



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Nefrológica**

**" Intervenções de Enfermagem à Pessoa com  
Insuficiência Renal Crónica Terminal em  
Hemodiálise, na Gestão da Fadiga e melhoria da  
sua Qualidade de Vida."**

**Sandra Maria Cardoso Garcia**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**na Vertente Nefrológica**

**"Intervenções de Enfermagem à Pessoa com  
Insuficiência Renal Crónica Terminal em  
Hemodiálise, na Gestão da Fadiga e melhoria da  
sua Qualidade de Vida."**

**Sandra Maria Cardoso Garcia**

**Orientadora: Prof. Eulália Novais**

**2012**



***“Estamos ligados aos nossos actos como um fósforo à sua chama. Eles consomem-nos, é verdade, mas são eles que nos dão o nosso esplendor.”***

**(André Gide)**

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Eulália Novais pelas suas críticas construtivas e exigência na orientação deste Relatório de Estágio, critérios essenciais à sua concretização.

À Instituição Hospitalar e Clínica privada do centro de Lisboa pela disponibilidade demonstrada e oportunidade em desenvolver aqui a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista na área de intervenção em Nefrologia.

Aos profissionais das unidades de Hemodiálise e Diálise Peritoneal que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste Projeto profissional e aos meus orientadores dos campos de estágio, que apesar daqui manter o seu anonimato, foram companheiros e nobres na sua atuação enquanto veículos de aprendizagem de técnicas e conhecimentos numa área de prestação em que não possuía qualquer experiência.

Às pessoas com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise pelo excelente trabalho de parceria com elas desenvolvido durante a realização dos Estudos de Caso e que apesar de portadoras de sofrimento físico e/ou psicológico, contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Aos meus pais, irmã e família pelo apoio que sempre me deram... e em especial ao meu marido pela compreensão demonstrada durante o percurso deste Curso e o mérito em saber lidar com os momentos em que foi privado da minha companhia, contributos indispensáveis à concretização dos objetivos aqui alcançados.



## RESUMO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Resulta da motivação em adquirir competências específicas na área de intervenção Nefrológica e serve de análise crítica e reflexiva às atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica em três locais de estágio.

A Fadiga, problemática da atualidade, está presente nas pessoas com Insuficiência Renal Crónica Terminal independentemente da técnica de substituição da função renal a que estejam submetidas. E na Hemodiálise, técnica realizada pela maioria das pessoas, frequentemente relatada como o sintoma de maior estresse com repercussões negativas na sua Qualidade de Vida.

Os Estudos de Caso, metodologia adotada para colmatar a Fadiga após selecionadas duas pessoas de uma Clínica de Hemodiálise do centro de Lisboa, foram desenvolvidos durante o 2º período de estágio. Trabalho de investigação qualitativo e quase-experimental, divulga as estratégias facultadas às pessoas em alternativa às habitualmente praticadas para que sejam prevenidas complicações e promovida a sua saúde em geral: adesão ao regime terapêutico, gestão do autocuidado, voltar a ter uma ocupação, reintegrar-se na sociedade, realizar exercício físico e recorrer a técnicas complementares (acupuntura, estimulação transcutânea acuponto eléctrica e yoga); com benefícios na dor, depressão, sono, hipertensão arterial, valores analíticos descompensados, Fadiga geral e Qualidade de Vida.

O Estudo de Casos Múltiplos, cruzamento final de ideias entre os dois estudos individuais, oferece também maior evidência científica ao tipo de estudo e possibilidade de generalizações analíticas para casos semelhantes, com contributos para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e enquanto profissão.

Tendo o programa de educação/formação, direcionado à pessoa com Fadiga e equipa de enfermagem, demonstrado ser a intervenção adequada para aumentar os seus conhecimentos e segurança em relação às tomadas de decisão; intervenção essencial à melhoria da qualidade dos cuidados e diminuição do défice socioeconómico.

## **ABSTRACT**

This study is set in the context of the Master and Specialization Course in Medical-Surgical Nursing, at the Lisbon School of Nursing. It arises from motivation to acquire specific competences in the area of Nephrological intervention and serves as a critical and reflective analysis of activities performed during clinical practice in three different work placements.

Fatigue, a current problem, is present in people with End-stage Renal Disease irrespective of the technique for substituting the renal function to which they are subject. And in Haemodialysis, the technique employed by the majority of people, frequently referred to as the symptom of greatest stress with negative repercussions on their Quality of Life.

The Case Studies, the methodology adopted to deal with Fatigue after selection of two people from a Haemodialysis Clinic in central Lisbon, were developed during the second work placement. A qualitative and quasi-experimental research study, it describes the strategies provided to people as an alternative to those usually carried out in order to avoid complications and promote their general health: adherence to the therapeutic regime, self-care management, take up an activity again, re-integrate in society, do physical exercise and resort to complementary techniques (acupuncture, transcutaneous acupoint electrical stimulation and yoga); with benefits regarding pain, depression, sleep, hypertension, uncompensated analytical values, Fatigue in general and Quality of Life.

The Study of Multiple Cases, the final crossing of ideas between the two individual cases, also offers greater scientific evidence on the type of study and the possibility of analytical generalizations for similar cases, making contributions to the development of Nursing both as a science and as a profession.

Directed towards the person suffering from Fatigue and the nursing team, the education/training programme is shown to be appropriate intervention to increase knowledge and safety in relation to decision-making; essential intervention for improved quality of care and reduced socioeconomic deficit.

## **ABREVIATURAS**

AEE – Agentes Estimuladores da Eritropoiese

APEDT – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Diálise e Transplantação

APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

ART – Adesão ao Regime Terapêutico

CVC – Cateter Venoso Central

CD – Código Deontológico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAD - Diálise Autónoma Domiciliária

DC – Doença Coronária

DGS – Direção Geral de Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EPO – Eritropoietina

ETAE – Estimulação Transcutânea Acuponto Eléctrica

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association

FAV – Fístula Arteriovenosa

GID – Gestão Integrada da Doença

GPI – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

HDF – Hemodiafiltração

HG – Hemoglobina

HTA – Hipertensão Arterial

HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crónica  
IRS – Imposto sobre Rendimento Singular  
IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal  
KDQOL – Kidney Disease and Quality of Life  
MM - Mieloma Múltiplo  
NANDA - American Nursing Diagnosis Association  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
QV – Qualidade de Vida  
RC – Recirculação  
REPE – Regulamento Profissional da Ordem dos Enfermeiros  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia  
TDAC – Teoria do Défice de Autocuidado  
TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal  
TFG – Taxa de Filtração Glomerular  
TR – Transplante Renal  
TSFR – Terapias de substituição da função Renal  
UCA – Unidade Cirúrgica de Ambulatório  
UF – Ultrafiltração  
VB – Velocidade de Bomba

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
3.1 Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) e Políticas de Saúde	15
<b>4. METODOLOGIA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>19</b>
4.1 Competências do Enfermeiro Especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros e o modelo de Dreyfus adotado por Benner	19
4.2 Teorias de Enfermagem: Virgínia Henderson e Dorotea Orem	21
4.3 Três campos de estágio: três ensinamentos clínicos	23
4.3.1 Unidade de Hemodiálise (HD): Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo	24
4.3.2 Clínica Privada de Hemodiálise do Centro de Lisboa	27
4.3.3 Unidade de Diálise Peritoneal: Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo	30
4.4 A Fadiga na Pessoa com IRCT em Hemodiálise: Revisão Sistemática da Literatura	31
4.4.1 Gestão da Fadiga e Qualidade de Vida (QV)	33
4.5 Metodologia do Estudo de Caso	40
<b>5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM IRCT EM HD, NA GESTÃO DA FADIGA E MELHORIA DA SUA QV</b>	<b>44</b>
5.1 Estudo de Caso da Sr <sup>a</sup> J.M.	44
5.2 Estudo de Caso da Sr <sup>a</sup> E.S.	49
5.3 Estudo de Casos Múltiplos	55
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>59</b>

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**62**

**Pág.**

## **ANEXOS**

**71**

**ANEXO I – Cronograma do Projeto de Estágio**

**ANEXO II – Caracterização dos Campos de Estágio**

**ANEXO III – Ação de Formação:** “Lavagem e Desinfecção das Mãos” na Unidade de HD de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo, a 10 de outubro de 2011

**ANEXO IV - Circular Normativa da DGS -** Despacho nº4325/2008 publicado em Diário da República a 19 de fevereiro de 2008

**ANEXO V – Avaliação dos Estágios Clínicos**

**ANEXO VI - Critérios de seleção dos Artigos Científicos e análise dos mesmos**

**ANEXO VII - Pedido de autorização para realizar o Estudo de Caso numa Clínica de HD do centro de Lisboa**

**ANEXO VIII – Instrumentos de medida para avaliar a Fadiga e a Qualidade de Vida**

**ANEXO IX - Estudo de Caso da Srª J.M**

**ANEXO X - Estudo de Caso da Srª E.S.**

**ANEXO XI - Folheto informativo facultado às Pessoas com Fadiga em HD**

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) as doenças crónicas são a principal causa de morte ou incapacidade. Entre elas a doença renal crónica (DRC), considerada por Vinhas (2008) preocupante e uma das mais graves da Europa face à sua situação epidemiológica em Portugal nos últimos 10 anos. O aumento da sua prevalência tem exigido a evolução de novas tecnologias e por conseguinte a sobrevivência das pessoas e o envelhecimento da população. Sendo para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010b) um problema de saúde pública com impacto negativo na qualidade de vida (QV) das pessoas.

Pelo que é de extrema importância envolver o enfermeiro em políticas de saúde, como agente e líder de mudança junto das pessoas, encaminhando-os na adoção de hábitos de vida saudáveis que promovam a sua saúde e o bem-estar; comportamentos segundo Vaz et al (2010), indispensáveis à qualidade dos cuidados para que sejam minimizadas as consequências da DRC a nível económico e social.

A insuficiência renal crónica terminal (IRCT), situação mais avançada da DRC e declínio total das funções renais sendo necessárias terapias de substituição da função renal (TSFR): Diálise (Hemodiálise e Diálise Peritoneal), Transplante renal (TR) ou em casos excecionais terapêutica conservadora (paliativa), é uma área de intervenção que exige portanto de prestadores de cuidados especializados e diferenciados. Requisitos indispensáveis ao acompanhamento e evolução das novas tecnologias numa área em que o relacionamento com os doentes é intenso e prolongado; dependendo o sucesso de todo o empreendimento da qualidade das relações humanas com recompensas ou sofrimento para os intervenientes consoante os objetivos alcançados.

Com base nesta premissa e os desafios que me têm surgido ao longo do percurso profissional senti enquanto enfermeira generalista, com 8 anos de experiência profissional em áreas diversas (Urgência, Unidade de Transplante Renal, Bloco Operatório e atualmente a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos), a motivação para consolidar conhecimentos e adquirir competências que me permitam prestar cuidados com qualidade à pessoa com DRC, nomeadamente com IRCT em TSFR (HD, DP).

Optei por frequentar o 2º Curso de Pós-Licenciatura Mestrado em Enfermagem e Especialização Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Nefrologia, decorrendo o presente trabalho no âmbito da unidade curricular: Estágio com Relatório e como produto final de um Projeto de formação profissional, ancorado de uma pesquisa bibliográfica que

me orientasse na formulação de questões com interesse para investigar. Consiste na descrição das intervenções realizadas em três campos de estágio (HD/DP) e a explanação das motivações e dificuldades sentidas durante a sua realização.

É objetivo geral desta formação a aquisição de conhecimentos que sirvam de guia orientador à minha conduta profissional, não apenas como detentora de um grau académico mas essencialmente para desenvolver competências que me permitam intervir como perito na área da Nefrologia: durante a prestação de cuidados diretos, momentos de investigação, gestão, formação e supervisão. É considerado por Benner de “perícia avançada” indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista:

“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 demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”. (OE, 2010a, p.2)

O REPE (Regulamento Profissional da Ordem dos Enfermeiros) e o Código Deontológico (CD), quadro de referência da Enfermagem em Portugal, servem aqui também de orientação à aquisição dessas mesmas competências, devendo o enfermeiro reger-se por estes padrões de qualidade para melhorar a prestação dos seus cuidados.

É ainda objetivo pessoal contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e enquanto profissão após selecionada uma problemática da atualidade em que fosse pertinente intervir. Os temas lecionados durante as unidades curriculares foram entretanto os mentores da minha intervenção e a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) o suporte teórico à fase concetual deste trabalho.

Segundo Cristóvão (1999), a fadiga é o principal estressor com repercussões na QV das pessoas com IRCT em HD e sua família pela dificuldade que há em colmatá-la, sendo a estratégia de coping mais utilizada para a sua resolução: “saber mais sobre o assunto para lidar melhor com o problema”. Tsay (2004) refere ainda que poucas intervenções têm sido desenvolvidas para gerir este sintoma, pelo que foi interesse conhecer e dar resposta à questão: “*Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com IRCT em HD, na gestão da Fadiga e melhoria da sua QV*”?

Este percurso exige contudo a adoção de uma metodologia de trabalho para que seja resolvido/estudado um problema que é da preocupação dos intervenientes que o irão realizar e para Lucília Nunes: “concretização de projectos numa situação real” (ESSIPS,



2010, p.4); tendo elaborado durante o 2º período de estágio (início a 10/11/11 e término a 03/02/12) dois Estudos de Caso numa clínica de HD do Centro de Lisboa.

Os dados foram colhidos e analisados (análise de conteúdo) de forma qualitativa à luz de trabalhos anteriores (RSL) e desenvolvido segundo Fortin (2000), dois estudos individuais do tipo descritivo e exploratório que servem para descrever e explorar um fenómeno (fadiga) complexo e contemporâneo inserido num contexto da vida real.

Os alvos da minha intervenção, pessoas com fadiga e equipa de enfermagem, emergem da necessidade em olhar para eles como um todo, satisfazendo quem recebe como quem presta os cuidados; as intervenções de educação/formação consistiram por sua vez na manipulação do fenómeno em estudo (estudo quase-experimental), procurando segundo Fortin (2000) relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção, podendo daí resultar mudanças significativas para melhorar a gestão da fadiga. Os resultados aqui obtidos foram posteriormente submetidos a uma análise e reflexão em conjunto (cruzamento de ideias entre os estudos): Estudo de Casos múltiplos; sendo que para Yin (2005) analisar dois ou mais estudos dá maior credibilidade e significado científico ao tipo de estudo, podendo as conclusões serem generalizadas analiticamente para casos semelhantes.

São objetivos das estratégias facultadas às pessoas: promover a adoção de comportamentos saudáveis, aumentar os seus conhecimentos e melhorar as suas tomadas de decisão, capacitando-as para a gestão do autocuidado, gestão da fadiga e melhor QV. Quanto à equipa de enfermagem é meta a alcançar: despertá-la para a problemática da fadiga e realçar a importância da aquisição de competências nesta área, tendo procedido à apresentação dos Estudos de Caso, métodos e ferramentas aqui utilizadas para que fosse motivada em prosseguir com o trabalho até aqui desenvolvido.

Este trabalho de investigação encontra-se portanto organizado em quatro partes, consistindo a primeira na descrição dos objetivos para obter o título de Enfermeira Especialista; a segunda no Enquadramento Teórico em volta da problemática da fadiga; a terceira na metodologia aqui adotada: abordagem dos cuidados à luz de um modelo concetual (Henderson e Orem), competências adquiridas durante os três campos de estágio, RSL e metodologia do Estudo de Caso; e a quarta nos dois Estudos de Caso desenvolvidos e o posterior cruzamento de ideias: Estudo de Casos múltiplos. Surgem por fim as conclusões.

## **2. OBJETIVOS DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Fortin (2000) descreve “objetivo” como um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo e os objetivos que se seguem, delineados durante um Projeto de formação profissional, servem para a reflexão crítica entre os objetivos a que me propus e os alcançados com esta formação.

### **2.1. Objetivo Geral**

\* Adquirir competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. E enquanto futura enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica: obter e consolidar conhecimentos específicos acerca das vivências da pessoa com IRCT e sua família, submetida às diferentes TSFR (HD e DP).

### **2.2. Objetivos Específicos**

\* Adquirir conhecimentos de evidência científica, procedendo à pesquisa bibliográfica e à RSL, indispensáveis à minha conduta profissional durante a prática clínica e fundamentação das teorias adotadas para este trabalho;

\* Adquirir destreza técnica para prestar cuidados nos diferentes contextos de ensino clínico: HD (instituição privada e instituição pública) e DP, cuja área de prestação não possuía qualquer experiência profissional;

\* Desenvolver competências que dinamizem e melhorem os cuidados a prestar pelas instituições por onde passei nomeadamente no 2º período de estágio, local destinado à elaboração e apresentação dos dois Estudos de Caso, sendo aqui finalidade:

- Capacidade de supervisão, gestão e liderança baseada no aconselhamento e disseminação da investigação relevante que permita melhorar a prática de enfermagem;
- Monitorizar e rever com as pessoas o programa de HD: eficácia das sessões, valores analíticos, hábitos de vida e comportamentos de adesão ao regime terapêutico (ART);
- Capacidade de formar/educar: os pares e as pessoas com IRCT em HD na identificação de problemas durante a adaptação da pessoa à doença e tratamento dialítico, procurando em conjunto estratégias para a sua resolução; e avaliar por fim, como passam a lidar com as estratégias fornecidas na procura da gestão da fadiga e melhoria da QV em HD.

### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **3.1 Insuficiência Renal Crónica Terminal e Políticas de Saúde**

Segundo a OMS (2008) as doenças crónicas são a principal causa de morte ou incapacidade, não sendo exceção a DRC com impacto negativo na QV das pessoas (OE, 2010b). Estima-se que 1 em cada 10 adultos sofram de DRC, compreendendo esta definição a existência de alterações patológicas estruturais ou funcionais.

Para Vinhas (2008) são complicações “maiores” a progressão da doença até à falência renal e o risco de morte por complicações cardiovasculares mais elevada que na população em geral. Segundo um estudo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), são mais frequentes: a hipertrofia ventricular esquerda (HVE, 40,8%); a insuficiência cardíaca (IC, 20,1%); a doença coronária (25,8%); a doença cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral, 14,7%); e a doença arterial periférica dos membros inferiores (13,5%).

A sintomatologia surge geralmente numa fase muito avançada, conjunto de sinais e sintomas denominado segundo Monahan et al (2007) por síndrome urémico. Ocorrem nesta altura desequilíbrios graves: desequilíbrio hidroelectrolítico e ácido-base; disfunções endócrinas associadas à segregação da eritropoietina (EPO) e ativação da vitamina D que predispõem à anemia; e o desequilíbrio entre o CaxP que leva à osteodistrofia renal. Podem estar ainda presentes: o edema, cefaleias, hálito urémico, anorexia, cansaço, náuseas e vómitos, prurido intenso, diminuição da libido, variações emocionais, insónias, depressão, perda de memória e confusão mental. E para Machado (2009), nesta fase mais avançada da DRC (estádio 5) e de declínio total das funções renais, a doença é irreversível e designada por IRCT. Pelo que a pessoa ao apresentar uma lesão renal abaixo de 10% da sua capacidade necessita de recorrer às TSFR, sendo possíveis: a Diálise (HD e DP), o TR e em casos excepcionais a terapêutica ser apenas conservadora/paliativa, refere a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011).

Segundo a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR, 2011) e o relatório anual de 2010 da SPN, a IRCT deve-se frequentemente às doenças glomerulares e doença renal poliquística, sendo a Diabetes Mellitus (DM II, 33,6%) seguida da hipertensão arterial (HTA, 15,5%) as causas mais relevantes.

Ainda segundo a mesma fonte (APIR, 2011), todos os anos surgem em Portugal mais de dois mil casos, sendo estimado que a população em diálise cresça ao ritmo de 6% ao ano face ao desenvolvimento das novas tecnologias e sobrevida das pessoas,

podendo o atual número de doentes em diálise duplicar até 2020. Havia em Portugal no ano de 2010: 16.764 pessoas em TSFR tendo iniciado nesse ano tratamento 2510 pessoas. Destas, 2311 iniciaram HD (1486 com idade superior a 65 anos); 182 DP (56 com idade superior a 65 anos); e 17 foram submetidas a TR.

A HD difundida desde 1960 é para Monahan et al (2007) a TSFR que tem mudado o curso natural de uma doença até então inexoravelmente fatal. Realizada em centros privados, públicos e em pequena percentagem no domicílio é indicada para doentes com insuficiência renal crónica (IRC) e aguda (IRA). Consiste em depurar o sangue rico de toxinas através de uma membrana semipermeável e um circuito extra-corporal recorrendo a um “rim artificial” – dialisador. As trocas químicas permitem a difusão de toxinas e eliminação de líquidos para o dialisante, decorrendo este processo através de três princípios de gradiente de pressão e concentração: difusão, osmose e ultrafiltração.

Requer a construção cirúrgica de um acesso vascular: fístula arteriovenosa (FAV) ou implante cirúrgico de uma prótese, ficando o sucesso do tratamento dependente da sua funcionalidade e do adequado fluxo de sangue através do dialisador. E para Tavares (2011), apesar das próteses proporcionarem velocidades de fluxo superiores à FAV estão sujeitas a mais complicações, sendo preferível segundo as Guidelines (NKF-DOQUI) optar pela FAV com menor risco de morbilidade e mortalidade para os doentes. Caso fiquem ambas as hipóteses esgotadas, pode provisoriamente recorrer-se a um cateter venoso central (CVC) de curta ou de longa duração, sendo recomendável a sua utilização até 3 meses pelo elevado risco de obstrução e infeção.

A formação nesta área é indispensável ao manuseio correto do acesso, monitorização e conhecimento das vantagens e desvantagens das diferentes técnicas de canulação, sendo considerada para a bibliografia em geral a técnica em Botoeira ou Buttonhole a mais vantajosa. O enfermeiro, profissional que mais tempo passa com a pessoa, deve usufruir desta relação para intensificar os ensinamentos acerca do autocuidado com o acesso e deteção de complicações, contribuindo a revisão atempada do mesmo para a sua sobrevivência e diminuição das taxas de internamento.

A sessão de HD é determinada pelo médico de acordo com os valores laboratoriais, ganho de peso interdialítico (GPI) e estado físico geral da pessoa. Difere consoante o tamanho e idade da pessoa, fluxo de sangue ou tamanho do dialisador, sendo por norma de 4 horas, 3 vezes por semana. Apesar das intercorrências possíveis durante a sessão é de destacar o avanço da HD nomeadamente em relação à qualidade dos materiais, técnicas e por conseguinte maior tolerância dos doentes aos tratamentos.

Para Machado (2009) é necessário no entanto que a pessoa aceite a doença e as suas limitações, atitude determinante para os comportamentos de ART e adaptação à nova condição de vida. A motivação em gerir a sua vida e participar ativamente nos seus cuidados é um verdadeiro trabalho de parceria com os profissionais e unidades de saúde.

A DP, técnica dialítica maioritariamente realizada no domicílio, sendo mais utilizadas a DP ambulatória contínua (DPAC) e a DP automática (DPA), cujas trocas dialíticas podem ser manual ou automáticas (recurso a cicladora), é para Amoedo (2007) a alternativa para quem não quer ou não pode submeter-se à HD ou TR. Quanto ao dialisante é introduzido no peritoneu funcionando este como uma membrana dialisadora.

Além de acarretar menos custos que a HD, a pessoa tende a adaptar-se rapidamente ao tratamento, sendo favoráveis: o cateter de DP sem grande interferência no seu estilo de vida; a preservação da função do rim remanescente com menos restrições alimentares e doses menores de EPO para tratar a anemia; e a flexibilidade dos horários para realizar o tratamento, sendo a pessoa responsabilizada pela gestão do seu autocuidado. Requer no entanto a excelência dos ensinamentos por parte dos enfermeiros para que a pessoa/família possam ficar autónomos na sua realização e deteção de complicações, entre as mais graves as peritonites. Apesar das vantagens descritas, a HD continua a ser a técnica realizada pela grande maioria (cerca de 75%) das pessoas.

O TR é por fim a TSFR que todos desejam receber. Oferece de um modo geral maior sobrevida e melhores indicadores de QV às pessoas, sendo o custo-eficácia a partir do 1º ano também melhor. Ficam em contrapartida sujeitos a um conjunto de obrigações que terão de cumprir para o resto da vida (terapêutica), podendo certos sentimentos serem experimentados: medo pela rejeição do enxerto, medo pela mudança da imagem corporal (efeitos dos imunossuppressores) e ansiedade relativamente às perspetivas futuras e profissionais. E por isso fundamental segundo Lindquist, Carlsson e Sjoden (2004), identificar os estressores que afetam negativamente a adaptação da pessoa, propondo aqui estratégias capazes de os colmatar.

Apesar de ambas as TSFR (HD e DP) poderem ser recomendadas sempre que a DRC seja precocemente detetada, apenas uma minoria usufrui da opção de escolha. É por isso indispensável seguir a norma nº017/2011 emanada pela DGS (2011) que indica que os profissionais devem esclarecer a pessoa/família acerca das modalidades disponíveis durante a consulta de opções na fase pré-diálise podendo a pessoa exercer o seu poder de escolha o mais informada possível.

Para Vinhas (2008) a situação epidemiológica da DRC Portuguesa é preocupante e uma das mais graves da Europa face ao aumento da sua prevalência nos últimos 10 anos; o tratamento representa por outro lado um problema de saúde pública e um custo desproporcional para o orçamento do Estado. Vaz et al (2010) acrescentam por isso que é exigida a adequação dos cuidados de enfermagem para que sejam diminuídos os custos e aumentada a qualidade dos mesmos, aposta na promoção da saúde, prevenção da doença e complicações associadas. Pelo que é de extrema importância envolver o enfermeiro em políticas de saúde como agente e líder de mudança junto dos indivíduos, famílias e comunidades para que sejam desenvolvidos os cuidados e a profissão.

O CD, exercício autónomo da Enfermagem, orienta o enfermeiro para uma abordagem sistémica e sistemática dos indivíduos com o intuito de que sejam detetados precocemente os problemas e assim se possa intervir, minimizando-os. Informa sobre os recursos disponíveis e a forma de os aceder, bem como alerta para o direito do doente à informação atualizada, oportuna, exata, clara e baseada de evidência. (OE, 2007)

As Leis de Bases e o Plano do Sistema Nacional de Saúde (SNS) 2004/2010 têm contribuído por outro lado para o desafio das sociedades, devendo as mesmas zelarem pela sua saúde (DGS, 2004). Alertam o Ministério da Saúde para que sejam efetuadas técnicas depurativas com qualidade e segurança, estando disponíveis nas unidades de diálise o Manual de Boas Práticas. (DGS, 2000)

A DGS (2008) e a sua Plataforma “Gestão Integrada da Doença” (GID) com ganhos para a saúde, procura otimizar os recursos do SNS (Modelo de Pagamento por preço Compreensivo): aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados. Além do Manual de Referenciação Hospitalar de Nefrologia (DGS, 2002) menciona ainda os direitos legais da pessoa com DRC: direito ao transporte gratuito (Despacho nº 17/90), tratamento e implante dos acessos vasculares (Despacho nº 7376/2000); acesso gratuito à EPO (Despacho N.º 9825/98) e medicamentos específicos para HD; benefício no crédito à habitação (Dec-Lei 230/80) e direito ao emprego nos quadros das empresas; isenção do imposto sobre veículos (Dec-Lei 103-A/90) e contribuições à Segurança Social.

Segundo Vaz et al (2010) a *European Dialysis and Transplant Nurses Association* (EDTNA/ERCA, 2009), constituída por enfermeiros de vários países entre os quais Portugal, tem promovido também a formação e a investigação para atualizar os padrões dos cuidados de enfermagem, contribuindo desta forma para o desenvolvimento dos profissionais. Tendo elaborado em 2007, um trabalho em que publica as competências do enfermeiro de Nefrologia perante a DRC e as TSFR.

## **4. METODOLOGIA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

A metodologia aqui descrita consiste na abordagem dos cuidados de enfermagem segundo o CD e as competências do Enfermeiro Especialista definidos pela OE e por Benner, com o objetivo de que sejam resolvidos problemas de enfermagem levantados à luz de um modelo conceitual (teorias de Virgínia Henderson e Dorotea Orem). As competências adquiridas durante os três campos de estágio e a RSL servem por sua vez de fundamento teórico à análise dos dois Estudos de Caso, cuja problemática é a fadiga na pessoa com IRCT em HD, contribuindo o posterior cruzamento de ideias entre eles para a realização final de um Estudo de Casos múltiplos.

### **4.1 Competências do Enfermeiro Especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros e o modelo de Dreyfus adotado por Benner**

De acordo com o Parecer nº31/2011 elaborado pelo Conselho de Enfermagem, o exercício da profissão do enfermeiro geral e especialista em Portugal deve desenvolver-se segundo os dois pilares jurídicos essenciais: REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que inclui o CD da Enfermagem.

Assim segundo o Artigo 80º do CD, o enfermeiro deve dar resposta à comunidade e pessoas nela inserida. Para isso deve conhecer as suas necessidades, colaborar com outros profissionais em programas que orientem e procurem soluções para os seus problemas de saúde. Deve “adoptar uma conduta responsável, ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”; ter uma atuação de “idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”, estabelecendo assim uma relação terapêutica que se “caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades.” (OE, 2007, p.6)

São objetivos destes cuidados: “a promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”; pretendendo-se “ao longo de todo o ciclo vital, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida”, sendo “a adaptação a múltiplos factores meta a alcançar, através de processos de aprendizagem do cliente”. (Ibidem, 2007, p.6)

A investigação em Enfermagem é aqui imprescindível para o desenvolvimento do conhecimento no campo da saúde, quer na prestação e qualidade dos cuidados de

enfermagem, quer em outras áreas de atuação como: gestão, docência, supervisão, formação ou assessoria. O enfermeiro especialista recebe por isso durante o percurso da sua especialização, habilitações nestas diferentes áreas sendo-lhe atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (OE, 2010a)

Benner recebe por sua vez no seu pensamento de Enfermagem, a influência da filosofia de Henderson e de Lazarus (mentor do estresse e estratégias de coping). Adota o modelo de Dreyfus da Aquisição de Competências, sendo descritos cinco níveis de desenvolvimento que vão desde principiante (1), principiante avançado (2), competente (3), proficiente (4), a perito (5). Neste último nível, a enfermeira possui um domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas. Dreyfus acrescenta que “apercebe-se da situação como um todo (...) e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis.” (QUEIRÓS, 2007, p.8)

Para ela a “teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (BRYK CZNSKI, 2004, p.187). O conhecimento teórico “orienta o profissional para procurar os problemas e antecipar as necessidades de cuidados” e a “perícia surge quando o clínico testa e aperfeiçoa as proposições, hipóteses e expectativas baseadas em princípios e em situações da prática real”; sendo que a teoria é por isso “crucial para formular as perguntas certas a fazer numa situação clínica.” (Ibidem, 2004, p.195)

Benner realça a prestação da enfermeira perante as necessidades de decisão clínica e ética, competência designada por “perícia profissional” e que a capacita para uma relação terapêutica com os doentes/família; devendo ser mantida a distância certa para que seja eficaz nos diversos domínios dos cuidados: físico, emocional, psicológico e espiritual. Brykcznski (2004) refere que adquirir competências na prática é mais rápido e seguro quando existe um clima educacional e de confiança. Esta relação é indispensável para conhecer as vivências da pessoa e após identificados os seus problemas e preocupações: possa intervir, planear e negociar uma mudança no plano de cuidados.

Segundo a autora são sete os domínios de competência de enfermagem: papel de ajuda; ensinar-treinar; diagnóstico e vigilância do doente; gestão eficaz de situações inesperadas; ministrar e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos; assegurar a qualidade das práticas de cuidados; e desenvolver um trabalho organizacional. Neste processo de aquisição de profissionalismo avançado (perícia avançada), a motivação e a



formação pessoal são essenciais. Devem ser partilhados os conhecimentos entre os grupos num clima de confiança para que a partilha se dê, dando assim visibilidade do conhecimento clínico adquirido para que este possa ser aumentado e refinado.

O estado de perito é portanto segundo Benner, o nível de competência que pretendo alcançar com a obtenção do título de enfermeira especialista, motivação que “nasce” da minha experiência profissional enquanto prestadora de cuidados às pessoas com DRC em diferentes fases da doença e tratamento.

## **4.2 Teorias de Enfermagem: Virgínia Henderson e Dorotea Orem**

Os enfermeiros além de se referenciar pelos valores do CD devem interpretar também as suas práticas à luz de um modelo concetual (teorias de enfermagem), quadro de referência claro e preciso que conduz a Enfermagem ao mais elevado nível de conhecimento, pensamento e tomadas de decisão (enfermagem avançada). Pelo que foi opção neste trabalho recorrer às duas escolas das necessidades: modelo concetual de Orem e as três teorias da enfermagem que explicam o autocuidado como uma necessidade e a filosofia de Henderson baseada nas 14 necessidades humanas básicas fundamentais que explica a enfermagem como um serviço humano.

Para Henderson “é a necessidade de estimar as necessidades individuais de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação que faz da enfermagem um serviço de maior importância” (p.5). A “enfermeira ajuda o doente a levar a cabo o plano terapêutico” (p.3), contudo “é a auto-compreensão do doente e o seu desejo de adoptar um estilo de vida saudável, que constitui o factor crítico” (p.4). Pelo que deve colocar-se na pele “de cada doente de modo a conhecer, não apenas o que o doente quer, mas também o que ele precisa para manter a vida e readquirir a saúde” (p.4). (HENDERSON, 2007)

Com base neste pensamento, definiu conceitos e funções autónomas de enfermagem tendo-lhes dado credibilidade teórica. Segundo Basto, no prefácio à obra de Henderson (2007, p. 13), refere que para a autora “assistir” é empregue para as intervenções de enfermagem e “cuidar” para as intervenções de enfermagem profissionais, sendo possíveis três tipos de relação entre a enfermeira/doente: o de substituição do doente, ajudante e parceria. Em todos os níveis a finalidade é ajudar o indivíduo doente/saudável na realização daquelas atividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação, que realizaria sem ajuda se tivesse a força (física), vontade ou conhecimentos necessários; sendo desejável a sua independência o mais rápido possível.

Os princípios básicos do seu cuidar, destinam-se à pessoa em qualquer contexto de vida quotidiana e para atividades que esta realizaria habitualmente sem ajuda: 1-respiração/circulação; 2-comer/beber; 3-eliminar; 4-mover-se e manter postura; 5-dormir e descansar; 6-vestir e despir-se; 7-manter a temperatura do corpo; 8-manter a higiene e integridade da pele; 9-evitar perigos e evitar ferir outros; 10-comunicar expressando necessidades e emoções; 11-prestar culto segundo as suas crenças; 12-trabalhar em atividades que produzam proveito; 13-participar em atividades recreativas; 14-aprender/satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.

O modelo de Orem, utilizado pela primeira vez num programa de apoio a um doente em HD como instrumento de avaliação do autocuidado (ESCA, 1979), avalia por sua vez a perceção, motivação, predisposição e capacidades da pessoa para os atos e auto-gestão. E segundo Taylor (2004), permitindo a progressão da ciência, ensino, prática e investigação de enfermagem, associando ao papel de enfermeiro especialista o papel da gestão, administração e enfermeiro avançado.

A sua teoria do défice de autocuidado (TDAC) é a teoria da ação. Vê a pessoa como ator ou agente deliberado, sendo o autocuidado definido “como uma função humana reguladora que os indivíduos têm deliberadamente de desempenhar por si próprios (...) para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento do bem-estar.” Baseia-se nas ciências da prática de enfermagem (apoio-educação) e nas ciências fundamentais (autocuidado e ajuda humana), expressas em 3 teorias: teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do défice de autocuidado e teoria do autocuidado. O défice é a razão para a pessoa poder beneficiar da Enfermagem; o autocuidado é o objetivo, os métodos e os resultados de cuidar de si próprio; e a teoria dos sistemas, a teoria que une e subordina a teoria do défice à teoria do autocuidado. (TAYLOR, 2004, p.218)

São objetivos da TDAC perante os desvios de saúde, a integridade estrutural ou funcional da pessoa nos diversos estádios do ciclo vital: 1-manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; 2-preservação da eliminação; 3-preservação do equilíbrio entre atividade e descanso; 4-preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; 5-prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar do ser humano; 6-promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais. Requisitos indispensáveis à necessidade de promoção da saúde e prevenção da doença.

Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente na qual ela vive, interage e se desenvolve na procura incessante do equilíbrio e harmonia, procurando num projeto de saúde melhores níveis de QV e bem-estar. Pelo que um modelo teórico não

aborda só as diferentes formas de pensar a Enfermagem e os conceitos metaparadigmáticos (pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem) fundamentais ao seu significado, como orienta e fundamenta o exercício da profissão. Servindo aqui como construto indispensável à análise da problemática da Fadiga e cuidados de enfermagem.

### **4.3 Três campos de estágio: três ensinamentos clínicos**

É objetivo desta formação, além da aquisição de competências comuns de enfermeira especialista inserida nos quatro domínios de competências, alargá-las à prática clínica em nefrologia para cuidar com qualidade a pessoa com IRCT e sua família.

A diferença entre a prestação de cuidados por parte de uma enfermeira generalista e uma especialista está na forma como os cuidados quotidianos e habituais deixam de ser prestados de forma rotineira, sistemática, desligados do suporte relacional e passam a ser analisados e questionados relativamente à adequação dos métodos e estratégias utilizadas. Oportunidade que me foi concedida durante os três campos de estágio, enriquecedores pelas experiências proporcionadas e com contributos para o meu desenvolvimento profissional enquanto futura enfermeira especialista.

A seleção dos locais de estágio tiveram como objetivo adquirir e desenvolver capacidades técnicas dialíticas para prestar cuidados de enfermagem na área de intervenção à pessoa com IRCT em TSFR (HD e DP). E apesar do último período de estágio ser reservado ao local de trabalho vigente, foi antes opção estagiar numa clínica de HD, local demonstrado como adequado para a elaboração do presente trabalho de investigação. Isto porque já possuía conhecimentos técnicos e profissionais sobre as outras fases de tratamento da DRC enquanto enfermeira em serviços como: Urgência, Unidade de internamento de TR; Bloco operatório, onde é também realizado o TR e atualmente em Unidade de Cuidados Intensivos, que assiste a pessoa nas diferentes fases de vida e doença renal. Por motivos burocráticos foi entretanto necessário proceder a algumas alterações, verificando-se este trajeto um pouco diferente do cronograma (Anexo I) previamente delineado durante o projeto profissional. Seria exaustivo aqui descrever a caracterização dos locais de estágio e protocolos específicos dos mesmos, tendo optado por apresentá-los em (Anexo II). Serão por isso apenas descritas em seguida atividades desenvolvidas e reflexões acerca das mesmas.

#### **4.3.1 Unidade de Hemodiálise: Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo - 1º Campo de estágio**

O serviço de Nefrologia deste hospital foi duplamente enriquecedor, durante o 1º e o 3º período de estágio em Unidades de HD e DP, para o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira Especialista. Serviço de vocação hospitalar, integra doentes com as mais variadas comorbilidades tendo sido diversas as experiências onde pude intervir e consolidar conhecimentos essenciais. O 1º período decorreu no serviço de HD (entre 3 a 27 de outubro de 2011) sob orientação de uma enfermeira com 15 anos de experiência profissional em diálise, eu por outro lado não possuía qualquer experiência na área, pelo que sendo objetivo prestar cuidados diretos à pessoa com IRCT foi-me proporcionado seguir as linhas orientadoras do guia de integração de enfermeiros e verificado ser didático para a minha aprendizagem.

A metodologia de trabalho aqui praticada é o de enfermeiro responsável por doente e o modelo teórico utilizado, o de Nancy Roper. Colaborei nos registos de enfermagem informáticos no SAPE para os doentes internados e nos processos clínicos para os doentes em regime ambulatorio. Tendo tido acesso também aos protocolos e normas disponíveis no serviço indispensáveis à acreditação do Hospital. Fui informada do circuito da pessoa com DRC e da articulação com outras instituições de saúde.

Dispõem de monitores GAMBRO AK200 sendo realizadas a HD e a Ultrafiltração (UF) isolada seguida de HD para GPI excessivos; o monitor “Prisma” é por sua vez destinado à Hemodiafiltração (HDF) para doentes hemodinamicamente descompensados.

Foram procedimentos comuns a todas as sessões: o cálculo do peso e a introdução dos parâmetros no monitor, a canulação do acesso vascular e a monitorização do mesmo e/ou cateter, a vigilância da pessoa ao longo da sessão, administrar transfusões sanguíneas/fármacos intra-diálise, fornecer medicação oral e orientar as pessoas para a ART, promover a hemostase eficaz e o autocuidado para com o seu acesso; desenvolvendo aqui competências de prestação direta de cuidados, gestão das práticas e segurança das pessoas enquanto enfermeira especialista. Na sala de técnicas diversas, pude ainda participar na desobstrução de cateteres de HD, realizar colheitas analíticas e fazer ensinios sobre a autoadministração do agente estimulador da eritropoiese (AEE): Aranesp.

Colaborei na avaliação do ABF (*Acess blood flow*) através do monitor Crit-Line, programa mensal que avalia a funcionalidade do acesso vascular, podendo o fluxo

sanguíneo inferior 600ml/min e/ou redução da sua funcionalidade (-25%) alertar para a necessidade de revisão do acesso. Despistar a presença de recirculação (RC) sanguínea ou eventual falência do mesmo (estenose, trombose), contribui aqui em muito para a prevenção de complicações bem como para a eficácia da técnica dialítica.

Constatee de que não se realizava a técnica de punção em Botoeira e que apesar das suas vantagens (Anexo II) não era admirada pela equipa de enfermagem uma vez que facilmente se associava a complicações de saúde noutros locais de trabalho. O questionar sobre esta punção levou-os a refletir se tais complicações estariam então associadas à técnica ou às más práticas, tendo-os aconselhado a investir na formação e na qualidade dos cuidados, competências indispensáveis a esta área.

Particpei ainda enquanto formanda no dia 10 de outubro de 2011, numa Ação de Formação sobre a “Lavagem e desinfeção das mãos” (Anexo III), sendo aqui realçada a desinfeção sempre que se saísse da “bolha” imaginável que separa cada um dos doentes. Apesar do hospital demonstrar investir na formação, estas orientações foram no entanto difíceis de transferir para a prática; o facto de serem partilhados monitores com os doentes com HIV<sup>+</sup>, a falta de espaço entre os postos e o material de utilização comum (mangas de avaliação da pressão arterial), eram aqui um obstáculo. Os momentos de supervisão possibilitaram-me por conseguinte alertar a equipa para os riscos identificados e necessidade de proteção das pessoas. E apesar de poderem ser partilhados monitores desde que fossem cumpridas as normas de desinfeção, segundo a recomendação do Manual de boas práticas elaborado pela DGS (2000), o material não invasivo partilhado pelos doentes representava aqui risco de contágio e por isso essencial, que este tipo de material fosse de utilização individual.

A grande maioria desta população é idosa e caso houvesse interesse em envolver a família/cuidadores nas minhas intervenções formativas, este teria sido também um trabalho difícil pois a maioria dos doentes desloca-se à HD através dos bombeiros. Os enfermeiros veem-se por isso forçados nestas circunstâncias a dinamizar os cuidados e a sobressair perante as barreiras existentes, sempre que procurem proporcionar a melhor QV às pessoas que ali passam 4h, 3 vezes por semana, meses ou anos da sua vida.

O período de estágio neste serviço teve de ser encurtado face à indisponibilidade de um orientador que me acompanhasse por um período maior, pelo que objetivos como abordar a gestão da fadiga em HD, elaborar e apresentar um Estudo de Caso à equipa, passaram a ser objetivos do campo de estágio seguinte. Contudo, foi iniciativa aprofundar aqui a fadiga de uma jovem de 29 anos em HD há 4 anos, altura em que lhe foi

diagnosticado também o Hiv<sup>+</sup> por contágio sexual. Mãe solteira de uma menina de 6 anos residia com a mãe e 3 irmãos mais novos.

Segundo ela, tinha trabalhado nas limpezas até há 6 meses atrás, tendo sido motivo do seu despedimento a exposição dos seus aneurismas a dada altura. Tinha até ali encoberto a sua DRC e os aneurismas com as mangas compridas, mas chegando o verão era impossível continuar a escondê-los, tendo a patroa ficado a conhecer a sua doença e receosa com a situação, preferiu despedi-la. A fadiga física era notória: referia cansaço acentuado no 1º dia de HD antes e após as sessões mais agressivas para compensar o excesso do GPI, depois de um fim de semana de saídas à noite e convívio com os amigos em que ingeria líquidos e fumava mais que o habitual.

A falência dos seus acessos por má vascularização vinha a desanimá-la já há algum tempo, realizando atualmente HD por CVC. A componente psicológica encontrava-se por isso também afetada porque nunca chegou a aceitar a doença e o tratamento: chegava atrasada 15 a 20 minutos às sessões e faltava às consultas programadas inclusivé às de encaminhamento para a lista de TR julgando tratar-se de uma consulta para colocação de novo acesso vascular. E apesar de já ter sido seguida em consultas de psicologia no hospital atualmente não o era, pelo que após identificado este problema foi alertada a equipa para que fosse pedido novo acompanhamento psicológico.

Chegou a receber bilhetes de autocarro para se deslocar às sessões, tendo entretanto deixado de os receber e era a mãe quem os comprava para que pudesse realizar o tratamento. Após informação junto dos profissionais, sabe que a presença da assistente social no serviço não era fácil pelo que foi intervenção incentivá-la a procurar apoio e esclarecimento junto da mesma; os bilhetes eram ainda um benefício legal que podia reaver, uma vez que não tinha mudado nem de área de residência nem de hospital.

Sensibilizada com os problemas identificados, foi intervenção enfatizar a necessidade de mudança de hábitos de vida desadequados (tabágicos e hídricos) que contribuía para a fadiga física que apresentava. Conhecer o seu estado psicológico e perceber os seus medos e atitudes (rejeitando também a hipótese da DP) foi essencial para concluir que: além de revoltada com a situação clínica e tratamento, julga-se vítima de contágio sexual e de discriminação perante a sociedade que a impossibilita de ter um emprego e uma vida normal. Quando sai à noite com os amigos vê provavelmente necessidade de se afirmar saudável, não fazendo o esforço por aderir às restrições hídricas e tabágicas e por isso a esperança de que o TR lhe possa trazer alguma QV. Contudo era necessário que comparecesse às consultas, tendo eu providenciado o seu

reencaminhamento e realçado a importância de ser proativa em relação à sua saúde, critérios para que fosse aceite na lista do TR. Já após terminado o estágio, tive conhecimento de que a mesma compareceu à consulta e se encontrava na fase de realização dos exames de histocompatibilidade, tendo ficado surpreendida com o impacto da minha intervenção, pois outras pessoas já o tinham tentado mas sem sucesso.

Apesar de ser uma área da prática com a qual não tinha tido contacto, foi notável a aquisição de competências durante a prestação de cuidados, intervenção perante situações imprevistas e complexas, bem como capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar. No último dia de estágio procedeu-se à auto e heteroavaliação qualitativa relativamente à minha prestação e contributos para a equipa, na presença da Enf<sup>a</sup> orientadora e docente responsável, tendo sido apreciada como bastante positiva para ambas as partes. A avaliação encontra-se em Anexo V.

#### **4.3.2 Clínica privada de Hemodiálise do centro de Lisboa – 2º Campo de estágio**

Este período de estágio mais prolongado (10/11/2011 a 03/02/2012) proporcionou-me igualmente variadíssimas experiências e à semelhança do estágio anterior, procedido à avaliação qualitativa no último dia de estágio, tendo sido igualmente positiva (Anexo V).

Consultei o material disponibilizado pela clínica (manual de acolhimento facultado à pessoa com IRCT e livro que a orienta para uma dieta saudável) e informação direcionada para a integração de novos elementos com vista à uniformidade dos cuidados (Manual dos acessos vasculares e Manual/guideline para os bons cuidados em diálise), com contributos no aperfeiçoamento da minha destreza técnica para prestar cuidados diretos; sentindo-me a meio do estágio integrada como elemento da equipa. Procedi também aos registos de enfermagem nos programas: “*Euclide*”, “*Terapy Monitor*” e “*AV Online*” permitindo este programa a monitorização dos acessos vasculares.

A HDF, modalidade por norma aqui praticada, demonstrou ser bem tolerada de forma geral pelas pessoas com IRCT. Contactei com monitores de diálise avançados “FRESENIUS 5008” e que apesar de diferentes dos do 1º estágio, tendo exigido de mim um reaprender da operacionalização dos mesmos, foi uma experiência bastante lucrativa: são de fácil aprendizagem e ricos na informação que conseguem transmitir. O valor do  $eKt/v$  encontra-se visível no ecrã do monitor informando este acerca da eficácia da diálise, sendo para a clínica objetivo um valor de  $eKt/v > 1,4$  (segundo informação disponibilizada por um médico residente). O BTM (*blood temperature monitor*), outro módulo dos

monitores, consiste em avaliar a existência de complicações com o acesso, permitindo o cálculo do Qa e a taxa de RC sanguínea, informar acerca da funcionalidade do mesmo. Um Qa  $\leq 400$  é equivalente a uma RC  $>20$  e por isso indicação para a sua revisão.

É indispensável vigiar o débito efetivo do acesso durante as sessões para que sejam despistadas complicações irreversíveis. Relativamente ao tratamento por CVC: sempre que o débito arterial impossibilite uma VB acima dos 300 ml/min deve ser imediatamente referenciado ao médico. Tendo presenciado frequentemente nestas situações a inversão dos lúmens do cateter, ficando a eficácia da sessão comprometida com o aumento da RC sanguínea; e por isso durante os momentos de supervisão, oportunidade de alertar e incentivar os pares para as boas práticas.

Existe ainda à disposição um monitor portátil que permite a avaliação mensal do BCM (*body composition monitor*): método que avalia a massa corporal da pessoa permitindo assim um cálculo mais aproximado do seu peso seco. O BCM, a par da avaliação clínica e estado hemodinâmico da pessoa, proporciona a sua normohidratação após a diálise: reduz a sobrecarga hídrica e os seus efeitos indesejáveis e evita que ocorram determinadas sintomatologias (hipotensão, náuseas, vômitos e câibras), consequências de um peso seco desajustado.

Ao contrário da experiência que tive no estágio anterior é frequente aqui ser realizada a técnica em Botoeira, tendo-a executado e constatado tratar-se de uma técnica benéfica para a pessoa: menos dor, de fácil punção e promotora do autocuidado em relação ao acesso. O facto de a pessoa apresentar aqui também menos aneurismas nos membros superiores, contribui para que esteja melhorada a sua autoimagem e aumentada a sua autoestima.

Tive ainda a oportunidade de conhecer outras formas de pensar e encarar a realidade face às diferentes TSFR, levando-me a refletir sobre o que diz a literatura. Apesar de ser aqui mencionado de que da DP oferece à partida uma QV superior à HD, proporcionando maior liberdade e independência à pessoa (mais flexível, menos restrições dietéticas e menos repercussões hemodinâmicas), não deve ser considerada a melhor, divergindo esta opinião de pessoa para pessoa. Após diálogo com um jovem que aqui realizava HDF, este refere ter odiado a experiência que teve com a DP. Associa a esta o término da sua relação pessoal, pois era uma técnica a que tinha de se submeter todos os dias no seu domicílio o que acabava por prejudicar a privacidade do casal; atualmente sente-se satisfeito e liberto, regressa a casa sem os pensamentos que o remetem para a doença/tratamento.



Relativamente à problemática levantada durante o projeto de estágio, cujo objetivo era proporcionar ferramentas às pessoas com IRCT para que fosse colmatada a fadiga e melhorada a sua QV, prolongar este período de estágio foi benéfico quer para o desenvolvimento dos dois Estudos de Caso (Anexos IX e X) quer para a sua divulgação à equipa no fim do mesmo. Procurando alcançar com os momentos de educação/formação, a melhor gestão dos cuidados e a garantia da qualidade dos mesmos. E por isso possível ter intervindo neste campo de estágio (durante a prestação de cuidados diretos, momentos de investigação, gestão, formação e supervisão) de forma competente na área da Nefrologia, tendo sido concretizados os objetivos a que me propus alcançar.

Além das experiências aqui descritas foram ainda vivenciadas outras igualmente importantes. Durante o primeiro dia de estágio e visita guiada pela Enf<sup>a</sup> chefe às instalações gerais da clínica, tive conhecimento da existência e funcionamento da Unidade de Diálise Autónoma Domiciliária (DAD) e da Unidade Cirúrgica de Ambulatório (UCA) no mesmo edifício (Anexo II). Pelo que expressei de imediato o interesse em conhecer as realidades e o funcionamento das mesmas, alargando assim os meus objetivos para este período de estágio.

O contacto com a Unidade de DAD e a conversa com a Enf<sup>a</sup> responsável acerca deste programa foi enriquecedor se não a melhor experiência. Esta modalidade além de novidade é no meu ver um grande contributo para a melhoria da QV do IRCT, oferece-lhe maior autonomia e flexibilidade para gerir melhor o seu tempo exigindo-lhe por isso maior responsabilidade pelo sucesso do seu tratamento.

