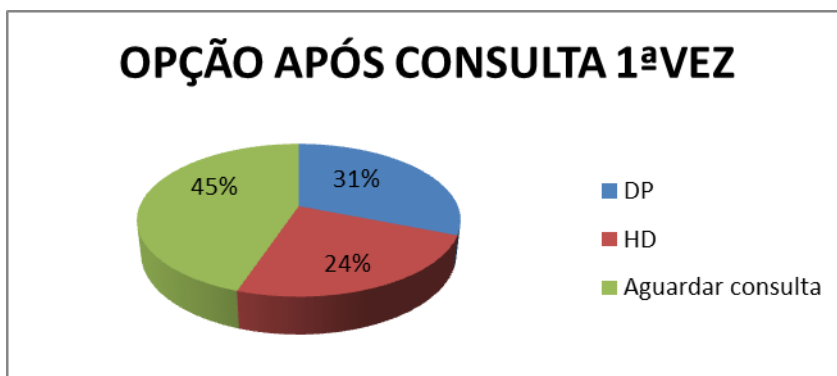


Gráfico 6- Opção da TSFR após a consulta de primeira vez



---

ANEXO X

**Documento de avaliação – Serviço de Nefrologia**

**Documento de Consentimento Informado**

## INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO

O estado nutricional da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise, pela importância que tem, não só na sobrevivência mas também na qualidade de vida da população em diálise, há muito que constitui preocupação de todos os profissionais de saúde que cuidam e tratam destes pacientes.

Uma dieta adequada à doença, às co-morbilidades associadas e que, em simultâneo constitua o aporte nutricional essencial à prevenção de complicações, são o grande desafio para o êxito do tratamento.

A pessoa com insuficiência renal é responsável pela sua dieta mas a equipa multidisciplinar (dietista, médicos e enfermeiros) deve trabalhar em articulação, de forma a assegurar consistentemente o cuidado e aconselhamento nutricional aos pacientes em hemodiálise.

Assim, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente de Nefrologia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a ser desenvolvido um estudo pela Enfermeira Ana Morais, sobre a dieta do doente com insuficiência renal crónica (IRCT) em hemodiálise (HD), que pretende responder à seguinte questão:

“Como é que as pessoas com IRCT em HD fazem a gestão da sua dieta?”

Este trabalho tem como objectivo geral compreender a forma como a pessoa com IRCT em HD faz a gestão da sua dieta e como objectivos específicos: identificar as estratégias utilizadas pelos doentes IRCT em HD na gestão da sua dieta e avaliar a sua eficácia.

O conhecimento obtido através deste estudo será importante para o planeamento do aconselhamento dos doentes em HD, na informação e esclarecimento de dúvidas, nomeadamente sobre a sua alimentação e ingestão de líquidos. Esperamos que se traduza na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e adaptados às suas necessidades.

A sua participação neste estudo é voluntária e envolve a resposta a um breve questionário, de forma anónima. A privacidade e confidencialidade da informação é assegurada, e os dados obtidos serão utilizados exclusivamente no âmbito do referido estudo. Poderá interromper a sua colaboração a qualquer altura, sem necessidade de justificação e sem qualquer implicação nos seus cuidados.

Eu, \_\_\_\_\_, compreendi o texto de informação e a explicação do autor do projecto, tendo aceite participar neste estudo.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Documento de Avaliação – Clínica de Hemodiálise A**

---

**ANEXO XIII**

**Discussão do caso clínico**

**Documento de Avaliação – Clínica de Hemodiálise B**

**Apresentação e Tratamento dos dados (tabelas e gráficos)**

# I - APRESENTAÇÃO DOS DADOS

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**Quadro 1 – Gênero**

	Frequência	Percent (%)
Masculino	41	64.1
Feminino	23	35.9
Total	64	100.0

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 2 - Estado Civil**

	Frequência	Percent (%)
Solteiro	12	18.8
Casado	39	60.9
Viúvo	8	12.5
Divorciado	4	6.3
Outro	1	1.6
Total	64	100.0

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 3 - Agregado familiar**

	Frequência	Percent (%)
Só	10	15.6
Cônjuge/outro familiar	52	81.3
Lar/Instituição	2	3.1
Total	64	100.0

