



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem Nefrológica

Gestão do regime dietético no Doente Renal Crónico em
Hemodiálise: influências socioculturais Micaelenses

Vera Lúcia dos Santos Martins

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Nefrológica

Gestão do regime dietético no Doente Renal Crónico em
Hemodiálise: influências socioculturais Micaelenses

Vera Lúcia dos Santos Martins

Professor Coordenador António Filipe Cristóvão

2015



*“Qualquer encontro com um utente
é um encontro cultural.”*

Purnell (2010)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor António Filipe Cristóvão, pela disponibilidade constante e pelos esclarecimentos e críticas que oportunamente efetuou;

À Enfermeira-Chefe Elsa Sousa, por toda a sua colaboração, apoio e incentivo;

Às Enfermeiras Especialistas Alexandra Crespo, Elisabete Avelar Dias, Ana Rita Paquete e Enfermeira Sara Lobo orientadoras dos campos de estágio, pelo apoio, disponibilidade e dedicação demonstrados, fundamentais para a consecução dos objetivos propostos para cada serviço;

A todas as minhas amigas e colegas de trabalho, pelo incentivo nos momentos mais difíceis e pelas trocas no serviço;

Aos meus pais, ao António, aos meus sogros e cunhada pelo incentivo, disponibilidade permanente e apoio incondicionais por estarem sempre presentes.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

A todos, muito obrigado!

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por terem tornado todo este percurso
possível;

Ao António Moreira pelo incentivo e força que me deu;

Ao Alfredo Moreira que sempre acreditou em mim,
mesmo no seu momento de partida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHLO, E.P.E. - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

EDTNA/ERCA - *European Dialysis & Transplant Association / European Renal Care Association*

FAV - Fístula Arteriovenosa

FMC - *Fresenius Medical Care*

HD - Hemodiálise

HDESPD, E.P.E. - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Entidade Pública Empresarial

HSC - Hospital de Santa Cruz

K/DOQI - *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

NKF - *National Kidney Foundation*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde

OS - Orifício de Saída

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PET - Testes de Equilíbrio Peritoneal

PRS - Plano Regional de Saúde

SIN - Serviço Internamento de Nefrologia

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Tratamento de Substituição da Função Renal

UCINT - Unidade de Cuidados Intermédios

RESUMO

A Hemodiálise (HD) é o tratamento substitutivo renal mais utilizado em Portugal (Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], 2015). A pessoa com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) em HD convive diariamente com um tratamento complexo, penoso, com impacto na sua vida e na dos seus familiares. Os doentes apresentam dificuldade em gerir o regime alimentar, a medicação, controlar os líquidos ingeridos, comparecer aos tratamentos e cuidar do acesso vascular.

A cultura influencia o modo de vida das pessoas, o modo de ver o mundo e igualmente as perceções, crenças e comportamentos face a saúde e doença, assim como aos cuidados de saúde (Purnell,2010). Para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem adaptados à população, é importante conhecer a cultura inerente à mesma (Purnell,2010).

Com o intuito de estudar as influências socioculturais micalenses na gestão da dieta no doente em HD, desenvolvemos um estudo descritivo exploratório, com uma amostra intencional de 10 informantes, todos doentes micalenses em programa regular de HD. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em dezembro de 2014 e os dados foram sujeitos a análise temática conteúdo, tendo por referência Bardin (2004).

Da análise dos dados emergiram seis temas: consciência de não cumprir o tratamento recomendado; dificuldades relacionadas com o tratamento; estratégias para gerir o tratamento; hábitos alimentares tradicionais da população micalense; ocupação de tempos livres; e importância da família.

O estudo revelou que os doentes micalenses com DRCT em HD gerem o seu tratamento tendo em conta a sua cultura alimentar e as restrições alimentares impostas. A cultura micalense dificulta a gestão da dieta destes doentes pela presença de alimentos ricos em fósforo e potássio, característicos desta cultura e pela quebra das restrições nos frequentes eventos sociais.

Tendo subjacente o Modelo Purnell de Competência Cultural o resultado, contribui-o para uma melhor compreensão das necessidades dos doentes micalenses e pode orientar os enfermeiros a equacionar medidas que favoreçam o processo de adaptação ao tratamento desta população.

Palavras-chave: Hemodiálise; Influências socioculturais micalenses; gestão da dieta; doença renal crónica terminal

ABSTRACT

Hemodialysis (HD) is the most widely replacement therapy used in Portugal (Portuguese Society of Nephrology [SPN], 2015). Persons with End-Stage Renal Disease on HD face a complex and painful treatment, with a strong impact on their lives and on their families' lives as well. Patients have difficulty to manage their diet and medication, controlling fluid intake, attending treatments and caring for vascular access.

Culture influences the way of life, how to see the world and also the perceptions, beliefs and behaviours towards health and disease and health care (Purnell, 2010). For a better provision of nursing care adapted to the population, it is important understand the culture (Purnell, 2010).

In order to study the São Miguel Island sociocultural influences on hemodialysis patient's dietary management, we conducted descriptive exploratory study with an intentional sample of ten informants, all São Miguel patients on regular HD program. The semi-structured interviews were conducted in December 2014 and the data were subjected to thematic content analysis, according Bardin (2004).

Six themes emerged from this analysis: the awareness of not complying with the recommended treatment; difficulties related to the treatment; strategies for treatment managing; traditional eating habits of the Azorean population, leisure activities, and family importance.

The results showed that Azorean renal hemodialysis patients manage their treatment according to their food culture and imposed dietary restrictions. This culture hampers the diet management of these patients through the presence of food rich in phosphorus and potassium, characteristic of this culture, and through the failure in complying with the restrictions on frequent social events.

Bearing in mind the Purnell Model for Cultural Competence, the result contributes to a better understanding of São Miguel patients' needs. They also provide nurses with measures to promote the treatment adaptation process of this population.

Keywords: Hemodialysis; sociocultural influences of São Miguel Island; diet management; End-Stage Renal Disease

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Doença Renal Crónica	13
1.2. A importância da restrição dietética na Hemodiálise	15
1.3. A cultura como determinante na gestão do regime dietético	16
1.4. Caracterização da cultura Micaelense.....	20
1.5 Competências do Enfermeiro Especialista	22
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	25
2.1. Atividades desenvolvidas no Hospital de Santa Cruz	25
2.1.1. Serviço de Internamento de Nefrologia	25
2.1.2. Unidade de Diálise Peritoneal	34
2.1.3. Unidade de Transplantação Renal	37
2.1.4. Unidade de Hemodiálise	39
2.2. Atividades desenvolvidas no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.	43
2.2.1. Serviço de Hemodiálise	43
3. METODOLOGIA	47
3.1. Finalidade do estudo	47
3.2. Tipo de estudo	48
3.3. Os informantes	49
3.4. Método de colheita de dados	49
3.5. Análise temática de conteúdo	51
4. RESULTADOS DO ESTUDO SOBRE INFLUÊNCIA DA CULTURA MICAELENSE NA GESTÃO DO REGIME TEREPÊUTICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO EM HD	53
4.1. Caracterização dos informantes	53
4.2. Análise dos dados.....	54
4.3. Conclusões do estudo	72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE	DESCRIÇÃO
APÊNDICE I	Grelha com objetivos/atividades a desenvolver nos campos de estágio do CHLO, E.P.E. - HSC
APÊNDICE II	Grelha com objetivos/atividades a desenvolver no campo de estágio do HDESPD, E.P.E.
APÊNDICE III	Estudo de Caso
APÊNDICE IV	Escala do Edema
APÊNDICE V	<i>Checklists</i> de Educação para a Saúde do Doente Algaliado - Preparação para a Alta e Folheto “Algaliação”
APÊNDICE VI	Plano da sessão de formação no Serviço de Hemodiálise no HDESPD,E.P.E. - “Nutrição em Hemodiálise: Influência cultural.”
APÊNDICE VII	Suporte em <i>PowerPoint</i> da formação realizada no Serviço de Hemodiálise no HDESPD,E.P.E. - “Nutrição em Hemodiálise: Influência cultural.”
APÊNDICE VIII	Folheto “Nutrição em Hemodiálise”
APÊNDICE IX	Guião de entrevista
APÊNDICE X	Grelha com caracterização dos informantes
APÊNDICE XI	Grelhas com os temas, categorias e unidades de registo resultantes da análise da informação recolhida

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	DESCRIÇÃO
ANEXO I	Avaliação do estágio no Serviço de Internamento de Nefrologia no HSC
ANEXO II	Avaliação do estágio na Unidade de Diálise Peritoneal no HSC
ANEXO III	Avaliação do estágio na Unidade de Hemodiálise no HSC
ANEXO IV	Avaliação do estágio no Serviço de Hemodiálise no HDESPD, E.P.E
ANEXO V	Parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde e autorização do Conselho de Administração do HDESPD, E.P.E
ANEXO VI	Consentimento Informado

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Categorias do tema consciência de não cumprir o tratamento	55
Quadro 2 Categorias do tema dificuldades relacionadas com o tratamento	56
Quadro 3 Estratégias apontadas para cada dificuldade	60
Quadro 4 Categorias do tema estratégias para gerir o tratamento	61
Quadro 5 Categorias do tema hábitos alimentares tradicionais da população micaelense	69
Quadro 6 Categorias do tema ocupação de tempos livres	70
Quadro 7 Categorias do tema importância da família	70

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 O Modelo Purnell de Competência Cultural	18

INTRODUÇÃO

O presente documento pretende responder à exigência da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Nefrológica, no sentido de evidenciar o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais que permitam cuidar das pessoas com alteração da função renal em situação de doença crónica ou crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar.

O Enfermeiro Especialista, como profissional “(...) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente.” (OE, 2007:16). Representa assim, um papel fundamental na prestação de cuidados ao indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, uma vez que detém competências na conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda no âmbito da formação, gestão e investigação.