Tive a oportunidade de assistir à sessão de HD de dois doentes deste programa tendo sido bastante gratificante: independentes na realização da técnica, deslocaram-se naquele dia à Unidade para realizar as análises de rotina e monitorizar o tratamento, exigindo este cuidar de que a sessão ali fosse realizada. Após diálogo com os mesmos, percecionei uma atitude positiva em relação à doença/tratamento: consideram este programa personalizado, “libertador” e adequado ao estilo de vida de cada um. Além de referirem melhoria dos valores tensionais, sono e fadiga, referem também menos complicações com o acesso sentindo-se mais capazes e realizados pessoalmente com o autocuidado. Um deles, apesar de já ter sido transplantado e atualmente novamente inscrito na lista para TR, considera-se satisfeito e adaptado a esta modalidade, receando voltar a passar por novas ilusões.

Refletindo acerca destas experiências de vida, este é mais um exemplo de que nem todos enfrentam a doença e o tratamento da mesma forma e por isso indispensável

disponibilizar à pessoa a informação acerca das diferentes TSFR durante a fase pré-diálise segundo a Norma nº017/2011 recomendada pela DGS (2011), podendo esta optar pela técnica que considera mais adequada a si.

Relativamente ao último dia de estágio, tendo sido proporcionada a observação das práticas na UCA, considero ter sido também bastante produtivo. Apesar de desempenhar funções na altura no Bloco Operatório, estas técnicas não eram executados no meu serviço e por isso uma mais-valia. Contactei com as diferentes técnicas cirúrgicas: revisão da FAV, colocação de prótese arteriovenosa, exames complementares de diagnóstico na sala de Angiografia para despiste da falência do acesso e exames de tratamento (trombólise); podendo aqui o doente retomar a funcionalidade do seu acesso. Beneficiam sobretudo desta UCA os doentes que fazem HD nesta clínica, pois veem rapidamente resolvidas as complicações com o seu acesso.

#### **4.3.3 Unidade de Diálise Peritoneal: Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo**

– 3º Campo de estágio

As atividades aqui desenvolvidas estão relacionadas com o acompanhamento da pessoa com IRCT submetida a TR e em programa de DP, contudo passo só a refletir sobre as atividades relacionadas com a DP nas quais tive oportunidade de participar durante o pequeno período de estágio que decorreu entre 06/02/2012 a 22/02/2012, por ter sido este o objetivo a que me propus. A avaliação qualitativa deste período de aprendizagem (Anexo V) foi também positiva pelas oportunidades proporcionadas.

Esta TSFR é de fácil aprendizagem, decorrendo os ensinamentos por norma entre 2 a 3 semanas para que a pessoa com IRCT ou familiar/pessoa significativa responsável pelos cuidados fiquem capacitadas para a realizar de forma autónoma no domicílio ou no local de trabalho. Além de poder ser realizada em horário flexível, promover a independência da pessoa em relação ao tratamento e exigir menos gastos e recursos comparativamente com a HD, é ainda uma técnica pouco praticada. Ficando os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento das pessoas envolvidas, em consultas periódicas ou em regime de urgência, desde o dia em que opta pela DP até à data em que abandona a técnica.

São por isso determinantes ao sucesso desta terapia, os ensinamentos e a velocidade de transporte de solutos através da membrana peritoneal, sendo primeiramente calculado o teste de equilíbrio peritoneal -TEP (capacidade da membrana ultrafiltrar e dialisar) e posteriormente ajustada a técnica e o dialisante a utilizar. O cálculo do  $eKt/v$  permite aqui também avaliar a eficácia da DP, devendo o valor ser  $>2,0$ .

Destacam-se ainda outras atividades desenvolvidas, apesar de não formalizadas: a consulta telefónica, atividade que exige do enfermeiro tempo para o aconselhamento e encaminhamento das pessoas para outros profissionais de saúde; e a consulta pré-diálise, sendo aqui disponibilizado material informativo capaz de apoiar a pessoa na opção da TFSR que melhor se adapta à sua vida e que vai ao encontro da Norma nº017/2011 emanada pela DGS (2011). Encontra-se também em desenvolvimento um manual de acolhimento para a Unidade de DP.

Apesar da pessoa em DP não carecer de tantas restrições dietéticas e hídricas, beneficiando da preservação do rim e urina residual, é encaminhada para a dietista sempre que seja necessária uma dieta mais personalizada. Assim como é orientada para a assistente social sempre que seja identificada a necessidade de readaptação à vida familiar e socioprofissional, procurando junto dela o apoio no acesso aos direitos sociais e recursos disponíveis na comunidade (Anexo II).

Encontram-se ainda à disposição normas e protocolos que orientam os profissionais para uma atuação uniformizada, tendo a leitura dos mesmos servido de orientação para a minha prestação de cuidados diretos. A peritonite e as complicações infecciosas têm sido as principais responsáveis pela descontinuidade desta técnica, levando à hospitalização da pessoa podendo inclusive levar à morte. São frequentes: o “*link*” (extravasamento de líquido através do orifício do cateter), a infeção do túnel e do orifício e a obstrução do cateter devido à presença de fibrina, obstipação e mobilização indevida do cateter. Pelo que é aqui indispensável a formação e o desenvolvimento de competências que permitam identificar atempadamente complicações e detetar a inadaptação das pessoas envolvidas, devendo os enfermeiros apoiá-las na sua transferência para outra TSFR sempre que necessário (normalmente para a HD).

#### **4.4 A Fadiga na Pessoa com IRCT em Hemodiálise - Revisão Sistemática da Literatura**

Segundo Mota, Cruz e Fini (2010) a fadiga existe em toda a população embora acentuada nas doenças crónicas e para O’Sullivan e McCarthy (2007), presente nas pessoas com IRCT independentemente da TSFR a que se encontra submetida, sendo considerada o sintoma que mais incomoda as pessoas em HD.

Aprofundar a problemática da fadiga surge assim do interesse em contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e enquanto profissão, tendo proposto

realizar durante o meu percurso formativo um Estudo de Caso após selecionada uma problemática da atualidade em que fosse pertinente intervir. Os temas lecionados durante as unidades curriculares foram os mentores da minha opção, pois segundo o Prof. Cristóvão (1999) a fadiga ocupa o primeiro lugar como potencial estressor na QV da pessoa e sua família, sendo a estratégia de coping mais utilizada para a sua resolução: “saber mais sobre o assunto para lidar melhor com o problema.” Alvo de preocupação e de discussão para os profissionais de saúde, foi novamente abordada recentemente pelo mesmo autor (2010) num congresso de Nefrologia.

Tsay (2004) acrescenta que poucas intervenções têm sido desenvolvidas para colmatar este sintoma, sendo o medo e a impotência sentimentos frequentemente experienciados pela dificuldade em a controlar. Pelo que após identificado o desvio de saúde (fadiga) em duas pessoas em HD onde fosse pertinente intervir (durante o meu 2º período de estágio), foram planeadas e implementadas estratégias adaptativas: que promovessem a ART, aumentassem os seus conhecimentos para lidar melhor com a fadiga; realizassem atividades de vida saudáveis e prevenissem complicações; mudança essencial para que a pessoa possa viver com maior satisfação e independência.

Estas estratégias consistem em promover o “*Self-Care Management*”: “esforços positivos do doente para participar nos seus cuidados de saúde, de forma a otimizar a sua saúde, prevenir complicações, controlar os sintomas, utilizar os recursos e minimizar o impacto da doença na sua forma preferida de viver”. (CURTIN e MAPES, 2001, p.386)

Para Benner “a teoria é crucial para formular as perguntas certas a fazer numa situação clínica” (BRYK CZNSKI, 2004, p.195) e sendo finalidade dar resposta à problemática da fadiga emerge assim a minha pergunta de investigação, levantada durante a construção de um projeto inicial, em formato PI[C]O: “*Quais as intervenções de enfermagem (I) à pessoa com IRCT em HD (P), na gestão da fadiga e melhoria da sua QV*”? (O). Segundo Biruel (2012) esta técnica além de direcionar a pesquisa rapidamente para o fenómeno em estudo, serve de orientação para o pesquisador procurar a melhor informação disponível; correspondendo aqui o (P) à população alvo a estudar, o (I) às intervenções e o (O) aos resultados (outcomes) desejáveis após as intervenções.

O recurso às teóricas de Enfermagem (Henderson e Orem) serviu aqui também para selecionar os conceitos que constituem a pergunta de investigação. Para Henderson “intervenções” é utilizada para “cuidar” em enfermagem e “gestão” segundo Orem, a ação da pessoa enquanto agente deliberado para o autocuidado e conseqüente gestão da fadiga e QV. E embora as autoras tivessem utilizado o termo “enfermeiras” nas suas

obras quando se dirigiam aos prestadores de cuidados sendo nesta altura predominante as mulheres na profissão, é por mim adotado o termo “enfermeiros” para facilitar a leitura e a compreensão do trabalho.

Pesquisei em livros, revistas, artigos fornecidos pelas unidades curriculares e nos sistemas informáticos: Google académico, Pubmed, RCAAP e motor de busca EBSCO na base de dados Cinhal, Medline e Cochrane of Systematic Reviews. Tendo sido utilizados como descritores: hemodialysis patients, renal patients, nursing interventions, nursing care, hemodialysis, fatigue; dyspnea e ESRD (end-stage renal disease); e resultado no total 27 artigos. Destes, apenas 12 foram selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão, analisados e discutidos segundo os níveis de evidência de Põe e White (2010) cujo interesse era conhecer estratégias e intervenções de evidência científica que privilegiassem a gestão da fadiga (Anexo VI). Contribuindo a RSL que se segue, para abordar de forma científica os dois casos reais e fundamentar as minhas intervenções junto das pessoas com IRCT e pares em HD.

#### **4.4.1 Gestão da Fadiga e Qualidade de Vida**

Martins e Cesarino (2005) referem que apesar dos avanços tecnológicos contribuírem para o aumento da sobrevida das pessoas com DRC, estes vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem negativamente na sua QV: perda de emprego, alterações da imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas. Sendo os domínios mais afetados da QV: os aspectos físicos, emocionais e vitalidade (saúde mental), ficando as atividades corporais, recreativas e quotidianas comprometidas com o início da HD (sedentarismo). Kaba et al (2007) acrescentam que são sentimentos frequentemente experimentados: a incerteza em relação ao futuro pelas limitações na vida e a sensação de dependência em relação ao tratamento e profissionais de saúde.

Para Farquhar (1995) não existe consenso relativamente à definição da QV face à influência pluridimensional (fatores culturais, étnicos e religiosos) a que a pessoa está sujeita; descrevendo-a Ferrans e Powers (1993): como a perceção individual de bem-estar, que varia da satisfação à insatisfação em relação aos domínios da vida que são importantes para o indivíduo. Valorizar a vida dá-lhes determinação e é meio caminho para que a pessoa consiga enfrentar os desafios do futuro, devendo os enfermeiros respeitar os seus desejos e valores para que possam acompanhá-los devidamente durante a fase de aceitação da doença e tratamento.

A individualidade dos cuidados é aqui também decisiva para estabelecer uma relação confiante e segura, permitindo este trabalho de parceria segundo Cesarino e Casagrande (1998) identificar os défices de conhecimentos da pessoa e por conseguinte levar à adoção de estratégias que conduzam à melhor QV.

Segundo Davison e Jhangri (2010) as pessoas com IRCT experimentam em média 7,4 sintomas. Entre eles são destacados por Jablonski (2007): o cansaço, as insónias e a fraqueza muscular e descritos por O'sullivan e McCarthy (2007): a fadiga, a falta de energia e o cansaço, como os sintomas predominantes em HD com maior interferência na QV das pessoas. Pelo que gerir sintomas isolados não é opção quando vários sintomas estão presentes, o facto de serem experimentados mais que um sintoma simultaneamente é que diminui a QV da pessoa.

Jablonski (2007) (estudo nível III de evidência científica) fala num programa de gestão de sintomas para que sejam devidamente identificados, avaliados (intensidade, gravidade e duração) e geridos de forma multidimensional. O enfermeiro é incentivado a intervir primeiro sobre os que têm maior interferência na QV da pessoa e por conseguinte melhorar de forma geral a gestão dos mesmos. Curtin et al (2002) e O'sullivan e McCarthy (2007) (nível III) acrescentam que a pessoa deve ser envolvida nesse programa como participante ativa nos cuidados e responsabilizada pelo sucesso do seu tratamento, diminuindo assim os seus sentimentos de impotência; deve estar disposta a assimilar a informação que lhe é facultada aumentando por sua vez o seu poder de tomar decisões e recorrer ao profissional sempre que seja necessário o seu apoio.

Estas orientações vão ao encontro do programa de gestão da fadiga de Merlin e Gallant (2010) (nível II), intervenção de eleição para que as pessoas em HD possam melhorar os seus conhecimentos e gerir a sua fadiga. A pessoa deve aceitar e querer o programa que lhe é proposto, de outra forma não o seguirá senão por imposição “*Compliance*” (Hailey e Moss, 2000). E melhor que “*Adherence*”, comportamento de adesão (White, 2004), pretende-se que seja envolvida no “*Self care management*” defendido por Curtin e Mapes (2001), promovendo assim a sua auto-gestão dos cuidados.

A fadiga geral está presente nas pessoas com IRCT e para Ascensão et al (2003, p.109), definida pela “incapacidade de produzir e manter um determinado nível de força ou potência muscular durante a realização do exercício” com incapacidade funcional. Segundo a *American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2008) descrita por Mota, Cruz e Fini (2010, p.349), é ainda “uma sensação opressiva, sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. Bonner,

Wellard e Caltabiano (2008) classificam-na por sua vez em fadiga física, afetiva e cognitiva, referindo O'Sullivan e McCarthy (2007) que a fadiga física é prevalente nos pacientes e seus cuidadores em relação à fadiga mental.

São determinantes à intensidade da fadiga, os fatores sociodemográficos e para O'Sullivan e McCarthy (2007), associado maior escore de fadiga a uma pessoa sozinha, do género feminino, idade avançada, situação socioeconómica desfavorecida e desempregada. Martins e Cesarino (2005) acrescentam que quem tiver maior escolaridade gere e adapta-se melhor às consequências da doença/tratamento; maior tempo de HD significa por outro lado menor capacidade mental e física para desempenhar atividades face ao aparecimento de outras comorbilidades.

A etiologia da fadiga pode ser multifatorial, sendo para Cristóvão (1999) realçada a anemia crónica, as dores ósseas e a frequência das sessões de HD. Segundo a opinião de O'Sullivan e McCarthy (2009) há também relações significativas entre a fadiga (baixa vitalidade, sentimento de cansaço, esgotamento) e os diversos sintomas: fraqueza muscular, distúrbios do sono, ansiedade e depressão; desempenhando as pessoas segundo os mesmos autores (2007), menos atividades por incapacidade funcional com prejuízo nas relações psicossociais, emprego, autocuidado e gestão da doença com custos adicionais para os indivíduos, sociedade e serviços de saúde.

Para Medeiro, Pinent, e Meyer (2002), O'Sullivan e McCarthy (2007, 2009) e Kouidi (2001), também fatores como a baixa capacidade aeróbia e consequente diminuição da capacidade funcional da pessoa para os exercícios físicos, atividades diárias e convívio social estão associados à anemia (por norma associada ao défice de EPO), cardiopatia, HTA, fadiga, depressão, neuropatia urémica e dor nos membros inferiores.

Bonner, Wellard e Caltabiano (2009) (nível III) indicam por isso que os sedentários devem aumentar a sua atividade física, esta diminui não só a sensação de falta de ar e as alterações pulmonares resultantes da hipertrofia muscular como melhora a anemia e os sintomas a ela associados (DM II e HVE), comparados com os que permanecem inativos. Para Cunha et al (2009), a sensação de falta de ar pode por sua vez estar associada à sobrecarga hídrica com risco de EAP e graves consequências para a incapacidade funcional da pessoa, devendo o elevado GPI ser evitado.

A *National Kidney Foundation* (NKF, 2008) e a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APTED, 2007) recomendam por outro lado a correção da anemia de acordo com as normas e protocolos de cada país quando valores de HG <11mg/dl, devendo outros tipos de anemia serem também excluídos. A

administração dos AEE endovenosa, preferível durante o tratamento de HD, revela ser eficaz quando ingeridos suplementos de ferro, Vitamina B<sub>12</sub>, Complexo B e adotada uma dieta rica em ferro junto do nutricionista ou enfermeiro com conhecimentos na área.

Ainda para Davison e Jhangri (2010), Weisbord e Kimmel (2008) (nível IV) a administração da EPO melhora a anemia e diminui conseqüentemente a fadiga, aumentando por sua vez o bem-estar da pessoa: reduz o sono, o cansaço, a frustração e a depressão. Pode contudo representar um risco cardiovascular acrescido para as pessoas com patologia cardíaca, podendo surgir: HTA, cefaleias e trombooses. Pelo que a EPO deve ser adequada às necessidades da pessoa para que sejam evitadas complicações e mais estudos deverão debruçar-se sobre o seu efeito adverso.

A inatividade (sedentarismo) além de contribuir para a falta de flexibilidade e diminuição da capacidade respiratória perante o esforço físico, predispõe também para a depressão pelo afastamento social. O'Sullivan e McCarthy (2007, 2009) referem por isso que realizar um programa de exercício físico além de contribuir para a melhoria: da dislipidemia, distúrbios metabólicos, hematócrito, pressão arterial, doença coronária e pulmonar, traz também benefícios para as estruturas musculares, autoestima, relações psicossociais, diminuindo assim a fadiga em geral. E uma vez controlada a anemia, averiguada a capacidade funcional da pessoa (isolada a hipótese de isquémia do miocárdio recente) e conhecida a sua motivação para realizar exercício, devem ser estabelecidas metas e encaminhada a pessoa para um fisioterapeuta que lhe estabeleça um programa regular de exercício físico adequado às suas capacidades.

Kouidi (2001) (nível V), fala na eficácia de um programa de treino físico sobre a fadiga em HD, praticado em ambulatório (sobe supervisão) ou na clínica fora dos dias de tratamento, é aqui preferível durante as primeiras 2h de tratamento para colmatar a não adesão por parte dos que alegam falta de transporte e falta de tempo fora dos dias de diálise. Este programa deverá ser progressivo: iniciar com o aquecimento seguido de alongamentos e bicicleta e por fim terminado com o relaxamento.

Para Mota, Cruz e Fini (2010) identificar precocemente a fadiga e outros sintomas a ela associados é também essencial para que sejam implementadas intervenções não farmacológicas (técnicas que promovem a valorização da mente e emoções positivas no processo de saúde-doença), capazes de geri-los de forma eficaz.

As pessoas com DRC sofrem de dores osteoarticulares, mencionando Brasil et al (2008) o contributo da acupuntura no alívio das mesmas. Para Kim et al (2010) (nível IV), 6 meses de tratamento de acupuntura demonstraram ser também gratificantes na



diminuição do sono, cãibras, prurido, fadiga e depressão, comparativamente aos cuidados habitualmente praticados. Esta prática alternativa tradicional chinesa, consiste na colocação de agulhas em pontos medianos específicos determinados ao tratamento, com vista ao equilíbrio do corpo humano e melhoria da QV, contudo são inconvenientes à sua aplicação no ambiente clínico: os preconceitos dos enfermeiros em relação ao contágio por agulhas e o custo elevado das sessões.

Segundo a pesquisa de O'Sullivan e McCarthy (2009) (nível IV), além das estratégias frequentemente utilizadas (repouso após as sessões de HD), a acupressão, variante não invasiva da acupuntura ou massagem chinesa "Shiatsu" (pressão exercida pelos dedos sobre os mesmos pontos meridianos), verificou ser também eficaz na redução do cansaço, fadiga, qualidade do sono e QV.

Tsay (2004) (nível I) ao estudar o benefício das técnicas tradicionais na fadiga, depressão e qualidade do sono, concluiu por sua vez que a acupressão seguida da acupuntura diminui a percepção gradual da fadiga quando comparados com os cuidados recebidos por rotina (EPO, indutores do sono e antidepressivos). A acupressão, fácil de apreender e por isso possível de ser executada pelos profissionais de saúde, pessoa/família em ambiente clínico ou no domicílio, exige de treino intensivo e de sensibilidade na aplicação da pressão a fim de serem evitados efeitos adversos (lesões de tendões e músculos). O facto de serem utilizados anticoagulantes durante a HD, impede que esta seja também realizada durante ou após a sessão, prevenindo assim o risco de hematomas.

Tsay, Cho e Chen (2004) (nível I) apontam entretanto para a eficácia da estimulação transcutânea acuponto elétrica (ETAE): incidência de energia elétrica estimuladora (baixa frequência entre 2-100 Hz) nos mesmos pontos meridianos da acupuntura, tendo demonstrado benefícios na diminuição da fadiga, sono e depressão, com efeitos semelhantes ao tratamento da acupuntura e uso de antidepressivos tricíclicos, com a vantagem de ser uma técnica segura e não invasiva. Pelo que perante as limitações da acupressão, a ETAE surge-lhe aqui como uma boa alternativa.

O yoga, modalidade de tratamento realçada pelo estudo de Yurtkuran et al (2007) (nível I), demonstra ser aqui também uma das técnicas mais seguras e relaxantes para as pessoas com IRCT em HD. Envolve a respiração, postura adequada e a meditação, exercício essencial ao equilíbrio e flexibilidade da pessoa. Acessível nos ginásios, contribui para o alívio eficaz dos múltiplos sintomas: fadiga, estresse (depressão), dor, distúrbios do sono, HTA e valores bioquímicos.

Perante a problemática em estudo, optar por um programa de gestão da fadiga será portanto o mais aconselhado, incentivando a pessoa a adotar melhores comportamentos de saúde. Merlin e Gallant (2010) verificaram durante o seu programa de gestão da fadiga (não sendo conhecido nenhum outro programa sobre este tema) que além de diminuída a fadiga das pessoas, estas ficaram satisfeitas com os conhecimentos adquiridos devendo o programa ser reavaliado a médio longo prazo (6meses-1A). Conservar energia (descansar  $\pm$  4,8 h a seguir à HD), adequar a dieta, praticar exercício físico regular, tomar drogas, gerir o estresse, receber massagens de relaxamento e aplicar a acupuntura são as estratégias realçadas por eles indo ao encontro das descritas pelos outros autores.

E apesar de a fadiga ser um obstáculo à ART segundo Cristóvão (2010) e por conseguinte menor eficácia da diálise, existem por sua vez fatores que poderão facilitá-la: receber apoio da família, dos amigos e profissionais de saúde; e a própria pessoa beneficiar de uma personalidade facilitadora (predisposição para o otimismo, pragmatismo e determinação). Devendo os enfermeiros fazer uso desses conhecimentos para procurar dar resposta às necessidades das pessoas.

Hailey e Moss (2000) e a APEDT (2007) orientam por outro lado para os critérios a considerar na avaliação da ART da pessoa: comparecência às sessões, devendo o tempo ser cumprido na totalidade; valores séricos de  $K^+$   $<$  5,5 meq/ml e de  $P^+$   $<$  7,0 mg/dl, sinónimos de adesão à dieta pobre em  $K^+$  e toma dos quelantes de fósforo; e o GPI  $<$  5% do peso seco, sinónimo de restrição hídrica; sendo esta para Kaba et al (2007) a situação mais estressante para a pessoa com impacto negativo nas relações sociais. São ainda objetivos para todas as unidades de HD, decretados pela Circular Normativa emanada pela DGS (2008) - Anexo IV, atingir os valores de referência: HG ( $\geq$  10 g/dl e  $\leq$  13 g/dl); Ferritina (em média  $\geq$  a 200ng/ml e  $\leq$  800 ng/ml);  $P^+$  sérico  $\leq$  5,5 mg/dl; albumina  $\geq$  4 g/dl e eKT/V da ureia  $\geq$  1,2.

A fadiga assume por isso diferentes definições consoante a função que esteja alterada: para um fisiologista é a capacidade diminuída em realizar trabalho, para um patologista é indicador de uma desordem neuromuscular ou metabólica e para um psicólogo é sinal de depressão associada à motivação diminuída para participar em atividades físicas e mentais; pelo que face às múltiplas caracterizações e natureza subjetiva da fadiga deverão ser avaliadas as suas características de forma contínua exigindo do enfermeiro o seu domínio multidimensional. Utilizar uma linguagem universal

de enfermagem que permitisse diagnósticos mais eficazes e por conseguinte maior segurança e qualidade dos cuidados (FU et al, 2001), poderia aqui contribuir para a uniformização desses conceitos. Sendo um bom exemplo, recorrer ao programa de classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE (OE, 2009a), onde são prioridades fenómenos como a fadiga, o autocuidado e a ART.

Refletindo portanto relativamente à gestão da Fadiga e QV em HD é opinião consistente, descrita na RSL e estudos de elevado nível de evidência científica (Anexo VI), abordar a pessoa nas diversas dimensões bio-psico-sociocultural sendo recomendável a análise dos seus comportamentos, motivações, hábitos de vida e valores bioquímicos. Os instrumentos de medida (auto-relato, escalas e questionários) demonstram por sua vez serem capazes de avaliar os sintomas em relação aos aspetos físicos e psicossociais da pessoa, entre eles a avaliação multifacetada da fadiga. São destacados: a escala da fadiga FSS de Krupp et al; o questionário genérico da QV - QOL-SF36 e o questionário KDQOL-SF36 (que inclui o anterior), reconhecido pelo seu contributo na avaliação da QV da pessoa com IRCT em HD (Anexo VIII).

A fadiga, sensação subjetiva e angustiante pela incapacidade em desfrutar da vida e de cuidar de si mesmo, é segundo a literatura raramente avaliada no ambiente clínico. Os enfermeiros presumem que este estado de cansaço é normal, fazendo parte do processo da doença/tratamento e para os que não sabem como aliviá-la, deixam de a explorar, passando a fadiga despercebida. Gerir sintomas isolados não é opção quando vários estão presentes, pelo que os enfermeiros competentes em nefrologia estão em posição de os monitorizar, basta que queiram envolver-se em tais iniciativas.

Este estado avançado de cuidados só é possível no entanto quando os conhecimentos são atualizados e baseados de evidência científica. Conhecer as leis, as políticas de saúde e os recursos disponíveis na sociedade, orientam-nos para a prática e enriquecem as informações facultados às pessoas com IRCT. Levando-as a adotar comportamentos que contribuem para a eficácia do tratamento dialítico e por conseguinte melhor gestão da fadiga, melhor QV, menos custos em saúde e menor impacto negativo na sociedade. Contudo é indispensável que a pessoa esteja recetiva para os momentos de educação e que compareça às consultas de nefrologia para que sejam facultadas novas informações e monitorizados os seus conhecimentos e comportamentos.

Quanto às estratégias de intervenção benéficas para colmatar a fadiga e melhorar a QV foram realçados: o exercício físico (formas de reabilitação capazes de aumentar a respiração aeróbia e a tolerância ao esforço), a diminuição do sedentarismo e a adoção

de estratégias comportamentais. Estas implicam a ART, a terapia cognitiva comportamental (aceitar a doença/tratamento e conservar a energia após as sessões de HD) e a implementação de programas de educação. Apreendendo aqui os doentes a conhecer, explorar e a gerir os seus sintomas, bem como a avaliar a eficácia das estratégias adotadas.

Os profissionais de saúde não estão despertos nem instruídos para o uso de terapias complementares tradicionais, estas demonstram contudo ser eficazes na redução da fadiga e sintomas a ela associados (dor ósseas, depressão, cansaço, qualidade do sono). Apesar das pequenas divergências quanto à maior ou menor eficácia das terapias, segundo os diversos estudos de evidência científica, são recomendadas de forma geral: a acupuntura, a ETAE e o yoga; alternativas eficazes aos tratamentos utilizados por rotina (EPO, fármacos analgésicos, indutores de sono e antidepressivos). Apesar do efeito da EPO ter sido amplamente investigado na redução da anemia e fadiga, parece contudo não haver consenso quanto à sua administração, pelo que a sua administração deve ser ponderada e a dose adequada às necessidades de cada um, devendo mais estudos debruçarem-se sobre o efeito da EPO no risco de complicações cardiovasculares.

#### **4.5 Metodologia do Estudo de Caso**

Para Collière (1999, p.324) cuidar, implica a “mobilização de energias com o fim de diminuir riscos sociais, de evitar ou atenuar graves problemas humanos.” Necessitando do dispendido de tempo e energia física e psíquica junto de alguém com o intuito de melhorar a autonomia da pessoa/família na gestão da sua doença e tratamento; diminuindo por conseguinte o custo necessário para a sua assistência física, mental, social e económica.

É indispensável por parte do enfermeiro, um “estado de arte” para englobar nos cuidados todas as dimensões essenciais ao ser humano, devendo apoiar-se na investigação e no desenvolvimento da tecnologia para prestar cuidados à pessoa de forma personalizada. Sendo objetivos: conhecer o que os doentes sabem e identificar as suas dificuldades e motivações para lidar com a doença e tratamento, facultando-lhes desta forma os recursos disponíveis para a resolução dos problemas identificados.

O método do Estudo de Caso, “investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização” (FORTIN 2000:165), utilizado de forma extensiva em diversas áreas e segundo Yin (2005) preferido na pesquisa quase-experimental e dissertações, é aqui a metodologia adotada para colmatar a fadiga de

duas pessoas com IRCT em HD, tendo sido realizados dois Estudos de Caso. Necessitou contudo de um método rigoroso ao longo das diferentes fases (pesquisa, definição de problemas, colheita e análise dos dados, composição e apresentação dos resultados) e de orientações de evidência científica para assegurar a validade do construto, tendo sido utilizada a triangulação de teorias e métodos recomendados por Yin (2005).

Foram inicialmente desenvolvidos dois estudos individuais de carácter exploratório-descritivo que servem para descrever, explorar e explicar um fenómeno complexo (fadiga) a partir de uma análise em profundidade e assim “se descobrem e clarificam conceitos em cujo domínio existe pouco material bibliográfico...” (Ibidem, 2000, p.69). O foco encontra-se inserido em fenómenos contemporâneos num contexto da vida real e por isso realizados estudos transversais quanto à sua dimensão temporal.

Quanto à população e amostra: foram selecionadas para os estudos duas pessoas com IRCT em HD de uma clínica do centro de Lisboa, sugeridas pelos dois orientadores de estágio após esclarecidos os objetivos e critérios a que tinham de obedecer: pessoas com sinais de fadiga, sem doença mental, com entendimento e escolaridade suficiente que permitissem a aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Utilizado por isso o método por conveniência, com benefício para as pessoas estudadas e de interesse para o investigador. Tendo previamente solicitado ao Sr. Enf.º Diretor a autorização para a realização dos mesmos (Anexo VII).

Foram limitações à amostragem, o curto período de tempo e o facto de eu não ser prestadora de serviços na instituição. Esta problemática requer proximidade na relação para que seja identificada a fadiga e conhecidos problemas que envolvem a privacidade da pessoa e por isso morosa a seleção das pessoas onde fosse possível intervir. O estágio nesta clínica (decorrido num período mais alargado entre 10/11/2011 a 03/02/2012) permitiu apesar de tudo a realização não só de um estudo conforme programado inicialmente, mas sim de dois Estudos de Caso (Anexo IX e X).

Este tipo de estudo obedece ainda a algumas habilidades enquanto boa pesquisadora e que penso ter respeitado: direito à intimidade e liberdade da pessoa em participar nos estudos e de decidir sobre a extensão da informação a dar. Perante a predisposição inicial diminuída das pessoas em participar, expressa mas não verbalizada, foram incentivadas a responder noutro dia se assim o desejassem, atitude determinante que as levou a participar posteriormente. O consentimento livre e esclarecido foi também solicitado antes de serem aplicados os instrumentos de colheita de dados, tendo optado

pela garantia e proteção da identificação dos intervenientes, respeitando assim os princípios éticos: direito ao anonimato e confidencialidade dos dados da pessoa.

Foi aplicada a escala diferencial semântica e nominal da fadiga FSS de Krupp et al adaptada por Cunha et al (2009), a escala da fadiga direcionada para a fadiga na semana anterior – escala de Chalder et al (1993) e o questionário de Likert da QV - QOL-SF36 validado em português por Ciconelli (1997), instrumentos que permitiram confirmar a presença da fadiga e analisar os indicadores de saúde alterados com repercussões na QV da pessoa. A RSL possibilitou por outro lado concluir que a fadiga é definida pelos autores de diferentes formas consoante a função que se encontre alterada (física ou emocional) e por isso contributos essenciais à sua classificação: em fadiga física, mental ou geral (quando ambos os tipos de fadiga estão presentes).

Foi indispensável estabelecer o diálogo e ser boa ouvinte, isolada de preconceitos. O facto de eu ser prestadora de cuidados durante a colheita dos dados (técnica de observação participante), permitiu que fossem colhidas informações através da comunicação não-verbal: gestos, expressões faciais, olhar, postura e vestuário. Contribuindo estas informações para conhecer o estado físico, psíquico e económico das pessoas bem como problemas e dificuldades que enfrentavam na altura. Foi colhido o que a própria pessoa se disponibilizou a revelar (auto-relato) e interpretadas as respostas que surgiam por vezes entre linhas. Utilizadas entrevistas espontâneas sem questionários e interrogatórios exaustivos tendo apenas recorrido a um guião para colher as informações em falta. Procedi de forma imparcial relativamente às noções que tinha já preconcebido, reduzindo assim a probabilidade da ocorrência de viés; a problemática da fadiga esteve no entanto sempre presente, procurando eventos e informações que me levassem a alcançar os objetivos pré-definidos.

As outras fontes nas quais me baseei foram os dados documentais disponíveis na instituição e informações da pessoa colhidas no processo clínico e em suporte informático, tendo sido organizados em tabelas e constituído o Banco de Dados. Este além de facilitar: a interpretação dos sintomas e o tipo de ART; a análise das sessões de HDF e valores analíticos alterados indispensáveis à abordagem dos problemas e dificuldades sentidas pelas pessoas, poderá servir também para outros investigadores que queiram no futuro servir-se dele no decorrer de novas questões emergentes, podendo eles chegar a novas conclusões. Aprofundar a etiologia da IRCT, conhecer as patologias presentes e os valores laboratoriais que servem de referência à clínica, foram também contributos para uma abordagem cuidada dos dados.

A fadiga, variável dependente dos estudos com repercussão na QV, era difícil de ser aqui tratada quantitativamente face à sua etiologia multifatorial e manifestação multifacetada, tendo sido opção o método qualitativo para tratar os dados colhidos. E como método analítico, utilizada a análise temática de conteúdo para interpretar a problemática da fadiga à luz de trabalhos anteriores e de evidência científica.

A pesquisa e a RSL tiveram como objetivo conhecer as intervenções e as estratégias mais adequadas procurando assim promover mudanças comportamentais indispensáveis à gestão da fadiga e melhoria da QV da pessoa e sua família, tendo sido facultadas a cada pessoa informações personalizadas com o intuito de manipular as variáveis dependentes (fadiga e QV). O manual de acolhimento e o livro de orientação dietética, facultados à pessoa rotineiramente aquando da sua admissão na clínica, mereceu também a minha atenção. Foi por isso elaborado um folheto informativo personalizado (Anexo XI) e entregue às pessoas no fim do estágio.

Foram desenvolvidos segundo Fortin (2000), estudos do tipo quase-experimental, na procura de relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção, podendo daí resultar mudanças significativas. No fim do estágio, foram ainda divulgados à equipa de enfermagem os processos aqui utilizados e os resultados obtidos, procurando assim despontar o seu interesse para a continuidade das boas práticas.

Relativamente à colheita e análise dos dados, estas foram também sentidas como uma das mais árduas dificuldades e por isso contínuas ao longo do estágio, tempo indispensável à avaliação de mudanças após ter intervindo individualmente. Cada pessoa é um caso, sem obedecer a fórmulas de rotina e além da adequada condução por parte do pesquisador para colher informações pertinentes, carece ainda da contínua interação entre as questões teóricas e os dados que são colhidos. Dificuldade que se deve ao facto de eu ser a única pesquisadora, exigindo portanto de maior criatividade e intuição para a adaptabilidade a novas condições.

Os resultados alcançados em cada estudo foram por fim conduzidos à reflexão em conjunto (cruzamento de ideias entre os dois estudos), tendo sido realizado um estudo explanatório: Estudo de Casos múltiplos. Para Yin (2005), analisar dois ou mais estudos dá mais credibilidade ao tipo de estudo, maior significado científico e conclusões enriquecedoras com hipótese de generalizações analíticas para casos semelhantes. Procurando com esta reflexão final, chegar a conclusões com interesse para o desenvolvimento da enfermagem e investigação.

## **5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM IRCT EM HD, NA GESTÃO DA FADIGA E MELHORIA DA SUA QV**

### **5.1 Estudo de Caso da Sr<sup>a</sup> J.M.**

Contextualizada a problemática da fadiga, colhidas informações acerca da Sr<sup>a</sup> J.M. reunidos no Banco de dados (Anexo IX) e aprofundada a etiologia provável da sua IRCT (Glomerulonefrite Crónica), estão criadas as condições para proceder à análise e reflexão acerca das estratégias adotadas perante os problemas identificados.

Após aplicadas escalas da fadiga e QV a 03/01/12 a fadiga está presente entre os três sintomas mais incapacitantes e para Cristóvão (1999), considerada como potencial estressor com influência na QV da pessoa. Relativamente aos domínios de maior insatisfação na QV, foram identificados por ordem decrescente (numa escala de 0 a 100 pontos): o domínio emocional (33,3), a capacidade funcional (40), a dor (41), a vitalidade (45) e segundo Martins e Cesarino (2005), alterados domínios frequentemente afetados.

Foram verificados problemas associados à não ART e interpretados valores analíticos em conjunto com a Sr<sup>a</sup> J.M. O excesso de GPI (> 5% do peso seco) foi aqui identificado e para a APEDT (2007), Hailey e Moss (2000) sinónimo de não adesão à restrição de líquidos. Esta situação é mais evidente sobretudo no primeiro dia da semana de HDF e início do ano de 2012, maior intervalo de tempo sem tratamento e festas Natalícias. A tendência à ingestão de alimentos condimentados e ricos em sal nesta altura é maior e por conseguinte, dificuldade em controlar a sua sede com repercussões negativas na sua saúde física pela sobrecarga hídrica: fadiga, dispneia e cansaço fácil durante certas atividades mais vigorosas com necessidade de descansar após as sessões de HDF; consequências que vão ao encontro do descrito por Cunha et al (2009).

Segundo Kaba et al (2007) a restrição de líquidos em HD é por norma a maior dificuldade que estas pessoas enfrentam, levando-as muitas vezes ao isolamento social e à depressão. Ingerir bebidas durante os momentos de convívio e festas está associada a uma prática cultural e importante para a integração social da pessoa, pelo contrário a sua restrição pode trazer isolamento e tristeza. Resultando o desânimo e a insatisfação da Sr<sup>a</sup> J.M em relação à QV no domínio emocional, da dificuldade em controlar a sua sede e do excesso de peso após a tiroidectomia (aumento do apetite), tendo identificado o pão “como o maior pecado praticado” Sic. E apesar de ter sido ajustado o seu peso seco



(aumento de 2,5 Kg num mês) e diminuída a UF durante as hipotensões no mês de dezembro/2011, são medidas insuficientes quando implementadas isoladamente. Mais importante que chamá-la à atenção para os excessos, é facultar-lhe estratégias que a reeduem para uma alimentação equilibrada e ingestão hídrica adequada, tendo-lhe sido entregue um folheto personalizado (Anexo XI) ao qual poderia recorrer caso necessitasse.

A dispneia (baixa capacidade cardiorespiratória), além de associada ao GPI excessivo poderá resultar também: da anemia, cardiopatia hipertensiva, HVE, sequelas da tireoidectomia, obesidade, lesões pulmonares e hipertrofia muscular causada pelo sedentarismo iniciado com a HD (Cunha et al, 2009). Contribuindo a diminuição da flexibilidade e intolerância ao esforço físico para a sua fadiga física e emocional.

O  $K^+ >5,5$  meq/l, valor acima do recomendado pelos autores Hailey e Moss (2000) e APEDT (2007), foi aqui também verificado a partir de novembro/2011, reflexo da não restrição à dieta rica em  $K^+$ . E segundo Ascensão et al (2003) contribuiu para a fadiga física associada à incapacidade funcional em produzir e manter um determinado nível de “força ou potência muscular” durante a realização de exercícios e por conseguinte: tendência ao sedentarismo, cardiopatias e depressão pela falta de ocupação. As atividades diárias por ela identificadas como mais incapacitantes foram: subir escadas, andar quarteirões, levantar objetos pesados, tomar banho, vestir e calçar. Pelo que desenvolver menos atividades de que gostaria leva-a a estar deprimida uma parte do tempo no último mês, predispondo-a à depressão. Estas limitações além de interferirem moderadamente nas suas atividades sociais e de lazer promovem o seu afastamento social e a debilidade emocional, resultados que coincidem com o mencionado por Medeiros, Pinent, e Meyer (2002), O’Sullivan e McCarthy (2007) e Kouidi (2001).

Relativamente aos valores de  $P^+$  e  $Ca^+$ , estes tendem a estar baixos a nível ósseo e em excesso a nível sanguíneo ( $P^+ >5,5$  mg/dl), promovendo este desequilíbrio a doença cardiovascular e a evolução da osteodistrofia renal. A dor nos joelhos referida pela Sr<sup>a</sup> J.M. enquadra-se nos domínios mais afetados em relação à sua QV e apesar do equilíbrio entre o CaxP ser indispensável à manutenção dos ossos e dentes ele é de difícil controlo: os alimentos ricos em  $Ca^+$  também o são em  $P^+$ , implicando a restrição deste a não ingestão simultânea de proteínas. Pelo que deve prevalecer o bom senso na adoção de uma dieta fracionada e ingeridas vitaminas que compensem as faltas no organismo, não correndo ela o risco de cair na desnutrição pelas restrições demasiado drásticas.

Os valores de  $P^+$  aumentados desde novembro/2011, fora dos objetivos da DGS (2008) e para a APEDT (2007), Hailey e Moss (2000) sinónimo de não adesão à toma dos

quelantes de fósforo ( $P^+ > 7,0$  mg/dl), poderão também estar relacionados com o hiperparatiroidismo e nova descompensação hormonal, pelo que a situação merece ser reavaliada por parte da endocrinologista. E caso não se trate de motivo hormonal, a enfermeira responsável pela farmácia deverá monitorizar a medicação fornecida pela clínica, podendo o balanço entre o que é fornecido e o consumido num determinado período de tempo, inferir acerca da adesão ou não da toma dos quelantes de fósforo. Esta estratégia foi sugerida à equipa contudo até que sejam tomadas novas decisões foi reforçada a importância da toma do Osvaren que tem prescrito.

Sente-se um pouco pior da saúde em geral comparativamente há um ano atrás, recomendando Kouidi (2001), Medeiros, Pinent, e Meyer (2002) um programa de exercício físico regular (na clínica ou em ambulatório sob supervisão) para aumentar as suas capacidades funcionais e psicossociais com contributos positivos para a autoestima e fadiga em geral. Uma vez que a clínica não disponibiliza de fisioterapia foi orientada para o nefrologista para que fosse excluída a presença de patologias cardíacas graves antes de iniciar o exercício físico. Solicitando ele por sua vez a prescrição de exames (prova de esforço, ECG, Ecocardiograma) por parte do médico de família, uma vez que a clínica não os financia e por isso indispensável a adequada articulação entre os profissionais das instituições públicas e privadas para que possam ser assegurados os cuidados de saúde. Excluídas patologias cardíacas, conhecida a motivação da Sr<sup>a</sup> J.M. em frequentar um ginásio e não sendo problema para ela pagar a sua mensalidade, é por isso preferível encaminhá-la para um programa de exercício físico em ambulatório.

No ginásio poderá controlar: a dislipidemia, a anemia, a obesidade, a pressão arterial, a doença coronária/pulmonar e melhorar as estruturas musculares que permitam a tolerância às atividades com menos dispneia. Quanto aos obstáculos referidos por Kouidi (2001): não adesão ao programa em ambulatório por falta de transporte e falta de tempo, poderão ser colmatados com um ginásio perto da sua residência. A seleção de um espaço cativante que proporcionasse novas amizades, munido de um “personal trainer” capaz de avaliar as suas capacidades e limitações, seria também o ideal. A descrição das estratégias personalizadas que se seguem, pesquisadas no fim do estágio e por isso não facultadas à Sr<sup>a</sup> J.M e não divulgadas à equipa, poderão servir de exemplo a seguir em futuras intervenções a uma pessoa em situação semelhante:

- Ginásio Clube atlético de Alvalade (Tel. 218491392): rua Acácio Paiva, nº20, próximo da residência da Sr.<sup>a</sup> J.M., consta de modalidades capazes de lhe proporcionar um treino físico, relaxamento e entretenimento adequado. Varia em relação aos preços (35-45

euros/mês) consoante as opções: exercícios com personal trainer e acesso às máquinas, podendo ainda optar por exercícios de grupo (yoga, dança de ventre e salão e pilates). Consta ainda de uma nutricionista que a poderia acompanhar em simultâneo.

- Recorrendo ao site: [http://www.if-alvalade.pt/destaque\\_espaco\\_senior.html](http://www.if-alvalade.pt/destaque_espaco_senior.html) da sua Junta de Freguesia em Alvalade (Tel.218446609), tomei conhecimento de que poderia ainda usufruir de um programa de atividades e lazer de 2ª a 6ª, das 9h às 13h: ginástica, baile, expressão musical, expressão dramática, atelier de leitura, escrita, cinema e jogos, expressão plástica, iniciação à informática, proporcionando ainda pequenas viagens e passeios; sendo apenas necessária a inscrição e a mensalidade de 5 euros, com contributos para as condições físicas da pessoa e relações interpessoais.

Refletindo ainda sobre a sua insatisfação no domínio emocional em relação à QV são também promotores: o abandono da profissão de enfermagem no seu país de origem perante as intercorrências decorrentes da HD e o receio em ficar sozinha quando a filha regressar à Angola, pelo que a necessidade de voltar a sentir-se útil é cada vez maior. Apesar da opinião dos filhos ser um obstáculo à satisfação deste domínio, pressão por eles exercida para que não volte a trabalhar com receio que perca novamente o acesso vascular, foi intervenção procurar desmistificar os seus medos e receios. Foi sugerido à Srª J.M. que marcasse uma consulta de Nefrologia com brevidade e convidasse a filha a acompanhá-la, ficando esta responsável por comunicar aos restantes irmãos a mensagem que ali fosse transmitida. A mãe teria assim a oportunidade de manifestar a sua vontade e a filha esclarecida de que é importante que a mãe volte a ter uma ocupação desde que adequada às suas capacidades e tomadas as devidas precauções com o acesso vascular. São ainda situações facilitadoras: a predisposição em voltar a ter uma ocupação mesmo que não remunerada em áreas de geriatria e pediatria e a procura de uma pessoa no início de janeiro/2012 para que a acompanhe nos próximos tempos.

A fadiga mental (associada à dificuldade em lidar com a sede, excesso de peso e necessidade em voltar a ter uma ocupação) e a fadiga física (incapacidade funcional em desenvolver atividades mais vigorosas, pela presença das dores ósseas nos joelhos, cansaço fácil e dispneia) resultam por isso em fadiga geral. Podendo este estado de energia, vigor físico e mental diminuído contribuir para a não ART, indo ao encontro da ideia de Cristóvão (2010) quando diz que a fadiga é entre outros um fator que dificulta a gestão do regime terapêutico em HD, existindo por outro lado fatores que poderão proporcionar a sua adaptação e por isso indispensável que os enfermeiros usem esses conhecimentos para dar respostas às necessidades das pessoas.

A Sr<sup>a</sup> J.M. é uma pessoa recetiva a mudanças e apesar das suas comorbilidades demonstra ter um pensamento positivo quando avalia a sua saúde boa no geral, otimismo e determinação em querer resolver os seus problemas. À partida seria suficiente receber o apoio dos filhos e a orientação da equipa na adoção de estratégias que aumentassem a sua satisfação no domínio emocional, tendo sido por isso despertada para esta necessidade durante a apresentação do Estudo de Caso no fim do estágio.

Além de facultadas alternativas à medicação para o alívio da dor nos joelhos: massagem, hidroterapia, aplicação de frio e calor nos locais de dor, foram também divulgadas técnicas de evidência científica (acupuntura, ETAE e yoga) com benefícios na fadiga, estresse, depressão, distúrbios do sono, dor, HTA e valores bioquímicos. A ETEA além dos efeitos semelhantes a antidepressivos segundo Tsay, Cho e Chen (2004), combinada com o programa de exercício físico regular no ginásio e yoga aqui disponível, recomendado por Yurtkuran et al (2007), poderão ajudar a colmatar a sua fadiga geral.

Relativamente aos resultados seria aqui desejável um intervalo maior entre as intervenções e a análise dos mesmos para que pudesse ser avaliada a sua eficácia e por isso desejável que a equipa de enfermagem tivesse ficado motivada para a reavaliar a médio longo prazo. Podendo servir de critérios: a simples adoção de comportamentos de ART, estilos de vida mais saudáveis (ginásio) e a tomada de decisão em iniciar uma ocupação. E embora fossem dificuldades ao estudo a demora na aplicação das escalas de avaliação perante a predisposição inicialmente diminuída da Sr<sup>a</sup> J.M. em participar, concluo benéfica a intervenção educativa junto da mesma. Servem-me de referência a análise dos últimos valores bioquímicos e sessões de HDF e o que a própria verbalizou.

O facto de o GPI ter voltado a aumentar em janeiro/2012, deve-se provavelmente à maior dificuldade na ART durante a época natalícia, podendo aqui surgir viés nos resultados. Tem no entanto saído das sessões hemodinamicamente estável e durante as caminhadas de 1h, sentido menos fadiga física. Relativamente ao estado geral da fadiga, esta parece ter vindo a melhorar também desde dezembro, informação colhida após a análise e o cruzamento de ideias entre as diferentes escalas aplicadas no dia 03/01/12, remetendo estas para as questões nas últimas 4 semanas. Nesta altura já tinham sido feitas intervenções junto da Sr<sup>a</sup> J.M e por isso provável que os resultados obtidos possam dever-se à minha intervenção. Foi ainda manifestado pela mesma, satisfação em relação aos cuidados recebidos, tendo agradecido o apoio e as informações facultadas que a orientam na resolução dos problemas identificados, tendo sido alargados os seus horizontes e um novo rumo a seguir.

## 5.2 Estudo de Caso da Sr<sup>a</sup> E.S.

Encontrando-se aqui da mesma forma reunidas as informações essenciais relativamente à Sr<sup>a</sup> E.S. no Banco de Dados (Anexo X), procedo então à reflexão acerca das estratégias adotadas com vista à resolução dos problemas identificados.

Após ter aprofundado as duas patologias crónicas presentes (IRCT e Mieloma Múltiplo (MM) - etiologia da sua DRC) perceciono que é lhe exigido uma personalidade forte e um pensamento positivo para que possa vencer o estado geral debilitado. Trata-se de duas realidades envolvidas de sofrimento físico e de elevada carga emocional, podendo o estresse causado pelos obstáculos levar a pessoa à depressão se não devidamente gerido. O bom senso possibilitou-me por conseguinte uma boa relação terapêutica junto da Sr<sup>a</sup> E.S enquanto prestadora de cuidados e investigadora.

Procedendo à análise da ART segundo a APEDT (2007), Hailey e Moss (2000) e os objetivos da DGS (2008), os valores do GPI têm estado dentro do recomendado, sinónimo de adesão à restrição hídrica. A urina residual ajuda-a a diminuir a sobrecarga hídrica e apesar de ser desligada frequentemente mais cedo (10 a 15 min a pedido por mal-estar geral) sem sinais que justifique (sinónimo de não ART relativamente ao tempo das sessões), tem realizado tratamentos eficazes ( $eKt/v >1,4$ ). O facto de estar emagrecida e ainda urinar poderá justificar esta eficácia, tem entretanto engordado mais um pouco e por isso reajustado o seu peso seco desde novembro/2011.

Relativamente aos valores de  $Ca^+$ ,  $P^+$  e  $K^+$ , têm estado dentro dos valores recomendados, sinónimo de adesão à toma dos quelantes de fósforo e restrição da dieta rica em  $K^+$  ou então valores beneficiados com a sua espoliação na urina. O facto de os seus valores terem vindo a melhorar significativamente desde novembro/2011, deve-se provavelmente à intervenção por parte do nefrologista ou consciência de que tinha que proceder a mudanças importantes, uma vez que ainda não era possível o efeito das minhas intervenções. Foi no entanto congratulada pelo esforço demonstrado e esclarecida da importância em manter esses comportamentos de ART, tendo sido associada a dor nos joelhos, ombro e coluna lombar às complicações e evolução da sua IRCT e MM (desequilíbrio entre o  $CaxP$ , lesões líticas e desgaste ósseo), com incapacidade funcional para as atividades físicas. Em janeiro/2012, o  $P^+$  volta a estar aumentado ( $>5,5$  mg/dl) e provavelmente associado ao abuso de alguns alimentos ricos em  $P^+$  durante a época natalícia com viés para os resultados.