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 4 – Responsabilidade pela aquisição dos alimentos**

	Frequência	Percent (%)
O próprio	11	17.2
Cônjuge/outro familiar	36	56.3
Lar/Instituição	4	6.3
O próprio e o cônjuge/outro familiar	13	20.3
Total	64	100.0

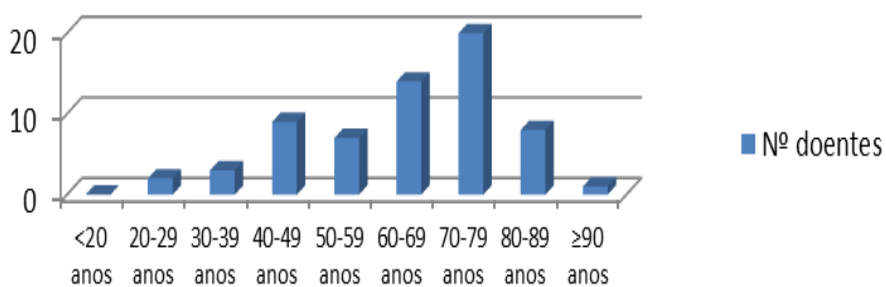
FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 5 – Responsabilidade pela confecção das refeições**

	Frequência	Percent (%)
O próprio	13	20.3
Cônjuge/outro familiar	36	56.3
Lar/Instituição	4	6.3
Outro	3	4.7
O próprio e o cônjuge/familiar	6	9.4
O próprio e Lar/Instituição	1	1.6
O cônjuge e Lar/Instituição	1	1.6
Total	64	100.0

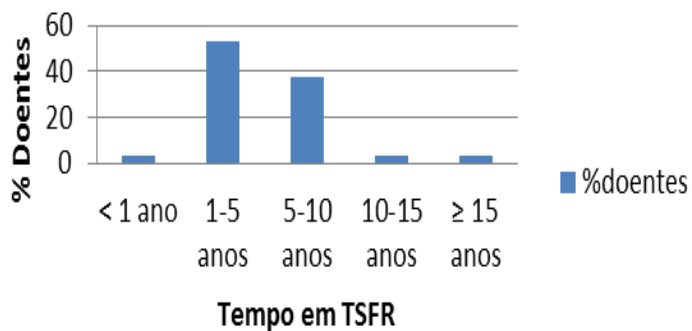
FONTE: SPSS (adapt.)

**Gráfico 1 – Distribuição de doentes por faixa etária**



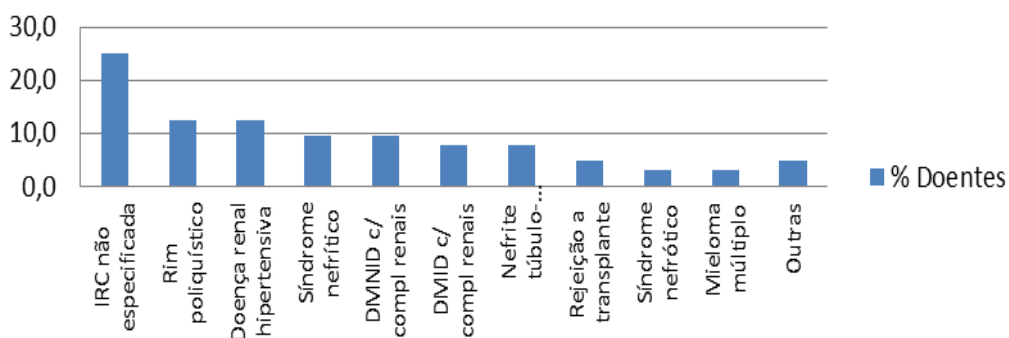
FONTE: SPSS (adapt.)