Ambiciona-se, com a realização deste relatório, descrever o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista na área de enfermagem nefrológica, que se enquadram com o perfil de competências definidos no curso, com as competências comuns para os enfermeiros especialistas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e com as competências definidas pela *European Dialysis and Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA). O quadro de referência que suporta a realização deste relatório, inclui o modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001) e o Modelo Purnell de Competência Cultural (2010).

Este relatório para além de evidenciar as competências de enfermeiro especialista, descreve o percurso de aprendizagem no ensino clínico e como foram desenvolvidas as intervenções de enfermagem baseadas nas linhas orientadoras da boa prática profissional. A vertente prática decorreu no Hospital de Santa Cruz (HSC) e no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Entidade Pública Empresarial (HDESPD, E.P.E.).

De acordo com a SPN, em 2015 foram registados 2473 novos casos de pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) em estadio 5 que iniciaram Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR). Destes, 2233 (90,29%) iniciaram HD. A

nível nacional, num universo de 18703 doentes em TSFR, a HD como modalidade de tratamento, continua a ser a mais usada, apresentando uma prevalência de 60,69% (SPN, 2015).

A terapia de longa duração, para além do cumprimento da medicação, abrange numerosos comportamentos relacionados com a saúde, como o regime alimentar adequado e exercício físico. Este é um fenómeno complexo. A gestão inadequada do regime terapêutico recomendado é uma das causas mais frequentes de internamento, por descompensação da doença. (WHO, 2003).

O interesse pela temática surgiu da perceção da dificuldade dos doentes gerirem o regime terapêutico, dos níveis de não adesão ao regime terapêutico e da perda da qualidade de vida das pessoas com DRC. Exercendo funções de enfermeira em São Miguel há alguns anos, vivencio uma cultura que assenta na cultura portuguesa, mas com aspetos singulares. O seu povoamento, a geologia e insularidade conferem um conjunto de características singulares, desde a pronúncia aos regionalismos, costumes, hábitos alimentares e religiosos. Condição que exigiu de mim uma aceitação, integração cultural, para uma prestação de cuidados, adequada à população micalense.

A cultura influencia o modo de vida das pessoas, o modo de ver o mundo e igualmente as perceções, crenças e comportamentos face à saúde e doença, assim como aos cuidados de saúde, pois “a cultura é inconsciente e influencia grandemente a saúde e a doença.” (Purnell,2010:6). Para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem adaptados à população, é importante conhecer a cultura inerente à mesma (Leininger, 2002), (Purnell, 2010).

No âmbito da investigação, o relatório documenta o estudo sobre a “*Influência da cultura micalense na gestão da dieta em pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise*”.

A estrutura deste relatório inclui: o enquadramento teórico, com a contextualização, o referencial teórico, e as competências do enfermeiro especialista a desenvolver; a metodologia usada para desenvolver as competências de especialista; a apresentação, análise e discussão das atividades desenvolvidas nos vários campos de estágio; a metodologia e os resultados de estudo; por último são tecidas algumas considerações finais. Inclui ainda as referências bibliográficas que serviram de apoio a este relatório, os apêndices e os anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Doença Renal Crónica

A doença crónica impõe uma mudança de hábitos, relacionados com a dieta, atividades desportivas, o uso contínuo de medicamentos, a perda de autonomia, a dependência de outras pessoas e de aparelhos/equipamentos, para uma melhor adaptação a esta nova realidade de vida (OMS, 2002). Aliás como afirmam Lira, Nations, & Catrib (2003: 150) “(...) doença constitui uma situação-problema que afeta a vida cotidiana, causando ruptura e desordem, exigindo dos indivíduos medidas normalizadoras, que lhes permita enquadrar a experiência geradora de ruptura (...)”.

A OMS adota o seguinte conceito de doença crónica:

“(...) diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care.” (OMS, 2003: 19).

A DRC é uma doença cuja destruição do parênquima renal é irreversível podendo levar a pessoa a depender de tratamento de substituição da função renal (TSFR)¹. Estima-se que em Portugal 800.000 pessoas sofram de DRC ². Em 2002, *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI) definiu a DRC como a presença ou ausência de lesões nos rins e diminuição da função renal, independentemente do tipo de doença renal. Foi classificada em 2002 em seis estadios caracterizados com base no nível da função renal. A DRC é determinada por uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73m² por um período igual ou superior a 3 meses, com ou sem deteção de lesão renal. A Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) corresponde ao estadio 5 em que a TFG é inferior a 15ml/min/1.73m², exigindo TSFR porque os rins tornam-se incapazes de proceder à eliminação de resíduos produzidos pelo organismo (K/DOQI, 2002)

A hipertensão arterial e diabetes são as principais causas da DRC (SPN, 2015). Um dos objetivos do tratamento da DRC é retardar a progressão da doença e controlar comorbidades como a diabetes e a hipertensão. Quando a DRC atinge o estadio 5 é inevitável recorrer à TSFR: a HD; Diálise Peritoneal (DP); ou Transplante

^{1,2} <http://www.portaldadialise.com>

Renal. Estes doentes têm também de seguir restrições na dieta e nos líquidos e cumprir o tratamento farmacológico (OMS, 2003).

As pessoas em programa regular de HD, necessitam mais do que um TSFR eficaz e seguro. Elas e as suas famílias vivem uma complexa situação de saúde, que implica a aceitação da doença, adaptabilidade e adesão ao tratamento, o que determina uma abordagem sistémica na planificação dos cuidados de enfermagem (WHO, 2003). É importante e imprescindível que as pessoas com DRC consigam gerir bem as exigências imposta pelo tratamento.

A WHO (2003) refere existir adesão ao tratamento quando o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Os fatores identificados como limitativos ou impeditivos para a adesão do indivíduo ao tratamento e à terapêutica, são: as características inerentes ao indivíduo, como a sensibilidade à dor, valores culturais, crenças religiosas e a própria motivação; a relação do doente com a equipa de saúde; inserção social; distância em relação ao local de tratamento, deslocações até aos centros de tratamento, disponibilidade ao serviço de saúde e dificuldade no acesso ao tratamento (WHO, 2003).

Mais importante que discutir a adesão ao tratamento é compreender como o cliente gere o tratamento de que necessita. Assim, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), gerir o regime terapêutico é:

“(…) um tipo de comportamento de adesão com características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento de doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.” (CIPE, 2011:58)

Opta-se por falar em gestão do regime terapêutico pelo seu carácter mais abrangente:

“(…) é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade.” (Bastos, 2012:66).

1.2. A importância da restrição dietética na Hemodiálise

A necessidade de um TSFR, como a HD, surge quando a taxa de filtração renal desce abaixo dos 15% e a função renal se torna incompatível com a vida. Esta diminuição da função de regulação e excreção leva à acumulação de metabolitos tóxicos, de líquidos e à alteração da concentração dos eletrólitos, o que coloca em risco a vida da pessoa com DRCT.

A HD é um modalidade de TSFR de longo prazo, que “(...) envolve o desvio de sangue do organismo do doente para um dialisador no qual ocorre difusão e a ultrafiltração e depois é reencaminhado novamente para a circulação do doente.” (Marantides, Marek, Morgan, Barticci, 2003:1688).

A HD usa uma membrana semipermeável para remover os metabolitos tóxicos acumulados no sangue (ureia, creatinina, ácido úrico, entre outros), e outras substâncias em excesso no organismo (água, potássio, sódio, fósforo). Permite repor substâncias em carência (cálcio, bicarbonato), o que ajuda a manter o doente clinicamente equilibrado (Marantides, Marek, Morgan, Barticci, 2003). A duração das sessões de HD, a frequência dos tratamentos, o tipo e tamanho do dialisador, a composição do dialisado e o fluxo de sangue ou dialisado podem ser ajustados em função de necessidades específicas (função renal residual, doenças agravantes ou grau de anabolismo ou catabolismo). Atualmente a maioria dos doentes realiza cerca de 12 horas de diálise por semana, divididas em 3 sessões (Carpenter & Lazarus, 1998). O sucesso do tratamento depende de quatro fatores: cumprir a restrição de líquidos e as recomendações dietéticas, cumprir a prescrição medicamentosa e realizar as sessões de HD (Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007). Apesar do desenvolvimento das técnicas de HD, o sucesso da terapia está associado a uma nutrição adequada (Martins, Sato & Riella, 2013).

A dieta em HD é restritiva em sódio, potássio, fósforo e líquidos. O objetivo é evitar a sobrecarga hídrica, manter os equilíbrios eletrolítico, proteico, mineral e vitamínico, melhorar os sintomas urémicos. A deficiente gestão do tratamento acarreta complicações como a desnutrição e pode condicionar a sobrevivência a longo prazo. As restrições dietéticas nos doentes em HD, interferem não só nos hábitos alimentares mas também na vida social de cada doente (Martins et al., 2013). A nossa experiência revela que os doentes têm dificuldade em cumprir o regime terapêutico, apesar do ensino e incentivos para cumprir a dieta.

1.3. A cultura como determinante na gestão do regime dietético

As pessoas numa sociedade interagem entre si de forma ativa ou passiva como membros de uma sociedade, e a forma como se adaptam e criam um equilíbrio dentro desta, influencia e molda a sua visão do mundo, (Helman, 2003; Purnell, 2010).

A palavra cultura tem diversos sentidos que variam consoante a aplicação em determinado ramo do conhecimento humano. Edward Tylor, em 1817, definiu pela primeira vez, o termo cultura como um misto complexo de conhecimentos, crenças, leis, tradições, artes, costumes e hábitos de um determinado conjunto de seres humanos constituídos em sociedade. Muitas vezes é impossível definir as fronteiras da cultura ou das culturas, nomeadamente com significados, costumes e hábitos pouco estanques (Helman, 2003).