A entrega do folheto personalizado (Anexo XI) consistiu por sua vez orientá-la para uma dieta equilibrada sendo necessário restringir alguns alimentos ricos: em  $\text{Na}^+$ , pelo aumento da sede e conseqüente GPI, doença cardiovascular, HTA e cefaleias; em  $\text{K}^+$ , com risco na diminuição da força muscular e cardiopatias; e em  $\text{P}^+$ , promovendo este para a osteodistrofia renal, sendo indispensável o equilíbrio entre o  $\text{Ca}^+$  para a manutenção dos ossos e dentes. Os alimentos ricos em  $\text{Ca}^+$  também o são em  $\text{P}^+$ , implicando a restrição deste a não ingestão simultânea de proteínas; o facto de ser uma pessoa emagrecida não deve portanto correr o risco de ficar desnutrida pelas restrições demasiado drásticas, devendo ser tomados os quelantes de fósforo (Revela) e vitaminas que compensam as faltas no organismo.

À semelhança da Sr<sup>a</sup> J.M., refere necessidade de descansar cerca de 4h após as sessões de HDF apesar de sair hemodinamicamente estável; estratégia recomendada por Tsay (2004) e por ela utilizada para ganhar força e vitalidade física para desenvolver as atividades, nomeadamente cuidar da neta. Só que enquanto a Sr<sup>a</sup> J.M. era submetida a sessões exigentes para compensar o GPI excessivo, a Sr<sup>a</sup> E.S. não tinha nem GPI excessivo nem efetuava sessões de HDF agressivas. As VB eram por norma de 350ml/min, manifestando intolerância a valores mais elevados e o tempo das sessões frequentemente encurtados a seu pedido, muitas vezes sem motivo aparente o que me leva a inferir que a sua fadiga é predominantemente de origem emocional.

A favor desta ideia estão as mudanças frequentes das clínicas de tratamento, desculpando-se com a falta de condições e mau relacionamento com a equipa de enfermagem. Nunca chegou a aceitar a doença/tratamento e o facto de ter que se deslocar: ao IPO de 15 em 15 dias para fazer a QT; à clínica 3 vezes por semana para realizar a HDF; acrescentando os dias em que vai às consultas de rotina, resume a que a sua vida gira em volta das instituições de saúde, revoltando-se com a situação de dependência, não lhe sobrando muito tempo nem disposição para fazer o que gosta.

Recorrendo às escalas da fadiga e QV aplicadas a 5/12/11, a fadiga está presente sendo identificada como um dos três sintomas mais incapacitantes e para Cristóvão (1999), como potencial estressor ocupando o primeiro lugar com influência na QV da pessoa. Sendo identificados por ordem decrescente (numa escala de 0 a 100 pontos) os domínios alterados com repercussões negativas na sua QV: emocional (0), limitação por aspetos físicos (25), capacidade funcional (45) e saúde mental (48). A sensação de cansaço e a falta de energia mantêm-se na semana anterior à aplicação das escalas (fins

de novembro), sinal de que não tem melhorado muito nos últimos tempos. Quanto à sua saúde no geral classifica-a em ruim, embora um pouco melhor que há um ano atrás.

Encontra-se a maior parte do tempo (novembro): nervosa, esgotada, deprimida, desanimada, abatida e infeliz, estado depressivo identificado e por conseguinte o tipo de fadiga dominante: fadiga mental. Quando questionada relativamente às últimas 4 semanas: “quanto do seu tempo, o seu estado físico ou emocional, têm interferido nas suas atividades sociais” é selecionada a opção “nenhuma parte do tempo”, leva-me a pensar que já não planeia sequer momentos de convívio. Contribuindo o estado emocional, para a diminuição dos momentos de lazer e isolamento social.

Era conhecido o abandono do antidepressivo (Trazadone) por alegar efeito contrário ao esperado e a renitência em ser acompanhada por um psicólogo/psiquiatra. Perante esta situação e face à insatisfação em relação ao domínio emocional, foi apoiada psicologicamente no intuito de que adotasse uma postura positiva perante a doença/tratamento; devendo ela permitir a ajuda da restante equipa, apoio da família e recursos disponibilizados pela sociedade. Foi-lhe comunicada o tipo de fadiga presente e encorajada a tomar decisões após apresentadas algumas soluções alternativas, sendo o diálogo que se segue um exemplo aproximado do que foi conversado:

-“não deve viver exclusivamente para o tratamento, aproveite ao máximo o prazer da vida na companhia do seu marido, família e amigos, partilhando com eles todos os seus medos e preocupações. Passados quase 5 anos, precisa decididamente de aceitar a sua doença/tratamento nem que para isso seja necessário receber ajuda de um especialista. Fica em casa sem se distrair enquanto o seu marido vai trabalhar, por enquanto vai-se ocupando da neta mas quando ela for para um infantário como vai ocupar o seu tempo? Não gostaria de voltar a ter uma ocupação para voltar a sentir-se útil? Que rumo quer dar à sua vida? Temos à disposição na clínica uma assistente social que poderá ajudá-la a procurar um trabalho de voluntariado adequado às suas capacidades se assim o desejar. Envolver-se em grupos recreativos e fazer novas amizades parece-me também ser uma boa opção, mas só a senhora o poderá decidir.”

Quanto à dificuldade em realizar atividades mais vigorosas: limpar a casa; levantar ou carregar objetos pesados; subir lances de escadas; ajoelhar-se; andar mais de 1 Km ou vários quarteirões e por conseguinte fadiga física, resultam no meu ver não só do estado evolutivo das suas doenças (IRCT e MM), com repercussões no domínio físico e capacidade funcional em relação à QV, mas também devido ao sedentarismo iniciado com a HD. Promovendo esta condição para a hipertrofia muscular e menor flexibilidade

(Cunha et al, 2009) para desempenhar as suas atividades de vida. A inatividade após a reforma antecipada; adiar em sair e conviver com as amigas; deixar de fazer férias no Algarve por dificuldade em conciliar os horários do tratamento com os dos transportes (impossibilitando a sua situação económica de fazê-las noutra sítio), são também sinais de isolamento social por atividades recreativas diminuídas.

O cansaço fácil e a dispneia poderão aqui ocorrer também associados ao estado físico debilitado com menor intolerância respiratória para o esforço físico, consequência das suas patologias: HVE, enfisema e lesões pulmonares por hábitos tabágicos, mas também como resultado final da ansiedade (sensação de falta de ar) e insatisfação em relação ao domínio emocional da QV. Sentimento que a leva à reativação dos hábitos tabágicos (20 cigarros/dia) desde 2011 e o facto de não ser seguida atualmente em nenhuma consulta de pneumologia mereceu a minha atenção. Foram reforçados os malefícios do tabaco e associada esta prática ao agravamento das patologias que já possui, podendo ser desenvolvidas outras doenças igualmente graves (IC, EAM, novos AVC). E foi informada dos centros hospitalares: Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente em Lisboa que proporcionam consultas de tabagismo e desabituação, sendo proveitoso que comparecesse a elas nos dias em que faz a HDF (situando-se o Pulido Valente junto à clínica de HD) evitando assim mais deslocamentos.

A fadiga mental, dificuldade em lidar com a doença/tratamento e tendência ao isolamento social e a fadiga física, dores ósseas e incapacidade funcional em desenvolver atividades mais vigorosas pela evolução das suas doenças (MM e IRCT) contribuem para a sua fadiga em geral. Podendo este estado de vigor físico/emocional diminuído, constituir um risco para a ART e eficácia do seu tratamento de HDF.

Foram ainda indicadas técnicas alternativas à medicação para as dores nos joelhos, ombros e coluna (massagens, hidroterapia, aplicação de frio e calor nos locais de dor) e divulgadas técnicas de evidência científica: acupuntura, ETAE e o yoga, com benefícios no estresse, depressão, sono, dor, HTA, valores bioquímicos e fadiga em geral. Apesar das suas dificuldades económicas e reconhecer que são terapias dispendiosas não participadas pelo SNS, foi objetivo facultar-lhe todo o tipo de informação disponível mantendo-a o mais informada possível. Trata-se de uma pessoa com fadiga geral de origem essencialmente emocional e por isso adequadas no meu ponto de vista: a ETAE, técnica segura e não invasiva com efeito similar a antidepressivos segundo Tsay, Cho e Chen (2004) e o Yoga, técnica relaxante recomendada por Yurtkuran et al (2007).



As estratégias que se seguem, resultado da pesquisa efetuada após reunião com a docente responsável e término do estágio, associadas às que foram já divulgadas teriam sido igualmente relevantes. Contudo fica o exemplo a seguir para outros pesquisadores que pretendam dar resposta a uma situação semelhante.

Ao recorrer ao site: <http://www.jf-sdomingosbenfica.pt/> da Junta de Freguesia da sua área de residência (Rua Raul Carapinha, São Domingos de Benfica em Lisboa, Tel: 21 724 86 10), tive conhecimento de que esta promove: viagens e passeios; momentos dedicados à expressão cultural: fado, dança (ginásio), arte e pintura; e cuidados de saúde especializados de difícil reposta nos Centros de Saúde a toda a população a preços mais reduzidos. Disponibiliza ainda de um Gabinete Clínico (Tel: 217743364) em funcionamento de 2ª a 6ª feira, proporcionando as seguintes áreas:

- serviço de Psicologia: acompanhamento individual ou em grupo (ações de formação) à 3ª feira das 10h às 12h, em horário não sobreponível aos dias de HDF da Srª E.S., podendo aqui ajudá-la na resolução do seu problema de origem emocional;

- e serviço de Fisioterapia: técnicas e abordagens específicas que têm como objetivo avaliar, minimizar problemas, prevenir e tratar variadas disfunções. Em funcionamento de 2ª a 6ª feira das 10h às 12h (em horário a combinar), podendo este serviço ser contribuir para a melhoria do seu estado físico debilitado.

Proporcionar à Srª E.S. as informações disponíveis no site: [www.sal.pt](http://www.sal.pt) teria sido também uma boa opção. A empresa de animação turística Sistemas de Ar Livre (SAL), criada em 1996 em Setúbal, organiza os mais diversos momentos recreativos a preços acessíveis: caminhadas pedestres com itinerários e graus diferentes de dificuldade (entre eles os de baixa dificuldade mais indicados para a Srª E.S.); cruzeiros fluviais e costeiros pelo país; eventos de animação, entre outros. Bastava que se mantivesse informada do programa anual e se inscrevesse no próprio dia no local a reunir.

Segundo Koudi (2001), Medeiros, Pinent, e Meyer (2002), é preocupação da enfermagem conhecer a motivação do indivíduo para estabelecer exercícios dentro da sua capacidade funcional e uma vez que a clínica não dispõem de recursos de fisioterapia e conhecendo as dificuldades económicas da Srª E.S. em recorrer a técnicas tradicionais benéficas para este efeito, vejo nos recursos disponibilizados pela Junta de Freguesia a oportunidade de melhorar a sua fadiga física (estado físico debilitado e dores osteoarticulares). Por integrar duas patologias que promovem o desgaste ósseo e por isso maior risco de quedas e fraturas, o mais indicado seria realizar um treino de exercício físico não agressivo. As caminhadas associadas aos momentos de fisioterapia

aumentariam a sua força muscular e flexibilidade para desempenhar atividades que exigem mais esforços e por conseguinte melhoria significativa da sua saúde física, contribuindo para o aumento do apetite, diminuição das insónias, controlo da pressão arterial, melhoria da circulação sanguínea e cefaleias. Não descurando a necessidade de assegurar primeiramente a sua condição cardíaca, junto do médico de referência.

As atividades e passeios disponibilizados por ambos os recursos da comunidade (SAL e Junta de Freguesia) poderiam também ser uma alternativa à sua dificuldade em fazer férias, proporcionando a si e ao marido: momentos de distração, relaxamento e convívio social, com benefícios na sua fadiga mental. A inscrição em ocupações como: expressão cultural, arte, pintura, música e dança seria também importante para estabelecer novas amizades e diminuir o isolamento social.

Refletindo acerca das intervenções instituídas, a percepção com que fiquei no fim do estágio, foi a de que tem vindo a melhorar demonstrando mobilizar nessa altura alguns esforços na adoção de melhores estilos de vida. Perante as seguintes mudanças: iniciativa em parar o Alprazolam que fazia no início das sessões para que estas passassem mais rápido; interesse em querer saber a que especialista me referia; e o facto de ter reduzido significativamente a quantidade dos cigarros: “ontem só fumei um e hoje ainda não fumei nenhum”, leva-me a crer que apresenta atualmente alguma motivação em querer encarar a realidade. E além do que foi conversado, é essencial descobrir o que está disposta a fazer, porque se não houver motivação e metas a alcançar, todo o discurso terá sido em vão.

À semelhança do estudo anterior, também aqui era necessário um intervalo maior entre as intervenções e a análise dos resultados para que fosse avaliada a eficácia das mesmas a médio/longo prazo. E por isso desejável que a equipa de enfermagem tivesse ficado motivada com a apresentação do Estudo de Caso: reavaliasse as intervenções e conclusões positivas fossem encontradas. Adotar estilos de vida saudáveis (deixar de fumar), fazer caminhadas, passear, conviver e arranjar uma ocupação que lhe proporcionasse novos objetivos de vida, seriam para a Sr<sup>a</sup> E.S mudanças significativas.

Apesar do pouco tempo passado com a Sr<sup>a</sup> E.S., considero o trabalho de parceria aqui desenvolvido uma experiência gratificante para ambas. Para mim, pela capacidade relacional em ter lidado com uma pessoa com obstáculos de vida tão fortes e para ela, não só pelas pequenas mudanças que demonstra vir a propor-se, mas também pelos gestos de gratidão com que se despediu de mim no fim do estágio.

### 5.3 Estudo de Casos Múltiplos

Selecionados os alvos dos meus cuidados: pessoas com IRCT em HD e equipa de enfermagem foram reunidas recomendações baseadas de evidência científica e implementadas as seguintes estratégias que penso serem adequadas ao desenvolvimento de um programa de educação/formação para gerir a fadiga.

1º Identifiquei problemas (entre eles a fadiga) e selecionei as pessoas a estudar; colhi informações acerca das mesmas através do auto-relato e informações disponíveis na instituição e organizei-as em tabelas (Banco de Dados) por serem fáceis de analisar;

2º Procedi à análise dos valores laboratoriais das pessoas e foram interpretados sintomas em conjunto, tendo-lhes sido facultadas informações individualizadas;

3º Expliquei o conceito de fadiga e a finalidade em aplicar as escalas da fadiga e o questionário da QV, tendo solicitado previamente a sua colaboração para participarem nos estudos;

4º Após aplicadas escalas e confirmada a presença da fadiga, foram-lhes comunicados os resultados e oferecidas ferramentas e estratégias que as encaminhassem para a gestão do autocuidado, gestão da fadiga e melhoria da QV; entre elas um folheto personalizado entregue no último dia de estágio;

5º Por fim, foram apresentados os Estudos de Caso à equipa de enfermagem e facultados métodos e instrumentos de avaliação (escalas da fadiga e questionários da QV) que lhes permitisse reavaliar as intervenções a médio longo prazo (6 meses a 1 ano).

Relativamente aos resultados obtidos, foi possível identificar a presença da fadiga geral em ambos os estudos. Na Sr<sup>a</sup> J.M., predominante os comportamentos de não ART que levam à fadiga física e consequente fadiga mental pela incapacidade física em voltar a ter uma ocupação e na Sr<sup>a</sup> E.S., a fadiga de origem essencialmente emocional (fadiga mental) sendo o problema principal a não aceitação da doença e tratamento.

A colheita dos dados: etiologia da IRCT, informações demográficas, história clínica das pessoas, hábitos de vida, relação familiar, recursos socioeconómicos, cumprimento do tempo de tratamento, parâmetros de diálise, intercorrências durante as sessões e valores laboratoriais foram indicadores importantes para avaliar a saúde das pessoas a nível físico e psicológico. Aplicar instrumentos de medida capazes de avaliar a sua fadiga e QV, levaram por outro lado a pessoa a refletir sobre a perceção que tem em relação às mesmas, fomentando assim a necessidade de adquirir novos conhecimentos.

Face a uma situação de doença, que implica por norma mudança de hábitos de vida e nem sempre bem aceite pelas pessoas, é essencial saber o que mudar e porquê mudar. O objetivo final da HD é que o doente se sinta bem (sem edemas) e realize sessões sem intercorrências, permitindo a análise dos exames bioquímicos e o cálculo do GPI auxiliar o médico a determinar a intensidade das sessões e a avaliar o seu estado fisiológico. Valores bioquímicos descompensados e GPI fora dos valores recomendados, inferem à partida comportamentos de não ART, carecendo este diagnóstico de ensinamentos de enfermagem e estratégias que os levem a adotar comportamentos adequados de saúde para que possam melhorar a sua condição física, psicológica e social.

Quanto à intervenção e estratégias facultadas para colmatar a fadiga, foram realçadas: o exercício físico, a diminuição do sedentarismo, a adoção de terapias complementares tradicionais e as estratégias comportamentais. Estas defendem o comportamento de ART (dieta adequada, restrição de líquidos, cumprimento do tempo de HD e toma da medicação e suplementos nutricionais); a terapia cognitiva comportamental (aceitar a doença/tratamento e conservar energia após as sessões de HD); e os programas de educação (incentivar os doentes a conhecer, explorar e a gerir os seus sintomas entre eles a fadiga, bem como avaliar a eficácia das estratégias adotadas).

Apesar dos profissionais de saúde não serem instruídos para o uso de terapias complementares, estas demonstram eficácia na redução: da fadiga em geral, dores ósseas, cansaço, estresse, depressão, distúrbios do sono, HTA e valores bioquímicos descompensados. E recomendado pelos autores de estudos de elevado nível de evidência científica: a acupuntura, a ETAE e o yoga como alternativa aos tratamentos utilizados por rotina (EPO, fármacos analgésicos, antidepressivos).

As estratégias utilizadas devem ser ajustadas a cada pessoa e por isso necessário que a equipa multidisciplinar reflita sobre as medidas, tecnologias e opções que melhor contribuem para a sua satisfação e bem-estar. A entrega de um folheto personalizado, no fim do estágio e numa linguagem perceptível, foi o complemento às informações verbalmente transmitidas em substituição do material exaustivo habitualmente oferecido na clínica. Após reflexão com a docente responsável, foram aprofundados recursos da comunidade podendo estas informações associadas às estratégias facultadas, resultado provavelmente em mudanças mais significativas. Apesar de pesquisadas no fim do estágio e por isso não divulgadas nem às pessoas nem à equipa de enfermagem, ficam contudo como exemplo a seguir em intervenções futuras para casos semelhantes.

A investigação só traz benefícios se estiver próxima dos utilizadores e prestadores de cuidados, sendo necessário interessar tanto a uns como a outros e por isso finalidade despertar os alvos da minha intervenção para a problemática da fadiga, sendo essencial que percebessem o impacto que esta tem nos vários domínios da QV. Foi comunicado às pessoas o tipo de fadiga que enfrentavam e informações capazes de a colmatar e por fim apresentados à equipa de enfermagem os Estudos de Caso desenvolvidos (a 30 e 31 de janeiro/2012, com a duração de 1 hora), métodos e ferramentas utilizados com o objetivo de que ficasse motivada para a continuidade deste percurso; permitindo o *follow-up* da minha intervenção a médio/longo prazo, chegar a novas conclusões.

Apesar do meu projeto inicial ser direcionado apenas para um Estudo de Caso, percebi que havia interesse em abordar duas pessoas com fadiga, vendo aqui a oportunidade de submeter os dois estudos a um cruzamento de ideias e reflexão final: Estudo de Casos múltiplos. E segundo Yin (2005), preferido e enriquecedor com benefício analítico substancial, podendo aqui ser realizadas generalizações analíticas mais amplas.

As pessoas selecionadas sofrem a influência de diferentes contextos de vida e por conseguinte diferentes formas de lidar com a doença, tendo sido desenvolvidos estudos individuais. Foram contudo orientados de forma semelhante (programa de educação) e por fim adotados hábitos de vida mais saudáveis, verbalizando ambas as pessoas: satisfação relativamente aos conhecimentos adquiridos e cuidados recebidos; contribuindo segundo Cristóvão (1999) para a segurança em relação às tomadas de decisão e por conseguinte motivação em aderir ao tratamento e gerir a sua própria vida.

Embora tivessem sido dificuldades aos estudos: a seleção das pessoas com fadiga, cujo sintoma é multifatorial; a recolha de informação, carecendo esta de muito tempo de contacto com as pessoas envolvidas e perspicácia na interpretação da informação colhida; e o tempo, sendo aqui desejável segundo Merlin e Gallant (2010) um programa de educação mais prolongado para que pudesse ser implementado e avaliado de forma mais eficaz, foi possível estabelecer uma relação terapêutica adequada e tomadas de decisão por parte delas mais responsáveis.

Refletindo acerca das experiências vividas nos diferentes campos de estágio, é imprescindível que os enfermeiros valorizem, dinamizem e desenvolvam programas de educação capazes de promover uma atitude mais proativa das pessoas no seu projeto de saúde. Exigindo este cuidar de criatividade e reajuste das ações dos cuidados à medida que se vai avaliando a progressão da pessoa relativamente à sua posição e mudança na vida. Os enfermeiros, intermediários dos cuidados entre as equipas multidisciplinares e os

seus recetores (pessoas), têm o privilégio de poder participar na formulação, implementação e avaliação de políticas que visam a melhoria dos cuidados, sendo necessário dar visibilidade do que fazem (registos) e do que gostariam de fazer.

Este relatório realça portanto a distinção entre os cuidados prestados por uma enfermeira especialista e uma enfermeira generalista, o que implica que cuidados quotidianos prestados de forma rotineira e sistemática sem significado, desligados de suporte relacional, têm de deixar de o ser. Devem ser analisados e questionados os métodos e estratégias utilizadas junto das pessoas, de forma a serem utilizadas fontes de energia adequadas à natureza dos seus problemas de saúde e reconhecidos também os seus limites profissionais (consciencialização profissional). Sendo necessário um ato de reciprocidade para que a qualidade dos cuidados seja alcançada: um prestador disponível para cuidar e o desejo de um recetor em ser cuidado.

A disponibilidade do enfermeiro para cuidar nem sempre ocorre devido ao seu estado físico, económico e psicológico debilitado, consequência das pressões de ordem física, psicoafetiva, organizativa, hierárquica e institucional. Tendo percecionado durante este estágio a diminuição da motivação de alguns elementos da equipa para “cuidar” e confirmada a sua insatisfação em relação às recentes mudanças instituídas na clínica: “Modelo de pagamento por preço compreensivo” integrado na Plataforma da GID emanada pela DGS (2008). Estes procedimentos implementados pelo Governo consistem em diminuir o défice económico em prol dos cuidados de saúde na razão custo/eficácia. E embora tivesse pensado que a apresentação dos estudos seriam nesta altura pouco eficazes face à sua predisposição diminuída, foi conclusivo tratarem-se de um bom momento de formação e partilha. A favor desta ideia, está a satisfação verbalizada relativamente aos conhecimentos adquiridos e ferramentas facultadas e o facto da maioria não se encontrar familiarizada com esta problemática, tendo a apresentação dos estudos em dias diferentes possibilitado que mais enfermeiros fossem sensibilizados.

O Programa de educação/formação para a saúde revelou portanto ser a intervenção mais adequada a ser disponibilizada às pessoas com IRCT em HD e equipa de enfermagem, tendo sido aumentados os seus conhecimentos em relação à gestão da fadiga com efeitos positivos na QV das pessoas. E uma vez que sob tais circunstâncias variadas (contextos de vida diferentes), conseguir chegar à mesma conclusão relativamente à eficácia das estratégias utilizadas em ambos os estudos, é possível que o programa aqui desenvolvido possa ser utilizado noutras circunstâncias em situações semelhantes pela validade e capacidade externa de generalização das suas descobertas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É urgente hoje em dia que os enfermeiros deem provas do seu contributo social e económico na sociedade, face ao aumento da DRC e suas repercussões na vida das pessoas, sendo juridicamente reconhecidos pela garantia e competência com que prestam os seus cuidados. Esse poder é oriundo do desenvolvimento profissional e da formação contínua numa determinada área de assistência especializada, sendo desejável a motivação e a disponibilidade para prestar cuidados com qualidade e dignidade. O presente trabalho, reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas, descreve aqui as competências adquiridas enquanto enfermeira especialista e os objetivos alcançados com esta formação em Nefrologia.

Esta área de intervenção, além de carecer de um conhecimento alargado por parte dos prestadores de cuidados, requer a adequada articulação entre as entidades públicas e privadas para que seja proporcionada a assistência e o devido encaminhamento das pessoas para os serviços de saúde. Este procedimento contribui para a acreditação das instituições com ganhos na saúde, devendo por parte delas existir o desejo e o compromisso em melhorar a qualidade dos cuidados. Caminhar a par da evolução tecnológica; promover condições de trabalho e assegurar um ambiente seguro para as pessoas doentes e profissionais de saúde; bem como proporcionar-lhes momentos formativos que os motivem para prestar cuidados eficientes, são também indispensáveis. Critérios que me levam a avaliar de modo geral, positivo o desempenho das instituições por onde passei durante os estágios clínicos.

O Estudo de Caso, metodologia adotada para aprofundar a vivência de duas pessoas com IRCT em HD durante o 2º período de estágio numa clínica do centro de Lisboa, permitiu identificar a presença da fadiga geral. Tendo demonstrado ser uma abordagem de interesse público pela identificação de programas e estratégias bem-sucedidas para melhorar as condições sociais das pessoas. Foi necessário recorrer em ambos os estudos: à RSL, ao modelo teórico concetual e aos conhecimentos adquiridos durante os três ensinamentos clínicos em HD e DP. Serviu-lhes ainda de suporte a Investigação (fundamento teórico), o REPE e o estatuto da OE, linhas orientadoras para a Enfermagem e para mim essencial durante a prestação de cuidados.

O modelo teórico de Henderson, conhecido por todos e relevante para os cuidados de enfermagem, em conjunto com o Modelo de Orem e a sua TDAC, levaram-me a olhar

para a pessoa como um “actor ou agente deliberado”. Tendo servido de orientação para a prática clínica, expressões como: “é a auto-compreensão do doente e o seu desejo de adoptar um estilo de vida saudável, que constitui o factor crítico”(p.4), bem como são “...as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação que fazem da enfermagem um serviço de maior importância” (p.5) (HENDERSON, 2007). Sendo essenciais para prestar cuidados com qualidade segundo Taylor (2004): a concentração na pessoa, na situação, nas suas capacidades de ação, autogestão e motivação em assumir novas responsabilidades na sua vida.

Apesar das limitações da pessoa com IRCT em HD, esta pode viver o mais próximo da normalidade. Cabe ao enfermeiro orientá-la para que aceite e se adapte à doença e tratamento, adotando medidas que promovam o seu bem-estar diminuindo assim a necessidade de ser assistida física e psicologicamente, com menos custos para a saúde e sociedade. Sendo necessário: analisar os fatores que influenciam o seu processo de saúde-doença (défices de conhecimentos, competências e motivações para lidar com a doença e tratamento); conhecer a realidade em que vive e os seus recursos socioeconómicos, condições indispensáveis a uma intervenção mais assertiva.

Foi planificado e implementado um programa de educação junto das duas pessoas seleccionadas, tendo sido divulgadas informações e estratégias promotoras do autocuidado, hábitos de vida saudáveis e gestão da fadiga em geral com benefícios para a sua QV. Além de esclarecidas quanto às suas doenças de base e complicações de saúde, foram incentivadas: a adotar comportamentos de ART, voltar a ter uma ocupação e reintegrar-se na sociedade, realizar programas de exercício físico e a recorrer a técnicas complementares (acupuntura, ETAE, yoga) em lugar das condutas habitualmente praticadas. Os hábitos de vida, crenças e costumes, valores enraizados e difíceis de modificar, influenciam os seus comportamentos pelo que um programa só faz sentido se a pessoa estiver consciencializada de que tem dificuldades e que necessita de ser ajudada, devendo a própria desejar e procurar o apoio profissional adequado. Conhecer as suas aspirações é por sua vez indispensável para perceber que estratégias lhe apresentar, evitando assim o seu abandono muito antes de serem aceites e postas em prática.

O momento de formação junto da equipa de enfermagem no fim do estágio, consistiu por sua vez em sensibilizar os enfermeiros para esta problemática, tendo sido apresentados os Estudos de Caso no fim do estágio, facultados métodos e instrumentos de avaliação aqui utilizados (folheto personalizado e escalas/questionário de avaliação da fadiga e QV) que lhes permita reavaliar a efetiva eficácia das minhas intervenções a



médio/longo prazo; podendo a própria chegar a novas conclusões e/ou à identificação de novos problemas que necessitem de ser resolvidos.

O programa de educação/formação é por isso positivo e oportuno para todos os intervenientes pelo aumento dos conhecimentos de evidência científica durante a abordagem da multifacetada fadiga. Para mim, desafiante pela oportunidade que tive em abordar a fadiga em diferentes contextos de vida; para as pessoas estudadas, gratificante pela mudança de comportamentos indispensáveis à gestão da fadiga tendo elas manifestado satisfação relativamente aos cuidados recebidos e conhecimentos adquiridos que aumentam a sua segurança em relação às tomadas de decisão; e para os pares, sensibilizadora enquanto método de reflexão sobre que estratégias adotar perante uma problemática da atualidade com repercussões na QV das pessoas, tendo a maioria verbalizado satisfação relativamente ao conteúdo abordado e material facultado.

Esta experiência leva-me a concluir que as pessoas depositam em nós a confiança de serem cuidadas, basta que demonstremos disponibilidade e vontade de as ajudar. Nem todos enfrentam a doença/tratamento com o mesmo ritmo de adaptação, devendo as estratégias implementadas serem ajustadas às necessidades de cada um. Embora haja consenso clínico de que todas as TSFR são recomendáveis de forma geral, a HD continua a ser o tratamento realizado pela maioria das pessoas (75%). Estas, devem por isso ser esclarecidas das modalidades disponíveis durante a consulta de opções na fase pré-diálise, podendo assim exercer o seu poder de escolha o mais informada possível, optando pelo que consideram melhor para si.

Apesar da complexidade envolvida neste trabalho de investigação, cujo objetivo foi manipular e colmatar o fenómeno em estudo (fadiga), penso ter conseguido alcançar os objetivos a que me propus. Foi conclusivo em ambos os Estudos de Caso, que o programa de educação/formação é a intervenção adequada à gestão da fadiga da pessoa com IRCT em HD, com contributos positivos nas áreas de atuação: formação, supervisão e gestão dos cuidados. E após elaborado um Estudo de Casos múltiplos, tendo sido cruzadas ideias e explanadas teorias que oferecem maior evidência científica ao tipo de estudo, é possível concluir que este programa pode ser utilizado em casos semelhantes pela validade e capacidade externa de generalização das suas descobertas.

Deixo por isso aqui o desafio aos leitores e futuros investigadores que queiram servir-se deste trabalho, cuja investigação tenha demonstrado interesse, que continuem o trabalho até aqui desenvolvido como prática indispensável ao desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e enquanto profissão.

## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOEDO, Manuel (2007) – A Diálise Peritoneal na Insuficiência Renal Crónica Terminal em Portugal. In: Aniversário da APIR. Coimbra com mais de 100 Transplantes Renais em 2007. **Nefrâmea** [em linha]. Nº 135, (novembro-dezembro 2007) p. 14-16. Acedido a 24/07/2011. Disponível em:

[http://www.apir.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0784152001199300491-185.pdf](http://www.apir.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0784152001199300491-185.pdf)

ASCENSÃO et al (2003) – Fisiologia da fadiga muscular. Delimitação conceptual, modelos de estudo e mecanismos da fadiga de origem central e periférica. **Revista de Ciências do Desporto** [em linha]. Vol.3, p.108-123. Acedido a 13/07/2011. Disponível em: [http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos\\_soltos/vol.3\\_nr.1/2.3.revisao.pdf](http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos_soltos/vol.3_nr.1/2.3.revisao.pdf)

APIR (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais) (2011) – Encontro Renal de 2011; **Nefrâmea** [em linha]. Nº156. (maio-junho 2011) p.14-15. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: <http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=077e29b11be80ab57e1a2ecabb7da330>

APEDT (Associação Portuguesa de enfermeiros de Diálise e Transplantação) (2007) – **Tratamento da anemia na Doença Renal Crónica. Guia para a prática clínica (estádios 1-3)**. 1ªEdição (2007). ISBN: 978-84-612-0047-4

BIRUEL, Elisabeth (2012) – **Transformando a Pergunta de Pesquisa em Estratégia de Busca**. BIREME/OPAS/OMS [em linha]. Acedido a 12/07/2012. Disponível em: [http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Oficina\\_USP\\_Psic\\_.pdf](http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Oficina_USP_Psic_.pdf)

BONNER, A.; WELLARD, S.; CALTABIANO, M. (2008). Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. **Journal of Clinical Nursing** [serial online]. Vol. 17, nº 1, p.90-98. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009744771&site=ehost-live>

BRASIL [et al] (2008) – Qualidade de Vida de portadores de dores crónicas em tratamento com acupunctura. **Revista Electrónica de enfermagem** [em linha]. Vol.10, nº 2, p.383-394. Acedido a 04/07/2011. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a10.pdf>

BRYK CZNSKI, Karen A. (2004) – **Patrícia Benner - De Principiante a Perito**: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-838374-6. p.15-34

CESARINO, C.B., CASAGRANDE, L.D.R. (1998) – Paciente com insuficiência Renal crónica em tratamento hemodialítico: Actividade Educativa do Enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Ribeirão Preto. Vol.6, nº 4. (outubro 1998) p. 31-40. Acedido a 01/07/2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873.pdf>

CIRCULAR NORMATIVA Nº 03/DSCS/DGID. In: PORTUGAL. Direcção Geral Da Saúde (2008) - Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Metas e Objectivos para Monitorização de Resultados em Diálise. Lisboa, DGS, 22/02/08. Acedido a 23/10/2011. Disponível em:

<http://www.adrnpsede.org.pt/imagens/legislacao/Circular%20Normativa%20n4%202008.pdf>

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). **Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lidel - Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Março, 1999. ISBN: 972-757-109-3

CRISTOVÃO, Filipe (1999) – Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. **EDTNA/ERCA Journal**. Lisboa. Vol. 25, nº 4. p. 35-44

CRISTOVÃO, Filipe (2010) - **Viver com Doença Renal Crónica em Hemodiálise: Percepção dos Doentes sobre as Dificuldades e Estratégias para Gerir o Regime Terapêutico**. XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia 11 a 15 setembro de 2010. Vitória

CUNHA [et al] (2009) – Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crónicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioterapia e Pesquisa** [em linha]. São Paulo. Vol.16, nº2. (abril-junho 2009) p. 155-160. Acedido a 02/07/2011. Disponível em: [www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf)

CURTIN, R.; MAPES, D. L. (2001) – Health Care Management strategies of long-term dialysis survivors. **Nephrology Nursing Journal** [serial online]. Vol. 28, nº1, p. 385-394 Acedido a 23/07/2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143460/>

CURTIN, R. et al (2002) - Hemodialysis patients' symptom experiences: effects on physical and mental functioning... including commentary by Arslanian J with author response. **Nephrology Nursing Journal** [serial online]. Vol. 29, nº6 (december 2002) p. 562-574. Acedido a 12/07/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003056403&site=ehost-live>

DAVISON, S.; JHANGRI, G. (2010) - Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. **Journal of Pain & Symptom Management** [serial online]. Vol. 39, nº3 (march 2010) p.477-485. Acedido a 12/07/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010603751&site=ehost-live>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGD) (2000) – **Manual de Boas Práticas para a Hemodiálise a que se refere o nº4 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 505/99**, de 20 de novembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei nº 241/2000, de 26 de setembro. Acedido a 08/12/2011. Disponível em:

[http://gid.min-saude.pt/publicacoes/le/manual\\_boas\\_praticas\\_hemodialise.pdf](http://gid.min-saude.pt/publicacoes/le/manual_boas_praticas_hemodialise.pdf)

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2002) - **Direção de Serviços de Planeamento e Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia**. Lisboa. ISBN: 972-675-092-X. p. 56-57. Acedido a 25/07/2011. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2004) – **Plano Nacional de saúde 2004/2010: orientações estratégicas**. Lisboa. Acedido a 01/07/2011. Disponível em:

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGD, 2011) – **Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5**. Norma da DGS. Lisboa. Acedido a 20/01/2012. Disponível em: [www.mgfamiliar.net/DGSIRC5.pdf](http://www.mgfamiliar.net/DGSIRC5.pdf)

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESSIPS, 2010) – Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem. **Percursos** [em linha]. Nº15 (janeiro-março 2010) p.1-37. Acedido a 01/07/2011. Disponível em:

[http://web.ess.ips.pt/percursos/per\\_num\\_15.html](http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html)

FARQUAHR, Morag (1995) – Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing** [serial online]. Vol. 22, nº3 (september, 1995) p. 502-508. Acedido a 12/06/2011. Disponível em:

<http://definitions%20of%20quality%20of%20life:%20%20a%20taxonomy/>

FERRANS, E.; POWERS, J. (1993) – Quality of lif of hemodialysis patients. **ANNA-Journal** [em linha]. Vol. 20, nº5 (Outubro, 1993) p. 575-581. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8285799>

FORTIN, Marie-Fabiene (2000) – **O Processo de Investigação**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-x.

FU, Mei et al (2001). A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. **Nursing Diagnosis** [serial online]. Vol.12, nº1 (january-march 2001) p. 15-27. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001055596&site=ehost-live>

HAILEY, B. J.; MOSS, S. B. (2000) – Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a Review of the literature. **Psychology Health e Medicine**. The University of Southern Mississippi, USA. ISSN: 1354-8506. Vol.5, nº4, p.395-406. DOI: 10.1080/13548500020002217.

HENDERSON, Virgínia (2007) – **Princípios Básicos dos Cuidados de enfermagem do CIE**. Prefácio de Marta Lima Basto. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-00-0

JABLONSKI, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association** [serial online]. Vol. 34, nº1. p. 29-37. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17345690&site=ehost-live>

KABA E. et al. (2007). Renal nursing. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. **British Journal of Nursing (BJN)** [serial online]. Vol.16, nº14 (july 2007) p. 868-872. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009646688&site=ehost-live>

KDQOL-SF™ 1.3 (Kidney Disease and Quality of Life) - Your Health – *and* –Well-Being University of Arizona. **[Questionnaire]** (1995). Acedido a 23/07/2011. Disponível em:

<http://gim.med.ucla.edu/kdqol/downloads/kdqol13.pdf>

KOUIDI, E. (2001) - Central and Peripheral Adaptations to Physical Training in Patients with End-Stage Renal Disease. **Sports Medicine** [serial online]. Grécia. Vol.31, nº9. p. 651-665. Acedido a 07/07/2011. Disponível em EBSCO host.:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001090346&site=ehost-live>

KRUPP et al (1989) - Escala de fadiga de Krupp et al. **[Escala]**. Arch Neurol, Vol. 46, 1989. Acedido a 03/07/2011. Disponível em:

<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/insonia/Escala%20de%20Fadiga%20de%20Krupp%20et%20al.doc>

KIM, K. et al (2010) - Role of acupressure in symptom management in patients with end-stage renal disease: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**. [serial online]. Vol.13, nº7, p.885-892. doi:10.1089/jpm.2009.0363. Acedido a 07/07/2011. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010726185&site=ehost-live>

LINDQVIST, Ragny; CARLSSON, Marianne; SJODEN, Per-Olow (2004) - Coping strategies of people with kidney transplants. **Journal of Advanced Nursing** [serial online]. Vol. 45, nº 1 p. 47-52. Acedido em 12/06/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004048249&site=ehost-live>

MACHADO, Maria M. P. (2009) - **Adesão ao Regime Terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Minho. Universidade do Minho: Instituto de Educação para a Saúde. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Acedido a 27/11/2010. Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

MARTINS, M. R. I.; CESARINO C.B. (2005) - Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [em linha]. Ribeirão Preto. Vol.13, nº5. (setembro/outubro, 2005). Acedido a 04/07/2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500010&script=sci_arttext)

MEDEIROS, R. H.; PINENT, C.E.; MEYER, F. (2002) – Aptidão física do indivíduo com doença renal crónica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** [em linha]. Brasil. Vol. 24, nº2. p. 81-87. Acedido a 03/07/2011. Disponível em: <http://128.241.200.137/24-2/v24e2p081.pdf>

MERLIN M.; GALLANT G. (2010) - Impact of a fatigue management program in patients on hemodialysis. **CANNT Journal** [serial online]. Vol. 20, nº3 (july 2010) p.43-48. Acedido a: 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21043176&site=ehost-live>

MONAHAN [et al] (2007) – Insuficiência Renal. In: POTTER, C.; WEIGEL, K.; GREEN C. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol. II. 8ª Edição. Loures: Lusodidata (2007). ISBN: 978-989-8075-22-2. p.1023-1065

MOTA, Natália; CRUZ, da Dina; FINI, Andréa (2010) – Fadiga em adultos acompanhantes de pacientes em tratamento ambulatorial. **Acta Paulista de enfermagem** [em linha]. São Paulo Vol.23, nº3 (maio/junho 2010) p. 348-353. Acedido a 03/07/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a06.pdf>

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2008) – **Anemia e Insuficiência Renal Crónica estágios 1 a 4**. Acedido a 12/05/2011. Disponível em: [www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204\\_KAI\\_PatBro\\_Anemia\\_1-4\\_Pharmanet\\_Portuguese\\_Nov08.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204_KAI_PatBro_Anemia_1-4_Pharmanet_Portuguese_Nov08.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) - **Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE – Programa de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. (Junho 2009). ISBN: 978-989-96021-6-8. Acedido a 17/7/2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)

ORDEM DO ENFERMEIROS (2009b) - **Código Deontológico** (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Acedido em 13/07/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>



ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - **Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista Aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010.**

Acedido a 12/07/2011. Disponível em:

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda da doença crónica. Dia Internacional do Enfermeiro 12 de maio de 2010.** (Abril 2010). ISBN: 978-989-96021-9-9. Acedido a 12/07/2011. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)

O'SULLIVAN, D.; MCCARTHY, G. (2007) - An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. **Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses** [serial online].

Vol. 16, nº11; p.276-284. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009798317&site=ehost-live>

O'SULLIVAN, D.; MCCARTHY, G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage. renal disease. **Nephrology Nursing Journal** [serial online]. Vol. 36, nº1; p. 37-47. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010207499&site=ehost-live>

PARECER nº31/2011 – Inconstância De Enfermeiros Nas Equipas De Acreditação E Certificação Das Unidades De Saúde. Conselho de Enfermagem (2011). Acedido a 24/07/2011. Disponível em:

[www.ordemenfermeiros.pt/documentos/.../Parecer\\_n31\\_2011\\_CE04.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/.../Parecer_n31_2011_CE04.pdf)

POE, S.; WITE, K. (2010) - Johns Hopkins nursing evidence-based practice: implementation and translation. **Sigma Theta Tau International. Johns Hopkins University.** ISBN: 978-1-930538-91-7

QOL-SF36 (Quality of Life – Short Form 36) – Estado Geral de Saúde SF36 [Questionário] - Versão em Português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey. Acedido a 18/10/11. Disponível em:

<http://pt.scribd.com/doc/4566798/SF36>



QUEIRÓS Ana (2007) - **As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmer e as Desenvolver.** (Março 2007). Acedido a 22/07/2011. Disponível em: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenv](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenv)

REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) (1996), **Decreto-Lei** n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril). Acedido em 15/07/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

TAVARES, Arminda (2011). **Taxa de Recirculação em Acessos Vasculares - Implicação prática da sua avaliação.** Serviço de Diálise do Centro Hospitalar de Coimbra – EPE. Acedido a: 20/12/2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/21533262/taxa-de-recirculacao-em-acessos-vasculares>

TAYLOR, Susan (2004) – **Dorotea E. Orem - Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem.** In: Tomey, A.M.; ALLIGOOD, M. R. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência (2004). ISBN: 972-838374-6. p. 211-235

TSAY S. (2004) - Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease - a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies** [serial online]. Vol. 41, nº1. p. 99-106. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004053996&site=ehost-live>

TSAY, S.; CHO, Y.; CHEN, M. (2004) - Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. **American Journal of Chinese Medicine** [serial online]. Vol.32, nº3 (july 2004) p. 407-416. Acedido a 12/07/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009025741&site=ehost-live>

VAZ, [et al] (2010) – Enfermagem Nefrológica e as Políticas De Saúde em Portugal. **NEPHRO´S**. Volume 13, nº2 (setembro 2010) p.27-32

VINHAS, José (2008) – Campanha saber é viver”. In: APIR (Associação Portuguesa Insuficientes Renais) - Relatório da LusoTransplante. Eleições para os órgãos sociais.

**Nefrâmea** [em linha]. Nº140 (setembro-outubro 2008). 7. Acedido a 21/7/2011. Disponível em: [http://www.apir.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0509229001226071071-778.pdf](http://www.apir.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0509229001226071071-778.pdf)

WEISBORD S., KIMMEL P. (2008) – Health-related quality of life in the era of erythropoietin. **Hemodilysis International. International Symposium On Home Hemodialysis** [serial online]. Vol 12, nº1 (january 2008) p. 6-15. Acedido a 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18271834&site=ehost-live>

WHITE (2004)- Adherence to the prescription: Partnership with patients for improved outcomes. **Nephrology Nursing Journal** [serial online]. Vol.31, nº4 (july-august 2004). p.432-435. Acedido a 15/06/2011. Disponível em:

[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0ICF/is\\_4\\_31/ai\\_n17207432/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0ICF/is_4_31/ai_n17207432/)

YIN, Robert K. (2005). **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman. ISBN: 85-363-0462-6.

YURTKURAN M. et al (2007) - A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: a randomized controlled study. **Complementary Therapies in Medicine** [serial online]. Vol. 15, nº3 (september 2007) p. 164-171. Acedido a 12/07/12. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009679777&site=ehost-live>

[http://www.if-alvalade.pt/destaque\\_espaco\\_senior.html](http://www.if-alvalade.pt/destaque_espaco_senior.html)

<http://www.if-sdomingosbenfica.pt/>

[www.sal.pt](http://www.sal.pt)

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**CRONOGRAMA DO PROJETO DE ESTÁGIO**

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Datas / Actividades	2011														2011 2012	2012							
	Jun	Jul	Ago Set	Outubro				OutNov	Nov			NovDez		Dez	Dez Jan	Jan				Jan Fev	Fev		
	8	1	1	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	17	2	9	16	23	31	6	13	
	30	29	30	9	16	23	30	1	13	20	27	4	11	16	1	8	15	22	29	5	12	17	
Trabalho de Campo			Férias												N a t a l								
Projecto de Estágio																							
Relatório de Estágio																							
DP - HGH																							
Clínica HD - Lumiar																							
HD -HGH																							

**Legenda:** HGH - Hospital Garcia da Horta (Almada)

DP - Diálise Peritoneal

HD - Hemodiálise

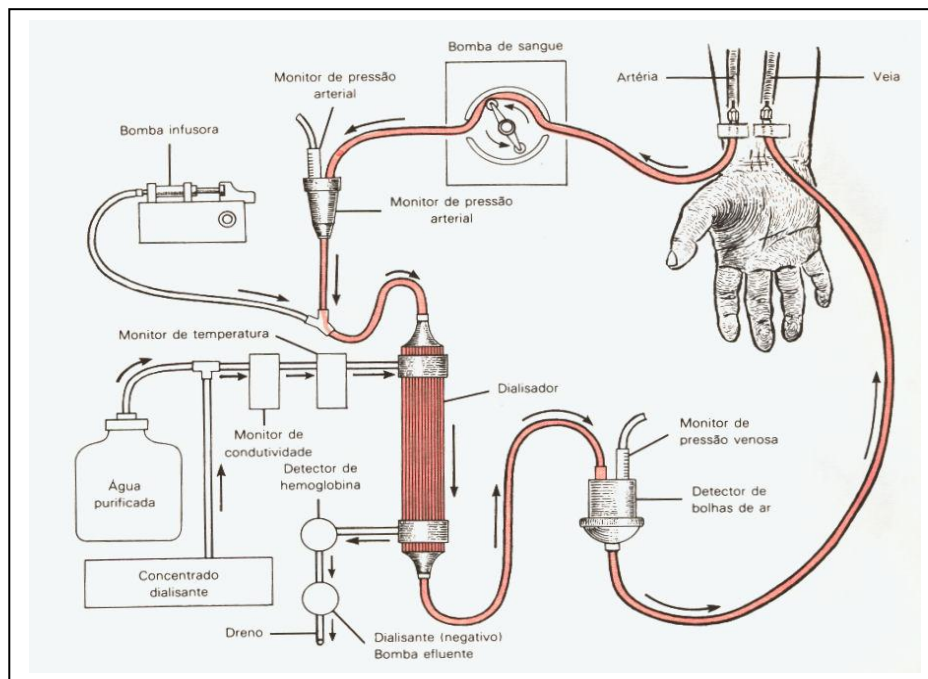
# **ANEXO II**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO**

# 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

## 1.1 Unidade de HD de um Hospital central de Lisboa e Vale do Tejo

– 1º Campo de Estágio



**Figura 1** - Thelan & Urdan (1993). Componentes do sistema de Hemodiálise, Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. Loures: Lusodidata

Esta unidade é parte constituinte do Serviço de Nefrologia de um Hospital central de Lisboa e Vale do Tejo, localizando-se na margem sul do Tejo. É inaugurado em setembro de 1991, tendo sido construído para dar resposta aos problemas de saúde da população residente nos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Abrange também, a Península de Setúbal e a região a sul do Tejo para situações de alto risco: materno, neonatal e infantil.

O serviço de Nefrologia assegura a assistência nefrológica integral em todas as suas vertentes e a toda a comunidade servida pelo hospital bem como a outras instituições que o procurem para usufruírem da tecnologia não disponível na sua região; encontrando-se organizado por áreas de atividade, da seguinte maneira:

\* Internamento de Nefrologia: a) enfermaria de Nefrologia localizada no piso 3; b) consultadoria de Nefrologia;

\* Hospital de Dia de Nefrologia composto por dois polos: a) Unidade de Hemodiálise e técnicas afins, localizada no piso 1; b) Unidade de Diálise Peritoneal onde também funciona a consulta de pós-transplante, no piso 3;

\* Consulta Externa de Nefrologia, onde são realizadas consultas de Nefrologia geral e outras como as de Hemodiálise, Diálise peritoneal, pré e pós-transplante;

\* Angiografia de Intervenção;

\* Urgência de Nefrologia;

A Unidade de Hemodiálise/Hospital de Dia encontra-se em funcionamento desde 25 de outubro de 1993, não tendo sido prevista a sua existência no projeto inicial desta instituição. Funciona seis dias por semana das 7:30 às 23:00, em regime de 3 turnos diários de 2ª a sábado. Fora desse período, dia de Natal e Ano Novo, os cuidados hemodialíticos ficam assegurados por uma equipa multidisciplinar de prevenção, escalada para casos urgentes.

Esta unidade, com a vocação hospitalar, tem um programa de doentes crónicos maiores do país: cerca de 55 a 60 doentes. Mensalmente são também dialisados mais de 30 doentes que se encontram internados ou provisoriamente a aguardar na unidade transferência ou decisão terapêutica. São assistidos simultaneamente doentes em regime ambulatorio enviados pelos centros de Hemodiálise da região ou da consulta da instituição para realizar as mais diversas técnicas: colocação/revisão de cateteres de HD, ensino de técnicas como auto administração medicamentosa, administração de transfusões ou fármacos, colheitas de análise, pensos, entre outros.

A estrutura física do serviço é constituída: por 1 sala de HD com 13 postos onde são incluídos os doentes com HIV<sup>+</sup>, uma sala de isolamento com 2 postos para doentes com Hep. B<sup>+</sup>, 1 sala polivalente destinada às técnicas diversas atrás referidas e que funciona também como recobro para doentes submetidos a Angiografia, 1 sala de espera, 1 secretariado, 1 sala de sujos, vestiários unissexo para o pessoal e para os doentes, 1 copa, uma sala de tratamento de águas, 1 sala para reparação de monitores, 1 arrecadação, 1 gabinete do enfermeiro chefe, 1 sala de reuniões, 1 gabinete do diretor de serviço e 1 gabinete médico. Dispõe de 2 monitores portáteis de HD: um de técnicas contínuas (Plasmaferese e HDF) e um aparelho portátil de tratamento de água – Reverse Osmosis (R.O.), que possibilita a realização de HD em qualquer serviço do hospital, para dar assistência a doentes internados em unidades especiais e em situação intransportável. Relativamente aos recursos humanos, constituem a equipa



multidisciplinar: 1 enfermeiro chefe; 19 enfermeiros em horário completo, entre os quais 5 responsáveis de turno e 2 enfermeiros em regime de horário parcial, 1 diretor de serviço, 8 médicos, 1 dietista, 1 assistente social, 2 secretárias de unidade e 6 assistentes operacionais.

Servem de orientações para a acreditação do Hospital, as normas disponíveis no serviço organizadas em Dossiers: a Avaliação e formação em serviço de desempenho; a Comissão de controlo de infeção hospitalar; a Gestão de Risco (Segurança higiene e Saúde no trabalho); a Legislação Vol. IIB e Vol. IIA; Filosofia, políticas com normas do HGO Vol. I; Regulamentos Vol. II; Filosofia e instruções de serviço Vol. IIIA; Unidade de HD – Acidentes de Serviço.