**Gráfico 2 – Tempo em TSFR**



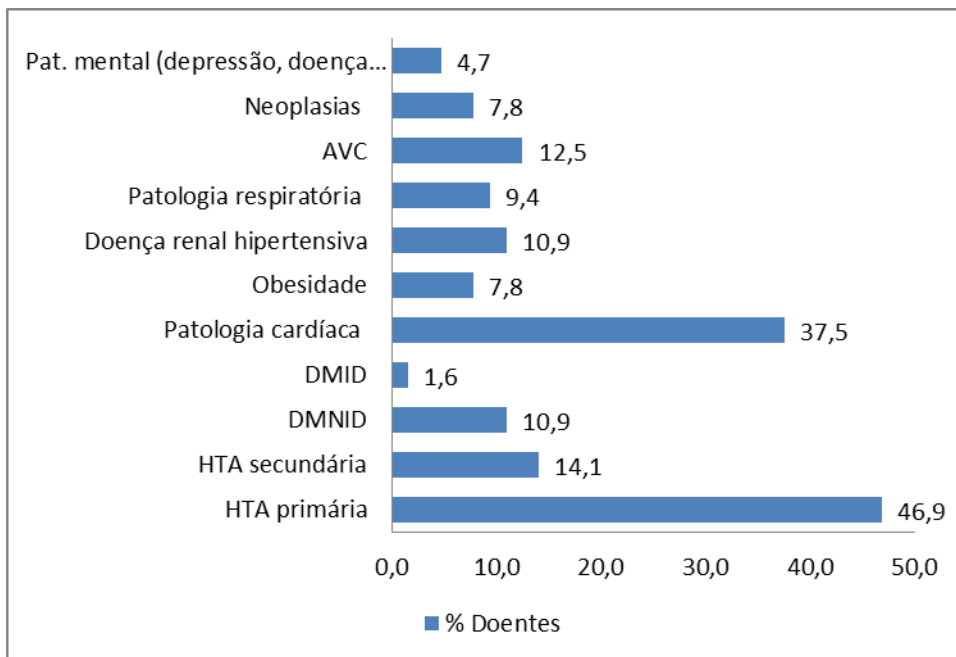
FONTE: SPSS (adapt.)

**Gráfico 3 – Etiologia da IRCT**

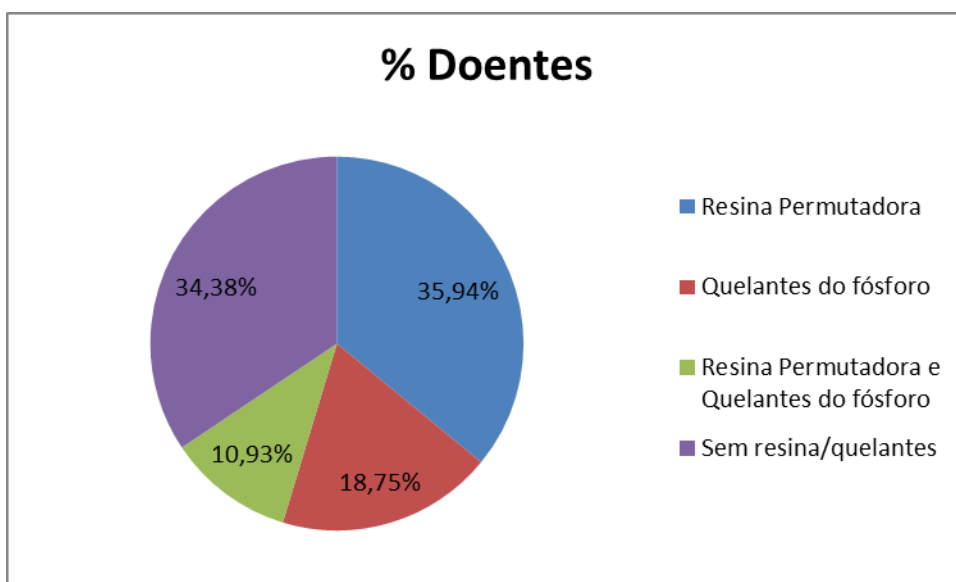


FONTE: SPSS (adapt.)

**Gráfico 4 – Co-morbilidades**



**Gráfico 5 – Terapêutica prescrita**



FONTE: SPSS (adapt.)