Do ponto de vista da sociologia e antropologia, uma pessoa ao crescer numa sociedade inicia a sua enculturação, aprendendo a viver naquele meio, com um conjunto de princípios, padrões comportamentais, crenças, formas de estar e de se relacionar com os outros e com o meio, que influenciam a sua visão do mundo (Helmen, 2003). Como também confirma Purnell,

“(...) cultura é definida como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos do trabalho humano e características de pensamento de uma pessoa de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão.(...) estes padrões podem ser explícitos ou implícitos, são aprendidos e transmitidos no seio familiar, são partilhados pela maioria (mas não por todos) dos membros da cultura, e são fenómenos emergentes que mudam em resposta a fenómenos globais.” (Purnell, 2010:6)

Em 1995, Larry Purnell desenvolveu um Modelo de Competência Cultural, que descreve como “(...) um estrutura global, sistemática e concisa para aprender a compreender a cultura.” (Purnell, 2010:21).

Qualquer manifestação de hábitos ou costumes, como a gastronomia, a maneira de vestir, as artes e os ofícios, entre outros, é tida como manifestação cultural, ou seja, aspeto do conhecimento e da tradição de uma sociedade. A cultura tende a ser evolutiva, sendo influenciada pelas novas tecnologias que funcionam como fatores de globalização. Como refere Helman “a cultura não deve ser considerada isoladamente, e sim como componente de uma mistura complexa de

influências que se refletem nas crenças e no modo de vidas das pessoas.” (Helman, 2003:15).

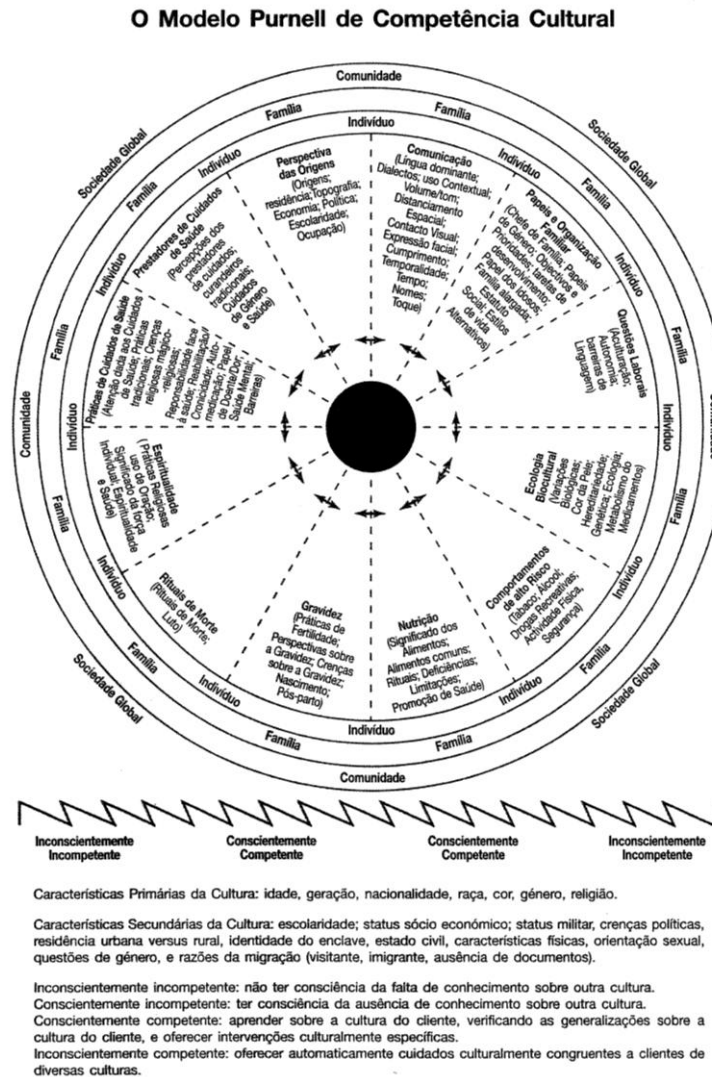
Para avaliar as influências e identificar um grupo cultural, Purnell identificou características primárias e secundárias. Segundo Purnell (2010), fazem parte das características primárias de uma cultura a idade, género, religião, raça, cor, nacionalidade e geração. Das secundárias fazem parte a escolaridade, *status* socioeconómico, situação militar, crenças políticas, residências urbanas e rurais, estado civil, características físicas, orientação sexual e razões de migração.

O metaparadigma do Modelo Purnell é composto pelos conceitos de Comunidade, Família, Sociedade Global, Saúde e Pessoa. Comunidade é entendida como um grupo ou classe de pessoas que têm um interesse ou identidade comuns e que vivem numa localidade específica. Família é definida como duas ou mais pessoas emocionalmente envolvidos um com o outro. Eles podem viver na mesma casa e pode ou não haver vínculo sanguíneo. Sociedade Global é o mundo como uma grande comunidade de pessoas onde existe multiculturalismo. Saúde é definida como um estado de bem-estar definido por uma pessoa ou por um grupo étnico e, geralmente, tem implicações biopsicossocial e espiritual, que atuam reciprocamente com a família, com a comunidade e com a sociedade global. Pessoa é definida como um ser humano, em constante adaptação ao meio ambiente, do ponto de vista biopsicossocial (Purnell, 2010).

O Modelo Purnell de Competência Cultural (figura 1) é representado sob forma de um diagrama, composto por um círculo, com uma margem periférica representando a sociedade global, uma segunda margem representa a comunidade de uma terceira margem representa a unidade família, e uma margem interna representa a pessoa. Concentricamente este círculo é dividido em doze domínios 12 culturais, sendo cada um afetado por todos os outros domínios. O centro Modelo está vazio, o que representa aspetos desconhecidos do grupo cultural.

Na parte inferior da circunferência, está uma linha exposta em ziguezague que representa o conceito da consciência cultural, e a sua não linearidade. Em suma, é um modelo centrado na pessoa, nas suas características pessoais, e em torno desta existe um conjunto de características culturais primárias e secundárias que influenciam a maneira de ver e de estar no mundo (Purnell, 2010).

Figura 1. O Modelo Purnell de Competência Cultural



Fonte: Purnell (2010: 23).

Um dos 12 domínios é o domínio cultural da nutrição, Purnell realça a sua importância, uma vez que “compreender o padrão alimentar de um utente é essencial para fornecer aconselhamento dietético culturalmente competente.” (Purnell, 2010:44).

De acordo com Purnell (2010) a nutrição inclui seguir uma alimentação adequada para saciar a fome; o significado de alimentos; escolhas alimentares, rituais e tabus; deficiências enzimáticas; e como os alimentos são usados para a promoção da saúde e bem-estar e durante a doença. A nutrição é também um ato social e cultural, na qual intervêm fatores de ordem ecológica e ambiental, histórica, económica e têm interpretações e significados diferentes de acordo com o país em que se insere. Purnell acrescenta que as “crenças, os valores culturais e os tipos de

alimentos disponíveis influenciam o que as pessoas ingerem, evitam ou alteram para tornar os alimentos congruentes com os estilos de vida culturais; e os alimentos oferecem segurança e aceitação culturais.” (Purnell, 2010:44).

Torna-se necessário o conhecimento prévio da alimentação de uma determinada população, desde o tipo de alimentos, o modo, práticas e rituais de confeção, pois “o aconselhamento sobre alimentação e grupos de alimentos, restrições de ingestão e exercício deverá respeitar os comportamentos culturais e estilos de vida individuais.” (Purnell, 2010:45).

O Modelo Purnell de Competência Cultural preconiza que todos os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura, a fim de prover um cuidado que seja competente do ponto de vista cultural.

A cultura é um dos fatores limitativos ou impeditivos identificados pela WHO (2003) na adesão ao do regime terapêutico, facto que se afigura como uma realidade na minha prática profissional.

Muitos autores como Cristóvão de Aguiar, Onésimo de Almeida, Luís de Silva Ribeiro, Francisco Arruda Furtado, Vitorino Nemésio, José de Almeida Pavão, Francisco do Carmo, Cunha de Oliveira e Raul Brandão, têm evidenciado nas suas obras as características do povo açoriano. Essas características são conferidas pela insularidade, clima, o mar, o vulcanismo, em tempos pelo seu povoamento, “estes elementos conjugados, além de pesarem na sua personalidade, exercem também papel preponderante no modo de vida, no comportamento, na religiosidade e nos costumes em geral.” (Salvi, 1990:85).

A cultura influencia as perceções, as crenças e os comportamentos face à saúde e à doença, assim como aos cuidados de saúde “a cultura tem uma influência, imensa, na interpretação e nas respostas do indivíduo aos cuidados de saúde.” (Purnell, 2010:22).

De acordo com Purnell “os prestadores de cuidados que conseguem analisar, planear, intervir e avaliar de uma forma culturalmente competente melhorarão os cuidados que prestam aos utentes.” (2010:22). Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que não partilham a mesma cultura, cedo concluem que têm poucas possibilidades de sucesso, se não respeitarem os padrões culturais locais ou não se inserirem na própria dinâmica do funcionamento social (Abreu, 2003).

1.4. Caraterização da cultura Micaelense

A Região Autónoma dos Açores é composta por nove ilhas, divididas em três grupos: grupo Oriental (Santa Maria e São Miguel), Central (Terceira, São Jorge, Graciosa, Pico e Faial) e o Ocidental (Flores e Corvo). O vulcanismo e o mar conferem um conjunto de características específicas à insularidade açoriana, que se reflete no viver dos seus habitantes ilhéus (Salvi, 1993). O sucesso do povoamento insular foi a riqueza do solo açoriano de origem vulcânica, que promoveu uma agricultura diversificada, ajustada à dieta mediterrânica e aos arreigados hábitos alimentares como pão, vinho, azeite, vegetais, leguminosas, fruta, acompanhados ocasionalmente por carne e peixe, segundo a localização geográfica dos povoados (Costa, 2008).