## **1.2 Clínica privada de Hemodiálise do centro de Lisboa**

– 2º Campo de estágio

Esta Clínica de diálise é parte integrante de uma larga companhia Multinacional que iniciou a sua atividade direta em Portugal em 1993, integrando atualmente 34 clínicas de HD distribuídas pelo continente e Madeira, com serviços e produtos de diálise que têm permitido oferecer um leque de soluções terapêuticas a cerca de 4.100 doentes com IRCT, concretizando no dia a dia a missão de assegurar mais de 650.000 tratamentos por ano.

Funciona seis dias por semana das 7:30 às 23:00, em regime normal de 3 turnos diários: M (7.30 – 13h), T (12h- 17.30), N (17h-23h) de 2ª a sábado e que visam a prestação de cuidados ao tratamento dialítico a 295 doentes com IRCT. Presta ainda atualmente, serviço de apoio a 6 doentes em diálise de regime noturno das 23h às 6h.

Fazem parte da estrutura física da Clínica:

- 4 Salas de tratamento. Sala 1 e sala 2 com 25 e 27 monitores correspondentes dos quais na sala 2: 3 monitores para HIV<sup>+</sup> e recentemente 4 monitores para doentes com Hep C<sup>+</sup> e Hep B<sup>+</sup>; sala 3 e sala AU com 8 monitores cada; 1 sala de médicos; 1 gabinete da chefe de enfermagem; 1 gabinete do enfermeiro chefe de sala; 1 gabinete da assistente social; 3 gabinetes de consulta; 1 secretaria-geral; 1 sala de informática; 1 sala de reuniões; 1 secretária clínica; 1 secretária administrativa; 1 secretariado de consulta; 1

sala de área de despejos/limpeza; uma copa/bar; 2 WC (unissexo); 2 vestiários; 1 sala de espera. Em anexo, uma sala de tratamento de águas e uma lavanderia.

Os recursos humanos, que constituem a equipa multidisciplinar são compostos entre outros: por 1 enfermeiro diretor; 1 coordenador de enfermagem; 1 enfermeira chefe responsável pela gestão da clínica de diálise; 2 enfermeiros adjuntos, um responsável pelos horários dos auxiliares e farmácia e outro pelos horários dos enfermeiros; 48 enfermeiros entre os quais, 2 são chefes de sala por turno [1 para as salas 1 e 3, outro para as salas 2 e AU (o nome AU deriva do vírus Antigénio Austrália era uma sala inicialmente destinada ao isolamento de doentes positivos, tendo durante o meu estágio passado a funcionar com doentes negativos)]; 1 diretor clínico; 8 médicos nefrologistas; 11 médicos residentes (não necessariamente especialistas em Nefrologia) que acompanham cada sessão de HD; 1 assistente social; administrativos; técnicos de diálise; auxiliares; operadores de armazém; auxiliares de manutenção; e actualmente apenas por uma dietista Nacional para todas as clínicas da rede, face à contenção de despesas perante o preço compreensivo.

O tratamento de água, essencial à qualidade das técnicas cumprem com os padrões de qualidade microbiológica e química da água definidos pelo Manual de Boas Práticas em HD, sendo realizado num compartimento anexo à própria clínica e para maior segurança, todos os equipamentos principais estão duplicados: filtros de areia, bombas de pressurização, descalcificadores, filtros de carvão, cartuchos de filtração, osmose inversa, bomba de circulação de água tratada e depósitos de água.

Para o tratamento de Diálise são utilizados os equipamentos mais evoluídos do mercado “Sistema Terapêutico 5008” aliados às melhores soluções terapêuticas: “Diálise de Alto fluxo” com filtros FX 600 HDF/P e a HDF Online: HD, Hemofiltração pré e pós-diluição e HDF pré e pós-diluição. Apesar dos programas serem adotados consoante a necessidade da pessoa é comum aqui realizar a HDF pós-diluição.

Tem diversos serviços à disposição: serviço médico e de enfermagem com vista à resolução de problemas de natureza clínica; serviço de nutrição para o aconselhamento dietético e exercício físico; serviço de apoio social que permita orientar a pessoa na adaptação à diálise e resolução das suas preocupações (informações ao utente, apoio na marcação de férias, apoio no encaminhamento para a lista ativa de transplante); serviço de transporte de doentes constituído por 85 viaturas estendidas pelo país e serviço cirúrgico de acessos vasculares, apoiando este na resolução de problemas com o acesso.

Faculta material informativo à pessoa com IRCT aquando do início do seu tratamento na clínica: “Manual de acolhimento ao insuficiente renal” e livro “Aeiou para uma dieta saudável de um doente em HD”. E dispõem do Manual dos acessos vasculares (revisto a 15 fevereiro de 2011) e do manual/guideline (nº PT-CG-29-04 revisto a 00/01.10.2011) para os bons cuidados de diálise, tendo sido desenvolvido para o pessoal de todas as clínicas de diálise desta companhia.

Estas informações cumprem com os procedimentos padrão de enfermagem indicados pelas European Renal Best Practice (ERBP) - Linhas de orientação de melhores práticas Europeias e com as guidelines da Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI). Representam uma revisão geral de todos os procedimentos pertinentes, incluindo instruções de operação do sistema de Hemodiálise série 5008.

A HD necessita um acesso vascular, sendo preferível a construção cirúrgica de uma FAV segundo o Manual dos acessos aqui disponibilizado. E para as situações em que esta não é possível devido às veias de baixo calibre ou má vascularização associada à idade ou a patologias, deve recorrer-se ao implante cirúrgico de uma prótese (anastomose cirúrgica entre uma artéria a uma veia). Quanto à anastomose subcutânea da prótese pode ser configurada em linha reta, sendo mais frequente em ansa e em semi-circular, proporcionando estas abordagens maior área de superfície de punção. O material do implante é por norma de origem sintética: Teflon ou de PTFE (politetrafluoroetileno), podendo ainda ser de material biológico (bovino, humano).

São complicações das próteses, apesar das velocidades de fluxo sanguíneo superiores à FAV: a estenose, trombose, aneurisma, infeções, deterioração do material devido às punções ou má utilização. Quanto à FAV, apesar de lhe serem apontados também alguns riscos: infeção, trombose, isquémia (“síndrome de roubo vascular” - palidez da mão, alteração da coloração dos leitos ungueais e integridade cutânea dos dedos), aneurisma, hemorragia, hipertensão venosa, fluxo sanguíneo inadequado; é o acesso mais seguro e duradouro (sobrevida superior a 5 anos). Aqui a pele serve de barreira à entrada de bactérias na circulação sanguínea com menor risco de morbilidade e mortalidade para os doentes. Caso ambas as hipóteses de acesso fiquem esgotadas, face a patologias vasculares e complicações adjacentes, pode recorrer-se a um CVC provisório ou de longa duração, sendo recomendável a sua utilização até 3 meses pelo elevado risco de obstrução e infeção.

É salientada a importância da adequada avaliação e observação dos locais a canular, bem como a sua vigilância durante a sessão. A monitorização deve ser contínua

por parte do enfermeiro: avaliação física (presença de sopro e frêmito, detecção de sinais de infecção, aneurismas e hematoma), avaliação da pressão venosa, avaliação da taxa de RC sanguínea, devendo a pessoa ser também orientada para o autocuidado e despiste de complicações vasculares. Esta área não deve por conseguinte ser coberta, para que os profissionais a possam vigiar e assim serem despistadas complicações.

São possíveis quanto às diferentes técnicas de canulação: a **técnica em escada** (longitudinal ao longo do eixo, para cima e para baixo, em toda a extensão do acesso vascular); a **técnica em área** (canulação numa área circunscrita em torno do segmento da veia puncionável, considerada a menos recomendada por estar associada ao surgimento de estenose, aneurisma, hemorragia e perda do acesso); e a **técnica em botoeira ou Buttonhole** (canulação no mesmo local, com o mesmo ângulo e mesma profundidade de penetração com agulha romba, com vantagens na facilidade de canulação, diminuição da dor, menor risco de hematomas, aneurismas, rápida hemostase, prolongamento da duração da FAV e que promove o autocuidado da pessoa inclusive para a auto-punção.

Durante as sessões de HDF e segundo as normas vigentes na clínica referidas no Manual dos acessos vasculares, importa vigiar também o débito efetivo do acesso; contribuindo a sua vigilância e a observação da presença de exsudado, sinais inflamatórios ou cuff exteriorizado no caso dos CVC tunelizados, a prevenção e alerta para eventuais complicações com o mesmo. A FAV deve permitir uma VB entre os 350ml/min e os 500 ml/min, sendo indicada uma capacidade de fluxo sanguíneo superior a 600 ml/min, mantendo pressões arteriais acima dos -220mmHg e pressões venosas abaixo dos 240mm/Hg; generalizando-se estes valores também à prótese arteriovenosa. Relativamente ao CVC, este devem permitir uma VB entre 300 a 350 ml/min.

O módulo do BTM existe nos monitores FRESINIUS 5008, mede a temperatura sanguínea do circuito extracorpóreo e monitoriza o acesso através da medida da RC pela técnica de termodiluição. Possibilita o cálculo do  $Q_a$ , revelando a seguinte interpretação a existência de mau funcionamento do acesso ou não: ter um  $Q_a > 600$  é desejável e equivalente a um valor de  $Rec < 10$ ; ter um  $Q_a > 400 < 600$  é equivalente a uma  $Rec > 10$  e  $\leq 20$ ; e ter um  $Q_a \leq 400$  é equivalente a uma  $Rec > 20$ , devendo nesta altura o acesso ser referenciado ao médico para ser revisto.

Existe ainda à disposição um monitor portátil que permite a avaliação mensal do BCM (body composition monitor) antes que seja iniciada a HDF. A pessoa é colocada em posição supina e colocados elétrodos na mão e pé oposto ao acesso, os dados são

armazenados num cartão podendo estes serem consultados posteriormente. Segundo Wabel (2011), este método contribui para avaliar a massa celular corporal da pessoa, permitindo um cálculo mais aproximado do seu peso seco e que a par da avaliação clínica e estado hemodinâmico do utente, proporcionam a sua normohidratação após a diálise.

### **1.2.1 – Unidade de Diálise Autónoma Domiciliária (DAD)**

Esta unidade encontra-se no piso 0 desta clínica, fazem apenas parte da sua estrutura física: uma sala com 4 monitores de HD e uma pequeno gabinete destinado aos profissionais de saúde, deslocando-se o pessoal e os doentes que ali recorrem ao WC, comum à restante clínica.

A DAD possibilita o acesso a um programa específico de ensino e de treino para a realização do tratamento de HD pelo próprio doente no domicílio. Esta formação ocorre em aproximadamente 16 semanas nesta unidade e que se encontra já em funcionamento há 6 anos. Envolve o candidato e o assistente que selecionou, uma enfermeira qualificada para este treino e o diretor clínico do serviço.

Durante este período pretende-se que o doente aumente e adquira conhecimentos teóricos sobre a IRCT, HD e prática na utilização e programação do monitor escolhido para o programa. São assegurados ainda, toda a logística desta modalidade de HD e que inclui: planeamento e instalação dos diferentes equipamentos e acessórios necessários à realização dos tratamentos no domicílio; manutenção e assistência técnica permanente ao monitor e respetiva unidade de tratamento de águas; aprovisionamento mensal de consumíveis de forma personalizada.

Contudo, para que a pessoa seja proposta à DAD é necessário uma avaliação multidisciplinar pois o doente que se propõem a esta modalidade tem de demonstrar ser responsável pelas mudanças que lhe são sugeridas: restrições alimentares, hídricas e toma da medicação; adotar estilos de vida saudáveis; contribuir decisivamente para o seu tratamento, ficando à sua responsabilidade o sucesso pelo mesmo. São avaliadas as condições e infraestruturas domiciliárias, pois estas necessitarão de sofrer alterações para que os equipamentos possam ser instalados, bem como é exigido que haja sempre um assistente (ideal conjugue, pai/mãe) que o possa auxiliar no procedimento do tratamento

A unidade DAD promove ainda a ligação do doente à clínica de HD de origem, nomeadamente à equipa assistente: nefrologista, assistente social e dietista; sessão de

diálise na unidade uma vez por mês para avaliação laboratorial e monitorização do tratamento; visita domiciliária periódica por enfermeira qualificada do programa (mensal, trimestral ou semestral); e acesso 24h por via telefónica à enfermeira coordenadora do programa.

Encontram-se inseridos neste programa atualmente 12 utentes, tendo a mais nova 22 e a mais velha 84 anos. O acompanhamento é direcionado para os doentes em tratamento autónomo no domicílio mas poderá também ser prestado auxílio na canulação do acesso ficando o restante tratamento a cargo do doente, ou mesmo cuidados de enfermagem permanentes durante o tratamento desde que sejam financiados pelo próprio.

### **1.2.2 – Unidade Cirúrgica em Ambulatório (UCA)**

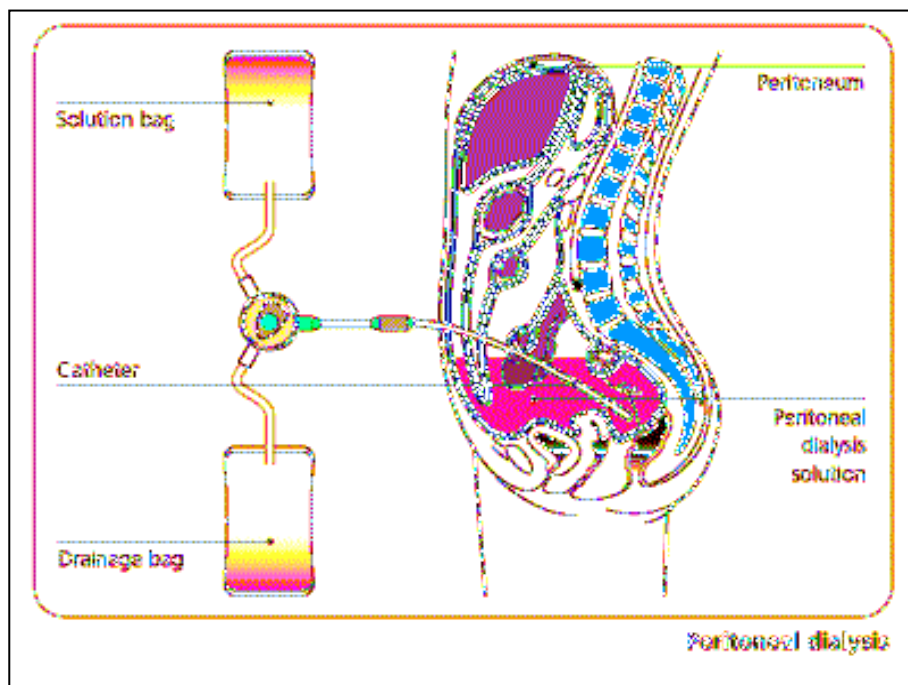
Esta unidade localiza-se no piso 1 e em funcionamento de segunda a sexta-feira das 8h às 22h, sendo a estrutura física constituída por uma sala cirúrgica, sala de recobro, sala de Angiografia, Central de esterilização, gabinetes de consulta e áreas de apoio administrativo. Conta com uma equipa de 5 cirurgiões, 8 enfermeiros, 1 técnica de esterilização, 2 administrativos e 3 auxiliares.

Visa dar apoio a solicitações urgentes ou planeadas para a resolução de problemas com o acesso vascular a doentes do universo desta companhia de diálise, mas também a entidades externas da região centro e sul do país. Assistindo os doentes IRCT, no que respeita à construção ou revisão do seu acesso vascular, em programa ou não de HD.

Este serviço tem por isso como finalidade, a manutenção e promoção da QV dos doentes, uma vez que o acesso vascular é de importância vital para um tratamento dialítico adequado e eficaz.

### 1.3 Unidade de DP de um Hospital central de Lisboa e Vale do Tejo

– 3º Campo de Estágio



**Figura 2** - FRESENIUS MEDICAL CARE (2008) - Tratamento de Diálise Peritoneal. Kidney Options, ao seu lado na Doença Renal. Programa de Educação do Doente Renal.

A unidade de DP deste Hospital Dia de Nefrologia é parte integrante do Serviço de Nefrologia juntamente com a consulta de Pós Transplante Renal (TR). Localiza-se no piso 3 e funciona nos dias úteis (2ª a 6ª Feira, excepto feriados) das 8h às 16h30. Com início em 1993, abrange preferencialmente a população dos concelhos de Almada e Seixal, acolhendo no entanto doentes de outras áreas de residência.

Assiste todos os doentes internados em qualquer serviço do hospital no que respeita aos procedimentos relacionados com a DP e fora das horas de funcionamento da unidade, são os enfermeiros do serviço de Nefrologia que garantem este acompanhamento. Este seguimento deve-se à especificidade da técnica e ao facto de só os enfermeiros do serviço de nefrologia desenvolverem as competências necessárias para garantir a qualidade dos cuidados.

Esta unidade é constituída por 1 secretariado, 1 gabinete médico e 1 sala de enfermagem onde são realizados diversos procedimentos. Quanto aos recursos

humanos, fazem parte da equipa de saúde que constitui a unidade: 2 administrativas, 2 médicos nefrologistas, 1 dietista, 1 assistente social e 6 enfermeiras. Destas últimas, 2 têm horário fixo sendo os elementos com mais horas de cuidado na unidade e por isso responsáveis pela mesma. As 4 enfermeiras restantes, em horário rotativo, passam pela unidade de DP essencialmente nas folgas e férias das enfermeiras fixas.

São normas e procedimentos reunidos num Dossier, assuntos relacionados: com a Indução de DP; Tratamento de infecções do orifício externo do cateter de DP (05/03); Protocolo de atuação perante um doente com peritonite (04/03); Desobstrução do cateter de DP (09/03); Mudança do extensor do cateter (07/03); Exames laboratoriais (08/03); Requisição de soluções de diálise (01/03); Programas informáticos Baxter/Fresenius e PET/Dialisado 24h, protocolos que orientam os profissionais de saúde para a uniformidade dos cuidados à pessoa em DP. Estão ainda disponíveis exames complementares de diagnóstico a solicitar às pessoas que queiram fazer parte da lista do TR e procedimentos a ter com a biopsia renal (nº115/09).

É rotina desta unidade a vigilância de complicações (peritonite) da DP e indícios da ineficácia das sessões: febre, dor abdominal, náuseas e vômitos, líquido de retorno turvo; sinais de infeção no orifício da saída do cateter (dor, rubor, presença de exsudado) e sinais da retenção de líquidos (edemas, aumento de peso, aumento de tensão arterial e dificuldade respiratória).

Esta técnica depende em muito do tipo de membrana peritoneal, podendo ser classificada como membrana transportadora: alta, média alta, média baixa e baixa. O teste de equilíbrio peritoneal (TEP), procedimento realizado na unidade normalmente 1 vez por ano e que demora aproximadamente 4h, é um exame realizado com o objetivo de caracterizar a membrana peritoneal da pessoa. Identifica a velocidade do transporte de solutos através da mesma, caracterizando assim a capacidade da membrana ultrafiltrar e dialisar, sendo ajustados posteriormente a técnica e os dialisantes a serem utilizados. O cálculo do  $eKt/v$ , permite também avaliar a eficácia da DP, devendo o valor ser  $>2,0$ .

Encontram-se integrados no programa de DP até à data de 30 de janeiro de 2012, 33 doentes, 27 do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Relativamente à faixa etária, as classes predominantes são dos 66 aos 75 anos, tendo o doente mais novo 20 e o mais velho 85 anos de idade, sendo a média de idades - 62,3 anos. Dos 33 doentes em programa de DP inscritos na unidade: 5 realizam DP ambulatória contínua de forma manual (DPCA), enquanto 28 realizam DP automatizada (DPA) com o auxílio de uma cicladora. Do total de doentes, 21 são responsáveis pelo seu autocuidado na realização



da técnica da DP, necessitando os restantes 12 da colaboração de um outro elemento (cuidador/pessoa significativa). O período de tempo maior do doente inscrito no programa de DP é de 5,8 anos e o menor cerca de 1 mês.

Segundo os dados apresentados no Relatório anual de atividades da unidade de DP (2011), relativamente à evolução do número total de doentes inscritos no programa ao longo do tempo, verificou-se uma evolução decrescente a partir de 2010 que se manteve durante o ano de 2011. Tal decréscimo poderá estar associado ao facto de que em 2010 houve um aumento do número de peritonites, em comparação com o ano de 2009 e que segundo as guidelines da International Society for Peritoneal Dialysis (2010), a incidência de peritonite não deve ser superior a 1 episódio cada 18 meses, o que equivale a 0,67 episódios por cada doente/ano. Ocorrendo contudo no ano 2011 uma melhoria significativa (10 peritonites), o equivalente a 0,29 episódios por doente/ano.

O encaminhamento para outros profissionais de saúde (médico, dietista e assistente social), bem como todo os ensinamentos e esclarecimento de dúvidas que capacitem a pessoa doente e/ou familiar significativo para o autocuidado na realização da DP de forma autónoma no domicílio, são funções de enfermagem aqui desenvolvidas.

É encaminhada a pessoa para a assistente social sempre que haja necessidade de auxílio na readaptação à vida familiar e socioprofissional, de acordo com seus direitos sociais e os recursos disponíveis na comunidade relacionados: com o emprego e isenção de imposto sobre rendimento singular - IRS; imposto automóvel; habitação; comparticipação de medicamentos e transportes; isenção de taxas moderadoras. Informando que pode obter junto do Delegado de Saúde da área de residência, uma Declaração de Incapacidade – Multiusos (DECRETO-LEI n.º 174/97 de 19 de julho) para comprovar que se trata de um indivíduo portador de deficiência em grau igual ou superior a 60%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRESENIUS MEDICAL CARE (2008) - **Tratamento de Diálise Peritoneal**. Kidney Options, ao seu lado na Doença Renal. Programa de Educação do Doente Renal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) - **Decreto-Lei** n.º 174/97 de 19 de julho. Atestado de incapacidade Multiusos. Acedido em 4/01/2012. Disponível em:

[www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/DL\\_174\\_97.htm](http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_174_97.htm)

NEPHROCARE (2006) - **Aeiu para uma dieta saudável de um doente em Hemodiálise**. 4ª Edição. Fresenius Medical Care's Way of Caring. (Janeiro, 2006)

NEPHROCARE [2009?] – **Manual de acolhimento ao insuficiente renal**. 3ª Edição. Fresenius Medical Care Portugal.

NEPHROCARE (2011a) - **Manual de acessos vasculares**. (Fevereiro, 2011).

NEPHROCARE DA FRESENIUS MEDICAL CARE - FME (2011b). **Manual/Guideline** Nº PT-CG-29-04. Para bons cuidados de Diálise. Revista a (00/01.10.2011).

Thelan, L. A., Davie, J. K., & Urden, L. D. - **Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção**. Loures: Lusodidacta.1993

WABEL, Peter (2011b) - **Following the target of normohydration provided by bioimpedance spectroscopy (BIS) reduces fluid overload and intra-dialytic morbid events (IMEs)**. Acedido em: 31/12/2011. Disponível em:

[www.bcm-fresenius.de/mediafiles/TH-P0666\\_F](http://www.bcm-fresenius.de/mediafiles/TH-P0666_F)

# **ANEXO III**

## **AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**“LAVAGEM E DESINFEÇÃO DAS MÃOS”**

**Unidade de HD de um Hospital central de Lisboa e Vale do Tejo**

**- 10 de outubro de 2011**



## DECLARAÇÃO

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### HOSPITAL DE DIA DE NEFROLOGIA

Declara-se que a Enfermeira SANDRA GARCIA  
participou como formanda, na acção de formação em serviço sobre o tema  
***Campanha Nacional de Higiene das Mãos.***

Realizada a 10/10/2011, com a duração de 1h 30 min.

Almada, 14 de FEVEREIRO de 2012

O Resp. da Formação

O Enfº Chefe

# **ANEXO IV**

**CIRCULAR NORMATIVA DA DGS**

DESPACHO Nº4325/2008 PUBLICADO EM DIÁRIO DA REPUBLICA A 19  
FEVEREIRO DE 2008

## NORMA:

Todas as Unidades de Diálise que tenham aderido ao clausulado-tipo da convenção para a diálise, aprovada por despacho nº4325/2008 de sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 18/01/2008, publicado no Diário da República, 2ª Série nº35 de 19 de Fevereiro de 2008 estão vinculadas ao cumprimento das seguintes metas e objetivos de monitorização de resultado:

Metas	Valor de Referência
<b>1. Controlo de Anemia</b>	
a. % de doentes com Hemoglobina (média) $\geq 10$ g/dl e $\leq 13$ g/dl	$\geq 70\%$
b. % de doentes com Ferritina (média) $\geq 200$ ng/ml e $\leq 800$ ng/ml	$\geq 80\%$
<b>2. Osteodistrofia renal</b>	
a. % de doentes com fósforo sérico (médio) $\leq 5,5$ mg/dl	$\geq 50$
<b>3. Dose de diálise</b>	
a. % de doentes com 3 sessões de diálise/semanais	$> 90\%$
b. % de doentes com um total de horas de diálise/semanais $\geq 12$ horas	$> 90\%$
c. % de doentes com eKT/V da Ureia $\geq 1.2$ (doentes com pelo menos 3 sessões de diálise/semanal)	$> 75\%$
<b>4. Qualidade da Água para Hemodiálise</b>	
a. Nº de ensaios laboratoriais que cumprem o padrão de qualidade/nº total de ensaios	$\geq 90\%$
<b>5. Internamento</b>	
a. $\sum$ (Nº internamentos)/Total doentes seguidos na unidade	$\leq 1$ intern./doente.semestre
<b>6. Mortalidade</b>	
a. $\sum$ (Nº de mortes ocorridas)/Total doentes seguidos na unidade	$\leq 20\%$ por semestre

Objectivos	Valor de Referência
<b>1. Nutrição</b>	
a. % de doentes com Albumina $\geq a$ 4 g/dl (Método Elisa)	$\geq 90\%$
<b>Internamento</b>	
b. No de dias de internamento/doente.ano (fórmula presente no Manual de Boas Práticas)	$\leq 15$ dias/doente.ano

# **ANEXO V**

**AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS CLÍNICOS**



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Sandra Maria Cardoso Garcia Instituição: Hospital Garcia de Orta Serviço: Nefrologia - Unidade de Hemodiálise  
 Efectuado de 03/10/2011 a 27/10/2011 Docente: Prof. Estelina Soares Orientador: Enf.ª Alexandra Inês Casquero Silva Alves

Parâmetro a avaliar	0-4	5-9	10-13	14-17	18-20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimento teórico profissional insuficiente; Carenças das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de técnicas; Conhecimentos e prática profissional adequadas às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e grau de execução; Conhecimentos e prática profissional profundos e actualizados que ultrapassam em parte as exigências da função;	17
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade do trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação permanente; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são incoerentes e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. As vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas, faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em adquirir e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma iniciativas perante situações pouco complicadas com resultados satisfatórios; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Um rapaz revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, com necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito atento. As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	17
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de os assumir;	Em regra pensa e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	17
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudiciais a si e aos outros. Não coopera com o grupo e indivíduos fora sempre o trabalho. Evita o relacionamento com o utente e família;	Ótimo relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo sem expressão isolada; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Bons relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo os seus familiares;	Relações profissionais muito boas. C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Boa integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	17

O Docente: Estelina Soares Orientador: Alexandra Inês Casquero Data: 27/10/11



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
 CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enfermeira Sandra Garcia, durante o estágio na Unidade de Hemodiálise do HGO, no período de 3 a 27 de Outubro de 2011, apresentou boa capacidade de integração na equipa multidisciplinar, assim como no manejo com utente e família. Demonstrou interesse nas situações apresentadas resolvendo-as com conhecimentos técnicos e práticos. Procurou experiências novas e demonstrou facilidade na apreensão dos novos conhecimentos, demonstrando-os. Revêtu de responsabilidades nos actos que praticou, o que facilitou o trabalho desenvolvido mesmo em problemas de maior complexidade.

Assim, assumo que a Enfermeira Sandra Garcia, durante o estágio é merecedora de uma avaliação qualitativa de Muito Bom.

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

Data: 27/10/11 Orientador: Alexandra Inês Casquero Assinatura: Alexandra Inês Casquero  
 Data: 27/10/2011 Estudante: Sandra Maria Cardoso Garcia Assinatura: Sandra





AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: SANDRA Instituição: FRESenius Serviço: HEMODIALISE LUMIAR
Efectuado de 30/11/2011 a 05/12/2011 Docente: M. Fúlvia Loureiros Orientador: VIRGÍNIO PATEIRO / ADELAIDE PACHECO

Table with 7 columns: Perímetro a avaliar, 0-4, 5-9, 10-13, 14-17, 18-20, Avaliação final. Rows include Capacidade de execução técnica, Desenvolvimento profissional, Responsabilidade profissional, and Relações humanas.

O Docente: Fúlvia Loureiros Orientador: Virgínio Pateiro / Adelaide Pacheco Data: 03/12/2012



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

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:
A aluna demonstra bastante interesse no seu processo de aprendizagem - o que facilitou a sua integração na equipa. Mostra e -finha de vez em quando com o docente procurando o seu bem-estar. Adquiriu e aperfeiçoou conhecimentos técnicos e práticos na técnica de HDF. Apresenta vários pontos adequados estudo sempre atento a novas situações de aprendizagem - Avalia-se em muito bom.

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

Data: 03/12/2012 Orientador: Virgínio Pateiro / Adelaide Pacheco Assinatura: Virgínio Pateiro / Adelaide Pacheco
Estudante: Sandra Cláudia Cardoso Loureiros Assinatura: Sandra Cláudia Cardoso Loureiros



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Sandra Maria Cardoso Garcia Instituição: Hospital de São José de Lisboa Serviço: Unidade de Doença Renal e Consultas  
 Efectuado de 06/02/12 a 22/02/12 Docente: Sulânia Naveis Orientador: Dr. António Alchê

Parâmetro a avaliar:	0-4	5-9	10-13	14-17	18-20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de algumas áreas; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissional avançada e actualizadas que ultrapassam em larga medida as exigências da função;	Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade do trabalho; Incapaz para tomar iniciativa; Inabilidade de solucionar problemas por via própria; Não se esforça por encontrar soluções alternativas; As práticas recomendadas são negligenciadas ou ignoradas;	Alguma interesse esporádico e pouca frequência em obter novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; As vezes que com iniciativa sem encontrar soluções adequadas; As algumas vezes, a iniciativa sempre de forma tardada;	Interesse embora desorientado em adquirir e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Torna a iniciar as actividades com resultados positivos; Procura por encontrar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em larga medida interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma autónoma, sem necessidade de orientação; Procura por descobrir e criar novas soluções com sugestões por iniciativa própria e oportunas;	Interessa verdadeiramente o conhecimento, com independência e autonomia; Encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As capacidades apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Bom
Responsabilidade profissional	Falta de responsabilidade; Não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Não sempre assume as consequências dos seus actos, mas é capaz de assumir;	Em larga medida assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica e assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, quando isto for necessário;	Bom
Relações humanas	Procura atitudes frias que não ajudando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualmente; Não se relaciona bem com o utente e família;	Muito pouco interesse profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Não se relaciona bem com o utente e família; Mantém distância de relação com utente e família;	Relações normais com colegas; Integra-se no grupo sem excessivamente salientado; Mantém uma relação positiva com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boas relações com o utente e família envolvendo as necessidades;	Relações profissionais muito boas; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém excelentes relações com utente e família, envolvendo a sua autonomia;	Bom

O Docente: Sulânia Naveis Orientador: Dr. António Alchê Data: 22/2/2012



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

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Neste estágio de curta duração, a Sandra revelou muito interesse em melhorar os seus conhecimentos. Mostra-se motivada em participar nas prestações de cuidados ao doente em D.P., procurando sempre uma boa qualidade de execução. Revela ponderação nos actos que pratica. Demonstra também boas relações profissionais contribuindo para um bom ambiente de trabalho.

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

Data: 22/2/2012 Orientador: Dr. António Alchê Assinatura: António Alchê  
 Data: 22/2/2012 Estudante: Sandra Maria Cardoso Garcia Assinatura: Sandra

# **ANEXO VI**

**CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS E ANÁLISE DOS  
MESMOS**

## 2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS

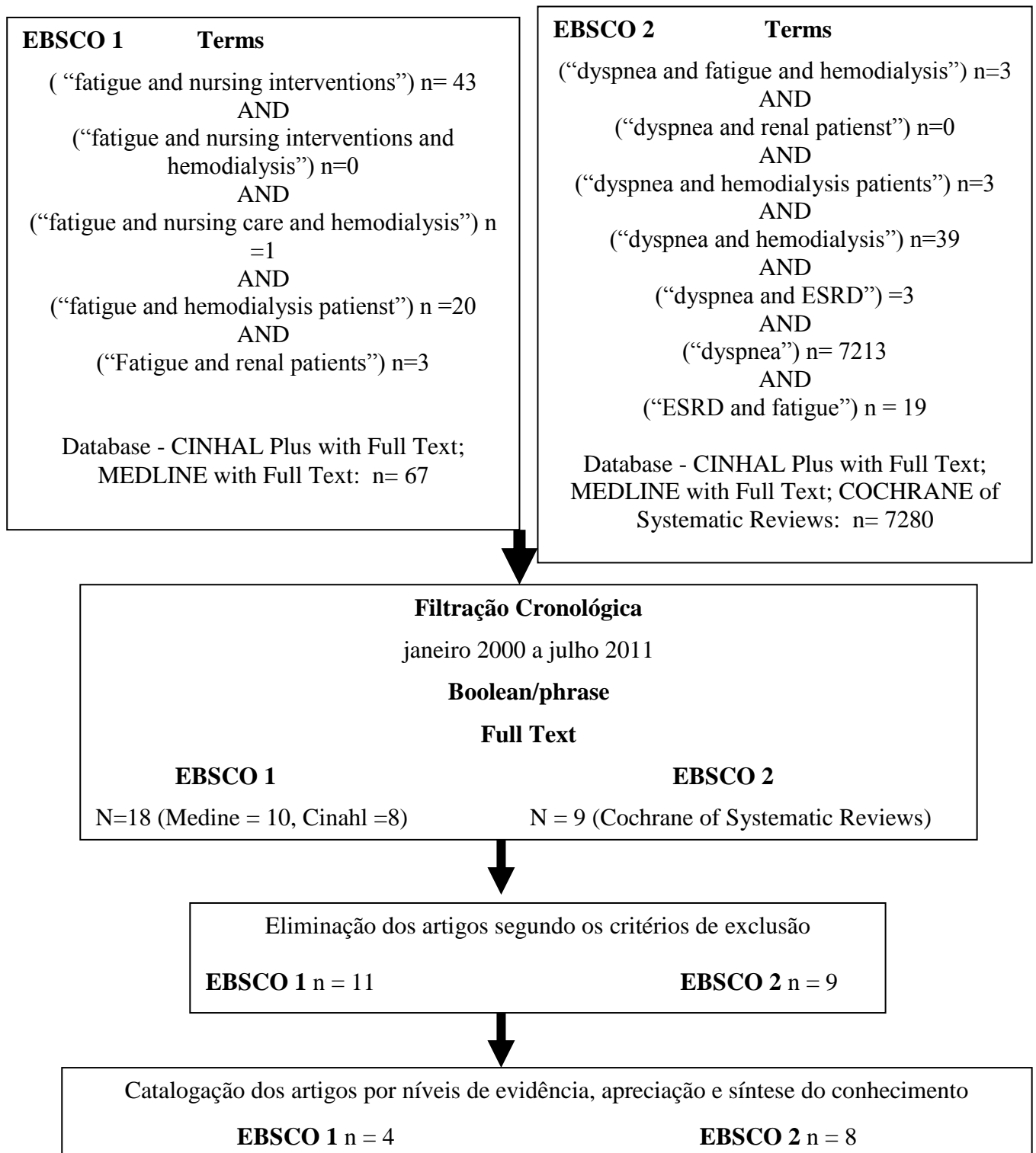
A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) foi realizada no motor de busca EBSCO e na base de dados Cinhal, Medline e Cochrane of Systematic Reviews. Foram utilizados descritores: hemodialysis patients, renal patients, nursing interventions, nursing care, hemodialysis, fatigue; dyspnea e ESRD (end-stage renal disease); e resultado no total 27 artigos. Foram submetidos a critérios de seleção que privilegiassem estratégias e intervenções que promovessem a gestão da fadiga e no final, obtidos 12 artigos para análise.

Para avaliar a qualidade destes artigos procedi à catalogação segundo os níveis de evidência de Põe & White (2010, p.13): Nível I – Estudos experimentais ou meta-análises de Estudos randomizados controlados; Nível II – Estudos quasi-experimentais; Nível III – Estudos não experimentais ou estudos qualitativos; Nível IV – Opinião de peritos baseados em evidência científica ou painel de consenso (revisões sistemáticas, guidelines de práticas clínicas); Nível V – Opinião de peritos baseados em evidências experimentais (estudos de caso, perícias clínicas programas de melhoria da qualidade).

<b>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	Pessoas com IRCT, idade superior a 18 anos	Pessoas com idade inferior a 18 anos.
<b>INTERVENÇÕES</b>	Estudos que abordem estratégias e intervenções que promovam a gestão da fadiga em pessoas com IRCT em HD.	Estudos sem correlação com o objeto de estudo.
<b>DESENHO DO ESTUDO</b>	Estudos de metodologia científica de abordagem qualitativa e quantitativa, usando o motor de busca EBSCO nas bases de dados Cinahl e Medline full text e Cochrane of Systematic Reviews entre janeiro de 2000 a julho de 2011.	Estudos de metodologia científica repetidos nas bases de dados EBSCO e não disponíveis em texto integral, com data inferior a 2000.

**Quadro 1.** Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos científicos, elaborados de acordo com os objetivos pretendidos.

A seleção dos artigos foi realizada em duas pesquisas individuais e da seguinte forma:



**Figura 3** – Processo de pesquisa e seleção dos artigos científicos na base de dados EBSCO

Segue-se a análise dos 12 artigos utilizados no trabalho de investigação.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p>EBSCO2 - Art.1</p> <p>Shiow-Luan Tsay</p> <p>Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial.</p> <p>International Journal of Nursing, Studies.Taiwan, (Jan 2004) p. 99-106</p> <p>Nível de evidência I</p>	<p>-Investigar a eficácia da acupressão sobre a fadiga em pacientes com IRCT;</p> <p>-Averiguar diferenças em relação à experiência da fadiga, naqueles que receberam acupressão, acupuntura sham e cuidados normais.</p>	<p>Selecionados 106 participantes, de 4 centros de diálise de grandes hospitais na China.</p> <p>Os pacientes foram divididos em 3 grupos: grupo de acupressão, (GAP) grupo de acupuntura sham (GAS) e grupo de controlo (GC) (cuidados habituais)</p>	<p>Poucas intervenções têm sido desenvolvidas para gerir o sintoma da fadiga, com impacto negativo na QV das pessoas. A administração da eritropoietina para corrigir a anemia e por sua vez diminuir a fadiga, é a única forma de tratamento médico que tem sido praticada. Este estudo, forneceu aos profissionais de saúde, um método alternativo (acupressão) para tratar a fadiga nos pacientes com IRCT. Estes, após devidamente ensinados foram também encorajados a aplicá-la sobre si no domicílio de forma a diminuir a percepção da fadiga. A maioria expressou que esta tinha melhorado.</p>	<p>Estudo prospetivo randomizado controlado, foi realizado ao longo de 6 meses. O ensaio clínico foi aleatório.</p> <p>O GAP recebeu 15 min de massagem 3 vezes por semana durante 4 semanas.</p> <p>As medidas de avaliação incluíram: a Escala da Fadiga revista por Piper (PFS); a escala visual analógica da fadiga (VAS); o questionário do sono (Pittsburgh Sleep Quality Index), um questionário para a Depressão e um para os dados demográficos.</p> <p>Os dados para avaliar a fadiga foram colhidos antes e uma semana após o tratamento. A qualidade do sono e depressão foram colhidos após o tratamento. Os métodos estatísticos incluíram a estatística descritiva e a análise de dados com base no SPSS.</p>	<p>As pessoas em HD é normal descansarem <math>\pm</math> 4,8 h a seguir à HD para superar a fadiga. A depressão e a qualidade do sono foram altamente correlacionados com a fadiga. Houve diferenças significativas entre o GAP e o GC (<math>p=0,01</math>) e entre o GAS o GC (<math>p=0,003</math>). Experimentando o GAP menor fadiga seguido do GAS, comparativamente ao GC após os tratamentos. A acupressão, emprego da pressão e massagem através dos dedos em pontos meridianos, demonstrou diminuir gradualmente a percepção da fadiga. Fácil de ser aprendida pelos profissionais de saúde, pacientes e suas famílias revelou ser útil para quem experimenta um alto nível de fadiga. A acupuntura, aplicação de agulhas nesses mesmos pontos, revelou estimular o equilíbrio e a energia vital para promover a saúde e o conforto, diminuindo a fadiga em geral.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p>EBSCO2 - Art.2</p> <p>D. O'sullivan &amp; G. Mccarthy</p> <p>An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis.</p> <p>Journal of Nursing &amp; Healthcare of Chronic Illnesses Vol.16, Nº11 2007, p.276-284.</p> <p>Nível de evidência III</p>	<p>-Investigar o nível de fadiga e o funcionamento físico existente nos pacientes com IRCT em HD;</p> <p>-As relações entre a fadiga e o funcionamento físico;</p> <p>-Determinar a relação da fadiga existente com o sexo, idade, estado civil, situação profissional e período de tempo de HD; e entre estes e o funcionamento físico.</p>	<p>A pesquisa foi realizada na unidade de HD de um Hospital universitário no sul da Irlanda.</p> <p>De 120 indivíduos no total, foram selecionados 46. Recrutados de forma não-probabilística e intencional.</p>	<p>O paciente deve ser ajudado a reconhecer os sintomas presentes (fadiga e funcionamento físico reduzido) para ser ajudado a aumentar o controle sobre os mesmos e a implementar estratégias que diminuam os seus sentimentos de impotência. A fadiga, sensação subjetiva de cansaço e falta de energia é influenciada por vários fatores (multidimensional). Reduções no funcionamento físico podem levar à repercussão social uma vez que se correlaciona com a perda de trabalho e aumento da dependência de cuidados de saúde. A identificação dos níveis de fadiga e o nível de exercício físico que a pessoa é capaz de desempenhar de forma a orientá-la para um treino de exercício físico adequado, melhora o seu estado físico, mental e social.</p>	<p>Foi realizado um estudo exploratório (2006) quantitativo correlacional. Foi utilizada a escala da Fadiga Multidimensional (MFI-20); o Medical Outcomes Study (MOS), SF-36 (habitualmente utilizado para medir a QV e aqui para medir o funcionamento físico) e um questionário demográfico para avaliar o sexo, idade, estado civil, situação de emprego e a duração do tempo de diálise.</p> <p>O SPSS foi também utilizado para o tratamento de dados.</p>	<p>Indivíduos submetidos a HD sofrem de fadiga geral, desempenham menos atividades por incapacidade física, com efeitos negativos no autocuidado e relação psicossocial (emprego). Com impacto negativo para gerir a sua doença e custos adicionais para os indivíduos, sociedade e serviços de saúde. Foi identificada maior nível de fadiga física associada a limitações do funcionamento físico e atividades reduzidas. Houve relação inversa (moderadamente significativa) entre o funcionamento físico e a fadiga. Níveis de fadiga mental foram também associados à motivação reduzida. Apesar de não haver relação significativa entre a fadiga, o tempo de diálise e estado civil; houve relação significativa entre a fadiga e o sexo (as mulheres ficam habitualmente mais cansadas); e relação positiva entre o funcionamento físico e a idade (idade avançada: menor funcionamento e maior fadiga) e a situação de emprego (maior inatividade, maior fadiga).</p>



<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 2-ART. 3. Evangelia J. Kouidi Central and Peripheral Adaptations to Physical Training in Patients with End-Stage Renal Disease. Sports Med Vol.31, N°9 (2001) p. 651-665 Nível de Evidência - V</p>	<p>É objetivo do programa de exercício: avaliar a resistência cardiorrespiratória, força muscular, resistência e flexibilidade das pessoas. Os Três grandes princípios do treino que se aplicam a todos os pacientes são: a sobrecarga, especificidade e aplicação gradual.</p>	<p>Pessoas em pré-diálise, HD, DP e pós-TR sem contraindicações para o exercício são incentivados a participar nesta modalidade de treino: programa em ambulatório num centro de reabilitação (nos EUA e Grécia), 3 vez por semana durante 6 meses, cerca de 60 min nos dias em que não fazem diálise.</p>	<p>Os doentes com IRCT sofrem de doenças funcionais e morfológicas; diminuição da capacidade cardiorespiratória, cansaço fácil e fadiga, que aumenta o custo de assistência médica e prediz aspetos em relação à morbidade e sobrevivência. Um programa de exercício físico aeróbio progressivo, incluindo caminhada, bicicleta e outras atividades como natação e jogar à bola; verificou aumentar a resistência cardiorespiratória e muscular dos participantes. Este protocolo estimula psicologicamente o paciente para o exercício. Para doentes com ECG alterado em repouso, o ideal é o teste do estresse para avaliar a isquémia do miocárdio.</p>	<p>Artigo de revisão sistemática. Analisados 12 estudos experimentais. O teste de espiroergometria (prova de esforço, utilizado para avaliar a capacidade funcional e aeróbia da pessoa, bem como usado para despistar sinais de isquémia do miocárdio) e diferentes protocolos, foram os métodos utilizados para avaliar as limitações funcionais da pessoa com IRCT a ser submetidos a um treino de exercício físico regular.</p>	<p>A anemia, distúrbios metabólicos, disfunção cardíaca, fraqueza muscular e a fadiga, estão entre os fatores de maior incapacidade funcional para as pessoas com IRCT. As que têm maiores comorbilidades têm também menos capacidade funcional e aeróbia para o exercício, comparados com os restantes “saudáveis” em HD. O exercício físico regular é recomendado para todas as modalidades de tratamento dialítico como uma terapêutica complementar, melhora a sua aptidão física e a QV. Aumenta a capacidade aeróbia e a funcionalidade do ventrículo esquerdo, reduz a HTA e diminui o risco de doença coronária e disritmias cardíacas, melhora a osteoporose e a força muscular e tem benefícios psicossociais (melhora o humor e diminui a depressão); devido a adaptações centrais e periféricas que se dão no organismo com benefício para a função muscular e QV. São recomendados três programas: pessoa supervisionada em ambulatório, exercício num centro de reabilitação e um programa de exercício físico durante as primeiras 2 horas de HD, tendo este demonstrado ser mais vantajoso.</p>



<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 2-ART. 4.</p> <p>Ann Bonner; Sally Wellard e M Caltabiano</p> <p>Determining patient activity levels in chronic kidney disease.</p> <p>Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness Vol.1, 2009 p.39-48</p> <p>Nível de Evidência - III</p>	<p>-Determinar os níveis de atividade e a correlação existente com a falta de ar na pessoa com DRC;</p> <p>-comparar os níveis de atividade desenvolvidas pelas pessoas em diferentes modalidades de TSFR;</p> <p>-Comparar as diferenças de atividade entre os que fazem e os que não fazem eritropoietina (EPO)</p>	<p>112 pessoas com DRC de um hospital regional do norte de Queensland, na Austrália, foram selecionadas e comparados níveis de atividade entre os grupos de pessoas com DRC (em HD, DP, diálise domiciliária, TR e em pré-diálise) e grupo de pessoas saudáveis (usadas para estabelecer o nível médio de atividades desenvolvidas por pessoas saudáveis (HAP)</p>	<p>É relevante para a prática clínica que o enfermeiro entenda o impacto que a DRC tem sobre a pessoa e a capacidade que esta tem em realizar atividades básicas no cotidiano. A avaliação regular do perfil de atividade de cada pessoa demonstra ser uma ferramenta valiosa com implicações para a prática de enfermagem. Os enfermeiros, são os profissionais que mais tempo passam com os doentes, estão por isso em posição de avaliar os seus níveis de atividade a fim de lhes fornecer em seguida estratégias relevantes para a sua reabilitação. As intervenções oportunas otimizam a atividade física da pessoa não só para um treino de exercício físico adequado mas também para o aumento das atividades no seu cotidiano.</p>	<p>Estudo descritivo de corte transversal, realizado em 2006. Utilizada a escala HAP (perfil de atividade humana) para avaliar os níveis de atividade desenvolvida pelas pessoas. Os dados foram analisados estatisticamente no SPSS.</p> <p>A investigação da atividade física em pessoas com DRC tem sido predominantemente limitada.</p>	<p>As pessoas com DRC desempenham menos atividades de vida diárias comparativamente à população saudável; e as diferentes causas da DRC também influenciam a maior ou menor capacidade para as realizar. Pessoas: de etnia indígena, do sexo feminino, de idade avançada, submetidas a HD, baixos níveis de albumina, nefropatia diabética, a fazer EPO foram associados a menores níveis de atividade, maior falta de ar e fadiga. Os sedentários que aumentem a sua atividade diminuem a falta de ar, melhoram a sua capacidade funcional e QV comparados com os que permanecem inativos. A promoção da atividade física é componente integrante dos programas de reabilitação para a saúde. A HAP demonstrou ser uma ferramenta útil para avaliar os níveis de falta de ar quando do exercício físico e níveis de atividades possíveis realizadas pelas pessoas com DRC. A equipe de saúde multidisciplinar fica assim capaz de apoiá-los e orientá-los para um treino físico adequado. O desafio está em reabilitá-los num ambiente com recursos de saúde limitados.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p>EBSCO 2-ART. 5.</p> <p>D. O'sullivan &amp; G. Mccarthy</p> <p>Exploring the Symptom of Fatigue in Patients with End Stage Renal Disease</p> <p>Nephrology Nursing Journal. Vol. 36, Nº1 (Jan-Feb, 2009), p. 37-40</p> <p>Nível de Evidência - IV</p>	<p>-Discutir a literatura e estudos acerca da fadiga em pacientes com IRCT e outras doenças crônicas;</p> <p>-Descrever estratégias atuais que reduzam a fadiga;</p> <p>-Descrição das intervenções por parte dos enfermeiros de nefrologia, que cuidam de pessoas com IRCT e sofrem de fadiga.</p>	<p>Foram pesquisados estudos de pessoas com doenças crônicas (câncer, esclerose múltipla, artrite reumatóide, lúpus eritematoso, com a finalidade de identificar intervenções possíveis para a gestão da fadiga em pessoas com IRCT.</p>	<p>A fadiga é um sintoma com impacto negativo na QV das pessoas com IRCT, no entanto tem havido poucas pesquisas nesta área, tendo sido investigada mais extensivamente noutras doenças crônicas. Se não tratada: leva ao aumento da dependência por parte de outros, fraqueza muscular, diminuição física e energia mental, isolamento social e depressão. A pesquisa e investigação deve ser uma prioridade por parte dos enfermeiros para poderem intervir adequadamente, oferecendo estratégias baseadas de evidência científica que consigam colmatar esta problemática.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p> <p>Analizados estudos experimentais de e não experimentais.</p>	<p>A pesquisa da literatura revelou relações significativas entre o nível de fadiga e o cansaço, fraqueza muscular, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, capacidade física reduzida, gravidade dos sintomas e dor articular em pessoas com IRCT em HD (McCann &amp; Boore, 2000). A depressão e a idade foram também identificadas como preditores de fadiga (Liu, 2006). Nestas pessoas a acupressão (massagem de acupuntura não invasiva) verificou ser eficaz para reduzir o cansaço e a fadiga (Tsay, 2004), bem como para melhorar a qualidade do sono e QV. Apesar de não se saber definitivamente se a fadiga é aliviada pela atividade ou descanso nesta população, algumas pessoas usam como estratégia para a diminuir: o descanso e o repouso; pelo que melhorar o sono, diminuiu por sua vez os níveis de fadiga (Tsay, Rong, e Lin, 2003). Chaboyer, Chiang, e Hung (2007) descrevem a fadiga como cansaço e sintoma multidimensional, incorporado de aspecto físico, afetivo e cognitivo, pelo que o exercício físico verificou ser também benéfico na redução da fadiga (O'Sullivan, McCarthy, 2007) e como importante estratégia de reabilitação (Knap, Buturovic-Ponikvar, Ponikvar e Bren (2005).</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p>EBSCO 2-ART. 6.</p> <p>Ann Bonner, Sally Wellard &amp; Marie Caltabiano</p> <p>Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland</p> <p>Journal Of Clinical Nursing Vol.17, (2008) p.90 - 98</p> <p>Nível de Evidência - II</p>	<p>-Avaliar os níveis de fadiga relatados e vividos pelas pessoas com IRCT, sendo utilizada a Escala de Severidade de Fadiga (FSS)</p>	<p>92 Pessoas com IRCT de um serviço de nefrologia de um Hospital do norte de Queensland, na Austrália. Avaliados níveis de fadiga nos diferentes grupos de pessoas em pré-diálise (28) e TSFR: HD (42), DP (8) e TR (14).</p>	<p>A fadiga é descrita como um sintoma contínuo ou intermitente (Jenkin et al. 2006); desagradável, dando a sensação corporal de cansaço que vai até à exaustão, interferindo na capacidade e funcionamento normal dos indivíduos, (Ream &amp; Richardson. 1996). McCann e Boore (2000) referem que esta sensação de cansaço está significativamente associada ao sono, saúde física diminuída e depressão. Em HD as pessoas apresentam fadiga física, afetiva e cognitiva (Lee et al. 2007) e está igualmente presente nos seus cuidadores, sendo aqui maior o nível de fadiga física que mental (Schneider, 2004). Compreender a variabilidade da fadiga nos diferentes grupos de pessoas com IRCT, orienta a prática de enfermagem na gestão da fadiga. A escala da fadiga (FSS), demonstrou ser uma ferramenta adequada a ser utilizada pelos profissionais.</p>	<p>Estudo descritivo e correlacional, desenvolvido em 2006. Avalia a relação entre as variáveis: fadiga e o tipo de TSFR. Foi utilizada a escala da severidade da fadiga (FSS) de Krupp et al. (1989). Em que a pontuação varia entre 9-63. O score obtido, dividido por 9, se o valor for &gt; 4 é sinonimo de fadiga e quanto maior for a pontuação, maior será a fadiga. Os dados foram analisados no SPSS.</p>	<p>A fadiga é uma experiência complexa e subjetiva, existe na população em geral mas com maior prevalência nas pessoas com doenças crônicas, nomeadamente nas pessoas com IRCT, sendo difícil de medir objetivamente, (McCann &amp; Boore, 2000). O estudo, cujo objetivo era medir os níveis de fadiga nesta população submetida às diferentes TSFR e em fase pré-diálise (com TFG &lt;30ml/h), demonstrou que as pessoas submetidas a TR apresentavam menor fadiga em relação aos outros grupos e quem fazia DP, maior fadiga. A fadiga demonstrou estar diretamente relacionada com: o sexo (as mulheres com maior fadiga, encontrando-se este sintoma entre os três mais incapacitantes); nefropatia diabética; e com quem recebia EPO com valores de HG baixos. Os enfermeiros precisam de reconhecer que a fadiga está presente nesta população independentemente da TSFR e que a FSS é uma medida simples e rápida de aplicar, devendo esta ser utilizada para auxiliar na sua avaliação.</p>