## II - ESTRATÉGIAS DE RESTRIÇÃO HÍDRICA – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS EM TERMOS DE FREQUENCIA E PERCENTAGENS (*OUTPUTS SPSS*)

**Quadro 1 - Mede quantidade de líquidos por dia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	51	79.7	79.7	79.7
	Quase sempre	3	4.7	4.7	84.4
	Sempre	10	15.6	15.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 2- Ajusta quantidade de líquidos que bebe ao volume urina diário**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	59	92.2	92.2	92.2
	Às vezes	1	1.6	1.6	93.8
	Quase sempre	1	1.6	1.6	95.3
	Sempre	2	3.1	3.1	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 3 - Vai bebendo quantidade líquidos permitida ao longo do dia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	50	78.1	78.1	78.1
	Raramente	1	1.6	1.6	79.7
	Quase sempre	1	1.6	1.6	81.3
	Sempre	11	17.2	17.2	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 4 - Bebe apenas quando tem sede**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	34	53.1	53.1	53.1
	Raramente	1	1.6	1.6	54.7
	Às vezes	6	9.4	9.4	64.1
	Quase sempre	11	17.2	17.2	81.3
	Sempre	11	17.2	17.2	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 5 - Suporta a sede**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	9	14.1	14.1	14.1
	Raramente	10	15.6	15.6	29.7
	Às vezes	10	15.6	15.6	45.3
	Quase sempre	21	32.8	32.8	78.1
	Sempre	13	20.3	20.3	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 6 - Ajusta quantidade de líquidos que bebe ao volume urina diário**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	59	92.2	92.2	92.2
	Às vezes	1	1.6	1.6	93.8
	Quase sempre	1	1.6	1.6	95.3
	Sempre	2	3.1	3.1	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 7 - Usa copos e chávenas pequenos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	61	95.3	95.3	95.3
	Quase sempre	2	3.1	3.1	98.4
	Sempre	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 8 - Bebe apenas pequenos goles**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	24	37.5	37.5	37.5
	Raramente	3	4.7	4.7	42.2
	Às vezes	2	3.1	3.1	45.3
	Quase sempre	13	20.3	20.3	65.6
	Sempre	21	32.8	32.8	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 9 - Evita refrigerantes e outras bebidas açucaradas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	22	34.4	34.4	34.4
	Raramente	8	12.5	12.5	46.9
	Às vezes	9	14.1	14.1	60.9
	Quase sempre	8	12.5	12.5	73.4
	Sempre	17	26.6	26.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 10 - Bochecha com água morna**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	44	68.8	68.8	68.8
	Raramente	2	3.1	3.1	71.9
	Às vezes	12	18.8	18.8	90.6
	Quase sempre	5	7.8	7.8	98.4
	Sempre	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 11 - Evita refeições muito condimentadas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	22	34.4	34.4	34.4
	Raramente	2	3.1	3.1	37.5
	Às vezes	5	7.8	7.8	45.3
	Quase sempre	7	10.9	10.9	56.3
	Sempre	26	40.6	40.6	96.9
	Não sabe/ Não responde	2	3.1	3.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 12 - Derrete cubos de gelo na boca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	56	87.5	87.5	87.5
	Raramente	3	4.7	4.7	92.2
	Às vezes	4	6.3	6.3	98.4
	Quase sempre	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 13 - Evita comer sopa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	26	40.6	40.6	40.6
	Raramente	3	4.7	4.7	45.3
	Às vezes	9	14.1	14.1	59.4
	Quase sempre	8	12.5	12.5	71.9
	Sempre	18	28.1	28.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 14 - Come sopas mais espessas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	12	18.8	18.8	18.8
	Raramente	2	3.1	3.1	21.9
	Às vezes	5	7.8	7.8	29.7
	Quase sempre	9	14.1	14.1	43.8
	Sempre	35	54.7	54.7	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 15 - Evita exposição solar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	48	75.0	75.0	75.0
	Às vezes	1	1.6	1.6	76.6
	Quase sempre	8	12.5	12.5	89.1
	Sempre	5	7.8	7.8	96.9
	Não sabe/ Não responde	2	3.1	3.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 16 - Mantém-se ocupado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	55	85.9	85.9	85.9
	Às vezes	2	3.1	3.1	89.1
	Quase sempre	5	7.8	7.8	96.9
	Não sabe/ Não responde	2	3.1	3.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