Por volta de 1432, os portugueses começaram a povoar as ilhas, oriundos principalmente do Algarve, Alentejo, Beira Alta, Estremadura e do Minho, tendo-se registado, em seguida, a entrada de flamengos, bretões, florentinos, ingleses, aos quais se deve muitos dos sobrenomes ainda existentes no arquipélago. As ilhas açorianas constituíram durante séculos um ponto de passagem das rotas transatlânticas e do Extremo Oriente, Brasil e Caraíbas (Costa, 2008). O crescimento económico no século XV assentou no cultivo e exportação de trigo, cana-de-açúcar, plantas tintureiras pastel e urzela, vinho e os laticínios. Um século mais tarde, a batata-doce, o milho, o inhame, o linho e a laranja ampliam a produção agrícola da ilha³. A pecuária fez-se marcar desde cedo, como alimento (excelência de carne e leite devido à qualidade das pastagens) e fornecedora de matérias-primas, meio de transporte e força de tração na atividade agrícola. Já a pesca surge como uma atividade artesanal e sazonal sem grande representatividade económica. Segundo Costa, “(...) a maioria dos povoados açorianos implantam-se à beira mar, mas de costas para a costa. (...) os açorianos tornaram-se um povo de lavradores e não de pescadores.” (2010:81). Contribuíram para isso as poucas enseadas levando à falta de portos, a inexperiência na navegação no alto mar, como também os povoadores serem oriundos do interior do continente.

A introdução de novas culturas – ananás, chá, tabaco, espadana – dinamizou a expansão económica do século XIX. Neste século, principalmente devido ao

³<http://www.culturacores.azores.gov.pt>

desenvolvimento da agropecuária, que alimentou parte da indústria transformadora de laticínios, destacaram-se ainda as indústrias conserveiras de atum, bebidas (cerveja e refrigerantes), e do açúcar (através da beterraba e chicória). Neste século a monocultura da vaca, é no sector primário açoriano a marca mais contundente. Todavia, a partir da década de 1980, o progresso do sector terciário foi sendo cada vez mais notório, sendo o turismo uma das apostas mais recentes⁴.

A situação geográfica do arquipélago dos Açores, situado em pleno eixo de navegação que medeia a Europa e as Américas, facilitou a emigração, sobretudo para o Brasil, Estados Unidos, Bermudas, Havai e Canadá. Os emigrantes açorianos contribuíram para o progresso das ilhas através do envio de avultadas quantias aos familiares e amigos residentes no arquipélago, com importantes dádivas para o progresso da sua freguesia, ou então, como repatriados trazendo consigo novos costumes (Silva, 2002).

Na cozinha tradicional micalense avulta o pão, com grande profusão de açordas, enchidos de porco como a morcela, linguiça e chouriços. A outra tônica da cozinha açoriana é o uso variado de especiarias devido à rota das Índias, predominando o colorau, cravinho, pimenta da Jamaica, canela, cominhos, noz-moscada, açafão (típico da cozinha meridional espanhola) e o grande uso de ervas variadas como a erva-doce e a hortelã. A escassez de azeite e sal levou estes ilhéus à utilização da banha, pimentas e especiarias. O “vinho de cheiro” é o vinho tinto usado desde há século e meio em muitos pratos, que é produzido através da uva americana ou morangueiro. Outro aspeto típico, em especial em São Miguel e provavelmente relacionado com a navegação africana, é o uso da malagueta, ou pimenta da terra, a pimenta em grão, preta ou branca (Silva, 1993).

A cozinha tradicional micalense assenta muito nas festividades, coincidindo com datas e acontecimentos religiosos. Como refere Fidalgo “a primeira grande constatação na cultura regional açoriana é a sua base profundamente religiosa.” (Fidalgo, 1995:41). Nas Festas do Espírito Santo servem-se sopas (pão e carne de vaca) à comunidade. Cada freguesia tem um santo protetor ou padroeiro, a quem é dedicado um dia particular do calendário em que se celebram as festas da respetiva freguesia (Salvi, 1990).

⁴ <http://www.culturacores.azores.gov.pt>

Atualmente o Plano Regional de Saúde 2014-2016 (PRS, 2014-2016), faz referência aos dados recolhidos (entre 2005 e 2006) no 4º Inquérito Nacional de Saúde em que a maioria dos açorianos faz 3 refeições por dia. O pão, o leite e seus derivados, batatas, arroz e massa são os alimentos mais consumidos. Consume-se mais carne do que peixe. A fruta e a sopa fazem parte das refeições principais. O PRS (2014-2016) também menciona um inquérito realizado em 2010 pelo Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade. Comparativamente com outras regiões do país, os Açores apresentam a maior taxa de consumo diário de alimentos fritos e açúcares e a menor percentagem de inquiridos a referir o consumo diário de legumes e fruta.

1.5 Competências do Enfermeiro Especialista

Competências são “características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação”. (Espírito Santo, 1999:54).

Ao Enfermeiro Especialista exige-se um conjunto de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, mas também competências especializadas para uma assistência ao longo do ciclo vital. Assim, as competências do Enfermeiro Especialista decorrem do aprofundamento das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, dividindo-se em comuns e específicas. O Enfermeiro Especialista deve ter conhecimentos e capacidades que, aplicadas na prática, lhe permitem avaliar as necessidades em cuidados de saúde, na sua população-alvo, atuando nos três níveis de prevenção. (OE, 2007).

Deste modo o Enfermeiro Especialista é considerado:

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

Competências comuns são as que qualquer Enfermeiro deve possuir, manifestadas por uma “elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de

cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2007:18).

Por outro lado, as competências específicas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2007:18). Leite (2006) acrescenta que o Enfermeiro Especialista “deverá ser um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação, de outro modo, a intervenção.” (Leite, 2006:4).

Da prestação de cuidados de enfermagem especializados espera-se: uma resposta diferenciada de cuidados em áreas que exigem conhecimento e competências específicas; a identificação das necessidades da população em termos de cuidados de enfermagem; a execução e coordenação de programas de promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria de indicadores de morbilidade e mortalidade; a contribuição para a definição de indicadores e avaliação da qualidade de cuidados; a criação de conhecimentos na sua área de especialidade e a consultadoria para as tomadas de decisões políticas e organizacionais (Leite, 2006).

O Enfermeiro Especialista deverá ser cada vez mais o profissional detentor “não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis, numa abordagem holística) como também de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente, em determinada etapa do ciclo vital” (Leite, 2006:7).

Pela complexidade de cuidados a prestar quer a nível físico, social ou psicológico, a EDTNA/ERCA considera importante a existência de enfermeiros especialistas em Nefrologia, e que estes desenvolvam competências que lhes permitam garantir uma correta gestão e prestação de cuidados a estes indivíduos. E acrescenta que a enfermeira especialista em nefrologia é uma profissional com competências e conhecimentos suficientes para cuidar de doentes renais em qualquer fase do seu tratamento. (Chamney & Saraiva, 2007).

As competências aprovadas pela EDTNA/ERCA têm por base o quadro de Patrícia Benner de 1984. Segundo este modelo, na “aquisição e desenvolvimento de

uma competência, um estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001: 43).

Deste modo, pretendi desenvolver um conjunto de competências, para intervir na área de Nefrologia, de acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista definidos no documento orientador do curso, que tem por base o perfil de competências do enfermeiro especialista definidos no documento orientador deste curso, as competências definidas pela EDTNA/ERCA (2007), bem como pelo perfil de competências comuns e específicas emanadas pela OE (2011):

- ✓ Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença renal crónica e seus significantes, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos;
- ✓ Agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa, na gestão da sua DRC no seio da família e comunidade;
- ✓ Intervir como facilitador na aquisição de novos conhecimentos na equipa de enfermagem, em contexto de trabalho;
- ✓ Intervir como perito na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assumindo um papel dinamizador na construção e divulgação do nesta área de intervenção;
- ✓ Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber;
- ✓ Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento;
- ✓ Promover a parceria entre a equipa, os doentes e os cuidadores informais.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O estágio permitiu-me desenvolver competências como enfermeira especialista na área de enfermagem nefrológica, tendo sido rico em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem. No relatório utilizarei os domínios das competências comuns de Enfermeiro Especialista de acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009) que são a gestão da qualidade, gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Apresentam-se de seguida as competências e as respetivas atividades desenvolvidas em cada campo da prática clínica, tendo por base os objetivos previamente delineados (Apêndice I e II).

2.1. Atividades desenvolvidas no Hospital de Santa Cruz

O HSC inclui o Serviço de Internamento de Nefrologia (SIN) que atende todas as unidades do CHLO e recebe doentes referenciados pelos diversos hospitais e Unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de influência, através da sua Consulta Externa. Presta assistência e apoio de internamento específico a uma população de cerca de 800 doentes hemodialisados em centros extra-hospitalares da sua área geográfica. Dadas as suas características, são-lhe referenciados doentes de todo o país e de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)⁵.

O estágio neste serviço decorreu de 29 de Setembro a 21 de Novembro de 2015.

2.1.1. Serviço de Internamento de Nefrologia

A escolha do SIN deveu-se à possibilidade de prestar cuidados de enfermagem na área de nefrologia, a pessoas em todos os estágios evolutivos da DRC, proporcionando um contacto mais prolongado tanto com doentes como com os seus familiares.

⁵ <http://www.chlo.min-saude.pt>

O SIN tem a capacidade de 27 camas, das quais 9 constituem a Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT). Esta unidade dispõe de monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros hemodinâmicos e traçado eletrocardiográfico, material para suporte básico e avançado de vida, rampas de gases e vácuo, capacidade para ventilação mecânica, destinando-se a doentes clinicamente instáveis. As restantes 18 camas estão dispostas pela enfermaria e o serviço compreende ainda uma sala de execução de técnicas médicas e de uma sala de observação de doentes com caráter urgente.