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objectivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 2 – ART.7</p> <p>Kun H. Kim et al.</p> <p>Role of Acupressure in Symptom Management in Patients with End-Stage Renal Disease: A Systematic Review</p> <p>Palliative Care. Feature Editor: Vyjeyanthi S. Periyakoil Vol. 13, Nº 7, (2010) p.885-891</p> <p>Nível de evidência IV</p>	<p>Resumir e avaliar criticamente as evidências dos ensaios clínicos randomizados sobre a acupressão para pacientes com IRCT</p>	<p>Dos 7 estudos selecionados segundo os critérios de conveniência, obtiveram-se: 4 ensaios clínicos em Taiwan, 2 na China e 1 na Polónia. Incluiu pacientes com distúrbios do sono, câibras musculares, prurido, fadiga e depressão.</p>	<p>A acupressão, terapêutica variante da acupuntura, ou massagem shiatsu (em que são utilizados dedos das mãos para pressionar determinados pontos meridianos do corpo), tem sido sugerida como adjuvante para a doença renal, contudo a sua eficácia não tem sido analisada sistematicamente em doentes com IRCT. A acupressão a fim de evitar efeitos adversos, não deve ser feita durante ou após HD. Exige sensibilidade na aplicação da pressão nestes doentes, e após devidamente aprendida pode ser praticada quer pelos enfermeiros quer pela família/cuidadores.</p>	<p>Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. Os dados foram colhidos manualmente desde a sua criação até dezembro de 2009 em 13 bases de dados. Foram selecionados e analisados 7 estudos de um total de 86. As bases de dados foram Medline, Cinahl, Cochrane, Library 2009, seis bancos de dados da Coreia e um banco de dados Chinês.</p>	<p>Foi comparada e analisada a eficácia das técnicas tradicionais chinesas (acupressão, acupuntura e acupuntura sham (agulhas mais superficiais) e a estimulação acuponto transcutânea eléctrica-TEAS) em relação aos cuidados normais a ter com o sono, câibras, prurido, fadiga e depressão. Tsay demonstrou melhoria da fadiga quando utilizada a acupuntura comparada com os cuidados habituais, não havendo diferenças em relação à acupuntura e acupuntura sham, sendo aqui indicado 6 meses de tratamento. O efeito da acupressão e da TEAS associados, revelam também melhores resultados em relação à fadiga e depressão, quando comparados com os cuidados habituais. A acupressão, apesar ser muito utilizada não é contudo clara para os doentes com IRCT, nem foi verificado benefício em relação à acupuntura. Nenhum dos estudos revelou quaisquer efeitos adversos acerca das diferentes técnicas. Futuros estudos deverão avaliar a sua eficácia e segurança.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p data-bbox="264 379 414 448">EBSCO 2-ART. 9.</p> <p data-bbox="235 491 443 523">Anita Jablonski</p> <p data-bbox="224 566 454 858">The Multidimensional Characteristics of Symptoms Reported by Patients on Hemodialysis, Nephrology</p> <p data-bbox="230 898 448 1153">Nursing Journal. Continuing Nursing Education. Vol.34 (Jan-Feb, 2007) p. 29-37.</p> <p data-bbox="241 1193 436 1262">Nível de Evidência - III</p>	<p data-bbox="483 400 741 1318">Explorar as características dos sintomas vivenciados pelos pacientes com IRCT em HD e impacto que estes têm na sua QV. Aumentar a conscientização sobre os benefícios em avaliar todas as dimensões dos sintomas em vez de se focarem apenas só em alguns. Avaliar os sintomas quanto: à intensidade (gravidade); tempo (frequência e duração); angustia (grau de desconforto ou incômodo); e ocorrência de mais que um sintoma simultaneamente.</p>	<p data-bbox="766 344 976 855">130 Pacientes, de um total de 281 indivíduos de duas clínicas de HD nos Estados Unidos, foram recrutados para o estudo, segundo os critérios de seleção e conveniência: Clínica A=83 e Clínica B=47.</p>	<p data-bbox="1005 344 1312 1262">Os enfermeiros desempenharam um papel fundamental ao demonstrarem aos pacientes a necessidade que eles têm de perceber profundamente os seus sintomas, de forma a poderem geri-los da melhor maneira possível e alcançar assim uma melhor QV. Após identificados os sintomas que maior interferência têm sobre a pessoa, o enfermeiro deve intervir primeiramente sobre eles melhorando desta forma em geral, a gestão dos mesmos. Gerir sintomas isolados não é opção quando vários sintomas estão presentes.</p>	<p data-bbox="1341 344 1693 1334">Estudo descritivo, tendo sido utilizado para a colheita dos dados, entrevistas aos pacientes selecionados. Aplicadas em 2006 e posteriormente analisadas. Foram supervisionados os pacientes selecionados durante a sessão de HD e dispendido cerca de 45 min com a entrevista relativamente aos sintomas vivenciados. Para a sua avaliação foi utilizada: a escala de medida aqui criada, a escala MSAS (Memorial Symptom Assessment Scale, já conhecida pela literatura) e o questionário sobre a QV (QOL de Ferrans &amp; Powers, 1985). Maior score de sintomas era indicativo de percepção mais opressiva em relação aos mesmos.</p>	<p data-bbox="1722 344 2123 1374">O estudo revelou que os pacientes experimentavam em média 5,67 sintomas: o cansaço era predominante em 77%, seguido dos problemas em dormir; a fraqueza muscular era o sintoma com maior interferência na QV em relação à frequência e duração. Os sintomas mais graves não eram necessariamente os mais frequentes, nem os de maior duração ou os mais angustiantes. O facto de experienciarem mais que um sintoma simultaneamente é que contribuía para a diminuição da QV. A chave para o sucesso é o conhecimento multidimensional dos sintomas bem como o uso de ferramentas que consigam avaliá-los adequadamente. A sua avaliação multidimensional pode fornecer informação indispensável à gestão dos mesmos, contudo mais pesquisas deverão ser feitas.</p>

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 1-ART. 1.</p> <p>Marjolaine Dionne Merlin &amp; Gemma Gallant</p> <p>Effet d'un programme de gestion de la fatigue auprès des personnes hémodialysées.</p> <p>The Cannt Journal. Vol. 20, Nº 3 (Jul-Sep, 2010), p. 43-48</p> <p>Nível de Evidência - II</p>	<p>Avaliar o impacto de um programa de gestão da fadiga em pessoas com IRCT em HD: nível de fadiga e taxa de satisfação em relação aos conhecimentos adquiridos após implementado o programa.</p>	<p>25 Pessoas de uma unidade de HD em New Brunswick,</p>	<p>As pessoas com IRCT devem aprender a lidar com os diferentes sintomas com que vivem. As informações que lhes são transmitidas (educação) aumentam o seu poder de tomar decisões; otimizam a liderança na gestão da fadiga (Richard &amp; Lussier, 2005) levando-os a adotar melhores comportamentos de saúde. Para Armistead (2005) o ensino pode reduzir o cansaço e melhorar a satisfação das pessoas em relação aos cuidados que recebem. As pessoas com fadiga esperam dos profissionais de saúde intervenções eficazes para a diminuir. Aqui as pessoas foram sujeitas a 2 momentos de avaliação: (1º) - 2 semanas antes do programa, em dia oposto à HD; (2º) - procedeu-se ao programa educacional (4 sessões de 30 min por semana durante a HD, tendo a família sido convidada a participar). O conteúdo foi: 1º-explicar o conceito da fadiga, factores etiológicos e como avaliar a mesma; e em 2º-informar que estratégias executar para reduzir a fadiga; 4 semanas após, foi feita a 2ª avaliação (em dia oposto à HD).</p>	<p>Estudo quase-experimental. Os instrumentos de colheita e avaliação foram: Escala da Fadiga de Piper (PFS), índice de satisfação em relação ao conhecimento -ISS e um formulário sociodemográfico. O Modelo adotado foi o de Orem, sendo visualizada a auto-gestão como um conceito de autocuidado, em que se prevê que a pessoa gira a sua própria fadiga. O ensino é adaptado à individualidade da pessoa, suas necessidades e expectativas. A linguagem utilizada foi acessível e reforçada de material escrito ou visual (folheto).</p>	<p>Após o programa as pessoas diminuíram significativamente o seu nível de fadiga e ficaram satisfeitos com os conhecimentos adquiridos. Intervenções como: conservação de energia (descanso no dia de HD), adequação da dieta, prática de exercício físico regular, gestão do estresse e toma de drogas, massagem de relaxamento e acupuntura foram divulgadas como estratégias a executar para reduzir a fadiga. É objetivo ensinar a pessoa/família: a avaliar o nível de fadiga, a identificar a sua etiologia e a iniciar intervenções que a diminuam. Para isso a pessoa deve estar disposta a aprender e interessada a assimilar a informação. Deverá também ser avaliada a eficácia do programa a médio e longo prazo (6meses-1A).</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
<p>EBSCO 1-ART 2 .</p> <p>M. Yurtkuran et al.</p> <p>A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: A randomized controlled study.</p> <p>Complementary Therapies in Medicine Vol.15, (2007) p.164-171</p> <p>Nível de Evidência - I</p>	<p>Avaliar os efeitos que um programa de yoga tem: na dor, fadiga, distúrbios do sono e valores analíticos em pessoas em HD</p>	<p>De 157 pessoas foram incluídos no estudo 37 pessoas estáveis da unidade de HD do Departamento de Nefrologia de Bursa, do Hospital Universitário na Turquia. Estes foram divididos em 2 grupos: grupo de yoga e (GY) n=19 e grupo de controlo (GC) n=18. O GY foi submetido a exercícios de 30 min dia, 2x por semana durante 3 mês; combinou-se a postura com a respiração (a meditação não foi usada). A intensidade foi progressivamente aumentada e a respiração ajustada à condição fisiológica dos indivíduos. O GY e GC foram incentivados a realizar exercícios de 10 min em casa.</p>	<p>As pessoas com IRCT têm menor capacidade para o exercício físico (ginástica/aeróbica/fitness); a sua força tende a ser inferior ao normal (metade) e por isso propensos a ter problemas com a mobilidade e atividades básicas do quotidiano. O desequilíbrio electrolítico contribui para o aparecimento de sintomas: fadiga, fraqueza muscular e dor na coluna, anca, joelhos e membros inferiores. A dor piora com atividades de suporte de pesos e as fraturas das vértebras e ossos longos são também comuns. Alguns dos sintomas físicos e mentais podem ser reduzidos ou eliminados com um exercício físico adequado, no entanto para quem tem problemas cardiovasculares este treino pode ser um risco; não há por isso uma prescrição clara de exercícios para estas pessoas. São dificuldades deste treino: os problemas de transporte, a falta de tempo, mudanças rápidas do estado de saúde, dependência funcional, depressão e a falta de motivação.</p>	<p>Estudo randomizado e controlado, desenvolvido em 2004. Foi utilizada a escala de medida visual e Analógica (VAS) para avaliar: a dor, a fadiga e os distúrbios do sono, Foi ainda avaliada antes e depois da intervenção a PA (mmHg) e variáveis bioquímicas: ureia, creatinina, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, colesterol, HDL, trigliceridos, eritrócitos e hematócrito. A análise dos dados foi feita no SPSS</p>	<p>O yoga é composto por três componentes essenciais: exercícios de respiração, postura e sessões de meditação que oferecem maior equilíbrio e flexibilidade. O programa de yoga aqui desempenhado demonstrou ser um complemento seguro e modalidade de tratamento clínico eficaz para as pessoas com IRCT, com benefícios para o alívio do estresse (depressão) e relaxamento. Após intervenção de 12 semanas, foram observadas melhorias significativas em todas variáveis: fadiga-55%, dor-37% distúrbios do sono-25%, PA-15%, e em todos os valores bioquímicos; verificando-se melhorias das variáveis no GY, superiores ao GC para todas as variáveis excepto no cálcio, fósforo, HDL e trigliceridos.</p>

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 1-ART 4 . Shiow-Luan Tsay, Yi-Ching Cho e Mei-li Chen Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in Improving Fatigue, Sleep Quality and Depression in Hemodialysis Patients The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 32, Nº3, 2004 p.407-416 Nível de Evidência - I</p>	<p>Testar a eficácia da acupressão e a estimulação acuponto elétrica transcutânea (TEAS - projeção sobre as células nervosas dos mesmos pontos de acupuntura, de uma corrente eléctrica de baixa frequência) sobre a fadiga, qualidade do sono e depressão em pessoas com IRCT em HD</p>	<p>106 Pessoas com IRCT em HD e de 4 centros hospitalares do norte de Taiwan participaram no estudo. Selecionados aleatoriamente e divididos em 3 grupos: grupo de acupressão (GA), grupo TEAS e grupo de controlo (GC)</p>	<p>A insónia leva à sonolência diurna, influenciando negativamente a capacidade das pessoas em terem uma vida normal. Apesar de ser conhecida a eficácia da acupuntura na gestão da fadiga e distúrbios do sono; a acupressão (variante da acupuntura) tem no entanto apresentado limitações: porque os profissionais de saúde estão pouco treinados, havendo o risco de tendões e músculos serem lesados durante o tratamento e porque aplicar uma pressão com a mão, consistente (3-4 kg) nesses pontos de acupuntura nem sempre é fácil de ser conseguido, exigindo um treino de aprendizagem intensiva por parte dos profissionais. Para superar estas limitações a TEAS - técnica segura e não invasiva (Han, 1997) surge como alternativa à acupressão e com efeitos semelhantes à acupuntura. Na depressão a acupuntura tem demonstrado também efeitos semelhantes ao tratamento com antidepressivos tricíclicos.</p>	<p>Estudo experimental, prospetivo, randomizado e controlado. Foi realizado durante um período de 4 meses. Como medidas de avaliação foram utilizados: a Escala da Fadiga de Piper (PFS), o Índice da Qualidade do Sono-Pittsburgh e o da Depressão-Beck. Os dados foram colhidos no início, durante a intervenção e pós-tratamento e tatados no SPSS. O GA e grupo TEAS, receberam 15 min de tratamento, 3X por semana durante 1 mês, enquanto o GC receberam apenas cuidados normais de rotina.</p>	<p>Foram seleccionados 4 pontos de acupuntura para testar o efeito da massagem da acupressão na diminuição do sono, fadiga e depressão: Yungchuan (K-1) em ambos os pés, Zusanli (St-36), Yanglingchuan (GB-34) e Sanyingjiao (Sp-6) em ambas as pernas. No TEAS, os eléctrodos foram colocados nos pontos de acupuntura e fixada frequência alternada entre 2-100 Hz, com uma duração de 3 segundos Os resultados indicaram que as pessoas do GA e grupo TEAS, tiveram significativamente níveis mais baixos de fadiga, sono e depressão comparativamente às pessoas do GC; e não houve diferenças significativas entre o GA e grupo TEAS. Este estudo fornece um método alternativo para os prestadores de cuidados de saúde que queiram gerir estes sintomas no ambiente clínico, desde que adquiridos conhecimentos técnicos adequados.</p>



<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	<b>Resultados</b>
<p>EBSCO 1- Art.8</p> <p>Steven Weisbord &amp; Paul Kimmel</p> <p>Health-related quality of life in the era of erythropoietin</p> <p>Hemodialysis International ; Vol.12, 2008 p.6 -15</p> <p>Nível de Evidência - IV</p>	<p>Discutir as intervenções que foram avaliadas para melhorar o estado funcional e o bem-estar das pessoas com IRCT; com especial incidência sobre a terapia com EPO.</p>	<p>Pessoas com IRCT em diálise.</p>	<p>Um programa de reabilitação e exercício aeróbio revelam melhores resultados sobre a QV. E a administração da L-carnitina melhorou a capacidade de exercício físico com diminuição da fadiga e aumento da QV.</p> <p>A diálise no domicílio revelou ter um impacto positivo na gestão de fluidos, HTA, e estado nutricional da pessoa.</p> <p>Apesar da EPO diminuir os sintomas associados à anemia fica por determinar o nível de HG preciso e que maximiza a QV das pessoas com IRCT em HD. Estudos futuros deverão examinar com mais detalhe os efeitos adversos da EPO nas doenças cardiovasculares.</p>	<p>Revisão sistemática da Literatura. Utilizados como instrumentos genéricos: o questionário QOL-SF-36 para a avaliação da QV; o Nottingham Health Profile para avaliar o perfil de Saúde física, social e emocional e a Escala de Karnofsky, para avaliar o desempenho do funcionamento físico.</p>	<p>O TR continua a ser o tratamento de opção que melhora a QV das pessoas com IRCT. Contudo o crescimento das pessoas com IRCT ultrapassa a disponibilidade dos órgãos. O tratamento da anemia com EPO é outra opção para melhorar sintomas como: fadiga, função cognitiva, função sexual e vitalidade; com melhorias na QV. Apesar da EPO melhorar os sintomas associados à anemia, não há consenso sobre o nível de HG que otimiza a QV e a sobrevivência desta população. As diretrizes da KDOQI recomendam HG entre 11 a 12 g/dl, contudo fica-se ainda sem resposta de qual o valor da HG ideal em HD. Isto porque o aumento da HG, após a administração contínua da EPO, traz possíveis efeitos adversos e complicações cardiovasculares, ofuscando os efeitos potencialmente benéficos desta terapia.</p>

# **ANEXO VII**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO DE CASO,  
NUMA CLÍNICA DE HD DO CENTRO DE LISBOA**

Com os melhores cumprimentos  
7/11/2011

Exmo. Sr. Enfermeiro Director João  
Fazendeiro Nephrocare Portugal

Sandra Maria Cardoso Garcia, estudante da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente Nefrológica, encontra-se em estágio clínico com relatório na clínica de Hemodiálise do Lumiar, entre 7 de Novembro a 16 de Dezembro de 2011.

Vem por este meio solicitar a autorização para que durante o decurso do seu estágio, possa aplicar escalas de avaliação ou entrevistas a utentes da referida clínica, sendo a recolha de informação essencial à elaboração de diagnósticos de enfermagem e por conseguinte à realização de um Estudo de Caso no âmbito do seu trabalho académico: "Quais os cuidados de Enfermagem à pessoa com Insuficiência Renal Crónica Terminal em hemodiálise, na gestão da fadiga e melhoria da sua qualidade de vida?"

Sendo imperioso a brevidade da resposta para o prosseguimento do trabalho.

Aguarda atenciosamente.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 3 Novembro de 2011

Sandra Maria Cardoso Garcia

Contacto: 965795462

E-mail: sandramcgarcia@gmail.com

# **ANEXO VIII**

**INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA AVALIAR A FADIGA E A  
QUALIDADE DE VIDA**

## Fatigue Severity Scale (FSS) of Sleep Disorders

The Fatigue Severity Scale (FSS) is a method of evaluating the impact of fatigue on you. The FSS is a short questionnaire that requires you to rate your level of fatigue.

The FSS questionnaire contains nine statements that rate the severity of your fatigue symptoms. Read each statement and circle a number from 1 to 7, based on how accurately it reflects your condition during the past week and the extent to which you agree or disagree that the statement applies to you.

- A low value (e.g., 1) indicates strong disagreement with the statement, whereas a high value (e.g., 7) indicates strong agreement.
- It is important that you circle a number (1 to 7) for every question.

FSS Questionnaire							
During the past week, I have found that:	Disagree <-----> Agree						
My motivation is lower when I am fatigued.	1	2	3	4	5	6	7
Exercise brings on my fatigue.	1	2	3	4	5	6	7
I am easily fatigued.	1	2	3	4	5	6	7
Fatigue interferes with my physical functioning.	1	2	3	4	5	6	7
Fatigue causes frequent problems for me.	1	2	3	4	5	6	7
My fatigue prevents sustained physical functioning.	1	2	3	4	5	6	7
Fatigue interferes with carrying out certain duties and responsibilities.	1	2	3	4	5	6	7
Fatigue is among my three most disabling symptoms.	1	2	3	4	5	6	7
Fatigue interferes with my work, family, or social life.	1	2	3	4	5	6	7
							<b>Total Score:</b>

Copyright Lauren B. Krupps. Reproduced with permission of the author.

### Scoring your results

Now that you have completed the questionnaire, it is time to score your results and evaluate your level of fatigue. It's simple: Add all the numbers you circled to get your total score.

### The Fatigue Severity Scale Key

A total score of less than 36 suggests that you may not be suffering from fatigue.

A total score of 36 or more suggests that you may need further evaluation by a physician.

This scale should not be used to make your own diagnosis.

If your score is 36 or more, please share this information with your physician. Be sure to describe all your symptoms as clearly as possible to aid in your diagnosis and treatment.

National Women's Health Resource Center, Inc. (NWHRC)  
<http://www.healthywomen.org>

### **Escala da Fadiga de Krupp et al, Arch Neurol, vol 46, 1989**

Os Pacientes são instruídos para escolher um número de 1 a 7 que indica o seu grau de concordância com cada afirmação, onde 1 indica: discorda totalmente e 7 indica: concorda totalmente.

Segundo o estudo de Bonner, Wellard e Caltabiano (2008), de nível II de evidência científica (Anexo VI), a pontuação varia entre 9 e 63, o valor obtido a dividir por 9 dá o nível de fadiga. Valores entre 2-3 são normais, valor > 4 é sinónimo de fadiga

- a) Minha motivação é baixa quando estou fatigado
- b) Exercícios me causam fadiga
- c) Eu fico fatigado facilmente
- d) Fadiga interfere com o meu funcionamento físico
- e) Fadiga me causa problemas frequentemente
- f) Minha fadiga não me deixa ter um funcionamento físico mantido
- g) Fadiga interfere na realização de certas obrigações ou deveres e responsabilidades
- h) Fadiga está entre os meus 3 sintomas mais incapacitantes ou importantes
- i) Fadiga interfere com o meu trabalho, minha vida social e familiar

### **Escala de Chalder et al J Psychosom Res 37 1993**

Você notou que tem se sentido cansado recentemente? \_\_\_\_\_

Você tem se sentindo com falta de energia? \_\_\_\_\_

Se a resposta for positiva, as 4 questões seguintes deverão ser respondidas.

- 1- Quantos dias você se sentiu cansado ou com falta de energia durante a semana passada? (Marque 1 se foram 4 dias ou mais)
- 2- Você se sentiu cansado ou com falta de energia por mais do que 3 horas em algum dia da semana passada? (Marque 1 se foram mais do que 3 horas)
- 3- Você se sentiu tão cansado que teve se esforçar muito para conseguir fazer as coisas na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)
- 4- Você se sentiu cansado ou com falta de energia fazendo coisas que você gosta na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)

Total score de 0 a 4, scores de 2 ou mais são compatíveis com fadiga.

## ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey

Questionário da Qualidade de Vida traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte questiona sobre a sua saúde. Estas informações mantêm-nos informados de como se sente e o quanto é capaz de fazer as suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, diria que a sua saúde é: (circule uma)

Excelente 1  
Muito boa 2  
Boa 3  
Ruim 4  
Muito ruim 5

2. Comparada a um ano atrás, como classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás 1  
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2  
Quase a mesma que há um ano atrás 3  
Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4  
Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

<b>Atividades</b>	<b>Sim. Dificulta muito</b>	<b>Sim. Dificulta um pouco</b>	<b>Não. Não dificulta de modo algum</b>
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em desportos árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar o pó, jogar á bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3

e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
j) Andar um quarteirão k)	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regularmente, como consequência da sua saúde física?  
(circule uma em cada linha)

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
a) Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer o seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
a) Diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2



6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma 1  
 Ligeiramente 2  
 Moderadamente 3  
 Bastante 4  
 Extremamente 5

7. Quantifique as dores no corpo que teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma 1  
 Muito leve 2  
 Leve 3  
 Moderada 4  
 Grave 5  
 Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma 1  
 Um pouco 2  
 Moderadamente 3  
 Bastante 4  
 Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como se sente e como tudo tem acontecido consigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como se sente. Em relação às últimas 4 semanas. (circule um número para cada linha)

	<b>Todo tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Uma boa parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nunca</b>
a) Quanto tempo se tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo se tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6

d) Quanto tempo se tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo se tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo se tem sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo se tem sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo se tem sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo o seu estado físico ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

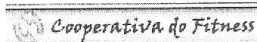
Todo o tempo 1  
 A maior parte do tempo 2  
 Alguma parte do tempo 3  
 Uma pequena parte do tempo 4  
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto é verdadeiro ou falso cada uma das afirmações para si? (circule um número em cada linha)

	<b>Definitivamente verdadeira</b>	<b>A maioria das vezes verdadeira</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falsa</b>	<b>Definitivamente falsa</b>
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável como qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Esta é a cache do Google de <http://www.cdoef.com.br/testes13.htm>. É um instantâneo da página, tal como surgiu no dia 3 Dez 2011 22:56:00 GMT. Entretanto, a [página actual](#) poderá ter sofrido algumas alterações. [Saiba mais](#)

Versão apenas de texto



Home | CDOF Responde | Cadastro de Usuários | Cadastro de Consultores |

M E N U

Seg, 26/1/09 22:10

## TESTES

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

#### QUESTÕES

RESPOSTAS  
Colocar abaixo os  
valores  
correspondentes a  
cada questão. No  
final peça para  
calcular.  
(ex: valor 4,4  
significa 4,6)  
Pontos

- 1- Em geral você diria que sua saúde é:  
Excelente(5.0); Muito Boa(4.4) ;Boa(3.4) ; Ruim(2.0) ;Muito Ruim(1.0)
- 2- Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?  
Muito Melhor(1); Um Pouco Melhor(2); Quase a Mesma(3); Um Pouco Pior(4); Muito Pior(5)

- 3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, muita dificuldade	Sim, um pouco de dificuldade	Sem dificuldade
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

- 5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

Pontos

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

d)Pontos

e)Pontos

f)Pontos

g)Pontos

h)Pontos

i)Pontos

J)Pontos

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

d)Pontos

a)Pontos

b)Pontos

- b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? 1 2  
 c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. 1 2
- 6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?  
 De forma nenhuma(5); Ligeiramente(4); Moderadamente(3); Bastante(2); Extremamente (1)
- 7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? Nenhuma(6.0); Muito Leve(5.4); Leve(4.2); Moderada(3.1); Grave(2.0); Muito Grave(1.0)
- 8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?  
 De maneira alguma(1); Um pouco(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente(5)

:: Interpretação para pontuar:

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser

o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6)

Se a resposta for (2), a pontuação será (4.75)

Se a resposta for (3), a pontuação será (3.5)

Se a resposta for (4), a pontuação será (2.25)

Se a resposta for (5), a pontuação será (1.0)

- 9- Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Sempre	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	As vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado?	6	5	4	4	2	1
b) Por quanto tempo se sente nervosa(o)?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo se sente calmo ou tranqüilo?	6	5	4	4	2	1
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	6	5	4	4	2	1
f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo se sente esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	6	5	4	4	2	1
i) Por quanto tempo se sente cansado?	1	2	3	4	5	6

- 10- Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Sempre(1) ;A maior parte do tempo (2); Boa parte do tempo (3); Poucas vezes(4); Nunca(5)

- 11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça	5	4	3	2	1
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	5	4	3	2	1

**PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA**  
 Fase 1: Ponderação dos dados

::: Valor total obtido nas questões correspondentes :::

**CALCULE**

::: Após calcular passe para a fase 2 abaixo:::

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

· **Capacidade funcional: (ver tabela)**

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

· **Dor (ver tabela) - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4**

- Aplicar fórmula: Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100  
Variação (Score Range)

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2 \times 100}{10} = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Adaptado de:  
<http://listas.cev.org.br>

Sugestão de tabela de comparação:  
<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v22n1/a03v22n1.pdf>

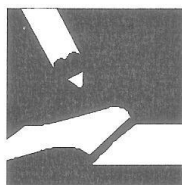
[::: Cooperativa do Fitness - Todos os direitos reservados - BH - MG - Na internet desde 05/12/1999 :::]

---

# Your Health – *and* – Well-Being

## **Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™ 1.3)**

This survey asks for your views about your health. This information will help keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities.



***Thank you for completing these questions!***

## **Study of Quality of Life For Patients on Dialysis**

---

---

### **What is the purpose of the study?**

This study is being carried out in cooperation with physicians and their patients. The purpose is to assess the quality of life of patients with kidney disease.

### **What will I be asked to do?**

For this study, we want you to complete a survey today about your health, how you feel and your background.

### **Confidentiality of information?**

We do not ask for your name. Your answers will be combined with those of other participants in reporting the findings of the study. Any information that would permit identification of you will be regarded as strictly confidential. In addition, all information collected will be used only for purposes of the study, and will not be disclosed or released for any other purpose without your prior consent.

### **How will participation benefit me?**

The information you provide will tell us how you feel about your care and further understanding about the effects of medical care on the health of patients. This information will help to evaluate the care delivered.

### **Do I have to take part?**

You do not have to fill out the survey and you can refuse to answer any question. Your decision to participate will not affect your opportunity to receive care.

## Your Health

This survey includes a wide variety of questions about your health and your life. We are interested in how you feel about each of these issues.

1. In general, would you say your health is: [Mark an  in the one box that best describes your answer.]

Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now?

Much better now than one year ago	Somewhat better now than one year ago	About the same as one year ago	Somewhat worse now than one year ago	Much worse now than one year ago
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much? [Mark an  in a box on each line.]**

	Yes, limited a lot ▼	Yes, limited a little ▼	No, not limited at all ▼
a <u>Vigorous activities</u> , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Moderate activities</u> , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c Lifting or carrying groceries .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d Climbing <u>several</u> flights of stairs .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Climbing <u>one</u> flight of stairs.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Bending, kneeling, or stooping .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g Walking <u>more than a mile</u> .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Walking <u>several blocks</u> .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Walking <u>one block</u> .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j Bathing or dressing yourself .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

**4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?**

		Yes	No
		▼	▼
a	Cut down the <u>amount of time</u> you spent on work or other activities .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b	<u>Accomplished less</u> than you would like.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c	Were limited in the <u>kind</u> of work or other activities .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
d	Had <u>difficulty</u> performing the work or other activities (for example, it took extra effort).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

**5. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?**

		Yes	No
		▼	▼
a	Cut down the <u>amount of time</u> you spent on work or other activities .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b	<u>Accomplished less</u> than you would like.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c	Didn't do work or other activities as <u>carefully</u> as usual.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

6. During the past 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?

Not at all	Slightly	Moderately	Quite a bit	Extremely
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?

None	Very mild	Mild	Moderate	Severe	Very severe
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the past 4 weeks...

All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- |   |  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| a | Did you feel full of pep?.....   | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| b | Have you been a very nervous person? .....                               | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| c | Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| d | Have you felt calm and peaceful?.....                                    | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| e | Did you have a lot of energy? .....                                      | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| f | Have you felt downhearted and blue? .                                    | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| g | Did you feel worn out?..   | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| h | Have you been a happy person?.....                                       | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| i | Did you feel tired? .....  | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 6 |

**10. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?**

All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Please choose the answer that best describes how true or false each of the following statements is for you.**

	Definitely true	Mostly true	Don't know	Mostly false	Definitely false	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a	I seem to get sick a little easier than other people .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
b	I am as healthy as anybody I know ....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
c	I expect my health to get worse .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
d	My health is excellent .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5

## Your Kidney Disease

12. How true or false is each of the following statements for you?

	Definitely true ▼	Mostly true ▼	Don't know ▼	Mostly false ▼	Definitely false ▼
a. My kidney disease interferes too much with my life .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
b. Too much of my time is spent dealing with my kidney disease .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
c. I feel frustrated dealing with my kidney disease .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
d. I feel like a burden on my family .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5

**13. These questions are about how you feel and how things have been going during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.**

**How much of the time during the past 4 weeks...**

	None of the time	A little of the time	Some of the time	A good bit of the time	Most of the time	All of the time
a Did you isolate your- self from people around you? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Did you react slowly to things that were said or done?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Did you act irritable toward those around you?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Did you have difficulty concentrating or thinking?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Did you get along well with other people? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Did you become confused? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**14. During the past 4 weeks, to what extent were you bothered by each of the following?**

	Not at all bothered	Somewhat bothered	Moderately bothered	Very much bothered	Extremely bothered
	▼	▼	▼	▼	▼
a Soreness in your muscles?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Chest pain? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Cramps? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Itchy skin?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Dry skin?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Shortness of breath?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Faintness or dizziness?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Lack of appetite?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Washed out or drained? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Numbness in hands or feet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Nausea or upset stomach?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Hemodialysis patient only) Problems with your access site? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Peritoneal dialysis patient only) Problems with your catheter site?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



## Effects of Kidney Disease on Your Daily Life

**15. Some people are bothered by the effects of kidney disease on their daily life, while others are not. How much does kidney disease bother you in each of the following areas?**

	Not at all bothered	Somewhat bothered	Moderately bothered	Very much bothered	Extremely bothered
	▼	▼	▼	▼	▼
a Fluid restriction?....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
b Dietary restriction?.	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
c Your ability to work around the house? .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
d Your ability to travel? .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
e Being dependent on doctors and other medical staff?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
f Stress or worries caused by kidney disease? .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
g Your sex life? .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
h Your personal appearance? .....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5

The next three questions are personal and relate to your sexual activity, but your answers are important in understanding how kidney disease impacts on people's lives.

**16. Have you had any sexual activity in the past 4 weeks?**

**(Circle One Number)**

No .....1  
Yes .....2

→ If no, please skip to Question 17

**How much of a problem was each of the following in the past 4 weeks?**

	Not a problem	A little problem	Somewhat of a problem	Very much a problem	Severe problem
a. Enjoying sex? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Becoming sexually aroused? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

17. For the following question, please rate your sleep using a scale ranging from 0 representing “very bad” to 10 representing “very good.”

If you think your sleep is half-way between “very bad” and “very good,” please mark the box under the number 5. If you think you sleep is one level better than 5, mark the box under 6. If you think your sleep is one level worse than 5, mark the box under 4 (and so on).

On a scale from 0 to 10, how would you rate your sleep overall?  
[Mark an  in one box.]

Very bad												Very good
▼												▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**18. How often during the past 4 weeks did you...**

	None of the time ▼	A little of the time ▼	Some of the time ▼	A good bit of the time ▼	Most of the time ▼	All of the time ▼
a Awaken during the night and have trouble falling asleep again?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/> 6
b Get the amount of sleep you need?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/> 6
c Have trouble staying awake during the day?...	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/> 6

**19. Concerning your family and friends, how satisfied are you with...**

	Very dissatisfied ▼	Somewhat dissatisfied ▼	Somewhat satisfied ▼	Very satisfied ▼
a The amount of time you are able to spend with your family and friends?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4
b The support you receive from your family and friends?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4

**20. During the past 4 weeks, did you work at a paying job?**

Yes	No
▼	▼
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**21. Does your health keep you from working at a paying job?**

Yes	No
▼	▼
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**22. Overall, how would you rate your health?**

Worst possible (as bad or worse than being dead)	Half-way between worst and best	Best possible								
▼	▼	▼								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Satisfaction With Care

23. Think about the care you receive for kidney dialysis. In terms of your satisfaction, how would you rate the friendliness and interest shown in you as a person?

Very poor	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent	The Best
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. How true or false is each of the following statements?

	Definitely true	Mostly true	Don't know	Mostly false	Definitely false
a. Dialysis staff encourage me to be as independent as possible .....	▼	▼	▼	▼	▼
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Dialysis staff support me in coping with my kidney disease.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

*Thank you for completing these questions!*

# **ANEXO IX**

**ESTUDO DE CASO DA SRª J.M**

### 3. Estudo de Caso da Sr<sup>a</sup> J.M.

<b>O QUE SE SABE ACERCA DA SR.<sup>a</sup> J. M.?</b>	
<b>Informações Gerais</b>	<b>Suporte de análise da situação de cuidados</b>
<p>-Senhora de raça negra e 57 anos de idade, solteira com 3 filhos;</p> <p>-Natural de Angola; residente em Lisboa: Rua Acácio Paiva, nº 31, 1700-004;</p> <p>-Enfermeira no seu país de origem até 2007, atualmente reformada por IRCT, em HD;</p>	<p>-IRCT por provável glomerulonefrite crónica (GC), sem biopsia renal. Anúrica;</p> <p>-Evacuada para Portugal por falta de acessos e a realizar HDF pós-diluição nesta unidade desde 3/7/2010, nos dias: 3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e sáb., na sala 1 e recentemente na sala 3, nos turnos da tarde;</p> <p>-Trazia cateter na femoral direita, retirado a 7/10/2010 e realizada construção de prótese (PTFE) no braço esquerdo com anastomose braquiocefálica a 7/7/2010, por onde realiza a sessão de HDF até à data atual, com boa funcionalidade (Qa 1110 ml/min - 19/11/2011) e velocidades de bomba (VB) ≥ 400 ml/min;</p> <p>-Está inscrita para TR no HCC e HSM</p> <p>-Nefrologista: Dr. F. D. em consultas à 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> f à tarde.</p>
<b>O que sei sobre a Sr<sup>a</sup> J.M.?</b>	
<p>-2 Filhos casados (com netos), residentes no país de origem (Angola) e 1 filha solteira de 30 anos - familiar atual de referência a residir provisoriamente em Portugal, regressa em breve à Angola para concluir o curso de Direito;</p> <p>-Passará a viver sozinha pelo que encontra-se no início do ano de 2012 a providenciar o contrato de uma jovem para regime interno, pessoa que a possa acompanhar nos próximos tempos no seu domicílio;</p> <p>-Sem dificuldades económicas;</p> <p>-Procurou equivalências para o curso de enfermagem em Portugal, mas as burocracias desmotivaram-na;</p> <p>-Gosta de geriatria e pediatria e sente-se motivada para voltar a trabalhar/ter uma ocupação mesmo que não remunerada;</p> <p>-Os filhos demonstram preocupar-se com a mãe, contudo não querem que volte à</p>	<b>Medicação atual</b>
	<p><b>-Osvarem</b> 3 cp/dia;</p> <p><b>-Paricalcitol</b> 5,0 µg EV, 2x mês em diálise;</p> <p><b>-Darbepoetina</b> (Darb.) alfa 80µg/0,4 ml EV, semanal em diálise;</p> <p><b>-Colecalciferol</b> 0,08 mg, (5 got) 3x semana em diálise;</p> <p><b>-Ácido fólico</b> 5mg (1cp) e <b>Vitaminas do complexo B</b> 85,03 mg - (1cp, 3x semana em diálise</p>



<p>atividade por recearem que esta volte a perder o acesso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Religião evangélica praticante;</li> <li>- Acesso à habitação, por alguns lances de escadas. Peso seco (6/12/11): 79,5 kg, altura: 1,71 m</li> </ul>	
---	--

<p><b>Antecedentes pessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidade, dislipidemia, albuminemia agora controlada;</li> <li>- Ex fumadora, lesões pulmonares e pleurais fibróticas por provável antiga TP-BK;</li> <li>- Esteatose hepática, exposição anterior e imune para a Hep B (Anti-HBc IgG<sup>+</sup>);</li> <li>- Aerofagia (deglutição excessiva de ar: eructação e flatulência);</li> <li>- Histrectomia total por miomas em 2002;</li> <li>- Bócio mergulhante “gigante”, que atingia a carina e desviava a traqueia. Intervencionada a 19/9/2011 (tireoidectomia) tendo tido complicações a nível das cordas vocais (laceração). Seguida em consultas de endocrinologia;</li> <li>- Hiperparatiroidismo (HPTH) grave, a responder ao paricalcitol e cinacalcet, este foi suspenso;</li> <li>- Cardiopatia hipertensiva (CH); hipertrofia ventricular esquerda (HVE) sem clínica de insuficiência cardíaca; hipertensão arterial (HTA) controlada.</li> </ul>
---

<p><b>Análise da evolução do percurso da doença IRCT</b></p>
--

- Em Angola tolerava mal a HD: sessões acompanhadas de hipotensões severas e valores de ferritina (1666), IPTH (720) e fósforo elevados. Em Portugal, estes valores têm vindo a descer, após novas medidas terapêuticas e tireoidectomia, saindo das sessões hemodinamicamente bem.

<p><b><u>Resultados da análise laboratorial (ver tabela. 2)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar de lhe ser administrada uma dose elevada de Darbepoietina semanal tem tendência a valores baixos de HG (anemia), sendo que em out/2011, poderá estar associada à cirurgia (tireoidectomia);</li> <li>- A obesidade associada à dislipidemia (colesterol &gt; 240 mg/dl) é um fator de risco aumentado para o agravamento da sua</li> </ul>	<p><b><u>Resultados da análise das estratégias e sessões de HDF (Ver tabela. 3)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após tireoidectomia, tem vindo a aumentar de peso, tendo-se verificado a necessidade de aumentar o peso seco gradualmente, mais evidente a partir do mês de dez./2011, altura em que apresentava hipotensões a meio das sessões;</li> <li>- Os dias de maior GPI coincidem normalmente com o 1º dia da semana de HDF;</li> </ul>
--	---

<p>patologia cardíaca e surgimento de outras; Segundo Hailey e Moss (2000), APEDT (2007) e objetivos da DGS (2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresenta geralmente valores de <math>K^+</math> superiores aos valores recomendados (<math>&gt;5,5</math> meq/l);</li> <li>-Apesar dos valores de <math>P^+</math> terem diminuído após tiroidectomia, têm vindo a aumentar novamente acima do recomendado desde nov./2011, (<math>&gt;5,5</math> mg/dl).</li> <li>-Valor de CaxP equilibrado (aproximadamente dos 50 mg/dl). Este valor deve-se contudo à existência de valores invertidos, seria desejável ter valores de <math>Ca^+</math> superiores e valores de <math>P^+</math> inferiores para que se pudesse estabelecer o equilíbrio de CaxP; evitando assim a evolução e agravamento da osteodistrofia renal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apesar de ter reduzido o GPI no início do mês de nov./2011, tem apresentado sobretudo valores excessivos (<math>&gt; 5\%</math> do peso seco), no início do ano de 2012; contrariando o recomendado por Hailey e Moss (2000) e APEDT (2007);</li> <li>-Sai das sessões com um peso acima do seu peso seco (<math>\pm 1,5</math> a 2 Kg), contudo têm sido respeitadas as VB acima dos 400 ml/min, as sessões de HDF têm sido eficazes com um valor de <math>eKT/v \geq 1,4</math> e saído das sessões hemodinamicamente bem.</li> </ul>
<p><b>Que problemas decorrem da IRCT?</b></p>	<p><b>Que intervenções segundo Virgínia Henderson?</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ligeira dispneia a pequenos e médios esforços: durante o subir de escadas, caminhadas de 1 h em distâncias superiores a 25 quarteirões e ao debruçar-se durante as atividades domésticas. Dispneia provavelmente associada à anemia, obesidade, CH, HVE e fadiga, tem no entanto vindo a melhorar no início de 2012.</li> <li>-Tendência à diminuição da força muscular, problemas cardíacos e evolução da osteodistrofia renal, apresentando dores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esclarecer a evolução normal da doença e situações a prevenir (IC, EAP, AVC), patologias associadas às já existentes;</li> <li>-Incentivar a toma das vitaminas (para melhorar a anemia e a fadiga) e os quelantes fósforo (para controlo da evolução da osteodistrofia renal); com contributos para a situação vascular;</li> <li>-Alertar por um lado para o atenuar de esforços em excesso e repouso após a sessão de HDF se necessário, para que retome o vigor físico. E estimulada pelo outro para um treino físico e caminhadas dentro da sua capacidade, para que</li> </ul>

<p>articulares sobretudo a nível dos joelhos que lhe dificultam certas atividades de vida; consequência dos valores de <math>K^+</math> e <math>P^+</math> aumentados e tendência de valores baixos de <math>Ca^+</math>;</p> <p>-GPI acima do recomendado por dificuldade em aderir à restrição de líquidos (“sinto-me constantemente com sede” Sic);</p> <p>-Desânimo perante o aumento de apetite após tiroidectomia e consequente aumento do peso seco. A ingesta de pão é o “pecado diariamente praticado” Sic; tendo eliminado recentemente o p. almoço das refeições;</p> <p>-Motivada em ir para um ginásio para perder peso;</p> <p>-Tristeza relativamente à posição dos filhos em não aceitarem que volte a trabalhar.</p> <p>-Sem ocupação mas motivada em voltar a trabalhar e sentir-se útil, mesmo que não remunerada.</p> <p>-Fadiga geral encontrando-se diminuída a satisfação em relação à QV em todos os</p>	<p>aumente a sua flexibilidade, força muscular e tolerância ao esforço físico;</p> <p>-Monitorizar e interpretar valores analíticos em conjunto e auxiliar na manutenção de uma alimentação nutritiva e fracionada, tendo em conta as restrições de <math>K^+</math>, <math>P^+</math>, <math>Na^+</math>, líquidos e gorduras (facultado folheto informativo para o reforçar das estratégias facultadas – Anexo XI);</p> <p>-Intervir junto da equipe médica perante as intercorrências durante as sessões de HDF para que estas possam ser reajustadas;</p> <p>-Esclarecer o aumento de apetite (descompensação hormonal!), tendo-a incentivado a procurar ajuda junto da endocrinologista em que é seguida;</p> <p>-Reeducar (formação) e alertar para os erros alimentares, com risco de desnutrição;</p> <p>-Orientar para a consulta com o nefrologista, solicitando uma reavaliação da sua situação cardíaca (prova de esforço atualizada) que possibilite a realização de um programa de exercício físico regular/ginásio adequado à sua condição física;</p> <p>-Desmistificar os receios dos filhos em relação à perda do acesso, sugerindo que a filha que ainda mora com ela a acompanhe numa próxima consulta, ficando esta capaz de esclarecer os restantes irmãos quando regressar à Angola;</p> <p>-Conhecer a sua predisposição para atividades que lhe ofereçam satisfação e bem-estar integrando a assistente social neste cuidado, podendo esta proporcionar-lhe uma ocupação satisfatória;</p>
--	---

<p>domínios por ordem decrescente: aspetos emocionais, dor, capacidade funcional e vitalidade (vigor/energia física ou mental). Com melhoria na última semana. Após avaliação e aplicação das escalas da fadiga e QV no dia 07/01/2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Averiguar a associação da fadiga física e/ou mental à não ART;</li> <li>-Prestar cuidados inerentes ao tratamento de HDF consoante as normas e boas práticas da clínica, avaliando a eficácia da mesma (eKT/v);</li> <li>-Interpretar a presença da fadiga geral com repercussões na QV e evolução das mesmas após ter intervindo;</li> <li>-Informar a existência de técnicas tradicionais (massagem, hidroterapia, aplicação de frio e calor, acupuntura, ETAE e yoga) em alternativa à medicação convencional que poderão ajudar na redução da fadiga, dores ósseas, sono e depressão:</li> </ul>
--	--

**Tabela 1** – Estudo de caso elaborado consoante as diferentes fontes de pesquisa e apresentado à equipa de enfermagem no dia 30 de janeiro de 2012.

## **Glomerulonefrite Crônica (GC)**

A GC, causa provável da IRCT da Sr<sup>a</sup> J.M., é um estágio avançado de distúrbios renais que produz inflamação e destruição gradual dos glomérulos (estruturas internas dos rins). Alguns casos são causados por estímulos específicos do sistema imunológico mas a causa precisa da maior parte dos casos é desconhecida.

Surtem episódios de hematúria de tal forma transitória que são ignorados muitas vezes pela pessoa afetada. Noutros casos, poderá surgir uma síndrome nefrótica caracterizada por uma perda urinária de proteínas maciça e pela formação de grandes edemas. Geralmente esse edema é intenso e generalizado podendo ocorrer no abdómen (ascite) e na pleura (derrame pleural). Com a perda gradual de proteínas há uma queda importante da albumina no sangue (hipoalbuminémia), provocando outras alterações metabólicas como a diminuição do Ca<sup>+</sup> e iodo (por ela transportada). Na falta de albumina, surge também o aumento das lipoproteínas, gorduras ligadas às proteínas e por conseguinte, aparecimento da hipercolesterolemia. Contribui ainda para a diminuição dos fatores anticoagulantes, favorecendo as trombooses venosas.

Esta doença predispõe ao aparecimento da HTA e da IRC levando à deterioração progressiva dos rins. Apenas algumas formas de GC cedem espontaneamente outras respondem apenas parcialmente ao tratamento com corticosteroides provocando apenas um atraso na sua evolução. Na maioria dos casos, a doença costuma provocar uma IRCT a qual exige a prática regular de diálise e, sempre que possível, o TR.

**Valores laboratoriais de referência do Centro de Diagnósticos Dr. Fernando Teixeira e que presta serviços para Clínica de HD do centro de Lisboa**

- Ca<sup>+</sup> , 8,6 – 10,2 mg/dl
- CaxP: (equilíbrio entre ambos os valores) - até 50 mg/dl
- IPTH > 200 < 400, ideal 300
- Colestrol total < 220 mg/dl

	K <sup>+</sup> meq/L	P <sup>+</sup> mg/dl	Ca <sup>+</sup> mg/dl	CAXP mg/dl	IPTH mg/l	Hg g/dl	FERRITINA μ g/L	ALBUMINA g/dl	COLESTROL TOTAL
4/8/11	5,7	4,00	9,20	36,80	375,6	10,7	633	3,4	
08/9/11	5,47	5,10	8,90	45,39		10,5	506		
6/10/11	5,52	2,60	6,80	17,68		7,0	688		
3/11/11	6,38	7,20	6,70	48,24	122	10,4	397	4,40	325
8/12/11	5,68	6,10	6,70	40,87		9,3	369		
5/01/12	5,59	6,90	7,20	49,68		10,2	287		

**Tabela 2** - Valores Laboratoriais da Sr<sup>a</sup> J.M. consultados informaticamente.

DATAS	PESO SECO (Kg)	PESO ENTRADA (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / REAL	PESO SAÍDA (Kg)	HEMODINAMICAMENTE TA (mmhg) - ekt/v
01/11/11	77	81,6	3,85 / 4,6	79,6	TA bem 1,73
03/11/11	77	81,8	3,85 / 4,8	78,8	TA bem 1,83
05/11/11	77	81,4	3,85 / 4,4	78,8	TA bem ?
08/11/11	78	82,8	3,9 / 4,8	80,2	TA bem 1,88
12/11/11	78	80,4	3,9 / 2,4	78,2	TA bem 2,01
15/11/11	78	81,6	3,9 / 3,6	79,2	TA bem 2,28
17/11/11	78	81,2	3,9 / 3,2	78,8	TA bem 2,18
19/11/11	78	81,4	3,9 / 3,4	79	TA bem 1,98
22/11/11	78	82,6	3,9 / 4,6	79,8	TA bem 2,35
24/11/11	78	82,4	3,9 / 4,2	79,0	TA bem 2,11
26/11/11	78,5	81,6	3,95 / 3,1	79,6	TA bem 2,16
29/11/11	78,5	82,4	3,95 / 3,9	79,8	TA bem 2,04

DATAS	PESO SECO (Kg)	PESO ENTRADA (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / REAL	PESO SAÍDA (Kg)	HEMODYNAMICAMENTE TA (mmhg) - ekt/v
01/12/11	78,5	81,4	3,95 / 2,9	79,2	<TA a meio da sessão 1,65
03/12/11	78,5	81,6	3,95 / 3,1	79,4	< TA a meio 2,2
06/12/12	79,5	83,4	3,98 / 3,9	80,8	< TA a meio 2,19
08/12/11	79,5	83,0	3,98 / 3,5	80,8	TA bem 2,01
10/12/11	79,5	83,4	3,98 / 3,9	81,0	TA bem 1,94
13/12/11	79,5	83,4	3,98 / 3,9	80,8	TA bem 2,14
15/12/11	79,5	83,2	3,98 / 3,7	80,6	TA bem 1,63
17/12/11	79,5	82,8	3,98 / 3,2	80,4	TA bem 1,93
20/12/11	79,5	84,1	3,98 / 4,6	81,5	TA bem 2,07
24/12/11	79,5	83,2	3,98 / 3,7	80,4	TA bem 2,09
27/12/11	79,5	84,0	3,98 / 4,5	81,6	TA bem 1,94
29/12/11	79,5	83,6	3,98 / 4,1	81,0	TA bem 1,91
31/12/11	79,5	82,6	3,98 / 3,1	80,6	<TA a partir das 3h de sessão 2,04
03/01/12	79,5	85,4	3,98 / 5,9	82,7	TA bem 2,06
05/01/12	79,5	84,0	3,98/ 4,5	81,5	TA bem 1,95
07/01/12	79,5	84,2	3,98 / 4,7	81,3	TA bem 2,1
10/01/12	79,5	84,6	3,98 / 5,1	82,3	TA bem 1,99

**Tabela 3** - Estratégias e sessões de HDF da Sr<sup>a</sup> J.M. consultadas informaticamente

Seguem-se os instrumentos de avaliação utilizados: aplicação das escalas de avaliação da Fadiga e QV e por fim o Estudo de Caso apresentado à equipa de enfermagem no dia 30/01/2012.