### III – ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O POTÁSSIO

**Quadro 17 - Coze legumes/batatas em 2 águas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	32	50.0	50.0	50.0
	Raramente	2	3.1	3.1	53.1
	Às vezes	3	4.7	4.7	57.8
	Quase sempre	2	3.1	3.1	60.9
	Sempre	25	39.1	39.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 18 - Não coze legumes panela pressão/vapor/micro-ondas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	22	34.4	34.4	34.4
	Raramente	2	3.1	3.1	37.5
	Às vezes	3	4.7	4.7	42.2
	Sempre	37	57.8	57.8	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 19 - Parte batatas em metades e coloca-as de molho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	41	64.1	64.1	64.1
	Raramente	1	1.6	1.6	65.6
	Às vezes	4	6.3	6.3	71.9
	Quase sempre	1	1.6	1.6	73.4
	Sempre	17	26.6	26.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 20 - Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes cozinhar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	48	75.0	75.0	75.0
	Às vezes	4	6.3	6.3	81.3
	Quase sempre	1	1.6	1.6	82.8
	Sempre	11	17.2	17.2	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 21 - Prefere arroz e massa às batatas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	11	17.2	17.2	17.2
	Raramente	8	12.5	12.5	29.7
	Às vezes	6	9.4	9.4	39.1
	Quase sempre	15	23.4	23.4	62.5
	Sempre	24	37.5	37.5	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 22 – Retira casca da fruta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	9	14.1	14.1	14.1
	Raramente	2	3.1	3.1	17.2
	Às vezes	9	14.1	14.1	31.3
	Quase sempre	5	7.8	7.8	39.1
	Sempre	39	60.9	60.9	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 23 - Prefere fruta cozida**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	29	45.3	45.3	45.3
	Raramente	9	14.1	14.1	59.4
	Às vezes	10	15.6	15.6	75.0
	Quase sempre	4	6.3	6.3	81.3
	Sempre	11	17.2	17.2	98.4
	Não sabe/ Não responde	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 24 - Evita comer mais de 2 peças de fruta por dia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat.Percent
Valid	Nunca	2	3.1	3.1	3.1
	Raramente	2	3.1	3.1	6.3
	Às vezes	9	14.1	14.1	20.3
	Quase sempre	2	3.1	3.1	23.4
	Sempre	49	76.6	76.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 25 - Privilegia frutas menos ricas em potássio**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulat. Percent
Valid	Nunca	7	10.9	10.9	10.9
	Raramente	1	1.6	1.6	12.5
	Às vezes	8	12.5	12.5	25.0
	Quase sempre	3	4.7	4.7	29.7
	Sempre	45	70.3	70.3	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

## IV- CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS (TESTE DE SPEARMAN)

**Quadro 26 – Correlações entre as variáveis para avaliar a percepção dos sujeitos relativamente à sua adesão ao regime terapêutico**