A equipa do serviço inclui 24 enfermeiros, 3 deles Especialistas (dois na área específica de nefrologia e um em reabilitação), assistentes operacionais, cirurgiões e nefrologistas, uma assistente social, uma dietista e uma secretária de unidade. Em cada turno o responsável de equipa de Enfermagem assume as seguintes funções: orientar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, na resolução dos problemas de maior dificuldade; zelar pela qualidade dos cuidados prestados, sendo por princípio, um agente motivador da sua equipa; gerir os cuidados de enfermagem na sala de execução de técnicas médicas; e gerir as atividades na sala de observação de internados de urgência.

➤ **Atividades relacionadas com as competências na gestão e prestação de cuidados à pessoa com DRC e sua família/cuidador informal.**

Colaborei com a Enfermeira Orientadora na gestão de recursos humanos. Usando o método de distribuição de trabalho individual, atribui-se diariamente um número de doentes a cada enfermeiro, habitualmente no *ratio* de 1:5 na enfermaria e de 1:3 na UCINT. Esta metodologia não impede o trabalho em equipa, sendo obrigatório cada enfermeiro conhecer a situação dos restantes doentes, pelo que todos os enfermeiros devem estar presentes nas reuniões de equipa. A falta de enfermeiros na equipa é compensada com a realização de horas extraordinárias, mas alguns enfermeiros verbalizam cansaço e desmotivação. Um dos seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional é a organização dos cuidados de enfermagem, e dois dos elementos importantes para a sua efetivação são: “a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; e o “o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem.” (OE, 2001:18).

Foi ainda possível observar a forma como se organiza o movimento de doentes do serviço (admissões, altas, exames, transferências e transporte de doentes). Os enfermeiros responsáveis do serviço acompanham as reuniões de trabalho e conhecem as motivações e aspirações dos enfermeiros, permitindo uma liderança que satisfaça os objetivos individuais e da organização. Deste modo, verifiquei que a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe usam um estilo de liderança situacional, em que não há um estilo de liderança fixo. A liderança eficaz é aquela que se adapta a cada situação e ao grau de maturidade dos liderados, associada à maturidade que é a “(...) capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento” (Hersey & Blanchard, 1986:187).

Durante este período de estágio presenciei conflitos entre os profissionais de saúde e entre estes e a família do doente, que mereceram a intervenção da Enfermeira Chefe e da Enfermeira Orientadora. Segundo Chiavenato “o conflito existe quando uma das partes – ou seja indivíduo ou grupo – tenta alcançar seus próprios objetivos interligados com alguma outra parte, a qual interfere na sua busca de atingir os objetivos.” (1999:361). A resolução de conflitos passa por identificar o problema, escolher o método de abordagem e, se necessário, selecionar um mediador. (Chiavenato, 1999). A minha postura nessas situações foi de compreensão e apoio para que os intervenientes ultrapassassem as situações da forma mais serena e tranquila possível.

Há vários estilos de gestão de conflitos. Para Chiavenato (1999), o Modelo de Thomas retrata cinco estilos de administrar conflitos: estilo de evitação, de acomodação, competitivo, de compromisso e de colaboração. Os mais utilizados pela enfermeira responsável foram de colaboração e o de evitação. O estilo de colaboração consiste numa tentativa de resolver o problema em conjunto, visando uma solução que satisfaça as partes envolvidas (Chiavenato, 1999). Já o estilo de evitação permite ignorar o conflito sem o resolver. Trata-se de:

“(...) uma atitude de fuga em que o administrador procura evitar as situações de conflito, buscando outra saída ou deixando as coisas como estão para que, com o tempo, o conflito se torne menos intenso. É usado quando o problema é trivial, quando não há chance de ganhar, quando requer tempo para obter informação ou quando um desacordo pode ser oneroso ou perigoso.” (Chiavenato, 1999:366)

Este facto fez-me refletir sobre a dificuldade em gerir conflitos na equipa de saúde e mobilizar conhecimentos apreendidos neste percurso académico. Muitos conflitos são comuns a várias instituições de saúde, e podem favorecer o desenvolvimento de uma instituição e dos seus colaboradores, quando bem gerenciados. Chiavenato acrescenta que “O conflito pode trazer resultados construtivos ou negativos para as pessoas e grupos (...) a questão primordial é como administrar o conflito de forma a aumentar os efeitos construtivos (...) essa tarefa cabe ao gerente. (...) que deve saber escolher as estratégias.” (1999: 368).

Leininger (1974), descreve sete fatores que influenciam a liderança em enfermagem:

“(...)consciência do conflito existente entre as expectativas passadas e presentes da liderança. Prevalência de atitudes socio-culturais negativas para os conceitos de autoridade, gestão e liderança. A imagem cultural, o *status* e o papel da mulher na nossa sociedade. A dimensão e a complexidade das estruturas organizacionais. Conflito, ambiguidade e frustração do papel da enfermagem relativamente ao papel médico. Número limitado de líderes de enfermagem preparados para trabalhar em equipa interdisciplinar. Dificuldade em conciliar os diversos interesses com os diversos níveis de preparação académica e prática de enfermeiros. (Leininger, 1974:30-33)

A experiência em estágio leva-me a concluir que as organizações de saúde são locais favoráveis à formação de conflitos, devido à divisão do trabalho, à especificidade de serviços, e à coexistência de diferentes grupos profissionais. As equipas de saúde são constituídas por pessoas diferentes, com origens, experiências de vida, formação e socializações distintas. Além disso, há diferenças relacionadas com o género, a idade, a formação e a cultura. Com base nisto, cada indivíduo terá ideias diferentes acerca dos papéis, dos factos e dos deveres de cada um. Esta situação em si constitui um potencial para o conflito.

Como é do conhecimento geral, conflitos indevidamente resolvidos conduzem a situações de desmotivação, baixa produtividade, insatisfação no trabalho, podendo mesmo traduzir-se por uma prestação de cuidados de menor qualidade. Assim, saber gerir e resolver conflitos pode contribuir para o harmonioso funcionamento do serviço, visando a qualidade dos cuidados (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011).

Colaborei no pedido de material, na gestão do material emprestado e na reposição de *stocks*. É essencial dispor de um registo do material utilizado na sala de execução de técnicas médicas e na sala de observação de doentes internados e urgência. Sendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista a gestão

da qualidade que “*concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade.*” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011:8649), é indispensável que os enfermeiros tenham consciência, sem pôr em causa a qualidade dos serviços prestados, que a escassez de recursos é cada vez mais evidente e que decisões devem ter em conta a avaliação de custos, para obter ganhos de eficácia. Na gestão dos cuidados, o enfermeiro deve centrar a sua prestação na melhoria e garantia da qualidade de cuidados usando metodologias e os recursos disponíveis.

➤ **Atividades para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.**

Durante o estágio colaborei na preparação e colocação de cateteres venosos centrais (CVC). As características destes cateteres e a sua finalidade, justificam o uso exclusivo em HD. A sua colocação está indicada em situações de urgência, em que é necessário iniciar uma técnica de substituição da função renal e não existe nenhum acesso construído ou pronto a ser usado. O risco de complicações é elevado, as infeções são a principal causa de morbilidade e mortalidade nos doentes em programa regular de HD com CVC (*National Kidney Foundation - NKF, 2006; Fresenius Medical Care - FMC, 2011; Rebollo & Campos, 2012*).

Normalmente é dada preferência à veia jugular interna direita por apresentar um percurso anatomicamente mais reto, pela menor taxa de complicações durante a sua colocação (veia extra torácica) e pela menor incidência de estenose em relação à subclávia. O CVC para hemodiálise pode ser tunelizado, de longa duração - CVCLD; não tunelizado, provisório, de acordo com o tempo de permanência. A diferença entre eles é que o primeiro apresenta um túnel subcutâneo antes de entrar e aceder à corrente sanguínea. A cor dos lúmenes facilita a sua identificação (azul representa o lúmen distal e vermelho representa o lúmen proximal). Existem vários comprimentos, de acordo com o local de inserção, variando o volume de preenchimento do ramo com o comprimento. O volume de preenchimento é definido pelo fabricante e normalmente está inscrito nos ramos do cateter ou na pinça ou “clamp”. Opta-se pela utilização de heparina a baixas concentrações, para manter os lúmenes permeáveis e reduzir o risco de hemorragia. (*NKF, 2006; FMC, 2011; Rebollo & Campos, 2012*).

A colocação do CVC é de competência médica. O doente é monitorizado e é submetido a anestesia local. Após a colocação do cateter verifica-se o fluxo dos ramos, procede-se à sua heparinização e conclui-se com a fixação do cateter com pontos e penso protetor. No decorrer do procedimento podem ocorrer hematomas; pneumotórax; infeção, oclusão dos ramos; mau posicionamento do cateter e arritmia cardíaca. O cateter pode ser utilizado após colocação e confirmação da posição através de raio-X. Nas primeiras 48h após a colocação do cateter, é necessário despistar a febre, dispneia, precordialgia, hipotensão, sinais de infeção no local de inserção do cateter e no túnel, e avaliar a permeabilidade e integridade do penso. (NKF, 2006; FMC, 2011; Rebollo & Campos, 2012).

As duas semanas de estágio permitiram perceber a dinâmica e rotinas do serviço, conhecer as causas de internamento da pessoa com DRC, consultar processos, protocolos, normas e guia de boas práticas. Desta forma organizei o meu estudo e preparei-me para a prática. Os cuidados diretos prestados serviram diversos propósitos, nomeadamente: aproximação dos doentes e conhecimento dos seus problemas, conhecimento da equipa e dos seus métodos de trabalho, facilitando a aceitação da equipa.