## **Escalas da Fadiga e Questionário da Qualidade de Vida**

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder às questões que se seguem, cuja finalidade é poder avaliar o seu estado de Fadiga e Qualidade de Vida e por conseguinte elaborar um Estudo de Caso no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura Mestrado em Enfermagem e Especialização Médico-Cirúrgica na área de intervenção da Nefrologia.

Se durante a sua leitura surgir eventualmente alguma dúvida, não hesite em solicitar ajuda para que possa ser esclarecida. Estes instrumentos de avaliação, elaborados por outros autores, procuram identificar alguns problemas que possa estar a enfrentar no momento, pelo que interpretar e responder devidamente às questões é essencial para que os resultados sejam fiáveis. Serão asseguradas naturalmente as questões relacionadas com o anonimato e confidencialidade dos seus dados e exclusivamente utilizados para a realização deste trabalho.

Muito obrigada pela sua colaboração

Enf<sup>a</sup> Sandra Garcia



**Escala de Fadiga de Krupp et al, Arch Neurol, vol 46, 1989**

Os Pacientes são instruídos para escolher um número de 1 a 7 que indica o seu grau de concordância com cada afirmação, onde 1 indica: discorda totalmente e 7 indica: concorda totalmente.

- 4 a) Minha motivação é baixa quando estou fatigado  
 6 b) Exercícios me causam fadiga  
 1 c) Eu fico fatigado facilmente  
 7 d) Fadiga interfere com o meu funcionamento físico  
 7 e) Fadiga me causa problemas frequentemente  
 7 f) Minha fadiga não me deixa ter um funcionamento físico mantido  
 5 g) Fadiga interfere na realização de certas obrigações ou deveres e responsabilidades  
 7 h) Fadiga está entre os meus 3 sintomas mais incapacitantes ou importantes  
 4 i) Fadiga interfere com meu trabalho, minha vida social e familiar

total = 47  $\geq 36$  é síndrome de fadiga (ou)  $47 \div 9 = 5,2$  que é  $\geq 4$  síndrome de fadiga

**Escala de Chalder et al J Psychosom Res 37 1993**

Você notou que tem se sentido cansado recentemente? sim

Você tem se sentindo com falta de energia? sim

Se a resposta for positiva, as 4 questões seguintes deverão ser respondidas.

- 0- 1- Quantos dias você se sentiu cansado ou com falta de energia durante a semana passada? (Marque 1 se foram 4 dias ou mais)  
 0- 2- Você se sentiu cansado ou com falta de energia por mais do que 3 horas em algum dia da semana passada? (Marque 1 se foram mais do que 3 horas)  
 0- 3- Você se sentiu tão cansado que teve se esforçar muito para conseguir fazer as coisas na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)  
 1- 4- Você se sentiu cansado ou com falta de energia fazendo coisas que você gosta na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)

total = 1 score < 2  
 é sem sinal de fadiga na semana anterior

**ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes  
Study 36 – Item short form health survey**

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte questiona sobre a sua saúde. Estas informações mantêm-nos informados de como se sente e o quanto é capaz de fazer as suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:  
(circule uma)

- Excelente 1  
Muito boa 2  
Boa 3  
Ruim 4  
Muito ruim 5

2. Comparada a um ano atrás, como classificaria sua saúde em geral, agora?  
(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1  
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2  
Quase a mesma que há um ano atrás 3  
Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4  
Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em desportos árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar o pó, jogar à bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3

e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regularmente, como consequência da sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer o seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?  
(circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente ③
- Bastante 4
- Extremamente 5

7. Quantifique as dores no corpo que teve durante as últimas 4 semanas?  
(circule uma)

- Nenhuma 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada ④
- Grave 5
- Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?  
(circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente ③
- Bastante 4
- Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como se sente e como tudo tem acontecido consigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como se sente. Em relação às últimas 4 semanas.  
(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo se tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	②	3	4	5	6
b) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	④	5	6
c) Quanto tempo se tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	⑤	6

d) Quanto tempo se tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo se tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo se tem sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo se tem sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo se tem sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo o seu estado físico ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

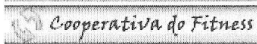
- Todo o tempo 1  
 A maior parte do tempo 2  
 Alguma parte do tempo 3  
 Uma pequena parte do tempo 4  
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto é verdadeiro ou falso cada uma das afirmações para si?  
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável como qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Esta é a cache do Google de <http://www.cdo.com.br/testes13.htm>. É um instantâneo da página, tal como surgiu no dia 3 Dez 2011 22:56:00 GMT. Entretanto, a [página actual](#) poderá ter sofrido algumas alterações. [Saiba mais](#)

Versão apenas de texto



Seg, 26/1/09 22:10

**TESTES**

**Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

**QUESTÕES**

**RESPOSTAS**  
Colocar abaixo os valores correspondentes a cada questão. No final peça para calcular. (ex: valor 4.4 significa 4,6)

*o Estado geral*

1- Em geral você diria que sua saúde é:  
Excelente(5.0); Muito Boa(4.4); Boa(3.4); Ruim(2.0); Muito Ruim(1.0)

3.4

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?  
Muito Melhor(1); Um Pouco Melhor(2); Quase a Mesma(3); Um Pouco Pior(4); Muito Pior(5)

4

*o Capacidade funcional*

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, muita dificuldade	Sim, um pouco de dificuldade	Sem dificuldade
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

a)Pontos

2

b)Pontos

3

c)Pontos

1

d)Pontos

2

e)Pontos

2

f)Pontos

3

g)Pontos

2

h)Pontos

1

i)Pontos

1

J)Pontos

1

*o Aspectos físicos*

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

a)Pontos

2

b)Pontos

1

c)Pontos

1

d)Pontos

2

*o Aspectos emocionais*

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

a)Pontos

2

b)Pontos

1

- b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? 1 2  
 c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. 1 2

c)Pontos  
1

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?  
 De forma nenhuma(5); Ligeiramente(4); Moderadamente(3); Bastante(2); Extremamente (1)

Pontos  
3

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? Nenhuma(6.0); Muito Leve(5.4); Leve(4.2); Moderada(3.1); Grave(2.0); Muito Grave(1.0)

Pontos  
3.1

*Dor*

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?  
 De maneira alguma(1); Um pouco(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente(5)

*Dor: pontos*  
 $7+8 = (3.1+3) = 6.1$   
 $\frac{6.1 - 2 \times 100}{10} = (4.1)$

:: Interpretação para pontuar:

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6)  
 Se a resposta for (2), a pontuação será (4.75)  
 Se a resposta for (3), a pontuação será (3.5)  
 Se a resposta for (4), a pontuação será (2.25)  
 Se a resposta for (5), a pontuação será (1.0)

Pontos  
3

*vitais dados*  
 $\frac{13-4 \times 100}{20} = (4.5)$

9- Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

*Saúde mental*  
 $\frac{20-5 \times 100}{25} = (60)$

	Sempre	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	As vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado?	6	5	4	4	2	1
b) Por quanto tempo se sente nervosa(o)?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo se sente calmo ou tranquilo?	6	5	4	4	2	1
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	6	5	4	4	2	1
f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo se sente esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	6	5	4	4	2	1
i) Por quanto tempo se sente cansado?	1	2	3	4	5	6

a)Pontos 2  
 b)Pontos 4  
 c)Pontos 5  
 d)Pontos 3  
 e)Pontos 2  
 f)Pontos 5  
 g)Pontos 5  
 h)Pontos 3  
 i)Pontos 4

*Aspecto sociais: pontos*  $10+6 = (4+3) = 7-2 \times 100 = (62.5)$

10- Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Sempre(1) ; A maior parte do tempo (2); Boa parte do tempo (3); Poucas vezes(4); Nunca(5)

*Estado geral saúde: questões*  $1+11 (3.4+1.7) = \frac{20.4-5 \times 100}{20} = (7.7)$

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça	5	4	3	2	1
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	5	4	3	2	1

Pontos 4  
 a)Pontos 5  
 b)Pontos 5  
 c)Pontos 5  
 d)Pontos 2  
 17

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA  
 Fase 1: Ponderação dos dados

:: Valor total obtido nas questões correspondentes ::

CALCULE

:: Após calcular passe para a fase 2 abaixo::

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

· Capacidade funcional	— 40
· Limitação por aspectos físicos	— 50
· Dor	— 44
· Estado geral de saúde	— 77
· Vitalidade	— 45
· Aspectos sociais	— 62,5
· Aspectos emocionais	— 33,3
· Saúde mental	— 60

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes - Limite inferior x 100  
Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

· **Capacidade funcional: (ver tabela)**

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Capacidade funcional:  $\frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

· **Dor (ver tabela) - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4**

- Aplicar fórmula: Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100  
Variação (Score Range)

Dor:  $\frac{9,4 - 2 \times 100}{10} = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Adaptado de:  
<http://listas.cev.org.br>

Sugestão de tabela de comparação:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a03v22n1.pdf>



Curso de Mestrado em Enfermagem e  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na vertente Nefrológica

**QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM  
À PESSOA COM IRCT EM HD, NA GESTÃO DA  
FADIGA E MELHORIA DA SUA QV?**

ESTUDO DE CASO da Sr<sup>a</sup> J.M.

**Sandra Garcia**

Lisboa, 30/01/2012

## **SÍNTESE**

- **OBJETIVOS:** Geral e específicos
- **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT)**
  - Epidemiologia da IRCT;
  - Sinais e Sintomas;
  - Vivência da IRCT em Hemodiálise
  - Problemática da Fadiga
  - Fadiga (avaliação, definições, etiologia, fadiga em HD, tratamento)
  - Adesão ao Regime Terapêutico
- **PROCESSO DE ENFERMAGEM:**
  - Dados Biográficos da Sr<sup>a</sup> J. M.;
  - História Clínica;
  - Colheita de dados;
  - Antecedentes Pessoais;
  - Medicação atual
  - Glomerulonefrite Crónica (GC);
  - GC e Tratamento;

## SÍNTESE

- **OBJETIVOS PARA A DIÁLISE**
  - Valores de referência
  - Exame da pessoa - Valores Laboratoriais
    - Análise da tabela laboratorial
  - Estratégias e sessões HDF
    - Análise das estratégias das sessões de HDF
- **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA FADIGA**
- **ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV)**
- **VIRGÍNIA HENDERSON**
  - NHB segundo Virgínia Henderson
  - Plano de Cuidados segundo Virgínia Henderson
- **REFLEXÃO**
- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

3

## OBJETIVOS

### Objetivo geral

- Aquisição e consolidação de conhecimentos acerca das vivências da pessoa com IRCT em HD e sua família, que promovam a minha aprendizagem de competências durante o período de estágio (3 nov/2011 a 3 fev/2012), e que me orientem para a conduta profissional na prática clínica enquanto futura enfermeira especialista em Médico Cirúrgica vertente Nefrológica

### Objetivos específicos

Realizar um Estudo de Caso sobre a pessoa com IRCT, após identificar problemas (fadiga, não adesão ao regime terapêutico e diminuição da QV), definir objetivos, investigar, planejar intervenções (plano de cuidados), executar e implementar estratégias para a resolução dos mesmos, divulgando os resultados à pessoa e equipa profissional de enfermagem.

4

## **IRCT**

- A fase mais avançada da evolução da doença renal crónica, ou estágio 5, surge através do declínio total das funções renais, sendo designada por IRCT e em que existe lesão renal ou funcionamento dos rins abaixo de 10% da sua capacidade, e/ou taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min durante pelo menos três meses, tendo a função renal que ser substituída por uma das técnicas: hemodiálise, diálise peritoneal (DP) ou transplante renal (TR).

(MACHADO, 2009)

5

## **Epidemiologia da IRCT**

- Segundo dados da SPN (2010), todos os anos surgem mais de dois mil casos de doentes com falência renal.
- Em Portugal, em 2010, havia 16.764 pessoas em terapias de substituição da função renal (TSFR). Iniciaram nesse ano, TSFR (2510): 2311 em (HD), dessas 1486 com idade superior a 65 anos.; 182 em (DP) sendo que 56 com idade superior a 65 anos; e 17 (TR). (APIR, 2011)

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

APIR – Associação Portuguesa da insuficiência renal

6

## **Sinais e Sintomas da IRCT**

- Resultam de valores muito elevados de: ureia, creatinina, potássio e fósforo; vindo a acumulação de substâncias tóxicas provocar desequilíbrios graves. A deficiência de vitamina D por outro lado, vai provocar uma diminuição da absorção de cálcio e eliminação de fósforo, podendo provocar danos a nível ósseo (osteodistrofia renal).
- A não produção da eritropoietina pode levar à anemia;
- A redução da filtração de água e sódio resultam em hipertensão arterial pela retenção de líquidos, podendo levar a disfunções vasculares, sobrecarga hídrica e se não tratada poderá levar à insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e edema agudo do pulmão (EAP).

7

## **Sinais e Sintomas da IRCT**

- Os edemas das extremidades e as cefaleias são sintomas frequentes. Pode ocorrer irritação e insónias (resultantes da irritação cerebral provocada pelas toxinas urémicas), boca seca, hálito urémico, anorexia, cansaço, náuseas e vômitos.
- A diminuição da libido, variações emocionais, depressão, letargia, perda de memória e confusão mental, são sintomas que poderão aparecer.

8

## Vivência da IRCT em HD

- A HD, apesar dos seus inconvenientes é uma técnica que poderá dar à pessoa uma QV satisfatória, contudo tem de estar consciente das suas limitações.
- Machado (2009) refere que a aceitação da pessoa com IRCT ao seu estado de saúde e a adaptação à nova condição de saúde são, determinantes na adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico (ART).
- Segundo Mota, Cruz e Fini (2010), a fadiga existe em toda a população, embora acentuada em pessoas com doenças crónicas (entre as quais a IRC) bem como nos seus acompanhantes / prestadores de cuidados.

9

## PROBLEMÁTICA - Fadiga

- A fadiga ocupa o primeiro lugar como potencial estressor, com influência na qualidade de vida (QV) da pessoa IRCT e sua família (Cristovão, 1999)
- A fadiga entre outros fatores, dificultam a gestão do regime terapêutico em HD (Cristovão, 2010)
- Recursos como a educação, surge como a principal intervenção a ser disponibilizada pelos enfermeiros à pessoa IRCT, aumentando os seus conhecimentos de como gerir (*Self-Care Management*) a fadiga, melhorando a sua QV.
- *Self-Care Management* "esforços positivos do doente para participar nos seus cuidados de saúde, de forma a otimizar a sua saúde, prevenir complicações, controlar os sintomas, utilizar os recursos e minimizar o impacto da doença na sua forma preferida de viver." (CURTIM e MAPES, 2001, p.386)

10

## **PROBLEMÁTICA - Fadiga**

### **Pergunta de investigação :**

Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com IRCT em HD, na gestão da Fadiga e melhoria da sua Qualidade de Vida?

### **•METODOLOGIA**

Revisão sistemática da Literatura (livros, artigos fornecidos pelas unidades curriculares, revistas, pesquisas online como google académico, RCAAP, e em bases de dados da EBSCO: CINAL E MEDLINE -27 artigos)

Colheita de Dados da Srª E.S através da observação, entrevista e aplicação de escalas sobre a Fadiga e QV; colheita de dados no processo e dados laboratoriais em suporte informático; diálogo com os profissionais de saúde.

11

## **Fadiga**

- Pode ser avaliada em diferentes categorias: fadiga geral, física, mental, atividade e motivação reduzida.
- Depende de diversos fatores individuais, familiares, sociais e organizacionais. Sendo a motivação da própria pessoa em aderir ao tratamento, gerir a sua própria vida participando ativamente nos seus cuidados de saúde, um verdadeiro trabalho de parceria com as unidades de saúde.
- Tem sido apresentado diversas definições segundo vários autores, face à sua etiologia multifatorial bem como pela forma diversa como se poderá manifestar. Pelo que é essencial a sua análise e avaliação multifacetada.

12

## Fadiga - avaliação

- A utilização de diversos tipos de escalas e instrumentos de avaliação, em diferentes áreas da saúde para avaliar a fadiga e sua interferência na QV, têm-se mostrado muito úteis. Entre eles o Questionário da QV - QOL-SF36 e o KDQOL-SF36 (que inclui o anterior) direccionado à avaliação da QV em doentes IRCT em HD; a Escala da Fadiga FSS de Krupp et al adaptada por Cunha et al (2009) e a Escala da fadiga (semana anterior) de Chalder et al (1993).
- Martins e Cesarino (2005), usando a Escala SF36, os domínios que afetam mais a QV, são os aspetos físicos (saúde física), emocionais e vitalidade (saúde mental). Sendo as atividades corporais e recreativas as atividades cotidianas mais comprometidas, contribuindo o início da HD para o sedentarismo;

13

## Fadiga - definições

- Mota, Cruz e Fini (2010, p.349), refere que a fadiga é descrita "como uma sensação opressiva, sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual";
- Associada à incapacidade de produzir e manter um determinado nível de "força ou potência muscular" (durante a realização do exercício com incapacidade funcional) e depressão, e esta à dispneia e diminuição da atividade física. (Ascensão et al, 2003, p.109);

14



## Fadiga - etiologia

- Factores como a baixa capacidade cardio-respiratória (capacidade aeróbia) e consequente diminuição da capacidade funcional dos IRCT (para exercícios físicos, atividades diárias ou quotidianas, lazer, trabalho e convívio social), estão associados à anemia, cardiopatia, hipertensão arterial, neuropatia urémica, fadiga, depressão e dor nos membros inferiores. (Medeiros, Pinent, e Meyer (2002), O'Sullivan e McAuley (2007) e Kouidi (2001))
- Encontrando-se a hipertrofia ventricular esq. (HVE), associada à anemia com repercussões na dificuldade respiratória (dispneia) e esta, às alterações pulmonares que vão surgindo pela hipertrofia muscular iniciada com a inatividade, podendo também ser resultado da sobrecarga hídrica aquando do elevado GPI entre as sessões, com graves consequências para a incapacidade funcional. (Cunha et al, 2009)

15

## Fadiga em HD

- O tempo de HD encontra-se associado negativamente à capacidade mental e capacidade física. Contribuindo o sedentarismo aquando do início da HD, para a maior intolerância na capacidade respiratória, esforço físico, flexibilidade bem como resulta em depressão pelo afastamento social.
- Medeiros, Pinent, e Meyer (2002) referem que conhecer a capacidade funcional do indivíduo, a fim de estabelecer metas para realizar exercícios, deveria ser preocupação da prática diária de enfermagem para o encaminhamento da pessoa para um fisioterapeuta que lhe estabelecesse um programa regular de exercício físico adequado às suas capacidades.
- Também Filipe Cristóvão (1999), refere que na origem da fadiga estão factores como anemia crónica, dores ósseas e musculares, a frequência das sessões de HD e os distúrbios do sono.

16



## Fadiga - tratamento

- São alternativas à medicação para alívio da dor: a massagem, hidroterapia, aplicação de frio e calor nos locais de dor osteoarticular ou muscular, bem como a psicoterapia para aliviar o sofrimento provocada pela mesma, melhorando o estado de fadiga;
- O uso da acupuntura, segundo Brasil et al (2008), é também eficaz no alívio da dor. Esta prática alternativa tradicional chinesa, poderá ser muito útil.
- Tsay, Cho e Chen (2004) refere a estimulação Transcutânea Acuponto Eléctrica (ETAE) como alternativa para a acupuntura com efeitos benéficos para a fadiga, sono e depressão; sendo esta técnica segura e não invasiva. Consiste em aplicar uma energia eléctrica estimuladora de baixa frequência em torno dos mesmos pontos da acupuntura, tendo demonstrado efeitos semelhantes ao uso de antidepressivos.

17

## Fadiga - tratamento

- O Yoga, modalidade de tratamento realçada por Yurtkuran et al (2007) demonstra ser também uma técnica segura e relaxante
- Envolve a respiração, postura adequada e a meditação, exercício essencial ao equilíbrio e flexibilidade da pessoa.
- É eficaz no alívio dos múltiplos sintomas: fadiga, estresse (depressão), dor, distúrbios do sono, HTA e valores bioquímicos;

18

## Fadiga

- Pelo que é objetivo do tratamento de HD, que o doente se sinta bem, esteja bem nutrido, sem edemas e a pressão controlada. Manter valores analíticos equilibrados, só traz vantagens na medida em que as sessões deixam de ser tão intensas e por conseguinte, menos fadiga. Sendo essencial a ART.
- O recurso aos exames bioquímicos de sangue poderão dar informações essenciais acerca da ART. E a análise dos mesmos, ajudar os enfermeiros a planificar e a intervir junto do doente e sua família, com intuito de proceder à mudança de comportamentos aceitáveis e imprescindíveis para que o tratamento dialítico seja eficaz e eficiente.

19

## Adesão ao Regime Terapêutico

São indicadores de adesão ao regime terapêutico segundo Hailey e Moss (2000) e APEDT (2007), as pessoas que adiram:

- À dieta -  $K^+ < 5,5$  meq/l;
- À toma da medicação -  $P^+ < 7,0$  mg/dl;
- À restrição de líquidos - GPI  $< 5\%$  peso seco,
- Comparecência na totalidade às sessões de HD, sem encurtamentos das mesmas (10 min) a pedido do doente, sem sintomatologia que justifique.

APEDT - (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação)

20

## **ESTUDO DE CASO**

21

### **PROCESSO DE ENFERMAGEM** **Dados Biográficos**

- Sr.<sup>a</sup> J. M. de 57 anos de idade, raça negra, natural de Angola, residente em Lisboa. Solteira com 2 filhos e uma filha de 30 A com quem mora atualmente em Portugal. Religião Evangélica, praticante.
- Enfermeira no seu país de origem até 2007, altura em que inicia HD por IRCT por provável glomerulonefrite crónica (GC), sem biopsia renal.

22

## História Clínica

- Evacuada para Portugal em junho de 2010 por falta de acessos, iniciando Hemodiafiltração (HDF) pós-diluição nesta unidade a 3/7/2010 nos dias: terça, quinta e sábado na sala 1 e recentemente mudada para a sala 3, nos turnos da tarde.
- Trazia cateter na femoral direita que foi retirado a 7/10/2010, cá realizou construção de prótese (PTFE - politetrafluoroetileno) no braço esquerdo com anastomose braquiocefálica a 7/7/2010, por onde realiza sessão de HDF até à data atual, com boa funcionalidade (Qa 1110 ml/min - 19/11/2011) e velocidades de bomba (VB)  $\geq$  400 ml/min. Anúrica.
- Em Angola tolerava mal a HD, sessões acompanhadas de hipotensões severas. Os valores de ferritina (1666), IPTH (720) e fósforo eram elevados; cá têm vindo a descer;

23

## Colheita de Dados

- Refere desânimo por aumento de peso, o pão é o "pecado por ela praticado, bem como a ingestão de líquidos, por grande sensação de sede. Sente-se sem ocupação e as dores ósseas nos joelhos dificultam-lhe certas atividades;
- Em Portugal, procurou equivalências para o curso de Enfermagem, mas as burocracias desmotivaram-na. Gosta de Geriatria e Pediatria e tem vontade de voltar a trabalhar. Os filhos não aceitam que a mãe volte à atividade por recearem que perca novamente o acesso. A filha mais nova suspendeu inclusivé provisoriamente o curso de Direito na Angola para vir cuidar da mãe, regressa contudo em breve ao país de origem.
- Está inscrita para TX renal no HCC e HSM
- Nefrologista: Dr. Fernando Domingos em consultas às 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> feiras à tarde

24

## Antecedentes Pessoais

- Obesidade, dislipidemia, albuminemia agora controlada;
- Ex fumadora, lesões pulmonares e pleurais fibróticas por provável antiga TP-BK;
- Esteatose hepática (fígado gorduroso e aumentado de tamanho). Exposição anterior e imune para a Hep B (Anti-HBc IgG+)
- Aerofagia (deglutição excessiva de ar: eructação e flatulência);
- Histerectomia total por miomas em 2002

25

## Antecedentes pessoais

- Bócio mergulhante "gigante", que atingia a carina e desviava a traqueia. Intervencionada a 19/9/2011 tendo tido complicações a nível das cordas vocais (laceração);
- Hiperparatiroidismo (HPTH) grave, (deficiência da Vit.D, aumento de Ca<sup>+</sup> no sangue e diminuição nos ossos) a responder ao paricalcitol e cinacalcet, este foi suspenso entretanto);
- Cardiopatía hipertensiva (CH) (alteração da estrutura e função do coração como consequência da HTA), HVE (espessamento do ventrículo esq) sem clínica de insuficiência cardíaca. HTA controlada.

**Nota:** Se a HTA não for controlada a HVE pode evoluir para EAM, AVC e IC, pelo contrário pode ser reversível com o controle da pressão arterial, redução do peso e uso de medicamentos;

26

## Medicação Atual

- **Osvarem** 3 cp/dia (hiperfosfatemia - equilíbrio dos valores CaxP);
- **Paricalcitol** 5,0 µg EV, 2x mês em diálise (Vit. D - controlo da hormona HPTH);
- **Darbepoetina** alfa 80µg/0,4 ml EV, semanal em diálise (anti-anémico);
- **Colecalciferol** 0,08 mg, (5 got) 3x semana em diálise (Vit.D - captação Ca<sup>+</sup> nos ossos);
- **Ácido fólico** 5mg - (1cp) e **Vitaminas do complexo B** 85,03 mg - (1cp, 3x semana em diálise (complementos vitamínicos - anemia e fadiga);

27

## Glomerulonefrite Crónica (GC)

- Estágio avançado de um grupo de distúrbios renais, os quais produzem inflamação e destruição gradual e progressiva dos glomérulos (estruturas internas dos rins).
- Alguns casos são causados por estímulos específicos do sistema imunológico, mas a causa precisa da maior parte dos casos é desconhecida.
- Surgem episódios de hematúria de tal forma transitória que são ignorados muitas vezes pela pessoa afectada;
- Noutros casos, surge uma síndrome nefrótica caracterizada por uma perda urinária de proteínas maciça e pela formação de grandes edemas. Geralmente esse edema é intenso e generalizado, podendo ocorrer no abdómen (ascite) e na pleura (derrame pleural)

28

## Glomerulonefrite Crônica

- Com a perda de proteínas, surge uma queda importante da albumina no sangue (hipoalbuminémia). Provocando outras alterações metabólicas como a diminuição do cálcio e iodo (por ela transportada)
- Na falta de albumina, há aumento também das lipoproteínas (gorduras ligadas às proteínas). Em função disso, há hipercolesterolémia.
- Bem como contribui para a diminuição dos factores anticoagulantes, favorecendo as tromboses venosas.
- Esta doença é uma causa da hipertensão e da insuficiência renal crônica.

29

## GC e Tratamento

- Os rins vão-se deteriorando progressivamente, até provocar a médio ou longo prazo uma insuficiência renal. Apenas algumas formas de GC cedem espontaneamente, enquanto outras respondem apenas parcialmente ao tratamento com corticosteróides, provocando apenas um atraso na sua evolução.
- Na maioria dos casos a doença provoca IRCT com a necessidade de diálise regular e sempre que possível, o TR.

30

## OBJETIVOS PARA A DIÁLISE

A Clínica Nephrocare tem como meta objetivos decretados pela DGS aprovada em despacho nº4325/2008 publicado em Diário da Republica a 19/02/2008 os seguintes valores de referência:

- **1. Controlo de Anemia**
  - a) Hg ( $\geq 10$  g/dl e  $\leq 13$  g/dl),
  - b) Ferritina (média) ( $\geq$  a 200ng/ml e  $\leq 800$  ng/ml);
- **2. Osteodistrofia renal**
  - a) Fósforo sérico (médio)  $\leq 5,5$  mg/dl.
- **3. Dose de Diálise**
  - a) Que os doentes cumpram com as 3 sessões de diálise/semana; b) com um total de horas diálise/semanais  $\geq 12$ h e; c) Que os doentes tenham um eKT/V da ureia  $\geq 1.4$
- **Nutrição**
  - a) Que os doentes apresentem Albumina  $\geq 4$  g/dl

31

## Valores de referência:

-Clínica de Diagnósticos Dr. Fernando Teixeira-

- $Ca^{+}$  : 8,4 – 10,2 mg/dl
- CaxP: (equilíbrio entre ambos os valores) até 50 (g/dl)
- PTHI  $>200 < 400$ , ideal 300 mg/l
- Colestrol total  $< 220$  mg/dl

32



## Exame da pessoa - Valores Laboratoriais -

	K+ meq/l	P+ mg/dl	Ca+ mg/dl	CaxP mg/dl	IPTH mg/l	Hg g/dl	Ferritina µg/l	Albumina g/dl	Colestro l total
4/8/11	5,7	4,00	9,20	36,80	375,6	10,7	633	3,4	
08/9/11	5,47	5,10	8,90	45,39		10,5	506		
6/10/11	5,52	2,60	6,80	17,68		7,0	688		
3/11/11	6,38	7,20	6,70	48,24	122	10,4	397	4,40	325
8/12/11	5,68	6,10	6,70	40,87		9,3	369		
5/01/12	5,59	6,90	7,20	49,68		10,2	287		

↓  
equilíbrio aceitável, mas devido ao produto de valores invertidos

33

### Análise da tabela laboratorial

- Apesar da administração de Darb. semanal tem tendência a valores baixos de HG - **anemia** (em outubro associada à cirurgia);
- A obesidade associada à dislipidémia (**colesterol alto > 220 mg/dl**), são factores de risco aumentado para o agravamento da patologia cardíaca;
- Apresenta geralmente valores de K<sup>+</sup> > ao recomendado pelos autores Hailey e Moss (2000), APEDT (2007) e objetivos da DGS (2008), sendo sinónimo de **não adesão à restrição da dieta pobre em K<sup>+</sup>** com risco da diminuição da força muscular e cardiopatias;
- Apesar dos valores de P<sup>+</sup> terem < após tiroidectomia, têm vindo a > novamente desde nov./2011. Valores fora dos objetivos da DGS (>5,5 mg/dl) e para os autores (> 7,0 mg/dl) sinónimo de **não adesão à toma de quelantes de fósforo/nova descompensação hormonal!** (IPTH <200 mg/l)
- Que associados ao risco de Ca<sup>+</sup> inferior ao desejado a nível ósseo (osteoporose) e em excesso a nível sanguíneo (calcificação dos tecidos moles e doença cardiovascular) contribui para o agravamento <sup>34</sup> da **osteodistrofia renal** (apesar de valores de CaxP no limite aceitável).

## Estratégias e sessões HDF

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
01/11/11	77	81,6	3,85 / 4,6	79,6	OK 1,73
03/11/11	77	81,8	3,85 / 4,8	78,8	Ok 1,83
05/11/11	77	81,4	3,85 / 4,4	78,8	Ok ?
08/11/11	78	82,8	3,9 / 4,8	80,2	Ok 1,88
12/11/11	78	80,4	3,9 / 2,4	78,2	Ok 2,01
15/11/11	78	81,6	3,9 / 3,6	79,2	Ok 2,28
17/11/11	78	81,2	3,9 / 3,2	78,8	Ok 2,18
19/11/11	78	81,4	3,9 / 3,4	79	Ok 1,98
22/11/11	78	82,6	3,9 / 4,6	79,8	Ok 2,35
24/11/11	78	82,4	3,9 / 4,2	79,0	Ok 2,11
26/11/11	78,5	81,6	3,95 / 3,1	79,6	Ok 2,16
29/11/11	78,5	82,4	3,95 / 3,9	79,8	Ok 2,04

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
01/12/11	78,5	81,4	3,95 / 2,9	79,2	< TA a meio da sessão 1,65
03/12/11	78,5	81,6	3,95 / 3,1	79,4	< TA a meio 2,2
06/12/12	79,5	83,4	3,98 / 3,9	80,8	Ok 2,19
08/12/11	79,5	83,0	3,98 / 3,5	80,8	Ok 2,01
10/12/11	79,5	83,4	3,98 / 3,9	81,0	Ok 1,94
13/12/11	79,5	83,4	3,98 / 3,9	80,8	Ok 2,14
15/12/11	79,5	83,2	3,98 / 3,7	80,6	OK 1,63
17/12/11	79,5	82,8	3,98 / 3,2	80,4	Ok 1,93
20/12/11	79,5	84,1	3,98 / 4,6	81,5	Ok 2,07
22/12/11	79,5	84,2	3,98 / 4,7	81,6	Ok 1,97
24/12/11	79,5	83,2	3,98 / 3,7	80,4	Ok 2,09
27/12/11	79,5	84,0	3,98 / 4,5	81,6	Ok 1,94
29/12/11	79,5	83,6	3,98 / 4,1	81,0	Ok 1,91
31/12/11	79,5	82,6	3,98 / 3,1	80,6	< TA apartir 3h 2,04

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
03/01/12	79,5	85,4	3,98 / 5,9	82,7	Ok 2,06
05/01/12	79,5	84,0	3,98/ 4,5	81,5	Ok 1,95
07/01/12	79,5	84,2	3,98 / 4,7	81,3	Ok 2,1
10/01/12	79,5	84,6	3,98 / 5,1	82,3	OK 1,99

37

### Análise das estratégias das sessões de HDF

- Após tireoidectomia, refere aumento de apetite o que tem vindo a contribuir para o aumento de peso, tendo-se verificado a necessidade de aumentar o peso seco gradualmente, mais evidente a partir do mês de dezembro altura em que apresentava hipotensões a meio das sessões;
- Os dias de maior GPI coincidem normalmente com o 1º dia da semana de HDF;
- Apesar de ter reduzido o GPI (< 5% do peso seco) no início do mês de nov., tem apresentado sobretudo valores excessivos no início do ano de 2012 (associação a festas!) sinónimo de não adesão à restrição hídrica segundo os autores Hailey e Moss (2000) e APEDT (2007) ;
- Sai sempre com peso acima do peso seco (±1,5 a 2 Kg) apesar das sessões de HDF demonstrarem pelo eKT/v serem eficazes (≥ 1,4) e a VB durante a sessão ser sempre acima dos 400 ml/min; contudo tem saído hemodinamicamente bem.

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA FADIGA

- **Escala da severidade da Fadiga FSS de Krupp et al (1989) adaptada por Cunha et al (2009):**

- Numa escala que varia de 9 a 63, um score obtido dividido por 9, se for  $\geq 4$  é sinónimo de fadiga.

- **Valor obtido:** 4,7 sinónimo de presença de fadiga

- **Escala de Chalder et al (1993), que avalia o estado recente de fadiga (relativamente à semana anterior)**

- Numa escala que varia de 0 a 4, scores de 2 ou mais, são valores compatíveis com fadiga;

- **Valor obtido:** 1, sinal de que tem melhorado e que sobretudo na semana anterior, não presenciou sinais de fadiga.

39

## Escala de Avaliação da QV

Escala genérica da Quality Of Life-SF36:

Sendo que numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem o melhor.

**Dominios alterados que interferem no tipo de fadiga:**

- - **Aspetos emocionais:** 33,3 pts
- - **Capacidade funcional:** 40 pts
- - **Dor:** 41 pts
- - **Vitalidade (vigor/energia físico ou mental):** 45 pts
- - **Limitação por aspetos físicos:** 50 pts
- - **Saúde mental:** 60 pts
- - **Aspetos sociais:** 62,5 pts
- - **Estado geral de saúde:** 77 pts

A Presença da fadiga mental que associa ao aumento de peso e necessidade de voltar a sentir-se útil com uma ocupação bem como as dores ósseas que limitam as atividades físicas (fadiga física), interferem nos aspetos físicos e emocionais que condicionam à fadiga geral. Podendo a falta de motivação para a ART ser o resultado deste estado de vitalidade alterada.

40

## **VIRGÍNIA HENDERSON**

- Os Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE (Conselho Internacional de enfermeiros), é suportado por V. Henderson (2007);
- O uso de um modelo teórico baseado em evidência, fundamenta o acesso autónomo da enfermagem às pessoas doentes e saudáveis, dá-lhe propósito científico e credibilidade teórica;
- A função da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força (física), vontade ou conhecimentos necessários;

41

## **VIRGÍNIA HENDERSON**

- Ajudar as pessoas nos seus padrões de vida quotidianos, ou nas atividades que realizam habitualmente sem ajuda para satisfazer as suas 14 necessidades humanas básicas (NHB);
- E fazê-lo de forma a que as pessoas se tornem independentes o mais rápido possível, promovendo o seu autocuidado;

42

## **NHB segundo Virgínia Henderson**

- 1-respiração/circulação;
- 2-comer e beber;
- 3-eliminação;
- 4-mover-se e manter postura;
- 5-dormir e descansar;
- 6-escolher roupa, vestir-se e despir-se;
- 7-manter a temperatura do corpo;
- 8-manter a higiene corporal e integridade da pele;
- 9-evitar perigos do ambiente e evitar ferir outros;
- 10-comunicar expressando emoções, necessidades, temores, ideias;
- 11-prestar culto segundo as suas crenças;
- 12- trabalhar em atividade que produza sensação de proveito;
- 13- jogar, ou participar em atividades recreativas;
- 14-aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.

43

## **Plano de Cuidados segundo Virgínia Henderson**

44

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
1 Respiração / Circulação	<p>1-Ligeira dispneia a médios e grandes esforços relacionados com provável CH e HVE, obesidade, anemia e fadiga.</p> <p>2- Risco de anemia relacionada com IRCT, manifestada por valores baixos de Hg (&lt;10 mg/dl)</p>	<p>- Sugerir o atenuar de esforços em excesso mas estimular para a realização de caminhadas;</p> <p><u>-Alertar para a comunicação do agravamento.</u></p> <p>.da dificuldade respiratória (cianose, hipoxémia taquipneia);</p> <p>.circulação sanguínea (HTA, cefaleias, tonturas, debilidade, falta de concentração); pelo risco de IC, EAM, AVC;</p> <p>-Vigiar sinais de anemia e alterações vasculares;</p> <p>-Incentivar à toma das vitaminas para melhorar a anemia e fadiga</p>	<p>24/11/11: Ligeira dispneia a médios e grandes esforços (subir escadas, caminhadas, certas atividades domésticas)</p> <p>(6/10/11): Mucosas descoradas: HG 7,0mg/dl, fez UCE (pós-tiroidectomia)</p> <p>(8/12/11): HG-9,30mg/dl, mantém Darbo 80 µg/sem;</p> <p>(5/1/12): HG-10,2mg/dl, tem vindo a melhorar, menos cansaço e menor dispneia, refere ser capaz de andar 1h sem parar;</p> <p>Os valores de ferritina têm-se mantido controlados;</p> <p>-Vigiadas as tomas das vitaminas, dadas agora na sessão dialítica.</p>

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
2 Comer e beber	<p>1-Valores elevados de K<sup>+</sup> e P<sup>+</sup></p> <p>2-Valor elevado de colesterol;</p> <p>3-GPI excessivo &gt;5% peso seco;</p> <p>4-Risco de desnutrição (albuminémia)</p>	<p><u>Alertar para:</u></p> <p>-K<sup>+</sup> elevado na diminuição da força muscular e problemas cardíacos;</p> <p>-associação dos valores CaxP altos na osteodistrofia renal; bem como calcificações e doença vascular e importância da toma dos quelantes de fósforo;</p> <p>-associação da dislipidémia, obesidade e HVE já existente, ao risco de IC e AVC;</p> <p>-ICC e EAP pelo excesso do GPI e diálises mal toleradas;</p> <p>-albuminémia, resultado da IRC e HDF .</p>	<p>Incentivadas a importância do toma dos quelantes fósforo.</p> <p>(3/11/11)</p> <p>-Tem valores altos de colesterol, incentivada às carnes magras e caminhadas;</p> <p>-Voltou a apresentar valores elevados de GPI no mês de jan (festas!);</p> <p>-Apesar de já ter apresentado valores de albuminémia (4/8/11), a albumina encontra-se agora controlada.</p> <p>46</p>



NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
2 Comer e beber	5- Peso elevado (obesidade) manifestado por apetite aumentado, relacionado com tiroidectomia!	-Auxiliar na manutenção de uma alimentação nutritiva, fracionada, mas tendo em conta as restrições de K <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> , líquidos e gorduras;  -Monitorizar: a presença do aumento de peso (BCM), valores de K <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> e GPI elevados, valores de Ca <sup>+</sup> , colesterol, HG, albumina, e dar a conhecer os valores laboratoriais para que sejam interpretados conjuntamente;	-Após tiroidectomia tem tido mais apetite <b>(5/1/12)</b> - O pão é, o "pecado" praticado (sic.) Encontra-se desanimada com o peso, pelo que referiu eliminar o p. almoço das refeições; Alertada para o erro que cometia (sendo esta uma refeição essencial); feita reeducação alimentar e relação dos erros aos riscos de desnutrição; Tem aumentado de peso confirmado pelo BCM: (15/10/11)-78,61, (8/12/11)-83,5Kg, com necessidade de aumento do peso seco por hipotensões durante a HDF.

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
3 Eliminação	1-Alteração da eliminação vesical relacionada com IRCT em HDF, manifestada por anúria.	-Prestar cuidados inerentes ao tratamento de HDF; -Esclarecer a necessidade da realização do tratamento de HDF, sendo essencial comparecer e cumprir a totalidade das horas prescritas pelo médico, bem como a realização da sessão com uma VB o mais próxima à prescrita;	Apesar das sessões de HDF demonstrarem ser eficazes, pelo eKTV da ureia ( $\geq 1,4$ ) e VB acima dos 400 ml/min; <u>Sai sempre com peso acima do peso seco!</u> <b>5/01/12</b> Embora ultimamente, normotensa e com menor dispneia a esforços.



NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
4 Mover-se e manter postura;	1-Mobilização dificultada, nomeadamente para subir escadas e debruçar-se, associada a dores ósseas a nível das articulações dos joelhos;	-Esclarecer que as dores articulares são sinais de Osteodistrofia renal, resultado da evolução da IRCT e danos ósseos, com limitação física; -Incentivar o não sedentarismo;	(6/12/11) - O repouso e descanso de 4h no leito, ajudam-na a ficar mais vigorosa para desenvolver as suas atividades de vida;
5 Dormir e descansar	1- Necessidade de repouso por Fadiga (cansaço frequente e menor energia para realizar as atividades de que gosta), após sessões de HDF.	-Informar a existência de técnicas tradicionais, além da medicação convencional que poderão ajudar na redução das dores ósseas, sono, depressão e valores bioquímicos descompensados; -Monitorizar sinais de Fadiga, aplicando as escalas.	(5/1/12) -Tem realizado caminhadas de 1h  A fadiga geral está presente diminuindo a QV, com alterações dos domínios: aspectos emocionais, dor (joelhos), menor vitalidade e capacidade funcional. Tem no entanto melhorado nas últimas semanas (escala de Chalder)

49

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
6 Escolher roupa, vestir e despir-se;	Autónoma para vestir e despir-se		
7 Manter a temperatura do corpo	Necessidade mantida		

50

NHB	Necessidade e Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
8 Manter a higiene corporal e integridade da pele;	1-Risco de complicações com o acesso (prótese no braço esq), para HDF;  2-Risco de hemorragia relacionada com a anticoagulação, feita na HDF.	<u>Alertar a doente para:</u> -despistar o mau funcionamento da prótese (ausência de frémito, dor, febre); -lavar os dentes com uma escova macia e comunicar eventuais perdas de sangue; -Vigiar possíveis sinais de complicações através da avaliação física do acesso na presença (sopro, frémito, hematoma, aneurisma, infecção); -Realizar o BTM mensal para despistar: a rec, a estenose e a deterioração do material (PTFE);	Sem sinais inflamatórios e complicações do acesso; Durante as sessões de HDF foi avaliado o acesso e vigiados débitos efetivos do acesso através: das PA e PV tendo como objectivo, pressões acima dos -220 mm/Hg e abaixo dos 240mm/Hg respetivamente, permitindo VB acima dos 400 ml/min.  Sem perdas sanguíneas; <b>(19/11/2011)</b> O BTM revelou boa funcionalidade do acesso com um fluxo de sangue intra-acesso superior a 600 ml/min (Qa 1110 ml/miq) e rec < 10.

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
9 Evitar perigos do ambiente e evitar ferir outros	1- Risco de queda relacionada com: -obesidade e limitações osteoarticulares; -eventual anemia, fraqueza muscular e hipotensão.	-Incentivar para a realização de exercício físico dentro das suas capacidades para: -que fortaleça a sua musculatura e aumente a sua agilidade; -Perca peso; -Melhore a respiração, circulação vascular, e valores de HG.	5/1/12 Mencionou estar interessada em ir para um ginásio para perder peso;  Orientada para falar com o nefrologista e pedir que a orientasse nesse sentido;

<b>NHB</b>	<b>Necessidade e Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>10</b> Comunicar expressando emoções, necessidades, temores, ideias;	1-Sente-se desanimada com o seu peso;	-Demonstrar disponibilidade para falar sobre as suas inquietações e desejos; -Demonstrar empatia e oferecer ajuda para resolver o seu problema do ganho de peso: orientando-a no plano alimentar, prática de exercício físico e encaminhamento para um profissional de saúde.	5/1/12 Confirmada fadiga mental e diminuição da QV no domínio emocional.  Feita reeducação alimentar e incentivo para o exercício físico. Aconselhada a expôr à Endocrinologista, em que é seguida em consulta regular, o aumento de apetite após tireoidectomia e o ganho de peso.
<b>11</b> Prestar culto segundo as suas crenças;	Necessidade mantida. Evangélica praticante segundo as suas crenças.		53

<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>12</b> Trabalhar em atividade que produza sensação de proveito;	1-Tem vontade em voltar a sentir-se útil;  2-Gostava de voltar a trabalhar mas os filhos não querem porque têm receio que volte a perder o acesso.	-Conhecer a predisposição para o desenvolvimento de atividades que lhe ofereçam satisfação e bem estar;  -Propôr que a filha com quem mora a acompanhe numa consulta, para que sejam desmistificados os receios de perda do acesso.	(4/1/12) Gosta de geriatria e Pediatria. Em conversa com a Assist. social sobre a vontade da Srª J.M. ter uma ocupação, fiquei a par de que esse assunto já tinha sido abordado entre elas, encontrando-se a doente numa fase de decisão.  (5/1/12) Foi-lhe proposto um trabalho de voluntariado que pondera aceitar, pois para ela a remuneração não é importante.

<b>NHB</b>	<b>Necessidade e Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>13</b> <b>Jogar, ou participar em atividades recreativas;</b>	1-Sente-se sozinha e sem atividades para desenvolver;	-Averiguar a vontade de desenvolver atividades que a estimulem, divirtam e relaxem;  -Incentivar à realização e fortalecimento de novas amizades;  -Aconselhar saídas, passeios, para espairecer.	(5/1/12) A vontade manifestada em frequentar o ginásio poderá ser uma boa opção: -para fazer novas amizades: melhoria da mente (auto-estima); -para cuidar do corpo (perda de peso, controlo da dislipidemia, HTA, controlo doença coronária e pulmonar, melhoria da anemia pelo aumento do HCT devido ao aumento de oxigenação das células). -Referiu estar em contratação com uma jovem para lhe dar apoio em casa, uma vez que a filha vai regressar à Angola.

<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>14</b> <b>Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.</b>	1-Apesar das habilitações literárias e profissão na área da saúde aparenta: .défices de conhecimento e/ou fadiga que interferem negativamente na ART e consequentemente nos valores analíticos e excesso de GPI;  2-Necessidade de reeducação alimentar	-Identificar défices de conhecimento e fortalecer a informação sobre a sua doença e riscos associados às patologias concomitantes;  -Esclarecimento de dúvidas que permitam a aquisição de novas atitudes e habilidades para a gestão da fadiga e melhor QV;  -Incentivar ao cumprimento das prescrições terapêuticas (regime dietético, hídrico e toma da medicação)	31/01/12 -Entregue folheto educativo sobre os factores que condicionam à fadiga, nomeadamente incumprimentos do regime terapêutico: dieta, GPI, toma de medicação

## REFLEXÃO

- A identificação de variáveis associadas à fadiga na prática diária de cuidados de enfermagem, o conhecimento das características e suas formas de manifestação, são essenciais para realizar o diagnóstico e determinar intervenções não farmacológicas para o controlo e gestão da fadiga, potencialmente mais eficazes.
- Merlin e Gallant (2010), acreditam que o ensino e as intervenções educativas podem reduzir o cansaço, melhorando a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados de enfermagem que recebe. E por conseguinte aderindo melhor às indicações/regime terapêutico.

57

## REFLEXÃO

- As informações que são fornecidas e a aprendizagem que conseguem tirar da informação, devem aumentar o seu *Self-Care Management* e poder de tomar decisões; levando à intervenção e adoptando melhores comportamentos de saúde imprescindíveis para que o tratamento dialítico seja eficaz e eficiente e por conseguinte, melhor gestão da fadiga e QV.
- Pelo que é essencial um ensino baseado num conhecimento atualizado, sendo indispensável a periodicidade das consultas de nefrologia (enfermagem/médicas) para maior controlo e reforço das informações.