		Idade	Reduz sódio e potássio	Cumpre recomendações dieta	Cumpre recomendações restrição hídrica	Score médio estratégias RH	Score médio estratégias restrição Na	Score médio estratégias restrição K	Score médio alimentos ricos em Na	Score médio alimentos ricos em K	Score médio alimentos ricos em P
Idade	Cor Coef.	1.000	.116	.274*	.292*	-.163	.070	.180	-.232	-.325**	-.271*
	Sig. (2-tailed)		.363	.029	.019	.199	.581	.154	.065	.009	.030
	N		64	64	64	64	64	64	64	64	64
Reduz sódio e potássio	Cor Coef.		1.000	.356**	.431**	.155	.150	.144	-.068	-.161	.046
	Sig. (2-tailed)			.004	.000	.223	.237	.258	.596	.202	.716
	N			64	64	64	64	64	64	64	64
Cumpre recomendações dieta	Cor Coef.			1.000	.304*	-.083	.183	.287*	-.103	.023	-.194
	Sig. (2-tailed)				.015	.513	.149	.021	.416	.860	.124
	N				64	64	64	64	64	64	64
Cumpre recomendações restrição hídrica	Cor Coef.				1.000	.200	.060	.040	-.341**	-.161	-.043
	Sig. (2-tailed)					.113	.638	.756	.006	.204	.739
	N					64	64	64	64	64	64
Score médio estratégias RH	Cor Coef.					1.000	-.005	.163	.014	-.053	.110
	Sig. (2-tailed)						.968	.198	.910	.675	.385
	N						64	64	64	64	64
Score médio estratégias restrição Na	Cor Coef.						1.000	.146	-.206	.053	.084
	Sig. (2-tailed)							.248	.102	.676	.508
	N							64	64	64	64
Score médio estratégias restrição K	Cor Coef.							1.000	-.083	.003	-.198
	Sig. (2-tailed)								.513	.979	.117
	N								64	64	64
Score médio alimentos ricos em Na	Cor Coef.								1.000	.512**	.269*
	Sig. (2-tailed)									.000	.031
	N									64	64
Score médio alimentos ricos em K	Cor Coef.									1.000	.227
	Sig. (2-tailed)										.072
	N										64
Score médio alimentos ricos em P	Cor Coef.										1.000
	Sig. (2-tailed)										
	N										

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 27 - Correlações entre Tempo em TSFR, GPI, valores séricos de K e P, score médio das estratégias promotoras da RH, restrição de K e Na, score médio do consumo de alimentos ricos em sódio em Na, K e P, e percepção do cumprimento das recomendações da dieta e RH**

		Tempo em TSFR	GPI	Valor sérico K	Valor Sérico P	Score médio estratégias RH	Score médio estratégias restrição Na	Score médio estratégias restrição K	Score médio alimentos ricos em Na	Score médio alimentos ricos em K	Score médio alimentos ricos em P	Cumpre recomendações dieta	Cumpre recomendações restrição hídrica
Tempo em TSFR	Cor. Coef	1.000											
	Sig. (2-tailed)		.471	.896	.609	.156	-.172	-.073	.019	-.023	.068	-.266 <sup>*</sup>	.093
	N		64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
GPI	Cor. Coef		1.000										
	Sig. (2-tailed)			.492 <sup>**</sup>	.236	-.138	-.117	-.011	.171	.115	-.140	.016	-.067
	N			64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
Valor sérico K	Cor. Coef			1.000									
	Sig. (2-tailed)				.412 <sup>**</sup>	-.105	-.017	.197	.340 <sup>**</sup>	-.011	-.055	.059	-.053
	N				64	64	64	64	64	64	64	64	64
Valor Sérico P	Cor. Coef				1.000								
	Sig. (2-tailed)					.001	.411	.891	.119	.006	.933	.664	.675
	N					64	64	64	64	64	64	64	64
Score médio estratégias RH	Cor. Coef					1.000							
	Sig. (2-tailed)						-.005	.163	.014	-.053	.110	-.083	.200
	N						64	64	64	64	64	64	64
Score médio estratégias restr. Na	Cor. Coef						1.000						
	Sig. (2-tailed)							.146	-.206	.053	.084	.183	.060
	N							64	64	64	64	64	64
Score médio estratégias restrição K	Cor. Coef							1.000					
	Sig. (2-tailed)								-.083	.003	-.198	.287 <sup>*</sup>	.040
	N								64	64	64	64	64
Score médio alimentos ricos Na	Cor. Coef								1.000				
	Sig. (2-tailed)									.512 <sup>**</sup>	.269 <sup>*</sup>	-.103	-.341 <sup>**</sup>
	N									64	64	64	64
Score médio alimentos ricos em K	Cor. Coef									1.000			
	Sig. (2-tailed)										.227	.023	-.161
	N										64	64	64
Score médio alimentos ricos em P	Cor. Coef										1.000		
	Sig. (2-tailed)											-.194	-.043
	N											64	64
Cumpre recomendações dieta	Cor. Coef											1.000	.304 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)												.015
	N												64
Cumpre recomendações RH	Cor. Coef												1.000
	Sig. (2-tailed)												.
	N												64

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

FONTE: SPSS (adapt)