Relativamente aos internamentos na enfermaria, constatei que as principais causas foram: a agudização de DRC associada a uma gestão inadequada do regime terapêutico; a infeção em doentes transplantados, secundária ou não a imunossupressores, com origem nos sistemas urinário e respiratório; rejeição aguda e nefropatia crónica do enxerto. No que se refere aos doentes em DP, as causas foram, peritonites, a obstrução e a infeção do Orifício de Saída (OS) do cateter peritoneal. Estas situações levaram à remoção do cateter de Tenckhoff, à colocação de um CVC e à entrada em programa de HD. Nos doentes em programa regular de HD com CVC constatámos que um dos motivos mais frequentes para o internamento foi a infeção. Nos doentes com Fístula Arteriovenosa (FAV) ocorreram internamentos por infeção e trombose do acesso vascular.

Durante os primeiros dias de estágio, cuidei de um doente com vários internamentos que indiciavam uma inadequada gestão do regime terapêutico. Esta situação exigiu uma grande mobilização dos conhecimentos apreendidos na componente teórica. Na apresentação do Estudo de Caso houve a preocupação de realizar uma ampla recolha de dados, de modo a fornecer um retrato rigoroso do

doente, bem como do seu estado clínico e identificar as suas necessidades específicas. Esta recolha de informação foi feita através do processo clínico, da observação e do contacto direto com o doente/família. A elaboração do plano de cuidados foi feita segundo a CIPE, onde foram identificados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções em função dos mesmos (Apêndice III).

Tratou-se de um doente de 25 anos, com o diagnóstico de DRC desde os 8 anos de idade e que aos 15 anos foi submetido a transplante renal por dador vivo (mãe). Após o transplante apresentou um aumento significativo de peso (até 130 Kg), nefropatia crónica do enxerto associada a toxicidade pela ciclosporina e deterioração da função renal, com rejeição crónica do enxerto. O doente optou então por DP, tendo ocorrido sucessivas infeções do Orifício de Saída (OS) do cateter de Tenckhoff, com múltiplos internamentos desde Maio a Setembro de 2014, com necessidade de isolamento devido a *Staphylococcus epidermidis* e *Pseudomonas aeruginosa*. No internamento de Setembro e Outubro de 2014, foi removido o cateter de Tenckhoff e o doente ficou a aguardar novo transplante renal de dador vivo (tio paterno). Em janeiro de 2015, entrou em programa regular de HD, após colocação de um CVCLD. Trata-se de um doente que passou pelas três modalidades de TSFR. O doente e os seus pais estavam cientes da importância da adesão ao tratamento. Contudo verificou-se uma clara negação da doença por parte do doente, alegando querer ter uma “vida normal”. Hailey & Moss (2000) referem uma relação entre a não adesão e a idade dos doentes.

Os seus pais protegiam e acalentavam as vontades do filho, minimizando e sendo cúmplices das suas atitudes. Contudo, dado o papel importante que assumiam, os seus pais deviam ser incluídos no plano de cuidados.

Embora a equipa de enfermagem considerasse a situação como um “caso perdido”, a enfermeira orientadora sublinhou as dificuldades do processo de adaptação recordando que: “(...) *nurses should also be aware that permanent change is typically not easy or quick and that it will often be accompanied by setbacks. Indeed, it is estimated that 80% of those who attempt behavioral change will fail the first time.* (White, 2004:435). McKinley (2000) acrescenta: “*however, relapse does not necessarily mean failure, and persistence can often bring about long-lasting change* (White, 2004:435).

Nas interações com este doente procurei produzir mudanças de comportamentos, ajudando-o a reconhecer a forma como o seu comportamento afetava a saúde. O doente percebeu a necessidade de mudar considerando o transplante como a sua última oportunidade.

Ao longo deste estágio tive necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a CIPE, o que me possibilitou formular diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa. Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através das respostas às intervenções de enfermagem e evolução nos diagnósticos feitos pelos enfermeiros. É uma forma de demonstrar resultados da prática de enfermagem (CIPE, 2009).

A carreira de enfermagem e o conteúdo funcional estão definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91, parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99. O conteúdo funcional de todas as categorias (artigo n.º 7, alínea c) do Decreto-Lei n.º 437/91) inclui intervenções de enfermagem que integrem processos educativos, que promovam o autocuidado do doente. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde.

No SIN os ensinamentos ao doente eram uma prática constante executada pelos enfermeiros, mas a ausência de registos dificultava a continuidade dos cuidados. Os registos são intervenções de enfermagem cuja elaboração se encontra legislada no Decreto-Lei N.º 437/91 que regulamenta a carreira de enfermagem e no Decreto-Lei N.º 162/96 sobre o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no Decreto-Lei N.º 104/98 (OE). Os registos de enfermagem permitem a continuidade nos cuidados e a avaliação dos mesmos. Esta situação justificou a construção de um programa de educação para a saúde com utilização da Escala do Edema, uma vez que havia dificuldade em precisar a evolução dos edemas. A utilização desta escala permite uma melhor prática e continuidade de cuidados. A proposta foi bem aceite, quer pela Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, como pela equipa de enfermagem (Apêndice IV).

Também colaborei na elaboração de uma norma sobre Educação para a Saúde do Doente Algaliado - Preparação para a Alta (Apêndice V).

➤ **Atividades para reconhecer avaliar e controlar os episódios agudos de DRC.**

A UCINT disponibiliza um tratamento intensivo em determinadas situações clínicas. Esta unidade hospitalar presta cuidados a doentes de nacionalidade portuguesa, mas também a doentes evacuados dos PALOP.

Dos doentes que passaram por esta unidade, destaco um que me sensibilizou, quer pela sua situação clínica, quer pela sua vivência pessoal. Na UCINT foi admitido um jovem de 19 anos evacuado da Guiné Bissau com o diagnóstico de DRC em estadio 5, em síndrome urémico, com valores de ureia e creatinina incompatíveis com a vida humana. Foi colocado um CVCLD na jugular direita e iniciou de imediato HD com duração de 2 horas. Nos primeiros dias o doente apresentou-se calmo, consciente e orientado, revelando timidez e respondendo apenas quando questionado. Apresentou mal-estar geral, picos febris, taquicardia de 100-130bpm, hipertensão, referia toracalgia, e uma diurese de 100 a 200cc de urina concentrada. Permaneceu em repouso e foi submetido a monitorização cardiorrespiratória. Uma adequada abordagem ao doente crítico permite detetar atempadamente as alterações que causam perigo imediato de vida e corrigi-las de imediato. Utilizando os conhecimentos adquiridos durante a minha vida profissional consegui alertar atempadamente a equipa de enfermagem e médica, para alterações eletrocardiográficas graves.

O doente realizou vários exames complementares de diagnóstico, cumpriu medicação antibiótica, anti hipertensora, quelantes de fósforo e iniciou medicamentos para regular o metabolismo do cálcio e reduzir os níveis aumentados da hormona paratiroide, que por sua vez previne a osteodistrofia renal. Foi também diagnosticado hepatite C. Realizou nos primeiros dias sessões de HD de 2h diárias, passando depois a tratamentos regular de 4 horas. Com a melhoria significativa do seu estado clínico foram iniciados os ensinamentos sobre a sua doença, tratamento, alimentação, e sobre os cuidados com o CVC. Foi ainda observado pela cirurgia vascular, para construção de FAV. Observei uma atuação multidisciplinar, na qual me senti integrada e aceite por todos. Uma atuação de ajuda e cooperação que envolveu médicos, enfermeiros, dietista e assistente social, de forma a integrar este doente nesta nova situação de doença crónica e num novo país. O facto de o doente não poder regressar em breve ao seu país acarretou problemas emocionais diversos: deixar a família; viver em casa de uma tia que mal conhecia; dificuldade de

adaptação à nossa cultura e até mesmo à nossa alimentação; além das restrições impostas pelo tratamento. Houve necessidade de se adaptar rapidamente à cultura portuguesa e às regras de higiene. A tia e os primos mostraram-se muito recetivos e preocupados, acatando tudo o que lhes foi explicado. Foram realizados ensinamentos à tia sobre as restrições alimentares, pois seria ela a confeccionar as refeições. Após uma melhoria significativa do quadro clínico o doente foi transferido para um dos quartos da enfermaria, tendo recebido alta poucos dias depois. No dia de alta, o doente quis despedir-se e agradecer os cuidados prestados por mim e pela Enfermeira Orientadora. Deste modo, penso ter adaptado a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e desenvolvido competências relacionais e comunicacionais com o doente e família.

Considero que prestei cuidados de enfermagem diferenciados de qualidade ao doente e família de acordo com as necessidades identificadas, respeitando as técnicas assépticas e utilizando os recursos materiais e humanos adequados, o que me permite afirmar que atingi com êxito o objetivo proposto.

2.1.2. Unidade de Diálise Peritoneal

➤ **Atividades para adquirir competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa com DRC em Diálise Peritoneal**

A Unidade DP está integrada no SIN e dispõe de um gabinete médico, um gabinete de Enfermagem e uma sala onde se efetua a técnica de DP. A equipa desta Unidade é composta por três médicos, duas enfermeiras (uma Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente de nefrologia), três secretárias, um assistente social e uma dietista.

A enfermeira especialista acompanha diariamente a situação dos doentes internados. O funcionamento da unidade inclui: a consulta de DP Automatizada (DPA) e de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA); Consultas de Nefrologia e de Opção terapêutica; e a realização de Testes de Equilíbrio Peritoneal (PET). Todavia, diariamente recorrem à unidade doentes para esclarecimentos e resolução de complicações. Em Novembro de 2014, existiam 81 doentes a realizar programa regular de DP.

As enfermeiras nesta Unidade acompanham o doente desde que opta por DP; na colocação do cateter de Tenckhoff; no ensino da técnica de DPCA e DPA; nas

consultas de rotina; no despiste e resolução de complicações e esclarecimento de dúvidas.