58



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APEDT (Associação Portuguesa de enfermeiros de Diálise e Transplantação) (2007) – **Tratamento da anemia na Doença Renal Crônica. Guia para a prática clínica** (estádios 1-3). 1ª Edição (2007). [s.l.]: [s.n.]. ISBN: 978-84-612-0047-4
- APIR (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais) (2011) – Encontro Renal de 2011; **Nefrêma** [em linha], nº156. (Maio-Junho, 2011) 14-15. Acedido em 25/07/2011. Disponível em:  
<http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=077e29b11be80ab57e1a2ecabb7da330>
- ASCENSÃO [et al] (2003) – Fisiologia da fadiga muscular. Delimitação conceptual, modelos de estudo e mecanismos da fadiga de origem central e periférica. **Revista de Ciências do Desporto** [em linha], Vol.3, nº1 (2003) 108-123. Acedido em 13/07/2011. Disponível em:  
[http://www.fade.up.pt/rpcd/ arquivo/artigos\\_soltos/vol.3\\_nr.1/2.3\\_revisao.pdf](http://www.fade.up.pt/rpcd/ arquivo/artigos_soltos/vol.3_nr.1/2.3_revisao.pdf)
- BRASIL [et al] (2008) – Qualidade de Vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Electrónica de enfermagem**. [em linha], Vol.10, nº 2 (2008) 383-394. Acedido em 04/07/2011. Disponível em:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a10.pdf>
- BONNER, A.; WELLARD, S.; CALTABIANO, M. (2008). Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 17, nº 1, p.90-98. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009744771&site=ehost-live>
- CRISTOVÃO, F. (1999) – Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. **EDTNA/ERCA. Journal**. Vol.25, nº 4. Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. Lisboa (1999) 35-44

- CURTIN R. B. ; MAPES D. L. (2001) – Health Care Management strategies of long-term dialysis survivors. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol. 28 (2001) 385-394. Acedido em 23/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143460/>
- CUNHA [et al] (2009) – Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioterapia e Pesquisa**. [em linha]. Vol.16, nº2. São Paulo (Abril-Junho, 2009) 155-160. Acedido em 02/07/2011. Disponível em:  
[www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf)
- DAVISON, S.; JHANGRI, G. (2010) - Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. **Journal of Pain & Symptom Management** [serial online]. Vol. 39, nº3 (March 2010) p.477-485. Acedido a 12/07/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010603751&site=ehost-live>
- FARQUAHR, Morag (1995) – Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol. 22, nº3 (September, 1995) p. 502-508. Acedido a 12/06/2011. Disponível em:  
<http://definitions%20of%20quality%20of%20life:%20a%20taxonomy/>
- FERRANS, E.; POWERS, J. (1993) – Quality of life of hemodialysis patients. **ANNA-Journal** [em linha]. Vol. 20, nº5 (Outubro, 1993) p. 575-581. Acedido a 25/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8285799>
- FU, Mei et al (2001). A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. **Nursing Diagnosis** [online]; Vol.12, nº1 (January-March 2001) p. 15-27. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001055596&site=ehost-live>

- HAILEY, B. J.; MOSS, S. B. (2000) – Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a Review of the literature. **Psychology Health e Medicine**. The University of Southern Mississippi, USA. ISSN: 1354-8506. Vol.5, nº4, p.395-406. DOI: 10.1080/13548500020002217.
- HENDERSON, Virginia (2007) – Princípios Básicos dos Cuidados de enfermagem do CIE. Prefácio de Marta Lima Basto. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-00-0
- JABLONSKI, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**. Vol. 34, nº1. p. 29-37. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17345690&site=ehost-live>
- KABA E. et al. (2007). Renal nursing. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. **British Journal of Nursing (BJN)** [serial online]. Vol.16, nº14 (July 2007) p. 868-872. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009646688&site=ehost-live>
- KDQOL-SF™ 1.3 (Kidney Disease and Quality of Life) - Your Health – and –Well-Being University of Arizona. **[Questionnaire]** (1995). Acedido a 23/07/2011. Disponível em:  
<http://qim.med.ucla.edu/kdqol/downloads/kdqol13.pdf>
- KOUIDI, E. (2001) - Central and Peripheral Adaptations to Physical Training in Patients with End-Stage Renal Disease. **Sports Medicine** [em linha]. Grécia. Vol.31, nº9. p. 651-665. Acedido a 07/07/2011. Disponível em EBSCO host:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001090346&site=ehost-live>
- KRUPP et al (1989) - Escala de fadiga de Krupp et al. **[Escala]**. Arch Neurol, Vol. 46, 1989. Acedido a 03/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/insonia/Escala%20de%20Fadiga%20de%20Krupp%20et%20al.doc>

- Kim, K. et al (2010) - Role of acupressure in symptom management in patients with end-stage renal disease: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.13, nº7, p.885-892. doi:10.1089/jpm.2009.0363. Acedido a 07/07/2011. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010726185&site=ehost-live>
- LINDQVIST, Ragny; CARLSSON, Marianne; SJODEN, Per-Olow (2004) - Coping strategies of people with kidney transplants. **Journal of Advanced Nursing** [online]. Vol. 45, nº 1 p. 47-52. Acedido em 12/06/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004048249&site=ehost-live>
- MACHADO, Maria M. P. (2009) - **Adesão ao Regime Terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Minho. Universidade do Minho: Instituto de Educação para a Saúde. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Acedido em 27/11/2010. Disponível em:  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20Ucont.pdf>
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO C.B. (2005) - Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [em linha]. Vol.13, nº5. Ribeirão Preto (Setembro/Outubro, 2005). Acedido em 04/07/2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000500010&script=sci_arttext)
- MEDEIROS, R. H.; PINENT, C.E.; MEYER, F. (2002) – Aptidão física do indivíduo com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** [em linha]. Brasil. Vol. 24, nº2. p. 81-87. Acedido a 03/07/2011. Disponível em: <http://128.241.200.137/24-2/v24e2p081.pdf>
- MONAHAN [et al] (2007) – Insuficiência Renal. In: POTTER, C.; WEIGEL, K.; GREEN C. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol. II. 8ª Edição. Loures: Lusodidacta (2007). ISBN: 978-989-8075-22-2. p.1023-1065

- MERLIN M.; GALLANT G. (2010) - Impact of a fatigue management program in patients on hemodialysis. **CANNT Journal** [em linha]. Vol.20, nº3 (July 2010) p.43-48. Acedido a: 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21043176&site=ehost-live>
- MOTA, Natália; CRUZ, da Dina; FINI, Andréa (2010) – Fadiga em adultos acompanhantes de pacientes em tratamento ambulatorial. **Acta Paulista de enfermagem** [em linha]. Vol.23, nº3. São Paulo (Maio/Junho 2010) 348-353. Acedido em: 03/07/2011. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a06.pdf>
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2008) – **Anemia e Insuficiência Renal Crônica estágios 1 a 4**. Acedido a 12/05/2011. Disponível em:  
[www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204\\_KAJ\\_PatBro\\_Anemia\\_1-4\\_Pharmanet\\_Portuguese\\_Nov08.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204_KAJ_PatBro_Anemia_1-4_Pharmanet_Portuguese_Nov08.pdf)
- O'SULLIVAN, D., & MCCARTHY, G. (2007) - An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. **Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses** [em linha]. Vol.16, nº11 p.276-284. Retrieved From EBSCOhost. Acedido em 12/07/2011. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009798317&site=ehost-live>
- O'SULLIVAN, D.; MCCARTHY, G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. **Nephrology Nursing Journal**. Vol. 36, nº1; p. 37-47. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010207499&site=ehost-live>
- QOL-SF36 (Quality of Life – Short Form 36) – Estado Geral de Saúde SF36 [Questionário] - Versão em Português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey. Acedido a 18/10/11. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/4566798/SF36>

- TSAY S. (2004) - Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease - a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 41, nº1. p. 99-106. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004053996&site=ehost-live>
- TSAY, S.; CHO, Y.; CHEN, M. (2004) - Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. **American Journal of Chinese Medicine** [em linha]. Vol.32, nº3 (Junho, 2004) 407-416. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Acedido em:12/07/2011. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009025741&site=ehost-live>
- WEISBORD S., KIMMEL P. (2008) – Health-related quality of life in the era of erythropoietin. **Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis** [serial online]. Vol 12, nº1 (January 2008) p. 6-15. Acedido a 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18271834&site=ehost-live>
- YURTKURAN M. et al (2007) - A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: a randomized controlled study. **Complementary Therapies in Medicine** [serial online]. Vol. 15, nº3 (September 2007) p. 164-171. Acedido a 12/07/12. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:



# **ANEXO X**

**ESTUDO DE CASO DA SRª E.S.**

#### 4. Estudo de Caso da Sr<sup>a</sup> E.S.

<b>O QUE SE SABE ACERCA DA SR.<sup>a</sup> E. S.?</b>	
<b>Informações Gerais</b>	<b>Suporte de análise da situação de cuidados</b>
<p>-Senhora de raça caucasiana e 57 anos de idade,</p> <p>-Natural e residente em Lisboa – Rua Montepio Geral, nº25, 2º Esq, São Domingos de Benfica;</p> <p>-Antiga funcionária administrativa com o 6º ano de escolaridade, reformada por invalidez desde a altura em que desenvolve uma IRCT por MM.</p>	<p>- Lesão renal aguda rapidamente progressiva com necessidade de HD de emergência a 01/06/2007 no HCC por MM e neoplasias malignas de plasmócitos (infiltração 60%) de cadeias levesλ, diagnóstico feito só nessa altura;</p> <p>-Iniciou QT 15 dias após diagnóstico do MM (16/06/2007) não tendo havido resposta tumoral ao primeiro ciclo (doxorubicina e dexametasona). A instituição tardia de HD intensificada com filtros “high cut-off” 3 semanas depois (23/6 a 27/8/2007) terão contribuído para a ausência da recuperação da função renal. Adicionada depois Bortezomib com resposta. Fez QT até março/2009.</p> <p>-Seguida no IPO de Lisboa e por se encontrar na altura (2008) em remissão completa equacionou-se a hipótese de TR, tendo sido posta de lado por ser maior o risco que o benefício;</p> <p>-Houve reativação da doença hematológica em jan/2011 sendo necessárias novas sessões de QT: início a 15/06/2011 de 15 em 15 dias até à data atual. Administração de QT (Sc) no abdómen e dexametasona (Pos).</p> <p>-Após IRCT confirmada em jun/2007 com biopsia renal (nefropatia dos cilindros), inicia HD no HCC e é transferida para o CDR em Entrecampos (5/9/2007) após realizar prótese (PTFE – proximal no braço esquerdo, com anastomose braquiocefálica;</p>
<b>O que sei sobre a Sr<sup>a</sup> E.S.?</b>	
<p>-Casada, com uma filha, vive com o marido.</p> <p>-Fica com a neta de 2A enquanto a mãe vai trabalhar.</p> <p>-Religião católica praticante.</p> <p>-Acesso à habitação por elevador;</p> <p>-Pouco apetite e emagrecida. Peso seco (14/12/11): 48,8kg; altura: 1,65m;</p> <p>-As dores osteoarticulares (lombares, ombro dto e joelhos) dificultam-lhe as atividades de vida diárias;</p> <p>-Nunca se adaptou à HD revoltando-se com a situação de dependência/prisão, sentimento que expressa e atitude que demonstra pela mudança frequente de clínicas, insistência em querer reduzir o tempo de diálise ou até suspendê-la. No centro da C.V. foi-lhe reduzida a dose de diálise para 6h/sem; na</p>	

<p>clínica do centro de Lisboa, além de ter “negociado” sessões de HDF de 3h10, tempo inferior ao normal (4h10), tem-lhe sido reduzida a VB frequentemente a pedido para 350ml/min. por referir não tolerar valores superiores.</p> <p>-Era habitual fazer férias anualmente no Algarve (Ilha de Faro) e ficar alojada em casa de familiares. No entanto a dificuldade em conciliar os horários do tratamento com os dos transportes públicos (barco), desmotivou-a e levou a que deixasse de fazer férias.</p> <p>-As suas posses económicas não lhe permitem fazer férias noutra lugar. O marido, único trabalhador ativo, também ressentido a ausência das férias e apesar de incentivado pela esposa em ir uns dias de férias, recusa-se a deixá-la sozinha.</p> <p>-Não toma o anti-depressivo prescrito (Trazadone) por referir “efeito contrário ao esperado” Sic. Foi anteriormente aconselhada a procurar apoio junto de um psicólogo/psiquiatra que recusou.</p>	<p>-Pede transferência em seguida para o Centro de HD da C.V. a (18/12/2007) por referir más instalações no CDR de Entrecampos. Aqui é lhe reduzida a dose de diálise no dia 21/03/2011 para 6h/sem por insistência da doente e para verificação da eventual melhoria das cefaleias;</p> <p>-Inicia HDF pós-diluição a pedido na clínica do centro de Lisboa (30/03/2011) até à data atual, por referir mau relacionamento com os profissionais de enfermagem na clínica anterior.</p> <p>-Fez revisão da prótese a 29/7/2011 por trombose e a última avaliação do BTM é de (2/1/12 - Qa 890 ml/min). Apesar deste valor ser dentro dos parâmetros da boa funcionalidade (Rec &lt; 10) é inferior ao valor anterior (2/12/11 - Qa – 1190).</p> <p>-Diurese atual de ± 1000cc/dia (sob furosemida);</p> <p>-Faz sessões de 3h10 (após negociação com o nefrologista) na sala 2 às 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> feiras de manhã;</p> <p>- Nefrologista: Dr. J. L.S. em consultas às 2<sup>a</sup>,4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> feiras de manhã;</p>
<p style="text-align: center;"><b>Antecedentes pessoais</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Medicação atual</b></p>
<p>-Doença cerebrovascular assintomática. TAC CE (Abr/2010): lesões de isquémia crónica e lacuna. De referir 2 lesões líticas (danos ósseos) no crânio;</p> <p>-HPTH secundário controlado com terapêutica;</p> <p>-HTA mal controlada, apesar de medicada com elevadas doses de anti-hipertensores. Tem no entanto vindo a reduzi-los.</p>	<p>-<b>Carvedilol</b> 12,5mg de manhã e <b>Losartan</b> 25 mg à noite;</p> <p>-<b>Omeprazol</b> 1cp/dia e <b>AAS</b> 100 mg/dia;</p> <p>-<b>Alprazolam</b> 05 mg pré HDF e <b>Lorenin</b> 2,5 mg à noite, <b>Trazadone</b> (anti depressivo), 100mg prescrito que não cumpre</p> <p>-<b>Bactrim forte</b> 1/2 cp alm e <b>Furosemida</b> 80 mg+80 mg;</p> <p>-<b>Darbepoietina</b> 20 mg 1/sem (4<sup>af</sup>) (anti-anémico);</p> <p>-<b>Revela</b> 2,4 mg+2,4 mg (equilíbrio dos valores</p>

<p>-HVE sem queixas de IC;</p> <p>- Hábitos tabágicos de 70 cig/dia, tendo parado em 2007, reiniciou entretanto em 2011 (<math>\pm 20</math> cig/dia). Seguida só em consulta de pneumologia por enfisema pulmonar até 2008;</p> <p>-História de “angiomas hepáticos” descritos no TAC abdominal (2004). Nódulos possivelmente associados ao MM. A Eco abdominal recente (Mar/2011) não revela alterações!</p> <p>-Gastrite crónica antiga e helicobactéria pilori + (há &gt;10 anos) confirmada em EDA;</p> <p>-Colecistectomia (2003) por pólipos “sintomáticos”;</p> <p>-Hérnia lombar operada em 2006 e gonartroses.</p>	<p>CaxP);</p> <p><b>-Colecalciferol</b> 0,08 mg-5got (Vit.D - captação Ca+ nos ossos) 3x semana em diálise e <b>Rocaltriol</b> 0,25 mg (homeostase do Ca+).</p> <p><b>-Ácido fólico</b> 5mg-1cp e <b>Vitaminas do complexo B</b> 85,03 mg-1cp, (complementos vitamínicos - anemia e fadiga); 3x semana em diálise;</p> <p><b>-Paricalcitol</b> 5,0 <math>\mu</math>g EV 1xsem (Vit. D - controlo da hormona HPTH)</p>
--	---

### **Análise da evolução do percurso da doença MM/IRCT**

-Houve reativação da doença hematológica desde jan/2011 com necessidade de novas sessões de QT de 15 em 15 dias, até à data atual.

-Tem apresentado labilidade da HG ao AEE no último ano, oscilação dos valores de HG que baixam bruscamente com a retirada da Darbepoietina e aumentam rapidamente com doses baixas;

-Durante as sessões de HDF tem mantido as cefaleias halocraneanas intensas acompanhadas de acufenos (zumbidos), sem outros sinais neurológicos associados. Por vezes associada a picos tensionais que aliviam com paracetamol ou clonixina e normalmente duram até ao dia seguinte. A doente refere cefaleias que associa à flutuação consoante os valores de HG, sendo valores mais baixos associados a menos queixas.

#### **Resultados da análise da tabela laboratorial ( Ver Tabela 6 e 7):**

Segundo o recomendado por Hailey e Moss (2000), APEDT (2007) e objetivos da DGS (2008):

#### **Resultados da análise das estratégias e sessões de HDF (Ver Tabela 8):**

-Tem tensões tendencialmente altas que oscilam entre os 170 mmHg e 140 mmHg de sistólica e 80 e 70 mmHg de diastólica, apesar da toma de 2 anti-

<p>-Apesar de valores de <math>K^+</math> &gt; 5,5 mg/dl e valores de <math>P^+</math> (&gt;5,5 mg/dl), serem superiores aos recomendados nos últimos 4 a 6 meses têm vindo a melhorar há 3 meses para cá, desde nov/2011.</p> <p>-O valor do <math>P^+</math> dentro dos valores recomendados tem contribuído para os valores de CaxP equilibrados; e que associado aos valores da IPTH controlados com a terapêutica, são essenciais para o controlo da osteodistrofia renal;</p> <p>-No mês de jan/2011, os valores de <math>P^+</math> voltaram a estar aumentados (&gt;5,5 mg/dl) e por conseguinte valores de CaxP mais altos;</p> <p>-Tem apresentado valores de albumina, HG e ferritina controlados.</p> <p>-Aumento dos valores de leucócitos e neutrófilos desde dez/2011, que associa à reativação do MM.</p>	<p>hipertensores. Valores de 110/100mmhg de sistólica são baixos para ela (sente-se mal) e as cefaleias coincidem com as oscilações tensionais.</p> <p>-A 09/12/11 o peso seco foi ajustado para o valor aproximado ao do BCM (18/11/11-48,3Kg) e mais tarde novamente reajustado (14/12/11-48,8Kg), verificando-se melhoria do estado geral e nutritivo que coincide também com a altura em que os valores laboratoriais têm vindo a estar mais controlados. Há menos intercorrências no mês de dez/2011 e melhoria: das hipotensões, náuseas/vómitos, câibras, cefaleias; saindo sempre dentro do seu peso seco sem necessidade de ser desligada mais cedo. Apresentando por isso valores de eKt/v mais altos, sinal de sessões de HDF mais eficazes.</p> <p>-Em jan/2012, apesar dos valores tensionais não terem sofrido grandes oscilações e o GPI ser &lt; 5% peso seco, tem referido: câibra, mal-estar e dores generalizadas, altura em que também o valor do CaxP volta a aumentar!</p> <p>-A 9/01/12 é lhe reduzida a prescrição da VB de 450 ml/min para 400 ml/min., tendo sido associado a este fator as pré-cordialgias, hipotensões, náuseas, vômitos e cefaleias intensas. Continua no entanto a não tolerar estes valores por referir mal-estar geral, permanecendo as VB a 350 ml/min.</p>
<p><b>Que problemas decorrem da IRCT?</b></p>	<p><b>Que intervenções segundo Virgínia Henderson?</b></p>
<p>-Pré-cordialgias associadas a VB &gt; 350ml/min e cefaleias intensas associadas a oscilações de TA (de valores muito altos para valores mais baixos). Com necessidade de ser desligada mais</p>	<p>-Prestar cuidados inerentes ao tratamento de HDF, consoante as normas e boas práticas da clínica e avaliar a eficácia da mesma (eKt/v);</p> <p>-Esclarecer a necessidade da realização do tratamento de HDF, sendo essencial comparecer na clínica e</p>

<p>cedo.</p> <p>-Náuseas e vômitos: associados a hipotensão e provável peso seco desajustado. Pessoa magra com risco de desnutrição. Tem melhorado o seu estado nutricional e engordado um pouco ultimamente. Após ajuste do peso seco de acordo com o indicado pelo BCM, tem melhorado dos sintomas.</p> <p>- Mobilidade dificultada para a realização de certas atividades de vida por dores generalizadas sobretudo a nível articular: região lombar, ombro direito e joelhos, associada à evolução das patologias existentes: MM e a consequente degradação óssea (lesões líticas); IRCT e evolução da osteodistrofia renal por aumento dos valores <math>P^+</math> e desequilíbrio do CaxP. Tendência à diminuição da força muscular e problemas cardíacos, associado aos valores elevados de <math>K^+</math>, com risco de queda e fraturas ósseas.</p> <p>* refere apenas a 25/1/12, melhoria das dores do ombro direito mantendo as dores a nível lombar e joelhos</p> <p>-Cãibras! Mal-estar geral inespecífico nos últimos tempos (jan/12) apesar do GPI normal, valores tensionais estáveis e sair das sessões com peso acima do peso seco. Situação que poderá estar associada à reativação do MM que associado à IRCT e HDF, têm um impacto negativo no estado psicológico;</p>	<p>cumprir a totalidade das prescrições feitas pelo médico: tempo, frequência das sessões de HDF e VB; contribuindo estes fatores para uma HDF mais eficaz;</p> <p>-Monitorizar a TA e as cefaleias. Alertar para o risco da ingesta excessiva de <math>Na^+</math> no aumento da sede e HTA. Administrar terapêutica analgésica quando cefaleias;</p> <p>-Intervir junto da equipe médica perante as intercorrências durante as sessões de HDF, para que estas possam ser reajustadas;</p> <p>-Incentivar a que deixe de fumar. Este comportamento piora a circulação e oxigenação sanguínea (aumento de cefaleias), bem como contribui para o desenvolvimento da doença cérebro vascular e HVE que já possui;</p> <p>-Monitorizar valores: <math>K^+</math>, <math>P^+</math>, <math>Ca^+</math>, GPI, HG, albumina e dar a conhecer os valores laboratoriais para que sejam interpretados conjuntamente;</p> <p>-Informar que a anemia e a albuminémia podem contribuir para a desnutrição, efeito da IRCT e HDF. Reeducar e alertar para os erros alimentares e riscos de desnutrição, bem como outras complicações:</p> <p>* auxiliar na manutenção de uma alimentação nutritiva e fracionada tendo em conta as restrições de <math>K^+</math>, <math>P^+</math>, <math>Na^+</math> e líquidos (facultado folheto informativo para o reforçar das estratégias – Anexo XI)</p> <p>* incentivar a toma da medicação prescrita: vitaminas (melhoria da anemia e fadiga), quelantes de fósforo (controlo da evolução da osteodistrofia renal) e consequente melhoria da doença vascular (IC, AVC);</p> <p>-Alertar por um lado para o atenuar dos esforços em excesso e repouso após a sessão de HDF se necessário, para que retome o seu vigor físico. E pelo outro, estimular para o treino físico e caminhadas</p>
--	--

<p>-Insónias em dadas alturas. Necessita de descansar cerca de 4h após sair das sessões de HDF;</p> <p>-Fadiga geral (física e mental) e diminuição da satisfação por ordem decrescente em relação à QV nos domínios: aspectos emocionais, aspetos físicos, capacidade funcional e saúde mental. Sem evidência de melhoria nos últimos tempos em relação à fadiga (após avaliação e aplicação das escalas no dia 05/12/2011 em Anexo).</p> <p>-Fadiga (mental) associada à insatisfação total em relação ao domínio emocional da QV (Score 0, numa escala de 1-100).</p> <p>* nunca aceitou a doença e a diálise, refere “sensação de prisão” e pede para ser desligada 10 a 15 min mais cedo;</p> <p>-Tendência ao isolamento social e atividades recreativas diminuídas:</p> <p>* é reformada e não sente vontade em realizar atividades que a relaxem, a neta é a sua única ocupação e alento;</p> <p>* deixou de fazer férias no Algarve e adia em sair e conviver com as amigas.</p>	<p>dentro da sua capacidade funcional, para que fortaleça a sua musculatura, aumente a sua agilidade e melhore o seu estado emocional;</p> <p>-Aconselhar a realização de uma prova de esforço que permita averiguar a sua função cardíaca atual, antes que inicie um programa de exercício físico regular adequado às suas capacidades, tendo sido orientada para uma consulta com o nefrologista;</p> <p>-Interpretar a presença da fadiga geral com repercussões na QV e avaliar a evolução das mesmas após ter intervindo;</p> <p>- Averiguar a associação da fadiga mental à não ART (incumprimento do tempo das sessões a pedido frequente da SR<sup>a</sup> E.S. em ser desligada mais cedo), segundo Hailey e Moss (2000), APEDT (2007) e objetivos da DGS (2008);</p> <p>-Informar sobre a evolução gradual das patologias MM e IRCT e a existência de técnicas tradicionais (massagem, hidroterapia, aplicação de frio e calor, acupunctura, ETAE e yoga) que poderão melhorar a sua fadiga, dores ósseas, sono e depressão em alternativa à medicação convencional;</p> <p>-Demonstrar disponibilidade para falar sobre as suas inquietações e desejos; oferecer ajuda para resolver o seu problema da não-aceitação da doença e tratamento;</p> <p>- Aconselhar da ida a um especialista (psicólogo) que a oriente para a melhoria do seu estado emocional e incentivá-la para as atividades: passeios, novas amizades, evitando estar sempre a pensar na doença.</p>
---	---

**Tabela 4** - Estudo de caso elaborado consoante as diferentes fontes de pesquisa e apresentado à equipa de enfermagem no dia 31 janeiro de 2012

## **Mieloma Múltiplo (MM)**

O MM, etiologia da IRCT da SR<sup>a</sup> E.S., é “uma neoplasia dos plasmócitos correspondendo a cerca de 10% do total dos cânceres hematológicos”. Os plasmócitos, células plasmáticas (glóbulos brancos), produzem anticorpos constituintes do sistema imunitário, sendo que cada célula plasmática dá origem a um anticorpo diferente. (WIKIPÉDIA, 2011)

O MM desenvolve-se quando uma célula plasmática se torna anômala, produzindo anticorpos designados por proteínas monoclonais. Com o tempo as células do mieloma acumulam-se na medula óssea (impedindo o desenvolvimento normal das células sanguíneas) e na parte sólida do osso, daí a doença ser designada por “mieloma múltiplo”, afetando múltiplos ossos. Caso se acumulem num só osso, recebe o nome de plasmocitoma.

A idade média do diagnóstico é de 60-65 anos contudo tem vindo a aumentar a incidência da doença em indivíduos mais novos. Mais de 2% dos doentes com MM tem menos de 40 anos na altura do diagnóstico. Afeta ligeiramente mais homens que mulheres e existe uma incidência superior de 2% na população negra, quando comparando com os caucasianos.

Existem vários tipos de MM sendo caracterizados consoante o tipo de imunoglobulinas (IG) aumentadas (IGG, IGA ou IGM) e as cadeias leves livres: K ou  $\lambda$  (mieloma de cadeias leves ou doença de Bence Jones). Trata-se de uma doença monoclonal estando apenas uma das cadeias aumentadas, tanto no sangue como na urina. Existem outras doenças de plasmócitos no entanto mais raras: leucemia de plasmócitos, doença de cadeias pesadas e o mieloma osteoesclerótico.

É sintomatologia frequente da evolução do MM, a hipercalcémia no sangue, anemia e as consequentes alterações ósseas. Podendo ocorrer destruição óssea acentuada, fraturas patológicas acompanhadas de dores ósseas intensas. Podem ocorrer ainda sintomas neurológicos provocados pela compressão neoplásica a nível das raízes nervosas por lesões líticas das vértebras e coluna, manifestados por sintomas sensoriais e motores: radiculopatia (dor, choque, dormência nos braços e pernas), sendo esta a complicação neurológica mais comum; e a neuropatia acompanhada de dor, como efeito adverso da quimioterapia (QT).

Poderão ainda existir outras complicações como: a ICC, o tumor (espleno e/ou hepato e/ou adenomegália por infiltrações glandulares) e as lesões retinianas. As infeções



recorrentes devem-se à produção diminuída de IG normais, contrastando com o excesso do componente monoclonal anormal.

Para Maiolino e Magalhães (2007), a IR está presente em 20 a 35% dos doentes com MM na altura do diagnóstico, podendo aumentar para 50% dependendo da carga tumoral e evolução da doença avançada. Ocorre lesão renal devido à hipercalcémia (invasão do rim pelos plasmócitos cancerígenos ou por obstrução ou lesão dos túbulos renais pelas IG em decorrência da proteinúria - excreção de cadeias leves), originando a nefropatia obstrutiva conhecida como “rim do mieloma” por: atrofia tubular proximal, formação de cilindros eosinófilos no túbulo distal e inflamação com fibrose intersticial.

A anemia pode ser portanto ocasionada pela infiltração neoplásica da medula óssea, como pela diminuição dos níveis de EPO em decorrência da IR.

A reversibilidade da IR varia de 20 a 60% e estudos relacionam-na com os níveis de creatinina, que quando < 4mg/dl apresentam 50% de hipótese de recuperação da função renal, valores > 4mg/dl a hipótese de recuperação é apenas de 10%.

Segundo Pinheiro (2009), se o MM for assintomático, encontrando-se a doença numa fase muito inicial, não precisa de tratamento apenas se existir doença óssea que justifique o tratamento adequado.

No MM em fase avançada, o tratamento consiste: em corticoides (dexametasona, prednisolona), anti-inflamatórios (Talidomida), QT, imunoterapia, radioterapia e Transplante da medula óssea. O transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (células mobilizadas da medula óssea após uso de ciclofosfamida e/ou fator de crescimento hematopoiético e injetadas de forma endovenosa após manipuladas) é por norma indicado só para doentes não dependentes da diálise. Para os doentes com IR dependentes da diálise, o tratamento passa pelas outras indicações recomendadas para o MM, sendo que para os idosos com comorbilidades e estado geral deficiente, a QT oral associada à prednisolona, é o mais indicado.

**Valores laboratoriais de referência do Centro de Diagnósticos Dr. Fernando Teixeira e que presta serviços para a clínica de HD do centro de Lisboa**

- Ca<sup>+</sup>: 8,6 – 10,2 mg/dl
- CaxP: (equilíbrio entre ambos os valores) - até 50 mg/dl
- IPTH > 200 < 400, ideal 300

DATAS	LEUCÓCITOS mm <sup>3</sup>	LINFÓCITOS %	NEUTRÓFILOS %
3/8/11	15,180,000	8%;	86,90
07/9/11	7,990,000	21,2%;	67,0
5/10/11	8,480,000	21,7%;	66,7
2/11/11	8,710,000	21,1%;	67,40
7/12/11	13,500,000	9,80%;	82,10
4/01/12	12,290,000	13,4%;	80,30

	VALORES DE REFERÊNCIA
<b>LEUCOCITOS (Glóbulos Branco)</b>	4,000 - 11,000/ mm <sup>3</sup> 4.00 -11.00 x 10 <sup>3</sup> /μL
<b>LINFOCITOS</b>	20-30% 1.00-4,80 x 10 <sup>3</sup> /μL
<b>NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS</b>	45-75% 1.80-7.70 x10 <sup>3</sup> /μL

**Tabela 5** – Valores de referência para a clínica de HD do centro de Lisboa

**Tabela 6** – Valores Laboratoriais da Sr<sup>a</sup> E.S. consultados informaticamente.

Datas	K <sup>+</sup> meq/l	P <sup>+</sup> mg/dl	Ca <sup>+</sup> total mg/dl	CaxP mg/dl	IPTH mg/l	Hg g/dl	Ferritina μg/l	Albumina g/dl
3/8/11	5,78	7,80	10,0	78,00	273	12,8	1,219,00	3,5
07/9/11	7,21	6,00	7,30	43,80		13,2	497	
5/10/11	6,04	5,80	9,00	52,20		12,8	670	
2/11/11	5,01	5,30	9,70	51,41	285,8	11,6	639	4,30
7/12/11	5,49	3,90	9,70	37,83		10,2	803	
4/01/12	5,33	5,70	9,00	51,30		11,0	471	

**Tabela 7** – Valores Laboratoriais da Sr<sup>a</sup> E.S. consultados informaticamente.

<b>Datas</b>	<b>Peso seco (Kg)</b>	<b>Peso entrada (Kg)</b>	<b>GPI (Kg) ≤5 % / real</b>	<b>Peso saída (Kg)</b>	<b>Hemodinamicamente TA (mm/hg); eKt/v</b>
11/11/11	46	48,5	2,3 / 2,5	47,7	Hipotensão, náuseas e vômitos a meio da sessão; 1,8
14/11/11	46	49,4	2,3 / 3,4	47,9	TA bem; 1,8
16/11/11	47,0	49,4	2,35 / 2,4	48,3	Hipotensão e cefaleias, fez 1gr paracetamol (EV); 1,7
18/11/11	47,0	49,8	2,35 / 2,8	48,4	Má disposição, desligada 10min mais cedo, BCM-48,3; 2,04
21/11/11	47,0	49,1	2,35 / 2,1	47,6	TA bem; 2,12
23/11/11	47,0	48,5	2,35 / 1,5	47,4	Queixas no peito e má disposição desligada mais cedo 10 min; 1,48
25/11/11	47,0	47,8	2,35 / 0,8	47,1	Hipotensão a meio da sessão, desligada 5 min mais cedo; 2,02
28/11/11	47,0	49,0	2,35 / 2,0	47,6	Cefaleias, fez 1gr paracetamol (EV). HTA; 2,11
30/11/11	47,5	48,3	2,38 / 0,8	47,6	TA bem; 2,13
2/12/11	47,5	48,8	2,38 / 1,3	47,8	TA bem; eKt/v ?
5/12/11	47,5	49,5	2,38 / 2,0	48,4	Cãibras e cefaleias, desligada mais cedo 10 min, fez 1gr paracetamol (EV). Descida da TA; 2,01
7/12/11	47,5	49,7	2,38/ 2,2	48,2	TA bem; 2,12
9/12/11	48,0	49,5	2,4 / 1,5	48,5	TA bem 2,03
12/12/11	48,8	50,1	2,4 / 1,3	48,8	TA bem; 2,12
14/12/11	48,8	49,6	2,44 / 0,8	48,8	TA bem; 2,13
16/12/12	48,8	50,2	2,44 / 1,4	48,8	TA bem; 2,26
19/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,8	TA bem; 2,20
21/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	49,0	TA bem; 2,20
23/12/11	48,8	49,9	2,44 / 1,1	48,8	TA bem; 2,11
26/12/11	48,8	50,2	2,44 / 1,4	48,7	TA bem; 2,10
28/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,8	TA bem; 2,15
30/12/11	48,8	49,5	2,44 / 0,7	48,7	TA bem; 2,19

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg); eKt/v
2/1/12	48,8	49,9	2,44 / 1,1	48,9	TA bem; eKt/v ?
4/1/12	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,7	Recusa VB>350, TA bem; 2,05
6/1/12	48,8	49,8	2,44 / 1,0	48,7	TA bem; 2,06
9/1/12	48,8	50,4	2,44 / 1,6	49,0	Recusa VB a 450, só até 350, cãibras no fim! TA bem; 2,14
11/1/12	48,8	50,1	2,44 / 1,3	49,0	Mal-estar geral, desligada 15min mais cedo, fez Nolotil (EV), TA bem; 2,10
13/1/12	48,8	49,6	2,44 / 0,8	48,8	TA bem; 2,13
16/1/11	48,8	50,3	2,44 / 1,5	48,9	Dores generalizadas, fez 1gr paracetamol (Pos) e Nolotil (Ev). TA bem; 2,13

**Tabela 8** - Estratégias e sessões de HDF da Sr<sup>a</sup> E.S. consultadas informaticamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MAIOLINO, Angelo; MAGALHÃES, Roberto (2007) - Mieloma múltiplo e insuficiência renal. **Rev. Brasileira Hematologia** [em linha]. Volume 29. (Brasil, 2007) 86-91. Acedido a 20/12/11. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n1/v29n1a16.pdf>

PINHEIRO Pedro (2009) – Mieloma múltiplo – Sintomas e tratamento. MDSAÚDE. Acedido em: 21/12/2011. Disponível em:

<http://www.mdsaude.com/2009/09/mieloma-multiplo.html>

WIKIPÉDIA (2011) - Mieloma múltiplo. Acedido em 20/11/2011. Disponível em:

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Mieloma\\_m%C3%BAltiplo](http://pt.wikipedia.org/wiki/Mieloma_m%C3%BAltiplo)

Seguem-se os instrumentos de avaliação utilizados: aplicação das escalas de avaliação da Fadiga e QV e por fim o Estudo de Caso apresentado à equipa de enfermagem no dia 31/01/2012.

## **Escalas da Fadiga e Questionário da Qualidade de Vida**

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder às questões que se seguem, cuja finalidade é poder avaliar o seu estado de Fadiga e Qualidade de Vida e por conseguinte elaborar um Estudo de Caso no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura Mestrado em Enfermagem e Especialização Médico-Cirúrgica na área de intervenção da Nefrologia.

Se durante a sua leitura surgir eventualmente alguma dúvida, não hesite em solicitar ajuda para que possa ser esclarecida. Estes instrumentos de avaliação, elaborados por outros autores, procuram identificar alguns problemas que possa estar a enfrentar no momento, pelo que interpretar e responder devidamente às questões é essencial para que os resultados sejam fiáveis. Serão asseguradas naturalmente as questões relacionadas com o anonimato e confidencialidade dos seus dados e exclusivamente utilizados para a realização deste trabalho.

Muito obrigada pela sua colaboração

Enf<sup>a</sup> Sandra Garcia

**Escala de Fadiga de Krupp et al, Arch Neurol, vol 46, 1989**

Os Pacientes são instruídos para escolher um número de 1 a 7 que indica o seu grau de concordância com cada afirmação, onde 1 indica: discorda totalmente e 7 indica: concorda totalmente.

- 6 a) Minha motivação é baixa quando estou fatigado
- 6 b) Exercícios me causam fadiga
- 5 c) Eu fico fatigado facilmente
- 5 d) Fadiga interfere com o meu funcionamento físico
- 5 e) Fadiga me causa problemas frequentemente
- 5 f) Minha fadiga não me deixa ter um funcionamento físico mantido
- 6 g) Fadiga interfere na realização de certas obrigações ou deveres e responsabilidades
- 6 h) Fadiga está entre os meus 3 sintomas mais incapacitantes ou importantes
- 5 i) Fadiga interfere com meu trabalho, minha vida social e familiar

total = 49  $\geq 36$ : sinônimo de fadiga (ou)  $49:9 = 5,4$  que é  $\geq 4$  sinônimo de fadiga

**Escala de Chalder et al J Psychosom Res 37 1993**

Você notou que tem se sentido cansado recentemente?

sim

Você tem se sentindo com falta de energia?

sim

Se a resposta for positiva, as 4 questões seguintes deverão ser respondidas.

- 0 1- Quantos dias você se sentiu cansado ou com falta de energia durante a semana passada? (Marque 1 se foram 4 dias ou mais)
- 1 2- Você se sentiu cansado ou com falta de energia por mais do que 3 horas em algum dia da semana passada? (Marque 1 se foram mais do que 3 horas)
- 1 3- Você se sentiu tão cansado que teve se esforçar muito para conseguir fazer as coisas na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)
- 1 4- Você se sentiu cansado ou com falta de energia fazendo coisas que você gosta na semana passada? (Marque 1 se a resposta for sim)

total = 3 score  $> 2$ , sinônimo de fadiga na semana anterior

**ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey**

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte questiona sobre a sua saúde. Estas informações mantêm-nos informados de como se sente e o quanto é capaz de fazer as suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:  
(circule uma)

- Excelente 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4 X
- Muito ruim 5

2. Comparada a um ano atrás, como classificaria sua saúde em geral, agora?  
(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2 X
- Quase a mesma que há um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em desportos árduos	1	2 X	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar o pó, jogar á bola, varrer a casa	1 X	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1 X	2	3
d) Subir vários lances de escada	1 X	2	3

e) Subir um lance de escada	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3
h) Andar vários quarteirões	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regularmente, como consequência da sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2
d) Teve dificuldade de fazer o seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2



6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?  
(circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

7. Quaantifique as dores no corpo que teve durante as últimas 4 semanas?  
(circule uma)

- Nenhuma 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?  
(circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como se sente e como tudo tem acontecido consigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como se sente. Em relação às últimas 4 semanas.  
(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo se tem sentido cheio de <u>vigor</u> , cheio de <u>vontade</u> , cheio de <u>força</u> ?	1	2	3	4 X	5	6
b) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito <u>nervosa</u> ?	1	2 X	3	4	5	6
c) Quanto tempo se tem sentido tão <u>deprimido</u> que nada pode animá-lo?	1	2 X	3	4	5	6

d) Quanto tempo se tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5 X	6
e) Quanto tempo se tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5 X	6
f) Quanto tempo se tem sentido desanimado e abatido?	1	2 X	3	4	5	6
g) Quanto tempo se tem sentido esgotado?	1	2 X	3	4	5	6
h) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6 X
i) Quanto tempo se tem sentido cansado?	1	2	3	4	5 X	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo o seu estado físico ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo 1  
 A maior parte do tempo 2  
 Alguma parte do tempo 3  
 Uma pequena parte do tempo 4  
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto é verdadeiro ou falso cada uma das afirmações para si?  
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5 X
b) Eu sou tão saudável como qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3 X	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3 X	4	5
d) A Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5 X

Esta é a cache do Google de <http://www.cdoef.com.br/testes13.htm>. É um instantâneo da página, tal como surgiu no dia 3 Dez 2011 22:56:00 GMT. Entretanto, a [página actual](#) poderá ter sofrido algumas alterações. [Saiba mais](#)

[Versão apenas de texto](#)

Seg, 26/1/09 22:10

TESTES

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

QUESTÕES

RESPOSTAS  
Colocar abaixo os valores correspondentes a cada questão. No final peça para calcular. (ex: valor 4.4 significa 4,6)

*estado geral*

- 1- Em geral você diria que sua saúde é:  
Excelente(5.0); Muito Boa(4.4); Boa(3.4); Ruim(2.0); Muito Ruim(1.0)
- 2- Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?  
Muito Melhor(1); M Pouco Melhor(2); Quase a Mesma(3); Um Pouco Pior(4); Muito Pior(5)

Pontos 2

Pontos 2

a)Pontos

- 3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

*capacidade funcional*

Atividades	Sim, muita dificuldade	Sim, um pouco de dificuldade	Sem dificuldade
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

Pontos 1

c)Pontos 1

d)Pontos 1

e)Pontos 2

f)Pontos 2

g)Pontos 2

h)Pontos 2

i)Pontos 3

J)Pontos 3

a)Pontos 1

b)Pontos 1

c)Pontos 1

d)Pontos 1

a)Pontos 1

b)Pontos 1

*Aspectos físicos*

- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

$19 - 10 \times 100 = 20$   
 $20 = 45$

$4 - 4 \times 100 = 4$   
 $4 = 25$

*Aspectos emocionais*

- 5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

$3 - 3 \times 100 = 0$

- b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? 1 2  
 c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. 1 2

c)Pontos  
1

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?  
 De forma nenhuma(5); Ligeiramente(4); Moderadamente(3); Bastante(2); Extremamente (1)

Pontos  
3

7- Quanto dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? Nenhuma(6.0); Muito Leve(5.4); Leve(4.2); Moderada(3.1); Grave(2.0); Muito Grave(1.0)

Pontos  
3,1

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?  
 De maneira alguma(1); Um pouco(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente(5)

Det

Doc: quanto 7 + 8 = (3,1 + 4) = 7,1  $\times$  100 = 71100 = 71

::: Interpretação para pontuar:

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)  
 Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6)  
 Se a resposta for (2), a pontuação será (4.75)  
 Se a resposta for (3), a pontuação será (3.5)  
 Se a resposta for (4), a pontuação será (2.25)  
 Se a resposta for (5), a pontuação será (1.0)

Pontos  
4

a)Pontos  
4

9- Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

n. tab. do [0]

$\frac{16 \cdot 4 \cdot 100}{20} = 60$

saúde mental [4]

$\frac{17 \cdot 5 \cdot 100}{25} = 48$

	Sempre	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	As vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado?	6	5	4	4	2	1
b) Por quanto tempo se sente nervoso(a)?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo se sente calmo ou tranquilo?	6	5	4	4	2	1
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	6	5	4	4	2	1
f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo se sente esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	6	5	4	4	2	1
i) Por quanto tempo se sente cansado?	1	2	3	4	5	6

b)Pontos  
2

c)Pontos  
2

d)Pontos  
5

e)Pontos  
5

f)Pontos  
2

g)Pontos  
2

h)Pontos  
6

i)Pontos  
5

Aspectos sociais:  $10 + 6 = (5 + 3) = 8 \cdot 2 \times 100 = 75$

10- Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Sempre(1); A maior parte do tempo (2); Boa parte do tempo (3); Poucas vezes(4); Nunca(5)

Estado geral saúde:  $1 + 11 = (2 + 16) = 18 \cdot 5 \times 100 = 65$

Pontos  
5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça	5	4	3	2	1
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	5	4	3	2	1

a)Pontos  
5

b)Pontos  
3

c)Pontos  
3

d)Pontos  
5

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA  
 Fase 1: Ponderação dos dados

::: Valor total obtido nas questões correspondentes :::

CALCULE

::: Após calcular passe para a fase 2 abaixo:::

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

· Capacidade funcional	45
· Limitação por aspectos físicos	25
· Dor	
· Estado geral de saúde	65
· Vitalidade	65
· Aspectos sociais	60
· Aspectos emocionais	75
· Saúde mental	48

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes - Limite inferior x 100  
Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

· **Capacidade funcional: (ver tabela)**

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Capacidade funcional:  $\frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

· **Dor (ver tabela) - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4**

- Aplicar fórmula: Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100  
Variação (Score Range)

Dor:  $\frac{9,4 - 2 \times 100}{10} = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Adaptado de:  
<http://listas.cev.org.br>

Sugestão de tabela de comparação:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a03v22n1.pdf>

Curso de Mestrado em Enfermagem e  
Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica vertente Nefrológica

## **QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM IRCT EM HD, NA GESTÃO DA FADIGA E MELHORIA DA SUA QV?**

ESTUDO DE CASO da Sr<sup>a</sup> E.S.

Sandra Garcia

Lisboa, 31/01/2012

### **SÍNTESE**

- **OBJETIVOS:** Geral e específicos
- **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT)**
  - Epidemiologia da IRCT;
  - Sinais e Sintomas;
  - Vivência da IRCT em Hemodiálise
  - Fadiga (avaliação, definições, etiologia, fadiga em HD, tratamento)
  - Adesão ao Regime Terapêutico
- **PROCESSO DE ENFERMAGEM:**
  - Dados Biográficos da Sr<sup>a</sup> E.S.;
  - História Clínica;
  - Colheita de Dados;
  - Antecedentes Pessoais;
  - Medicação atual;
  - Fisiopatologia do Mieloma múltiplo (MM)
  - Classificação do MM
  - Sinais e sintomas do MM
  - Tratamento do MM

## SÍNTESE

- **OBJETIVOS PARA A DIÁLISE**

- Valores referência

- Exame da pessoa - Valores Laboratoriais

- Valores de referência

- Análise da tabela laboratorial

- Estratégias e sessões HDF

- Análise das estratégias das sessões de HDF

- **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA FADIGA**

- **ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV)**

- **VIRGÍNIA HENDERSON**

- NHB segundo Virgínia Henderson

- Plano de Cuidados segundo Virgínia Henderson

- **REFLEXÃO**

- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

3

## OBJETIVOS

### **Objetivo geral**

- Aquisição e consolidação de conhecimentos acerca das vivências da pessoa com IRCT em HD e sua família, que promovam a minha aprendizagem de competências durante o período de estágio (10 nov/2011 a 3 fev/2012), e que me orientem para a conduta profissional na prática clínica, enquanto futura enfermeira especialista, em Médico Cirúrgica vertente Nefrológica

- **Objetivos específicos**

Realizar um Estudo de Caso da pessoa com IRCT, após identificar problemas (fadiga e diminuição da QV), definir objetivos, investigar, planejar intervenções (plano de cuidados), executar e implementar estratégias para a resolução dos mesmos, divulgando os resultados à pessoa e equipa profissional de Enfermagem.

4



## **IRCT**

- A fase mais avançada da evolução da doença renal crónica, ou estágio 5, surge através do declínio total das funções renais, sendo designada por IRCT e em que existe lesão renal ou funcionamento dos rins abaixo de 10% da sua capacidade, e/ou taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min durante pelo menos três meses, tendo a função renal que ser substituída por uma das técnicas: hemodiálise, diálise peritoneal (DP) ou transplante renal (TR).

(MACHADO, 2009)

5

## **Epidemiologia da IRCT**

- Segundo dados da SPN (2010), todos os anos surgem mais de dois mil casos de doentes em falência renal.
- Em Portugal, em 2010, havia 16.764 pessoas em terapias de substituição da função renal (TSFR). Iniciaram nesse ano, TSFR (2510): 2311 em (HD), dessas 1486 com idade superior a 65 anos; 182 em (DP) sendo que 56 com idade superior a 65 anos; e 17 (TR). (APIR, 2011)

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

APIR – Associação Portuguesa da insuficiência renal

6



## **Sinais e Sintomas da IRCT**

- Resultam de valores muito elevados de: ureia, creatinina, potássio e fósforo; vindo a acumulação de substâncias tóxicas provocar desequilíbrios graves. A deficiência de vitamina D por outro lado, vai provocar uma diminuição da absorção de cálcio e eliminação de fósforo, podendo provocar danos a nível ósseo (osteodistrofia renal).
- A não produção da eritropoietina pode levar à anemia;
- A redução da filtração de água e sódio resultam em hipertensão arterial pela retenção de líquidos, podendo levar a disfunções vasculares, sobrecarga hídrica e se não tratada poderá levar à insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e edema agudo do pulmão (EAP).

7

## **Sinais e Sintomas da IRCT**

- Os edemas das extremidades e as cefaleias são sintomas frequentes. Pode ocorrer irritação e insónias (resultantes da irritação cerebral provocada pelas toxinas urémicas), boca seca, hálito urémico, anorexia, cansaço, náuseas e vômitos.
- A diminuição da libido, variações emocionais, depressão, letargia, perda de memória e confusão mental, são sintomas que poderão aparecer.

8

## Vivência da IRCT em HD

- A HD, apesar dos seus inconvenientes é uma técnica que poderá dar à pessoa uma QV satisfatória, contudo tem de estar consciente das suas limitações.
- Machado (2009) refere que a aceitação da pessoa com IRCT ao seu estado de saúde e a adaptação à nova condição de saúde são, determinantes na adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico (ART).
- Segundo Mota, Cruz e Fini (2010), a fadiga existe em toda a população, embora acentuada em pessoas com doenças crónicas (entre as quais a IRC) bem como nos seus acompanhantes / prestadores de cuidados.

9

## PROBLEMÁTICA - Fadiga

- A fadiga ocupa o primeiro lugar como potencial estressor, com influência na qualidade de vida (QV) da pessoa IRCT e sua família (Cristovão, 1999)
- A fadiga entre outros fatores, dificultam a gestão do regime terapêutico em HD (Cristovão, 2010)
- Recursos como a educação, surge como a principal intervenção a ser disponibilizada pelos enfermeiros à pessoa IRCT, aumentando os seus conhecimentos de como gerir (*Self-Care Management*) a fadiga, melhorando a sua QV.
- *Self-Care Management* "esforços positivos do doente para participar nos seus cuidados de saúde, de forma a otimizar a sua saúde, prevenir complicações, controlar os sintomas, utilizar os recursos e minimizar o impacto da doença na sua forma preferida de viver." (CURTIM e MAPES, 2001, p.386)

10

## **PROBLEMÁTICA - Fadiga**

### **Pergunta de investigação :**

Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com IRCT em HD, na gestão da Fadiga e melhoria da sua Qualidade de Vida?

### **•METODOLOGIA**

Revisão sistemática da Literatura (livros, artigos fornecidos pelas unidades curriculares, revistas, pesquisas online como google académico, RCAAP, e em bases de dados da EBSCO: CINAL E MEDLINE -27 artigos)

Colheita de Dados da Srª E.S através da observação, entrevista e aplicação de escalas sobre a Fadiga e QV; colheita de dados no processo e dados laboratoriais em suporte informático; diálogo com os profissionais de saúde.

11

## **Fadiga**

- Pode ser avaliada em diferentes categorias: fadiga geral, física, mental, atividade e motivação reduzida.
- Depende de diversos fatores individuais, familiares, sociais e organizacionais. Sendo a motivação da própria pessoa em aderir ao tratamento, gerir a sua própria vida participando ativamente nos seus cuidados de saúde, um verdadeiro trabalho de parceria com as unidades de saúde.
- Tem sido apresentado diversas definições segundo vários autores, face à sua etiologia multifatorial bem como pela forma diversa como se poderá manifestar. Pelo que é essencial a sua análise e avaliação multifacetada.

12

## Fadiga - avaliação

- A utilização de diversos tipos de escalas e instrumentos de avaliação, em diferentes áreas da saúde para avaliar a fadiga e sua interferência na QV, têm-se mostrado muito úteis. Entre eles o Questionário da QV - QOL-SF36 e o KDQOL-SF36 (que inclui o anterior) direccionado à avaliação da QV em doentes IRCT em HD; a Escala da Fadiga FSS de Krupp et al adaptada por Cunha et al (2009) e a Escala da fadiga (semana anterior) de Chalder et al (1993).
- Martins e Cesarino (2005), usando a Escala SF36, os domínios que afetam mais a QV, são os aspetos físicos (saúde física), emocionais e vitalidade (saúde mental). Sendo as atividades corporais e recreativas as atividades cotidianas mais comprometidas, contribuindo o início da HD para o sedentarismo;

13

## Fadiga - definições

- Mota, Cruz e Fini (2010, p.349), refere que a fadiga é descrita "como uma sensação opressiva, sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual";
- Associada à incapacidade de produzir e manter um determinado nível de "força ou potência muscular" (durante a realização do exercício com incapacidade funcional) e depressão, e esta à dispneia e diminuição da atividade física. (Ascensão et al, 2003, p.109);

14

## Fadiga - etiologia

- Factores como a baixa capacidade cardio-respiratória (capacidade aeróbia) e consequente diminuição da capacidade funcional dos IRCT (para exercícios físicos, atividades diárias ou quotidianas, lazer, trabalho e convívio social), estão associados à anemia, cardiopatia, hipertensão arterial, neuropatia urémica, fadiga, depressão e dor nos membros inferiores. (Medeiros, Pinent, e Meyer (2002), O'Sullivan e McAuley (2007) e Kouidi (2001))
- Encontrando-se a hipertrofia ventricular esq. (HVE), associada à anemia com repercussões na dificuldade respiratória (dispneia) e esta, às alterações pulmonares que vão surgindo pela hipertrofia muscular iniciada com a inatividade, podendo também ser resultado da sobrecarga hídrica aquando do elevado GPI entre as sessões, com graves consequências para a incapacidade funcional. (Cunha et al, 2009)

15

## Fadiga em HD

- O tempo de HD encontra-se associado negativamente à capacidade mental e capacidade física. Contribuindo o sedentarismo aquando do início da HD, para a maior intolerância na capacidade respiratória, esforço físico, flexibilidade bem como resulta em depressão pelo afastamento social.
- Medeiros, Pinent, e Meyer (2002) referem que conhecer a capacidade funcional do indivíduo, a fim de estabelecer metas para realizar exercícios, deveria ser preocupação da prática diária de enfermagem para o encaminhamento da pessoa para um fisioterapeuta que lhe estabelecesse um programa regular de exercício físico adequado às suas capacidades.
- Também Filipe Cristóvão (1999), refere que na origem da fadiga estão factores como anemia crónica, dores ósseas e musculares, a frequência das sessões de HD e os distúrbios do sono.