**Quadro 28 – Correlações entre idade, GPI, score médio das estratégias promotoras da RH e score médio do consumo de alimentos ricos em sódio**

		Idade	GPI	Score médio estratégias RH	Score médio estratégias restrição Na	Score médio alimentos ricos em Na
Idade	Correlation Coefficient	1.000	-.246	-.163	.070	-.232
	Sig. (2-tailed)		.050	.199	.581	.065
	N		64	64	64	64
GPI	Correlation Coefficient		1.000	-.138	-.117	.171
	Sig. (2-tailed)			.277	.357	.176
	N			64	64	64
Score médio estratégias RH	Correlation Coefficient			1.000	-.005	.014
	Sig. (2-tailed)				.968	.910
	N				64	64
Score médio estratégias restrição Na	Correlation Coefficient				1.000	-.206
	Sig. (2-tailed)					.102
	N					64
Score médio alimentos ricos em Na	Correlation Coefficient					1.000
	Sig. (2-tailed)					.
	N					64

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

FONTE: SPSS (adapt.)

**Quadro 29 – Correlações entre a idade e as estratégias promotoras da restrição hídrica**

Idade	Mede quantidade de líquidos por dia	Vai bebendo quantidade líquidos permitida ao longo do dia	Bebe apenas quando tem sede	Suporta a sede	Ajusta quantidade de líquidos que bebe ao volume urina diário	Usa copos e chávenas pequenos	Bebe apenas pequenos golos	Evita refrigerantes e outras bebidas açucaradas	Bochecha com água morna	Evita refeições muito condimentadas	Derrete cubos de gelo na boca	Evita comer sopa	Come sopas mais espessas	Evita exposição solar	Mantém-se ocupado	
Idade	1.00	-.027	-.039	-.381**	.236	-.097	-.024	.321**	-.014	.039	.012	-.188	-.366**	.045	-.257*	-.227
	.832	.762	.002	.060	.445	.848	.010	.914	.757	.925	.138	.003	.724	.041	.071	
	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Mede quantidade de líquidos por dia	1.000	.691**	.115	-.004	.148	.086	.135	-.099	-.076	-.082	.287*	.027	-.065	.051	.017	
		.000	.366	.975	.243	.499	.287	.435	.549	.522	.021	.829	.611	.691	.895	
		64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Vai bebendo quant líquidos permitida ao longo do dia		1.000	.179	.144	-.009	.070	.217	-.119	-.052	.116	.239	.117	.084	.143	.093	
			.157	.255	.946	.585	.085	.350	.681	.361	.057	.359	.508	.261	.466	
			64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Bebe apenas quando tem sede			1.000	-.230	.251*	-.012	-.122	-.101	.062	-.002	.079	.009	-.019	.241	.286*	
				.068	.046	.927	.337	.425	.629	.988	.533	.945	.882	.055	.022	
				64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Suporta a sede				1.000	-.001	.030	.312*	.092	.038	.159	-.203	-.124	.191	-.038	-.187	
					.991	.815	.012	.470	.766	.209	.107	.330	.131	.765	.138	
					64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Ajusta quant. líquidos que bebe ao vol urina diário					1.000	-.064	-.195	-.019	-.193	.032	.060	-.013	-.109	.268*	.236	
						.613	.123	.881	.127	.802	.638	.917	.391	.032	.061	
						64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
Usa copos e							1.000	.091	.016	.149	.050	.143	-.155	-.096	-.127	-.089

chávenas pequenos	.474	.898	.240	.694	.261	.222	.449	.319	.482
	64	64	64	64	64	64	64	64	64
Bebe apenas pequenos golos	1.000	.179	.120	-.057	-.104	-.041	.176	-.263*	-.326**
		.158	.344	.652	.411	.747	.165	.036	.008
		64	64	64	64	64	64	64	64
Evita refrigerantes e bebidas açucaradas		1.000	-.049	.004	-.145	.035	.028	.068	-.133
			.702	.974	.255	.782	.824	.592	.295
			64	64	64	64	64	64	64
Bochecha com água morna			1.000	.002	.047	-.050	.158	-.132	-.031
				.985	.710	.697	.212	.300	.811
				64	64	64	64	64	64
Evita refeições muito condimentada				1.000	.259*	-.048	.101	.284*	.213
					.039	.704	.427	.023	.091
					64	64	64	64	64
Derrete cubos de gelo na boca					1.000	.008	.067	.096	.386**
						.949	.597	.450	.002
						64	64	64	64
Evita comer sopa						1.000	.155	.124	.014
							.220	.328	.914
							64	64	64
Come sopas mais espessas							1.000	.146	.261*
								.251	.037
								64	64
Evita exposição solar								1.000	.508**
									.000
									64
Mantém-se ocupado									1.000
									.
									64