Após a colocação do cateter, é iniciado o ensino da lavagem e desinfeção das mãos e da realização do penso do OS. Este decorre até à retirada do material de sutura. Os ensinamentos das técnicas de DPA e DPCA são realizados durante 3 a 5 dias respetivamente. Quando a enfermeira considera que o doente/familiar se encontram aptos a realizar o seu tratamento no domicílio, outra enfermeira avalia o desempenho dos mesmos. Os ensinamentos são faseados, estruturados por dias e os temas a focar em cada dia estão organizados num protocolo. São fornecidos panfletos sobre vários temas desde a colocação do cateter; cuidados ao cateter; cuidados domiciliários após a colocação do cateter; lavagem das mãos; desinfeção das mãos; cuidados ao OS; guia para realização de um ciclo de DPCA (Baxter e Fresenius); administração de antibioterapia e de heparina intra-peritoneal; realização de DPA (Baxter e Fresenius); e sobre complicações infecciosas (OS, túnel e peritonite).

A consulta de esclarecimento tem por base a norma n.º 017/2011 da DGS. Na primeira consulta é feita uma avaliação da situação do doente/família pelo médico (situação de vida, grau de dependência, suporte familiar, antecedentes pessoais, condições habitacionais) e são abordados temas como: anatomia/fisiologia do aparelho urinário, exames efetuados para verificar o seu funcionamento, funções do rim, etiologia da DRC, sinais e sintomas da DRC, e TSFR (DP, HD, Transplante renal e terapia conservadora). De seguida é observado pela assistente social que indica os direitos e deveres da pessoa com DRC. Numa segunda consulta a dietista informa sobre a diferença da dieta em DP e HD e a enfermeira demonstra as diferentes técnicas de substituição da função renal, vantagens e desvantagens de cada uma e as principais diferenças entre elas. As enfermeiras organizaram os ensinamentos em suporte informático, com muitas imagens, o que facilita a compreensão do tratamento. Também é possível observar sessões de DP e HD, para que a decisão seja esclarecida.

A equipa de enfermagem adota procedimentos protocolados relativamente às infeções (OS, túnel e peritonite); para desobstrução do cateter, para substituição do prolongador do cateter de Tenckhoff, entre outros.

Durante a curta experiência de estágio consegui fundamentar as intervenções de enfermagem e identificar situações de risco, não tendo tido oportunidade de executar sessões de DP. Nestes cinco dias colaborei:

- ✓ no ensino a um doente que já fazia DPA e que tinha critérios para passar a DPCA;
- ✓ na consulta de esclarecimento de enfermagem, em que a doente já tinha optado por HD;
- ✓ na realização de testes de equilíbrio peritoneal de doentes em DPCA e DPA. O sucesso do tratamento depende da integridade funcional da membrana peritoneal. Para além da falência funcional do peritонеu, a DP a longo prazo leva a modificações anatómicas nos tecidos peritoneais, as quais podem afetar a eficácia do tratamento. O PET avalia dois parâmetros: a eliminação de toxinas urémicas e a ultrafiltração. Os resultados do teste ajudam a adequar o programa de diálise às características do peritонеu, ajustando o tempo de permanência de cada troca. As *guidelines* da K/DOQI recomendam uma avaliação a cada 4 meses (2006). Nesta unidade os PET são realizados a cada 6 meses.
- ✓ na observação e avaliação do OS do cateter de Tenckhoff, pela escala de Twardowski;
- ✓ no ensino a um doente que transitou temporariamente para HD por peritonite, com ensinamentos sobre restrição hídrica e dietética, avaliação de diurese e sobre controle de peso.

A DP é uma técnica que assenta no autocuidado, implicando o doente/cuidador na gestão do seu tratamento. À Enfermagem cabe auxiliar e educar o doente e familiares na adaptação ao tratamento, através do ensino, treino e consciencialização para o autocuidado. A EDTNA (2007) definiu as seguintes competências específicas para os enfermeiros em DP: prestação de cuidados específicos e individualizados ao doente em programa de DP, nas diversas fases (indução na técnica, cuidados diários); a educação da pessoa/família; e o suporte ao doente na transferência para a hemodiálise. Estas competências são utilizadas e postas em prática por ambas as enfermeiras desta unidade.

2.1.3. Unidade de Transplantação Renal

➤ **Atividade para desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa sujeita a transplante renal**

Na Unidade de Transplantação Renal do HSC, realizam-se consultas de pré e pós-transplante. Esta unidade compreende uma equipa multidisciplinar que inclui médicos (cirurgiões e nefrologistas), enfermeiras, uma dietista, uma psicóloga e uma assistente social.

Neste serviço observei a primeira das duas consultas de pré-transplantação, instituídas pela Unidade. O doente de um PALOP, a viver em Portugal e em programa regular de HD há 3 meses, fez-se acompanhar pela esposa nesta primeira consulta com o nefrologista. O doente trazia a maioria dos exames complementares de diagnóstico que normalmente são pedidos nesta consulta, mas como faltava o estudo de histocompatibilidade, só pôde ser inscrito na lista de transplante após a segunda consulta. Foi feito ensino sobre possíveis complicações pós-transplante. Na consulta de enfermagem abordou-se a prevenção de infeções, o tabagismo e os riscos associados à transplantação; higiene oral; manutenção do peso corporal; controlo da tensão arterial; proteção da pele contra a exposição solar; adesão à dieta e medicação. A enfermeira forneceu ainda o “Manual de Informação para Doentes e suas Famílias”. O doente revelou já ter alguns dos conhecimentos e indicações que lhe foram dados, quer pelo médico e enfermeira. Decorreu posteriormente a consulta com assistente social e dietista.

No que se refere ao transplante renal com dador vivo, procede-se a um conjunto de consultas e de reuniões multidisciplinares que levam a uma decisão final envolvendo o nefrologista, o cirurgião geral, a enfermeira, a assistente social e, se necessário, a psicóloga. Por fim é marcada uma data para o transplante. A avaliação do eventual dador, que tem de ser maior de idade e estar na posse de todas as suas capacidades, envolve a realização de vários exames, várias consultas e entrevistas destinadas a identificar a motivação do doente e para excluir as contra-indicações da nefrectomia. As autorizações legais incluem o consentimento informado e a avaliação pela Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante à qual compete “emitir parecer vinculativo sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante” garantindo

“que a doação do rim é consentida de forma livre, esclarecida, informada e com respeito, pelos princípios da gratuidade, altruísmo e solidariedade” (Diário da República n.º 163 Portaria n.º 802/2010).

Observei igualmente as consultas pós-transplante, com doentes transplantados desde há dois meses até aos que faziam 20 anos, maioritariamente doentes transplantados de dador cadáver. Nestas consultas a enfermeira interpreta os valores laboratoriais, avalia a adesão à medicação prescrita e os comportamentos de risco como o tabagismo, distúrbios alimentares, entre outros. Nestas consultas o doente verbaliza os seus medos, dúvidas, e os efeitos secundários dos imunossuppressores. O papel da enfermeira é alertar e evidenciar a importância do cumprimento da medicação e da adoção de hábitos de vida saudável, assim como resolver complicações com o reajuste da dosagem de imunossupressão.

Desde que iniciei este percurso académico na área da nefrologia ver um rim humano foi sem dúvida um dos marcos importante desta etapa, que ocorreu com a observação de um transplante renal dador vivo parental. No dia da cirurgia fui ao serviço de internamento de cirurgia, falar com o dador e o recetor, na companhia de uma enfermeira do serviço. Percebi os sentimentos do dador (pai) e do recetor (filho): o medo da cirurgia e das complicações, a ansiedade, a felicidade e esperança, nomeadamente do recetor pela perspetiva de uma nova vida. Saliento que o recetor apesar de já ter sido submetido à construção de FAV no braço esquerdo não tinha ainda iniciado HD. Muitos estudos mostram que o doente transplantado renal tem maior capacidade de reabilitação e que a sua qualidade de vida é superior à que habitualmente se alcança na diálise (Franklin, 2005).

Assisti ao transplante que se processou em duas salas com duas equipas diferentes. Iniciou-se em primeiro lugar a abordagem ao dador, e pouco antes da nefrectomia, iniciou-se a abordagem ao recetor. Em todo este processo o que mais me impressionou pela positiva foi que, após a anastomose da veia e artéria renal do rim ao recetor, e antes da anastomose do ureter à bexiga, aguardou-se uns segundos e o rim rapidamente começou a “funcionar”, produzindo urina.

No dia seguinte, no serviço de cirurgia geral, prestei cuidados de enfermagem ao dador e recetor na UCINT. No pós-operatório imediato o doente submetido a transplante e o dador requerem cuidados de enfermagem específicos na área da

transplantação, como avaliações horárias de parâmetros vitais, soros consoante a pressão venosa central e débitos urinários, avaliação de drenagens e balanço hídrico. São administrados imunossuppressores ao recetor para evitar a rejeição, mas exigem vigilância, pois podem desencadear edema agudo do pulmão ou paragem cardiorrespiratória (Franklin, 2005). Os cuidados ao dador e recetor estão protocolados e os ensinamentos começam a ser realizados após as primeiras 24 horas.

O enfermeiro tem de desenvolver habilidades técnico-instrumentais específicas, mas também competências relacionais para ajudar no processo de adaptação do doente, para aliviar o sofrimento e ajudar a ultrapassar de forma positiva a situação. Durante este período os doentes e família passam por várias fases de ansiedade, perguntando sistematicamente se estão a urinar e se os parâmetros analíticos estão a melhorar. O recetor preocupa-se com o estado de saúde do dador. Pretendi como enfermeira nunca descuidar o cuidar do doente e da família, estabelecendo uma relação empática e de interajuda.

O doente transplantado e da sua família sofrem mudanças que requerem adaptação. Trata-se de um processo de transição, pois apesar do transplante trazer alguma melhoria da qualidade de vida do doente, este não deixa de requerer cuidados muito específicos para a manutenção do seu rim. É fundamental que a pessoa em transição esteja atenta e envolvida nas mudanças em curso (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Os enfermeiros preparam os doentes para a transição e promovem a aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do doente (Meleis et al., 2000).