16

## Fadiga - tratamento

- São alternativas à medicação para alívio da dor: a massagem, hidroterapia, aplicação de frio e calor nos locais de dor osteoarticular ou muscular, bem como a psicoterapia para aliviar o sofrimento provocada pela mesma, melhorando o estado de fadiga;
- O uso da acupuntura, segundo Brasil et al (2008), é também eficaz no alívio da dor. Esta prática alternativa tradicional chinesa, poderá ser muito útil.
- Tsay, Cho e Chen (2004) refere a estimulação Transcutânea Acuponto Eléctrica (ETAE) como alternativa para a acupuntura com efeitos benéficos para a fadiga, sono e depressão; sendo esta técnica segura e não invasiva. Consiste em aplicar uma energia eléctrica estimuladora de baixa frequência em torno dos mesmos pontos da acupuntura, tendo demonstrado efeitos semelhantes ao uso de antidepressivos.

17

## Fadiga - tratamento

- O Yoga, modalidade de tratamento realçada por Yurtkuran et al (2007) demonstra ser também uma técnica segura e relaxante
- Envolve a respiração, postura adequada e a meditação, exercício essencial ao equilíbrio e flexibilidade da pessoa.
- É eficaz no alívio dos múltiplos sintomas: fadiga, estresse (depressão), dor, distúrbios do sono, HTA e valores bioquímicos;

18



## Fadiga

- Pelo que é objetivo do tratamento de HD, que o doente se sinta bem, esteja bem nutrido, sem edemas e a pressão controlada. Manter valores analíticos equilibrados, só traz vantagens na medida em que as sessões deixam de ser tão intensas e por conseguinte, menos fadiga. Sendo essencial a ART.
- O recurso aos exames bioquímicos de sangue poderão dar informações essenciais acerca da ART. E a análise dos mesmos, ajudar os enfermeiros a planificar e a intervir junto do doente e sua família, com intuito de proceder à mudança de comportamentos aceitáveis e imprescindíveis para que o tratamento dialítico seja eficaz e eficiente.

19

## Adesão ao Regime Terapêutico

São indicadores de adesão ao regime terapêutico segundo Hailey e Moss (2000) e APEDT (2007), as pessoas que adiram:

- À dieta -  $K^+ < 5,5$  meq/l;
- À toma da medicação -  $P^+ < 7,0$  mg/dl;
- À restrição de líquidos - GPI  $< 5\%$  peso seco,
- Comparecência na totalidade às sessões de HD, sem encurtamentos das mesmas (10 min) a pedido do doente, sem sintomatologia que justifique.

APEDT - (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação)

20

## **ESTUDO DE CASO**

21

### **PROCESSO DE ENFERMAGEM** **Dados Biográficos**

- Sr<sup>a</sup> E. S. de 57 anos de idade, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, casada, com uma filha, vive com o marido. Fica com a neta de 2A enquanto a mãe vai trabalhar. Religião católica praticante;
- Antiga funcionária administrativa com o 6<sup>o</sup> ano de escolaridade, reformada por invalidez desde a altura em que desenvolve uma lesão renal aguda rapidamente progressiva com necessidade de HD de emergência a 01/06/2007 no HCC, por mieloma múltiplo (MM) e neoplasias malignas de plasmócitos (infiltração 60%) de cadeias leves  $\lambda$ ; diagnóstico feito nessa altura.

22



## História Clínica

- Iniciou QT 15 dias após diagnóstico do MM (16/jun/2007), não tendo havido resposta ao primeiro ciclo (doxorubicina e dexametasona), sem recuperação possível da função renal. Adicionada depois Bortezomib, com resposta, fez QT até março/2009;
- Confirmou-se IRCT pela biopsia renal (nefropatia dos cilindros) e iniciou HD (4 anos e 8 meses) sendo transferida do HCC para o CDR em Entrecampos (5/9/2007), altura em que realiza prótese (PTFE – politetrafluoroetileno) proximal no braço esquerdo, com anastomose braquiocefálica;
- Pede transferência em seguida para o centro de HD da Cruz Vermelha a 18/12/2007 por referir más instalações na clínica anterior;
- Vem para a clínica do Lumiar a 30/03/2011 a pedido por referir mau relacionamento com os profissionais de enfermagem na clínica anterior.

23

## História Clínica

- Tem diurese de  $\pm 1000\text{cc}/\text{dia}$  (sob furosemida);
- Seguida no IPO Lisboa e por se encontrar na altura (2008) em remissão completa equacionou-se a hipótese de TR, contudo concluiu-se ser maior o risco que o benefício;
- Desde jan. de 2011, reativação da doença hematológica com necessidades de novas sessões de QT com início a 15/06/2011 de 15 em 15 dias até à data atual. Administração de QT (Sc) no abdómen e dexametasona (Pos);
- Revisão da prótese a 29/7/2011 por trombose, última avaliação do BTM (2/1/12 - Qa 890 ml/min). Apesar do valor ser dentro dos parâmetros da boa funcionalidade, Rec < 10, é inferior ao valor anterior (2/12/11 - Qa – 1190).

24

## Colheita de Dados

- As dores osteoarticulares (lombares, ombro dto e joelhos) dificultam-lhe as atividades de vida diárias; deixou de fazer férias após início de HD por dificuldade no acesso às clínicas;
- Nunca se adaptou à técnica dialítica, revoltando-se com a situação de dependência/prisão. Atitude demonstrada pela mudança frequente de clínicas, insistência em querer reduzir o tempo de diálise ou até suspendê-la. Tendo reduzido dose de diálise para 6h/semana, ainda no centro da Cruz Vermelha;
- No Lumiar faz hemodiafiltração (HDF) pós-diluição na sala 2 de 3h10 após negociação com o nefrologista, às 2ª, 4ª e 6ª feiras de manhã;
- Nefrologista: Dr. João Lopes Sousa. Consultas às 2,4,6ª feiras à tarde.

25

## Antecedentes Pessoais

- Doença cerebrovascular assintomática. O TAC CE (Abr/10) revela lacuna e lesões de isquemia crônica;
- De referir 2 lesões líticas no crânio;
- Cefaleias halocraneanas intensas durante a HDF, acompanhadas de acufenos (zumbidos), sem outros sinais neurológicos associados. Relaciona com picos tensionais e aliviam com paracetamol ou clonixina; normalmente duram até ao dia seguinte. As queixas flutuam consoante os valores de HG, associando valores mais baixos a menos queixas;
- HPTH secundário, controlado com terapêutica;
- HTA medicada mas mal controlada. Terapêutica em dose alta (tem vindo a reduzir);
- HVE sem queixas de IC;

26

## Antecedentes Pessoais

- Apresenta grande variação dos valores de HG, baixam bruscamente com a redução da dose da Darbepoietina e aumentam rapidamente com doses baixas;
- Fumadora de 70 cig/dia até 2007, seguida em consulta de Pneumologia por enfisema pulmonar até 2008. Reiniciou entretanto hábitos tabágicos novamente em 2011 ( $\pm$  20 cig/dia) mas não vigiada actualmente pela Pneumologia;
- Angiomas hepáticos (MM) confirmados em TAC abdominal (2004);
- Gastrite crónica, com helicobactéria pilori + em EDA antiga;
- Colecistectomia (2003) por pólipos "sintomáticos";
- Hérnia lombar operada em 2006;
- Gonartroses;

27

## Medicação Atual

- **Carvedilol** 12,5mg de manhã
- **Losartan** 25 mg à noite
- **AAS** 100 mg/dia
- **Alprazolam** 05 mg pré HDF
- **Lorenin** 2,5 mg à noite, Trazadone (antidepressivo), 100mg prescrito que não cumpre
- **Bactrim forte** 1/2 cp alm
- **Furosemida** 80 mg+80 mg
- **Omeprazol** 1cp/dia
- **Revela** 2,4 mg+2,4 mg (hiperfosfatémia - equilíbrio dos valores CaxP)
- **Colecalciferol** 0,08 mg, (5got) 3x semana em diálise; (Vit. D - captação de Ca<sup>+</sup> nos ossos)
- **Paricalcitol** 5,0 µg EV 1xsem (Vit. D - controlo da hormona HPTH)
- **Rocaltriol** 0,25 mg (homeostase do Ca<sup>+</sup>)
- **Ácido fólico** 5mg - (1cp) e **Vitaminas do complexo B** 85,03 mg - (1cp, 3x semana em diálise (complementos vitamínicos - anemia e fadiga);
- **Darbepoietina** 20 mg 1x semana às 4<sup>ª</sup> (anti-anémico)

28

## Fisiopatologia do MM

- **Mieloma múltiplo (MM)** é uma neoplasia dos plasmócitos e corresponde a cerca de 10% do total dos cânceres hematológicos.
- A idade média do diagnóstico é de 60-65 anos contudo, a incidência da doença em indivíduos mais novos está a aumentar;  
Mais de 2% dos doentes com MM tem menos de 40 anos na altura do diagnóstico.
- Afecta ligeiramente mais homens que mulheres e existe uma incidência superior de 2% na população negra, quando comparando com os Caucasianos.

29

## Fisiopatologia do MM

- Os plasmócitos são células plasmáticas (glóbulos brancos) e constituintes do sistema imunitário (produzem anticorpos), sendo que cada célula plasmática dá origem a um anticorpo diferente.
- O mieloma desenvolve-se quando uma célula plasmática se torna anómala, produzindo anticorpos designados por proteínas monoclonais.
- Com o tempo, as células do mieloma acumulam-se:
  - na medula óssea impedindo o desenvolvimento normal das células sanguíneas;
  - na parte sólida do osso, daí a doença ser designada por "mieloma múltiplo" porque afecta múltiplos ossos; em caso de se acumularem num só osso, essa "massa única" recebe o nome de plasmocitoma.

30

## Classificação do MM

- Mieloma Assintomático – fase muito inicial que não dá sintomas e que não precisa de tratamento, apenas se existir doença óssea que justifique o tratamento adequado.
- Existem vários tipos de Mieloma Múltiplo (MM):
  - consoante o tipo de Imunoglobulinas (IG) que estão aumentadas. Podem ser IgG, IgA ou, IgM;
  - consoante as cadeias leves (IG) livres presentes: K ou  $\lambda$  (Mieloma de Cadeias Leves ou Doença de Bence Jones) - aumentada apenas uma das cadeias (monoclonal) tanto no sangue como na urina; têm uma evolução distinta, nomeadamente relativamente à doença óssea.
- Existem outras doenças de plasmócitos como a Leucemia de Plasmócitos, Doença de Cadeias Pesadas e o Mieloma Osteoesclerótico que são no entanto mais raras.

31

## Sinais e sintomas do MM

- **Alterações Ósseas**
  - A destruição óssea acentuada leva a dores ósseas, fraturas patológicas, hipercalcémia no sangue e anemia.
- **Infecções**
  - Podem ocorrer infeções recorrentes, em parte devido à produção diminuída de imunoglobulinas normais contrastando com o excesso do componente monoclonal anormal.
- **Insuficiência Renal**
  - Está presente em 20 a 35% em doentes com MM na altura do diagnóstico, podendo subir para 50% com a evolução da doença. Está relacionada com a carga tumoral avançada.
  - Ocorre dano nos túbulos renais em decorrência da proteinúria (excreção de cadeias leves), gerando nefropatia obstrutiva conhecida como "rim do mieloma" por: atrofia tubular proximal, formação de cilindros eosinófilos no túbulo distal e inflamação com fibrose intersticial.

32

## Sinais e sintomas do MM

- **Anemia**

- A anemia pode ser ocasionada tanto pela infiltração neoplásica da medula óssea quanto pela diminuição dos níveis de eritropoietina em decorrência da IR.

- **Sintomas neurológicos**

- Compressão neoplásica de raízes nervosas por lesões líticas das vértebras e coluna, podem determinar sintomas sensoriais e motores;

- Radiculopatia (dor, choque, dormência nos braços e pernas) é a complicação neurológica mais comum;

- Neuropatia pode estar presente por evento adverso da quimioterapia acompanhada de dor.

- **Outros**

- ICC, tumor (espleno e/ou hepato e/ou adenomegalia, infiltrações glandulares, lesões retinianas;

33

## Tratamento do MM

- A reversibilidade da IR varia de 20 a 60% e estudos relacionam-na com os níveis de creatinina, que quando < 4mg/dl, apresentam 50% de hipótese de recuperação da função renal, valores >4mg/dl a hipótese de recuperação é apenas de 10%.

- O tratamento consiste em quimioterapia, imunoterapia e radioterapia;

- Transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (células mobilizadas da medula óssea após uso de ciclofosfamida e/ou factor de crescimento hematopoiético e injectadas (EV) após manipuladas), por norma para doentes não dependentes da diálise;

- Em pacientes idosos com comorbilidades e estado geral deficiente, a quimioterapia oral associada à prednisolona é o mais indicado;

- Para doentes IR, é o tratamento do MM associado à diálise;

34



## OBJETIVOS PARA A DIÁLISE

A Clínica Nephrocare tem como meta objetivos decretados pela DGS aprovada em despacho nº4325/2008 publicado em Diário da Republica a 19/02/2008 os seguintes valores de referência:

- **1. Controlo de Anemia**
  - a) Hg ( $\geq 10$  g/dl e  $\leq 13$  g/dl),
  - b) Ferritina (média) ( $\geq$  a 200ng/ml e  $\leq 800$  ng/ml);
- **2. Osteodistrofia renal**
  - a) Fósforo sérico (médio)  $\leq 5,5$  mg/dl.
- **3. Dose de Diálise**
  - a) Que os doentes cumpram com as 3 sessões de diálise/semana; b) com um total de horas diálise/semanais  $\geq 12$ h; c) Que os doentes tenham um eKT/V da ureia  $\geq 1.4$
- **Nutrição**
  - a) Que os doentes apresentem Albumina  $\geq 4$  g/dl

35

## Valores de referência

-Clínica de Diagnósticos Dr. Fernando Teixeira-

Datas	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Neutrófilos %		Valores referência
3/8/11	15,180,000	8%;	86,90		
07/9/11	7,990,000	21,2%;	67,0	Leucocitos (Glóbulos brancos)	4,000 - 11,000/mm <sup>3</sup> 4.00 -11.00 x 10 <sup>3</sup> /μL
5/10/11	8,480,000	21,7%;	66,7	Linfocitos	20-30% 1.00-4,80 x 10 <sup>3</sup> /μL
2/11/11	8,710,000	21,1%;	67,40		
7/12/11	13,500,000	9,80%;	82,10	Neutrófilos segmentados	45-75% 1.80-7.70 x10 <sup>3</sup> /μL
4/01/12	12,290,000	13,4%;	80,30		

36

## Valores de referência

-Clínica de Diagnósticos Dr. Fernando Teixeira-

- $\text{Ca}^+$  : 8,6 – 10,2 mg/dl
- CaxP: (equilíbrio entre ambos os valores)- até 50 mg/dl
- IPTH >200 < 400, ideal 300

37

## Exame da pessoa Valores Laboratoriais

Datas	K <sup>+</sup> meq/l	P <sup>+</sup> mg/dl	Ca <sup>+</sup> total mg/dl	CaxP mg/dl	IPTH mg/l	HG g/dl	Ferritina μg/l	Albumin a g/dl
3/8/11	5,78	7,80	10,0	78,00	273	12,8	1,219,00	3,5
07/9/11	7,21	6,00	7,30	43,80		13,2	497	
5/10/11	6,04	5,80	9,00	52,20		12,8	670	
2/11/11	5,01	5,30	9,70	51,41	285,8	11,6	639	4,30
7/12/11	5,49	3,90	9,70	37,83		10,2	803	
4/01/12	5,33	5,70	9,00	51,30		11,0	471	

↓  
Valores no limite  
máximo aceitável

→ Tende a um equilíbrio entre os valores CaxP

38



### Análise da tabela laboratorial

- Apesar dos valores de  $K^+ > 5,5$  mg/dl nos últimos 4 a 6 meses serem superiores aos recomendados pelos autores Hailey e Moss (2000), APEDT (2007) e os objetivos da DGS (2008), sinónimo de **não adesão à restrição da dieta pobre em  $K^+$** , têm no entanto vindo a melhorar há 3 meses para cá.
- Apesar dos valores de  $P^+ (>5,5$  mg/dl) nos últimos 4 a 6 meses estarem fora dos objetivos da DGS e para os autores sinónimo de **não adesão à toma de quelantes de fósforo ( $P > 7,0$  mg/dl)**, têm vindo a baixar nos últimos 3 meses, com excepção no mês de jan! E que associado aos valores da IPTH controlados com a terapêutica, contribui para valores de CaxP aproximados aos valores máximos aceitáveis, essenciais para o controlo da osteodistrofia renal;
- Valores de HG e ferritina controlados;
- Aumento dos valores de leucócitos e neutrófilos associados à reativação do MM.

39

### Estratégias e sessões HDF

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) $\leq 5\%$ / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
11/11/11	46	48,5	2,3 / 2,5	47,7	Hipotensão, náuseas e vômitos a meio 1,8
14/11/11	46	49,4	2,3 / 3,4	47,9	Ok 1,8
16/11/11	47,0	49,4	2,35 / 2,4	48,3	Hipotensão e cefaleias (paracetamol 1gr) 1,7
18/11/11	47,0	49,8	2,35 / 2,8	48,4	Má disposição, desligada 10min + cedo, BCM-48,3 2,04
21/11/11	47,0	49,1	2,35 / 2,1	47,6	OK 2,12
23/11/11	47,0	48,5	2,35 / 1,5	47,4	Queixas no peito e má disposição deslig. + cedo 10 min. 1,48
25/11/11	47,0	47,8	2,35 / 0,8	47,1	Hipotensão a meio, desl. 5min + cedo. 2,02
28/11/11	47,0	49,0	2,35 / 2,0	47,6	Cefaleias fez 1gr paracet. HTA 2,11
30/11/11	47,5	48,3	2,38 / 0,8	47,6	OK 2,13

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
2/12/11	47,5	48,8	2,38 / 1,3	47,8	Ok ?
5/12/11	47,5	49,5	2,38 / 2,0	48,4	Cãibras, cefaleias e descida da TA: 1gr paracet. e deslig 10 min + cedo. 2,01
7/12/11	47,5	49,7	2,38/ 2,2	48,2	Ok 2,12
9/12/11	48,0	49,5	2,4 / 1,5	48,5	Ok 2,03
12/12/11	48,8	50,1	2,4 / 1,3	48,8	Ok 2,12
14/12/11	48,8	49,6	2,44 / 0,8	48,8	Ok 2,13
16/12/12	48,8	50,2	2,44 / 1,4	48,8	OK 2,26
19/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,8	Ok 2,20
21/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	49,0	OK 2,20
23/12/11	48,8	49,9	2,44 / 1,1	48,8	OK 2,11
26/12/11	48,8	50,2	2,44 / 1,4	48,7	Ok 2,10

Datas	Peso seco (Kg)	Peso entrada (Kg)	GPI (Kg) ≤5 % / real	Peso saída (Kg)	Hemodinamicamente TA (mm/hg)- eKt/v
28/12/11	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,8	Ok 2,15
30/12/11	48,8	49,5	2,44 / 0,7	48,7	Ok 2,19
2/1/12	48,8	49,9	2,44 / 1,1	48,9	Ok ?
4/1/12	48,8	50,1	2,44 / 1,3	48,7	Recusa VB>350 2,05
6/1/12	48,8	49,8	2,44 / 1,0	48,7	OK 2,06
9/1/12	48,8	50,4	2,44 / 1,6	49,0	Recusa VB a 450, só até 350, <b>cãibras</b> no fim! TA bem. 2,14
11/1/12	48,8	50,1	2,44 / 1,3	49,0	Mal <b>estar geral</b> , desl.15min + cedo, fez Nolotil. TA bem. 2,10
13/1/12	48,8	49,6	2,44 / 0,8	48,8	Ok 2,13
16/1/11	48,8	50,3	2,44 / 1,5	48,9	<b>Dores generalizadas</b> , fez 1gr paracet. Pos e Nolotil Ev 2,13

42

## Análise das estratégias das sessões de HDF

- Desde 09/12/11 que o peso foi ajustado para o valor aproximado do BCM (18/11/11 – 48,3 Kg), tem apresentado menos queixas e menos intercorrências em dez, saindo sempre com o peso seco. Contudo em jan, apesar de os valores tensionais se terem mantido dentro dos seus valores (altos) e o GPI dentro do normal, tem referido cãibras, mal estar e dores generalizadas !;
- Tem recusado bomba acima dos 350 ml/min, não tolera VB superiores por apresentar: pré-cordialgia, hipotensão, náuseas, vômitos, cefaleias intensas; os médicos têm conhecimento.
- Tem tensões tendencialmente altas que oscilam entre os 170mmHg e 140 mmHg de sistólica e 80 e 70 mmHg de diastólica, apesar da toma de 2 anti-hipertensores. Valores de 110/100mmHg de sistólica são baixos para ela.

As cefaleias coincidem com as oscilações tensionais.

43

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA FADIGA

- Escala da severidade da Fadiga de Krupp et al adaptada por Cunha et al (2009):
  - Numa escala que varia de 9 a 63, um score obtido dividido por 9, se for  $\geq 4$  é sinónimo de fadiga.
  - **Valor obtido: 5,4** sinónimo de fadiga
- Escala de Chalder et al (1993), que avalia o estado recente de fadiga/cansaço/falta de energia (relativamente à semana anterior)
  - Numa escala que varia de 0 a 4, sendo scores de 2 ou mais, compatíveis com fadiga;
  - **Valor obtido: 3** sinal de fadiga na semana anterior

44

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QV

### Escala genérica da Quality Of Life-SF36:

Sendo que numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem o melhor.

#### Domínios alterados que interferem no tipo de fadiga:

- - **Aspetos emocionais: 0 pts**
- - **Limitação por aspetos físicos: 25 pts**
- - **Capacidade funcional: 45 pts**
- - **Saúde mental: 48**
- - Dor: 51 pts
- - Vitalidade (vigor/energia física ou mental): 60 pts
- - Estado geral de saúde: 65 pts
- - Aspetos sociais: 75 pts

A presença da Fadiga mental, associada sobretudo aos aspetos emocionais, interferem nos aspetos físicos com limitação da sua capacidade funcional (fadiga física). Esta, encontra-se por sua vez também associada às comorbilidades do MM e IRC. E no final presente a Fadiga geral.

45

## VIRGÍNIA HENDERSON

- Os Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE (Conselho Internacional de enfermeiros), é suportado por V. Henderson (2007);
- O uso de um modelo teórico, baseado em evidencia fundamenta o acesso autónomo da enfermagem às pessoas doentes e saudáveis, dá-lhe propósito científico e credibilidade teórica;
- A função da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força (física), vontade ou conhecimentos necessários;

46

## **VIRGÍNIA HENDERSON**

- Ajudar as pessoas nos seus padrões de vida quotidianos, ou nas atividades que realizam habitualmente sem ajuda para satisfazer as suas 14 necessidades humanas básicas (NHB);
- E fazê-lo de forma, a que as pessoas se tornem independentes o mais rápido possível, promovendo o seu autocuidado;

47

### **NHB segundo Virgínia Henderson**

- 1-respiração/circulação;
- 2-comer e beber;
- 3-eliminar;
- 4-mover-se e manter postura;
- 5-dormir e descansar;
- 6-escolher roupa, vestir-se e despir-se;
- 7-manter a temperatura do corpo;
- 8-manter a higiene corporal e integridade da pele;
- 9-evitar perigos do ambiente e evitar ferir outros;
- 10-comunicar expressando emoções, necessidades, temores, ideias;
- 11-prestar culto segundo as suas crenças;
- 12- trabalhar em atividade que produza sensação de proveito;
- 13- jogar, ou participar em atividades recreativas;
- 14-aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.

48

## Plano de Cuidados segundo Virgínia Henderson

49

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
<b>1</b> <b>Respirar</b> <b>/</b> <b>circulação</b>	1-Pré-cordialgia associada a VB>350ml/min e cefaleias intensas associadas à oscilação dos valores tensionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esclarecer que efetuar VB o mais próximo do prescrito, contribui para uma HDF + eficaz;</li> <li>-Monitorizar a TA e alertar para o risco da ingestão excessiva de Na<sup>+</sup>, para a HTA.</li> <li>-Incentivar a que deixe de fumar, pois piora a circulação e oxigenação sanguínea bem como contribui para o desenvolvimento da doença cerebro vascular e HVE que já possui;</li> <li>-Administrar terapêutica analgésica quando cefaleias.</li> </ul>	<b>4/12/11</b> -Tem feito apenas VB de 350ml/min, apesar de estar prescrito uma VB de 450 ml/min;o médico tem conhecimento <b>9/1/12</b> -Prescrição de uma VB para 400ml/min, mantém contudo recusa acima de 350ml/min. -Tem apresentado HTA apesar da terapêutica prescrita, esta tem contudo vindo a ser reduzida As cefaleias têm surgido aquando das oscilações de valores tensionais (de valores altos para valores mais baixos).

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
2 Comer e beber	1-Náuseas e vômitos por hipotensão;  2-Risco de Valores elevados de K <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> e CaxP	-Realizar o BCM para a avaliação do peso seco o mais aproximado possível do peso real;  -Monitorizar: valores de K <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> , Ca <sup>+</sup> , GPI, HG e albumina e dar a conhecer os valores laboratoriais para que sejam interpretados conjuntamente;  -Alertar para a associação dos valores CaxP altos, na evolução da osteodistrofia renal e consequente calcificação dos tecidos moles e vasos sanguíneos (doença vascular);	<b>11/11/11</b> – Náuseas e vômitos por valor de peso seco desajustado? Tem engordado e tem aumentado de peso seco com melhoria dos sintomas.  Apesar de ter apresentado GPI < 5% e sair com um peso seco, após este ter sido ajustado para o valor aproximado ao do BCM (18/11/11 – 48,3 Kg), tem contudo apresentado mal estar geral e câibras (9/1/12)!, mas sem hipotensão. 51

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
2 Comer e beber	2-Risco de Valores elevados de K <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> e CaxP  3-Risco de desnutrição (albuminémia)	<u>Alertar para as consequências:</u> -do K <sup>+</sup> elevado na diminuição da força muscular e problemas cardíacos; -da ingestão excessiva de Na <sup>+</sup> na HTA e aumento de sede; -da anemia e albuminémia como resultado da IRCT e HDF e consequente desnutrição. Incentivar a toma das vitaminas. -Auxiliar na manutenção de uma alimentação nutritiva e fracionada, tendo em conta as restrições de k <sup>+</sup> , P <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> e líquidos.	Tem apresentado valores controlados de K <sup>+</sup> , Ca <sup>+</sup> e de P <sup>+</sup> (+alto em Jan.) embora o CaxP esteja no limite máximo aceitável. Foi realçada a importância da toma dos quelantes de fósforo.  Tem apresentado valores de albumina e HG controlados;  Vigiadas as tomas das vitaminas, pois são agora fornecidas durante a diálise. 52



NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
3 Eliminar	1-Alteração da eliminação vesical relacionada com IRCT em HDF, mantém diurese ( $\pm 1000\text{cc}/\text{dia}$ )	-Prestar cuidados inerentes ao tratamento de HDF; -Esclarecer a necessidade de realizar a HDF, sendo essencial comparecer e cumprir a totalidade das horas prescritas pelo médico; -Incentivar o cumprimento das prescrições terapêuticas, (tempo, frequência das sessões de HDF e VB); -Averiguar a interferência da fadiga na não ART.	Além de ter sido já reduzida a sessão de HDF para 3h10 min por referir não tolerar mais tempo: -apresenta frequentemente sintomas de indisposição com vontade em ser desligada sempre mais cedo (10 a 15 min); Sinais de <b>não ART</b> segundo Hailey e Moss (2000) e a APEDT (2007) pelo incumprimento da totalidade do tempo da HD. Nunca aceitou a doença e tratamento dialítico. Desmotivada (fadiga mental) para o tratamento "sensação de prisão". 53

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
4 Mover-se e manter postura	1-Mobilização dificultada por dores ósseas, nomeadamente lombares, omoplata dto e joelhos (gonartroses) que dificultam a atividade física e funcional, relacionada com MM e osteodistrofia renal.	<u>Alertar para a associação das dores ósseas:</u> .à evolução da osteodistrofia renal (degradação óssea), consequência própria da IRCT em HD e MM (lesões líticas); -Monitorizar sinais de fadiga, -Incentivar o exercício físico dentro das suas capacidades, que fortaleçam a sua musculatura e aumente a sua agilidade; - Informar a existência de técnicas tradicionais que poderão ajudar, além da medicação convencional, na redução das dores ósseas.	-Apesar de ultimamente apresentar valores de $\text{K}^+$ , CaxP equilibrados, tem apresentado mal estar geral (11/1/12) e dores generalizadas (16/1/12)- Feita terapêutica analgésica (paracet. e nolotil). 5/12/11- Confirmada fadiga física com interferência na QV manifestada pela alteração dos domínios: limitação física e capacidade funcional. <b>25/1/12</b> Refere melhoria da dor a nível do ombro dto. Mantém dores lombares. 54



<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>5 Dormir e descansar</b>	<b>1-</b> Necessidade de descanso e repouso, manifestada por fadiga (cansaço frequente e menor energia para realizar as atividades de vida) após as sessões de HDF	<p>-Monitorizar sinais de Fadiga aplicando as escalas de fadiga e QV; comunicar os resultados no sentido de procurar resolução para os domínios afectados;</p> <p>-Mostrar disponibilidade para ouvir e perceber as suas alterações fisiológicas, psíquicas e socioculturais;</p> <p>-Incentivar o não sedentarismo;</p> <p>-Informar da existência de técnicas tradicionais que a poderão ajudar, além da medicação convencional, na redução da fadiga, sono, depressão e HTA</p>	<p><b>30/11/11-</b>O repouso e o descanso no leito cerca de 4h, ajudam-na a ficar mais vigorosa para desenvolver as atividades de vida, (cuidar da neta);</p> <p>-Mantém-se "presa" e não aceita a HDF. Tem indutor do sono que toma nas sessões, forma de passar rapidamente o tempo.25/01/12 – Refere vir a reduzir;</p> <p><b>5/12/11</b> – Verificada a presença da fadiga geral associada sobretudo aos aspectos emocionais e domínio mental, com interferência na capacidade física. 55</p>

<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<b>6 Escolher roupa, vestir e despir-se;</b>	Autónoma para se vestir e despir		
<b>7 Manter a temperatura do corpo</b>	Necessidade mantida		

58

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
8 Manter a higiene corporal e integridade da pele;	1-Risco de complicações com o acesso (prótese no braço esq) para HDF;  2-Risco de hemorragia relacionada com a anticoagulação feita na HDF.	.Vigiar possíveis sinais de complicações através da avaliação física do acesso na presença: sopro, frêmito, hematoma, aneurisma e infecção; -Realização do BTM mensal para o despiste de recirculação, estenose e deterioração do material (PTFE). <b>Alertar a doente para:</b> .o despiste do mau funcionamento da prótese (ausência de frêmito, dor, febre); .lavagem dos dentes com escova macia e comunicação de eventuais perdas de sangue;	- Sem sinais inflamatórios e complicações do acesso; - Sem perdas sanguíneas; -Durante as sessões de HDF foi avaliado o acesso e vigiados débitos efetivos através: das PA e PV mantendo pressões acima dos - 220mm/Hg e abaixo dos 240mm/Hg respetivamente, permitindo VB acima dos 350 ml/min. <b>(02/01/2012)</b> O BTM revelou boa funcionalidade do acesso com um fluxo de sangue intra-acesso superior a 600 ml/min, (Qa 890 ml/min), com Rec< 10, embora inferior à avaliação anterior. <sup>57</sup>

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
9 Evitar perigos do ambiente e evitar ferir outros;	1-Risco de queda relacionada com as limitações osteoarticulares (MM e evolução da IRCT) e possibilidade de fraturas patológicas.	-Informar para os riscos de fraturas ósseas relacionadas com as suas doenças;  -Reforçar a importância da toma dos quelantes de fósforo (para controlo do Cax P) e vitaminas para a homeostase óssea;  -Incentivar os exercícios de fortalecimento muscular dentro das suas limitações.	<b>5/12/11</b> Refere fazer caminhadas esporadicamente.

<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<p><b>10</b> Comunicar expressando emoções, necessidades, temores, ideias;</p> <p><b>11</b> Prestar culto segundo as suas crenças;</p>	<p>1-Sente-se desanimada/revoltada com a sua doença e tratamento;</p> <p>Necessidade satisfeita. Católica praticante.</p>	<p>-Demonstrar disponibilidade para falar sobre as suas inquietações e desejos;</p> <p>-Encorajá-la para que tente adaptar-se da melhor maneira possível à sua doença;</p> <p>-Demonstrar empatia e oferecer ajuda para resolver o seu problema da não aceitação da doença e tratamento;</p> <p>-Aconselhar a ida a um especialista (psicólogo) que a oriente na melhoria do seu estado emocional.</p>	<p><b>5/12/11</b> Refere já lhe ter sido proposto o acompanhamento por um psicólogo que não sente necessidade.</p> <p>Não toma inusitado o antidepressivo prescrito por referir "efeito contrário da medicação ao esperado." Sic</p>

59

<b>NHB</b>	<b>Necessidade Alterada</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
<p><b>12</b> Trabalhar em atividade que produza sensação de proveito;</p> <p><b>13</b> Jogar, ou participar em atividades recreativas</p>	<p>1-Estado emocional alterado, pelo que não está desperta para desenvolver atividades recreativas</p>	<p>-Averiguar a vontade de procurar atividades que a estimulem, divirtam e relaxem;</p> <p>-Incentivar a que procure manter-se ativa e evitar estar sempre a pensar na doença;</p> <p>-Incentivar à realização e fortalecimento de novas amizades;</p> <p>-Aconselhar saídas, passeios, para espalhar.</p>	<p><b>5/12/11</b>- A neta está aos seus cuidados durante o tempo que a filha vai trabalhar. E é a ocupação que lhe dá algum alento, pelo que ter uma atividade fora do domicílio está fora de questão atualmente.</p> <p><b>25/1/12</b> -Pondera a hipótese de voluntariado, quando a neta for para o infantário.</p> <p>Deixou de fazer férias, (numa ilha do Algarve em casa de familiares), após início de HD por dificuldade na deslocação às clínicas. Não tem economias para fazê-las noutros sítios mais acessíveis.</p>

60

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
<p><b>14</b>  <b>Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.</b></p>	<p>1-Apesar das habilidades literárias (6ºano) aparenta:          -défices de conhecimento e/ou fadiga que interferem negativamente na não ART (sessões e VB) e estilos de vida desadequados perante a doença (fumar, não aceitar o tratamento, isolamento social);</p>	<p>-Identificar défices de conhecimento e fortalecer a informação sobre a sua doença e riscos associados às patologias concomitantes;          -Esclarecimento de dúvidas que permitam a aquisição de novas atitudes e habilidades perante a doença e tratamento, melhorando a gestão da fadiga e QV;</p>	<p>5/12/11-Apesar de ter deixado de fumar anteriormente, fuma atualmente. Alertada para o risco do agravamento das suas doenças e surgimento de outras (EAM, AVC)          25/1/12-Refere estar a reduzir o tabaco.          -Tem saído para passear com a neta. Convites como almoçar com as amigas têm sido recusadas: "tem estado frio, almoço quando houver mais disponibilidade."SIC. Fatores que indiciam a presença da fadiga mental e isolamento social.</p>

NHB	Necessidade Alterada	Intervenções de enfermagem	Evolução
<p><b>14</b>  <b>Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde.</b></p>			<p>30/01/12          -Entregue folheto educativo, reforçando a importância da <u>aceitação da doença e tratamento</u> bem como a <u>ART</u> (comparecência nas sessões de HD, dieta, restrição de líquidos, toma de medicação), como <u>fatores que poderão condicionar ao estado de fadiga.</u></p>

## REFLEXÃO

- A identificação de variáveis associadas à fadiga na prática diária de cuidados de enfermagem, o conhecimento das características e suas formas de manifestação são essenciais para realizar o diagnóstico e determinar as intervenções não farmacológicas para o controlo e gestão da fadiga, potencialmente mais eficazes.
- Merlin e Gallant (2010), acreditam que o ensino e as intervenções educativas podem reduzir o cansaço, melhorando a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados de enfermagem que recebe. E por conseguinte aderindo melhor às indicações/regime terapêutico.

63

## REFLEXÃO

- As informações que são fornecidas e a aprendizagem que conseguem tirar da informação, devem aumentar o seu *Self-Care Management*, poder de tomar decisões, levando à intervenção, adoptando melhores comportamentos de saúde, imprescindíveis para que o tratamento dialítico seja eficaz e eficiente e por conseguinte, melhor gestão da fadiga e QV.
- Pelo que é essencial, um ensino baseado num conhecimento actualizado, sendo indispensável a periodicidade das consultas de nefrologia (enfermagem/médicas) para maior controlo e reforço das informações.

64



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APEDT (Associação Portuguesa de enfermeiros de Diálise e Transplantação) (2007) – **Tratamento da anemia na Doença Renal Crônica. Guia para a prática clínica** (estádios 1-3). 1ª Edição (2007). [s.l.]: [s.n.]. ISBN: 978-84-612-0047-4
- APIR (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais) (2011) – Encontro Renal de 2011; **Nefrêma** [em linha], nº156. (Maio-Junho, 2011) 14-15. Acedido em 25/07/2011. Disponível em:  
<http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=077e29b11be80ab57e1a2ecabb7da330>
- ASCENSÃO [et al] (2003) – Fisiologia da fadiga muscular. Delimitação conceptual, modelos de estudo e mecanismos da fadiga de origem central e periférica. **Revista de Ciências do Desporto** [em linha], Vol.3, nº1 (2003) 108-123. Acedido em 13/07/2011. Disponível em:  
[http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos\\_soltos/vol.3\\_nr.1/2.3\\_revisao.pdf](http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos_soltos/vol.3_nr.1/2.3_revisao.pdf)
- BRASIL [et al] (2008) – Qualidade de Vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Electrónica de enfermagem**. [em linha], Vol.10, nº 2 (2008) 383-394. Acedido em 04/07/2011. Disponível em:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a10.pdf>
- BONNER, A.; WELLARD, S.; CALTABIANO, M. (2008). Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 17, nº 1, p.90-98. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009744771&site=ehost-live>
- CRISTOVÃO, F. (1999) – Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. **EDTNA/ERCA. Journal**. Vol.25, nº 4. Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. Lisboa (1999) 35-44

- CURTIN R. B. ; MAPES D. L. (2001) – Health Care Management strategies of long-term dialysis survivors. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol. 28 (2001) 385-394. Acedido em 23/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143460/>
- CUNHA [et al] (2009) – Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioterapia e Pesquisa**. [em linha]. Vol.16, nº2. São Paulo (Abril-Junho, 2009) 155-160. Acedido em 02/07/2011. Disponível em:  
[www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf)
- DAVISON, S.; JHANGRI, G. (2010) - Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. **Journal of Pain & Symptom Management** [serial online]. Vol. 39, nº3 (March 2010) p.477-485. Acedido a 12/07/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010603751&site=ehost-live>
- FARQUAHR, Morag (1995) – Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol. 22, nº3 (September, 1995) p. 502-508. Acedido a 12/06/2011. Disponível em:  
<http://definitions%20of%20quality%20of%20life.%20%20a%20taxonomy/>
- FERRANS, E.; POWERS, J. (1993) – Quality of life of hemodialysis patients. **ANNA-Journal** [em linha]. Vol. 20, nº5 (Outubro, 1993) p. 575-581. Acedido a 25/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8285799>
- FU, Mei et al (2001). A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. **Nursing Diagnosis** [online]; Vol.12, nº1 (January-March 2001) p. 15-27. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text. 66  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001055596&site=ehost-live>

- HAILEY, B. J.; MOSS, S. B. (2000) – Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a Review of the literature. **Psychology Health e Medicine**. The University of Southern Mississippi, USA. ISSN: 1354-8506. Vol.5, nº4, p.395-406. DOI: 10.1080/13548500020002217.
- HENDERSON, Virginia (2007) – Princípios Básicos dos Cuidados de enfermagem do CIE. Prefácio de Marta Lima Basto. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-00-0
- JABLONSKI, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association**. Vol. 34, nº1. p. 29-37. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17345690&site=ehost-live>
- KABA E. et al. (2007). Renal nursing. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. **British Journal of Nursing (BJN)** [serial online]. Vol.16, nº14 (July 2007) p. 868-872. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009646688&site=ehost-live>
- KDQOL-SF™ 1.3 (Kidney Disease and Quality of Life) - Your Health – and –Well-Being University of Arizona. **[Questionnaire]** (1995). Acedido a 23/07/2011. Disponível em:  
<http://qim.med.ucla.edu/kdqol/downloads/kdqol13.pdf>
- KOUIDI, E. (2001)- Central and Peripheral Adaptations to Physical Training in Patients with End-Stage Renal Disease. **Sports Medicine** [em linha]. Grécia. Vol.31, nº9. p. 651-665. Acedido a 07/07/2011. Disponível em EBSCO host:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001090346&site=ehost-live>
- KRUPP et al (1989) - Escala de fadiga de Krupp et al. **[Escala]**. Arch Neurol, Vol. 46, 1989. Acedido a 03/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/insonia/Escala%20de%20Fadiga%20de%20Krupp%20et%20al.doc>

- Kim, K. et al (2010) - Role of acupressure in symptom management in patients with end-stage renal disease: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.13, nº7, p.885-892. doi:10.1089/jpm.2009.0363. Acedido a 07/07/2011. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010726185&site=ehost-live>
- LINDQVIST, Ragny; CARLSSON, Marianne; SJODEN, Per-Olow (2004) - Coping strategies of people with kidney transplants. **Journal of Advanced Nursing** [online]. Vol. 45, nº 1 p. 47-52. Acedido em 12/06/2011. Disponível em CINAHL Plus with Full Text:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004048249&site=ehost-live>
- MACHADO, Maria M. P. (2009) - **Adesão ao Regime Terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Minho. Universidade do Minho: Instituto de Educação para a Saúde. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Acedido em 27/11/2010. Disponível em:  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- MAIOLINO, Angelo; MAGALHÃES, Roberto (2007) - Mieloma Múltiplo e Insuficiência Renal. **Rev. Brasileira Hematologia** [em linha]. Volume 29. (Brasil, 2007) 86-91. Acedido a 20/12/11. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pd#rbhh/v29n1/v29n1a16.pdf>
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO C.B. (2005) - Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [em linha]. Vol.13, nº5. Ribeirão Preto (Setembro/Outubro, 2005). Acedido em 04/07/2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000500010&script=sci_arttext)

- MEDEIROS, R. H.; PINENT, C.E.; MEYER, F. (2002) – Aptidão física do indivíduo com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** [em linha]. Brasil. Vol. 24, nº2. p. 81-87. Acedido a 03/07/2011. Disponível em: <http://128.241.200.137/24-2/v24e2p081.pdf>
- MERLIN M.; GALLANT G. (2010) - Impact of a fatigue management program in patients on hemodialysis. **CANNT Journal** [em linha]. Vol.20, nº3 (July 2010) p.43-48. Acedido a: 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21043176&site=ehost-live>
- MONAHAN [et al] (2007) – Insuficiência Renal. In: POTTER, C.; WEIGEL, K.; GREEN C. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol. II. 8ª Edição. Loures: Lusodidacta (2007). ISBN: 978-989-8075-22-2. p.1023-1065
- MOTA, Natália; CRUZ, da Dina; FINI, Andréa (2010) – Fadiga em adultos acompanhantes de pacientes em tratamento ambulatorial. **Acta Paulista de enfermagem** [em linha]. Vol.23, nº3. São Paulo (Maio/Junho 2010) 348-353. Acedido em: 03/07/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a06.pdf>
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2008) – **Anemia e Insuficiência Renal Crônica estágios 1 a 4**. Acedido a 12/05/2011. Disponível em: [www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204\\_KAI\\_PatBro\\_Anemia\\_1-4\\_Pharmanet\\_Portuguese\\_Nov08.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-10-1204_KAI_PatBro_Anemia_1-4_Pharmanet_Portuguese_Nov08.pdf)
- O'SULLIVAN, D., & MCCARTHY, G. (2007) - An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. **Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses** [em linha]. Vol.16, nº11 p.276-284. Retrieved From EBSCOhost. Acedido em 12/07/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009798317&site=ehost-live>

69

- O'SULLIVAN, D.; MCCARTHY, G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. **Nephrology Nursing Journal**. Vol. 36, nº1; p. 37-47. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010207499&site=ehost-live>
- PINHEIRO Pedro (2009) – Mieloma múltiplo – Sintomas e Tratamento. MDSAÚDE. Acedido em: 21/12/2011. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/09/mieloma-multiplo.html>
- QOL-SF36 (Quality of Life – Short Form 36) – Estado Geral de Saúde SF36 [Questionário] - Versão em Português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey. Acedido a 18/10/11. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/4566798/SF36>
- TSAY S. (2004) - Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease - a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 41, nº1. p. 99-106. Acedido a 12/07/2011. Disponível em EBSCOhost: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004053996&site=ehost-live>
- TSAY, S.; CHO, Y.; CHEN, M. (2004) - Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. **American Journal of Chinese Medicine** [em linha]. Vol.32, nº3 (Junho, 2004) 407-416. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Acedido em: 12/07/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009025741&site=ehost-live>
- WEISBORD S., KIMMEL P. (2008) – Health-related quality of life in the era of erythropoietin. **Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis** [serial online]. Vol 12, nº1 (January 2008) p. 6-15. Acedido a 12/07/2011. Disponível em MEDLINE with Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18271834&site=ehost-live>



- WIKIPÉDIA (2011) - Mieloma Múltiplo. Acedido em 20/11/2011. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Mieloma\\_m%C3%BAltiplo](http://pt.wikipedia.org/wiki/Mieloma_m%C3%BAltiplo)
- YURTKURAN M. et al (2007) - A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: a randomized controlled study. **Complementary Therapies in Medicine** [serial online]. Vol. 15, nº3 (September 2007) p. 164-171. Acedido a 12/07/12. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text:

# **ANEXO XI**

**FOLHETO INFORMATIVO FACULTADO  
ÀS PESSOAS COM FADIGA EM HD**

- Deverá preferir arroz e massa porque são pobres em potássio.

- Deve retirar a casca da fruta e evitar comer mais de duas peças de fruta por dia (sendo que uma deve ser cozida, atenção que, na assada não é libertado o potássio).



-Privilegiando 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 alto teor em potássio.

- A ingerir bebidas alcoólicas apesar de desaconselhadas, prefira a cerveja, ao vinho branco e este ao vinho tinto (alto teor em potássio).

#### FÓSFORO

- Deverá moderar o consumo de pão

(bolachas, bolos e tostas, farinhas inte-grais, fibras e cereais); bem como leite e derivados (como iogurtes e queijos).

Opte pelos produtos magros.

- Deverá evitar o consumo de conservas de carne ou peixe, vísceras (miolos, fígado, coração) e marisco.

-Deverá eliminar o consumo de leguminosas, frutos secos e verdes (ervilhas, favas, grelos de nabo), (nozes, amêndoas, avelãs, pinhões).

- Deve evitar o chocolate e o cacau.

Este folheto contém apenas indicações gerais. Deverá seguir sempre as recomendações do seu médico em conformidade com o seu estado de saúde e valores laboratoriais.

Esta seja bem informada sobre a sua doença e tratamento.

\* A Hemodiálise apesar das suas limitações é um tratamento que pode dar-lhe uma Qualidade de Vida satisfatória, contudo tem de aceitá-la na sua vida e lidar com ela da melhor maneira possível.

\* Sendo importante aderir ao tratamento que lhe é recomendado. Tomar a medicação: vitaminas e que-lantes de fósforo (Osvaren) para controlo das dores ósseas e articulares. Não ingerir líquidos em excesso e reduzir a alimentação rica em sódio e potássio.

\* Uma dieta nutritiva, rica em proteínas e fracionada 5 a 6 refeições por dia, é essencial para que o tratamento seja eficaz, prevenindo complicações. Não abuse dos fritos, guisados e alimentos gordos, para controlo do peso e colesterol, evitando doenças coro-nárias.

\* O exercício físico regular é essencial para perder peso, manter o seu corpo ágil, fortalecer a sua força muscular; melhorando a circulação sanguínea, respi-ração, anemia e fadiga física e mental.

\* A necessidade de comparecer às sessões de diálise, podem dificultá-la a ter um emprego, contudo deverá ajustar o seu tempo livre para desenvolver activida-des de que gosta, não se renda ao sedentarismo. Pro-cure ajuda junto da assistente social.

\* Gira a sua própria vida e esclareça dúvidas junto da equipa profissional.

## A FADIGA NO DOENTE INSUFICIENTE RENAL CRÓNICO EM HEMODIÁLISE

### BREVES ORIENTAÇÕES

Este folheto foi elaborado por:

Enfª Sandra Garcia, estudante do 2º curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Nefrologia, da ESEL.

Janeiro, 2012

\* Com o desenvolvimento da insuficiência renal, os rins vão perdendo a capacidade de filtrar e eliminar produtos tóxicos (ureia, creatinina, fósforo e potássio), e de produzir substâncias essenciais para o equilíbrio e funcionamento do organismo.

\* A falta da vitamina D, leva à diminuição da absorção de cálcio e eliminação de fósforo, devendo os valores de cálcio ser entre 8,6-10,2 mg/dl e os de fósforo <5,5 mg/dl. Nem sempre é fácil manter o equilíbrio entre estes valores, podendo surgir calcificações nos vasos sanguíneos, coração, articulações e tecidos moles; provocando osteoporose e danos nos dentes.

\* O potássio deve ser inferior a <5,5 mg/dl, devendo diminuir a sua ingestão, podendo valores altos, contribuir para a diminuição da força muscular e problemas cardíacos.

\* A eritropoietina produzida pelo rim saudável, não é agora produzida pelo seu que está doente, podendo por isso vir a desenvolver anemia. Esta deve-se a uma hemoglobina < 10g/dl e poderá senti-la através da fadiga (cansaço, falta de energia física ou psicológica, falta de ar e motivação) para realizar as actividades de que mais gosta e que exigam mais esforço.

\* A restrição de líquidos é essencial para o controlo da pressão arterial e prevenção de doenças cardiovasculares. A ingestão excessiva de líquidos entre sessões de diálise (>5% do seu peso seco), tornam-na mais agressiva e mal tolerada, podendo surgir hipotensões, câibras, náuseas e vómitos, cefaleias e fadiga.

\* Deve por isso ser responsável pela sua dieta e atitudes que melhorem a sua saúde e tratamento.

Neste pequeno folheto, reúnem-se um conjunto de informações para a ajudar neste processo.

### RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS

Será aconselhado a reduzir a ingestão de líquidos entre as diálises. Este valor geralmente corresponde ao volume de 500 ml/dia, mais a quantidade de urina (se for o caso).



Lembre-se que a água está presente na sopa, sumos, chá, café, leite, iogurtes líquidos, frutas ricas em água (melancia) e bebidas alcoólicas.

Pode utilizar algumas estratégias para controlar a sede e diminuir a ingestão de líquidos:

- Medir a quantidade de líquidos permitidos por dia e espaçá-los ao longo do dia;
- Tomar os comprimidos com as refeições;
- Beber apenas quando tem sede;
- Usar copos e chávenas pequenos, bebendo apenas pequenos goles;
- Limitar bebidas gaseificadas ricas em açúcar;
- Realizar uma boa higiene oral com escova macia (boca fresca) e bochechar com água morna quanto tiver sede;
- Chupar cubos de gelo só alivia a sede na altura, aumentando a sensação de sede a seguir;
- Evitar alimentos muito condimentados e com pouco sal;
- Evitar comer sopa líquida, preferir sopa mais pastosa;
- Evitar a exposição solar;
- Mastigar pastilhas sem açúcar;
- Manter-se ocupado.

### SÓDIO

O sódio (sal) está presente em alimentos como os enchidos, charcutaria (fiambre e presunto), salgados, bacalhau,



aperitivos (azeitonas, tremoços, pistachios e amendoins), produtos industrializados (pizzas e *fast-food*), pré-confeccionados ou em conserva, molhos, caldos de carne em cubo, manteiga com sal e águas gaseificadas. Prefira refeições caseiras, cozinhe com pouco sal, não use sal fino no prato e utilize ervas aromáticas, especiarias e sumo de limão na sua confeção.

### POTÁSSIO

Deve restringir a ingestão de potássio, pelo que deverá evitar o consumo de leguminosas (feijão, grão, ervilhas), legumes (agrião, espinafres, batata, couves, tomate, abóbora), frutas (banana, kiwi, melão, papaia, uvas, citrinos, castanha), frutos secos (figos, ameixas), oleaginosos (amendoins, caju, nozes), café.

Contudo, são estratégias para reduzir o teor de potássio de alguns alimentos:

- Cozer os legumes frescos, incluindo as batatas, por 2x, em grandes quantidades de água. Primeiro, durante 2 a 3 minutos após levantarem fervura;
- Não devem ser cozidos na panela de pressão, nem a vapor ou no microondas (não há água a desperdiçar);
- As batatas devem ser partidas e colocadas "de molho" 8 horas, mudando a água pelo menos 2 vezes;