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

FONTE: SPSS (adapt)

### Quadro 30- Correlações entre a idade, valor sérico de potássio, score médio de estratégias de restrição do potássio e score médio de consumo de alimentos ricos em potássio

			Idade	Valor sérico K	Score médio estratégias restrição K	Score médio alimentos ricos em K
Spearman's rho	Idade	Cor. Coefficient	1.000	.102	.180	-.325**
		Sig. (2-tailed)		.422	.154	.009
		N		64	64	64
Valor sérico K		Cor. Coefficient		1.000	.197	-.011
		Sig. (2-tailed)			.119	.933
		N			64	64
Score médio estratégias restrição K		Cor. Coefficient			1.000	.003
		Sig. (2-tailed)				.979
		N				64
Score médio alimentos ricos em K		Cor. Coefficient				1.000
		Sig. (2-tailed)				
		N				

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FONTE: SPSS (adap)

**Quadro 31 – Correlações entre o valor sérico de potássio e as estratégias de redução do potássio**

		Valor sérico K	Coze legumes /batatas em 2 águas	Não coze legumes panela pressão/vapor/microondas	Parte batatas em metades e coloca-as de molho	Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes cozinhar	Prefere arroz e massa às batatas	Retira casca da fruta	Prefere fruta cozida	Evita comer mais de 2 peças de fruta por dia	Privilegia frutas menos ricas em potássio
Valor sérico K	Cor.Coeffic	1.000	.130	.039	.080	.074	-.131	.227	.309*	.056	.275*
	Sig. (2-tailed)		.304	.758	.528	.563	.302	.071	.013	.660	.028
	N		64	64	64	64	64	64	64	64	64
Coze legumes/batatas em 2 águas	Cor Coeffic		1.000	.625**	.497**	.392**	.015	.060	.175	-.114	.051
	Sig. (2-tailed)			.000	.000	.001	.904	.637	.168	.368	.688
	N			64	64	64	64	64	64	64	64
Não coze legumes panela pressão/vapor/microondas	Cor Coeffic			1.000	.529**	.374**	-.010	-.066	-.011	.031	-.057
	Sig. (2-tailed)				.000	.002	.936	.603	.928	.809	.653
	N				64	64	64	64	64	64	64
Parte batatas em metades e coloca-as de molho	Cor Coeffic				1.000	.615**	.168	.147	.196	.217	.069
	Sig. (2-tailed)					.000	.185	.246	.121	.085	.587
	N					64	64	64	64	64	64
Muda a água das batatas pelo menos 2 vezes antes cozinhar	Cor Coeffic					1.000	.062	.137	.143	.059	-.027
	Sig. (2-tailed)						.625	.279	.259	.642	.830
	N						64	64	64	64	64
Prefere arroz e massa às batatas	Cor Coeffic						1.000	.037	-.023	.128	-.040
	Sig. (2-tailed)							.773	.855	.313	.751
	N							64	64	64	64
Retira casca da fruta	Cor Coeffic							1.000	.290*	.164	.311*
	Sig. (2-tailed)								.020	.195	.012
	N								64	64	64
Prefere fruta cozida	Cor Coeffic								1.000	.151	.360**
	Sig. (2-tailed)									.234	.003
	N									64	64
Evita comer mais de 2 peças de fruta por dia	Cor Coeffic									1.000	.221
	Sig. (2-tailed)										.080
	N										64
Privilegia frutas menos ricas em potássio	Cor Coeffic										1.000
	Sig. (2-tailed)										
	N										64

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FONTE: SPSS (adapt.)