O processo de transição do doente a ser submetido a transplante, inicia-se na consulta de pré-transplante. A interação enfermeiro-doente visa promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2012). O enfermeiro habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2012).

2.1.4. Unidade de Hemodiálise

➤ **Atividades para desenvolver competências no âmbito da HD.**

A Unidade de HD integra o SIN e é constituída por duas salas de tratamento com 14 postos, incluindo o tratamento de doentes portadores de Vírus da

Imunodeficiência Humana ou hepatite B. A Unidade dispõe de Enfermeiros e de Médicos Nefrologistas. A unidade atende cerca de 60 doentes em programa regular de HD; recebe os doentes internados no SIN, e dá apoio a doentes internados em outros serviços e que necessitam de HD.

Este foi o estágio mais difícil, por ser uma área completamente nova. Apesar de possuir conhecimentos teóricos sobre HD, entrar dentro de uma sala de HD e deparar-me com a realidade fez-me sentir insegura. Nesta fase foi crucial o acompanhamento da Enfermeira Especialista na área de enfermagem nefrológica. Devido ao pouco tempo destinado a este estágio, optei por não puncionar acessos vasculares e focar-me na técnica da HD.

Os primeiros turnos serviram para compreender os procedimentos técnicos e para integrar-me no serviço e na equipa multidisciplinar. As competências de ordem técnica foram desenvolvidas de forma gradual, ganhando progressiva autonomia na prestação de cuidados. As competências técnicas em Enfermagem Nefrológica definidas por Chamney e Saraiva (2007), envolvem mais do que meros procedimentos técnicos, e implicam conhecer tudo o que envolve o tratamento, desde o funcionamento do sistema de tratamento das águas até aos tipos de dialisante. O enfermeiro envolvido em todo este processo mobiliza diferentes níveis de perícia. Como indica Benner a enfermeira perita “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (2001:58).

Comecei por aprender a preparar as máquinas de HD, pois sabia que os doentes tinham muito receio das primeiras sessões de HD. No início também senti receio de um erro meu poder prejudicar o doente, mas o receio foi desaparecendo com o domínio da técnica. Depois comecei a receber o doente na sua unidade, a monitorizá-lo e a conectar os doentes com CVC ao circuito extracorporal, seguindo o protocolo do serviço. A monitorização do doente em HD constitui um dos principais papéis do enfermeiro, pois requer conhecimentos específicos, segurança, capacidade de decisão e ação, para assegurar uma vigilância contínua do estado do doente, interpretar, avaliar e tomar decisões adequadas (FMC, 2011).

Em Portugal a mortalidade por choque séptico atinge os 51%, cuja incidência aumenta cerca de 1,5% ao ano devido ao envelhecimento da população, à maior longevidade das pessoas com doença crónica, ao aumento da imunossupressão por doença ou iatrogenia e ao maior recurso a técnicas invasivas (Circular Normativa

n.º01/2010 da DGS). Se considerarmos que estes fatores afetam a maioria das pessoas com DRC em programa de HD, verificamos que o risco de infeção associada aos cuidados de saúde é muito grande, podendo evoluir para sépsis ou choque séptico. O enfermeiro tem aqui um papel crucial, desde a prevenção, à deteção e intervenção precoces, seguindo as normas e procedimentos instituídos para controlo da infeção. Cabe-lhe ensinar o doente a identificar os sinais de infeção e alertar para a importância de os comunicar atempadamente.

Na Unidade de HD são adotadas várias medidas para controlar a infeção, mas há aspetos que podem ser melhorados: as condições físicas dos vestiários dos doentes são muito precárias, não há um local próprio para os doentes lavarem os membros das fístulas antes da sessão de HD; e os enfermeiros não supervisionam este procedimento. Existe muito cuidado com a assepsia nos procedimentos, estando instituídas normas de procedimento atualizadas. Os enfermeiros utilizam equipamento de proteção individual descartável, adequado para conectar o doente ao circuito extra corporal, e existem conjuntos descartáveis, com taça, pinça, compressas e luvas esterilizadas. Os procedimentos são cumpridos pelos enfermeiros, nomeadamente na desinfeção da pele do doente no local de punção e na realização do penso do cateter antes do tratamento, de forma a detetar sinais de infeção e assegurar que o penso é feito a cada sessão. No caso dos cateteres, a conexão ao circuito extracorporal é realizada por um enfermeiro que utiliza máscara durante o procedimento, assim como o doente.

O desenvolvimento de competências técnicas apresentou-se como uma necessidade pessoal e, simultaneamente, como uma estratégia de aproximação dos doentes, uma vez que me passaram a ver com membro da equipa de enfermagem.

Verifiquei que a maioria dos doentes externos é idosa, fisicamente frágil com problemas nos acessos venosos, pelo que grande parte dos doentes possuía CVCLD. Contudo no que se refere à realidade nacional a proporção de FAV aumentou e a de cateteres diminuiu pelo terceiro ano consecutivo nos doentes prevalentes em HD (SPN, 2015).

O uso do CVC diminuiu devido à associação à estenose e trombose de veias centrais. As frequentes complicações de cateter são: o baixo fluxo, que ocorre por mau posicionamento do cateter; a deposição de fibrina na ponta e nos orifícios de saída do cateter secundária a uma inadequada técnica de heparinização; a infeção

do cateter por migração de bactérias da flora da pele e contaminação das tampas. Estas complicações afetam a eficácia da hemodiálise. (FMC, 2011).

A experiência do estágio mostrou que os doentes mais novos e com FAV são transferidos para as unidades satélite, ao contrário dos mais idosos que com maior número de comorbidades, que carecem de outros cuidados e são mantidos nesta unidade hospitalar. A HD surge como uma modalidade terapêutica, necessária para a manutenção da vida e com o intuito de melhorar a qualidade de vida. Contudo, verifiquei que alguns doentes idosos acamados, mal conseguiam suportar a sessão de HD, apresentando hipotensões severas, câibras que os impossibilitava de realizar 4 horas de diálise, havendo muitos doentes que realizavam apenas 2 horas de tratamento. Esta realidade fez-me refletir sobre a pertinência de optar pelo Tratamento Médico Conservador, pois a norma n.º 017/2011 da DGS refere:

“deve ser ponderado o tratamento médico conservador da DRC5, quer como primeira opção quer na suspensão de terapêutica de substituição da função renal, sempre que a situação clínica, mormente pela coexistência de comorbilidade que configure doença avançada e progressiva, faça prever que o tratamento dialítico não contribuirá para a reversão do seu estado mórbido, para o alívio da sua sintomatologia, para o prolongamento da vida do doente ou para a melhoria da sua qualidade.” (2011:3/35)

Esta situação levou-me a refletir sobre se estamos preparados para implementar estes dispositivos legais.

➤ **Atividades para capacitar a pessoa com DRC a gerir o seu regime terapêutico.**

A proximidade entre os postos de HD na sala, e o facto de nem todos estarem dotados de cortinas, fez-me pensar na privacidade destes doentes. De acordo com o estipulado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente “ O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico.” Verifiquei que esta necessidade é sentida pelos membros da equipa e verbalizada por alguns doentes. Contudo, os enfermeiros esforçam-se por manter a privacidade dos doentes, recorrendo ao uso dos poucos biombos disponíveis.

Os momentos de interação com o doente foram situações privilegiadas do estágio. Permitiram compreender melhor o que é a HD, quem são estas pessoas com DRC em programa regular de HD, a sua situação familiar e social, o processo de adaptação à doença e ao tratamento, como as pessoas gerem o seu regime

terapêutico e quem os ajuda. Muitos destes doentes estão institucionalizados e os seus familiares responsabilizam-se pela confeção das refeições e pela gestão da terapêutica. Pude verificar que a maior dificuldade referida pelos doentes é controlar a ingestão hídrica.

A equipa de enfermagem aproveita a sessão de HD para efetuar ensinamentos sobre a gestão do regime terapêutico, designadamente sobre a alimentação, terapêutica, cuidados ao acesso vascular, mostrando-se alguns doentes bastante interessados. Outros doentes isolam-se, ouvem música, dormem, e quando se tenta alguma abordagem respondem de forma simples, sendo difícil estabelecer diálogo. Alguns doentes são dos PALOP, com hábitos alimentares muito marcados pela sua cultura, que tive em conta nas minhas intervenções.

Este foi um campo de estágio muito rico para o desenvolvimento das competências que pretendíamos desenvolver na área da HD e da gestão do regime terapêutico em particular.

2.2. Atividades desenvolvidas no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.

O HDESPD, E.P.E. presta cuidados diferenciados de saúde, à população das ilhas de São Miguel e de Santa Maria e à população de toda a Região, efetuando os diagnósticos, tratamentos e reabilitação dos doentes, apoiando e articulando a sua atividade com os cuidados primários de saúde. Constitui um Hospital de referência na Região Autónoma dos Açores, pela capacidade de resposta diferenciada às necessidades dos doentes. Serve uma população de 140.000 habitantes de São Miguel e Santa Maria, e em algumas especialidades, os 250.000 habitantes dos Açores⁶.

2.2.1. Serviço de Hemodiálise

O Serviço de Diálise deste Hospital, compreende a Unidade de HD e a Unidade de DP. A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por quatro médicos nefrologistas, a Enfermeira Chefe, catorze enfermeiros (dos quais dois são Especialistas em enfermagem médico-cirúrgica), duas administrativas e uma dietista.

⁶ <http://www.hdes.pt/>

A Unidade de HD é constituída por duas salas de tratamento e um total de 16 postos de HD, com 7 postos para doentes portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana ou hepatite B positivo. Dispõe de um quarto de isolamento, de uma sala para técnicas como colocação de CVC e uma sala de urgência. A Unidade funciona 24 horas, de segunda a sábado. Ao domingo funciona só em situações de urgência, com um enfermeiro de prevenção.

Esta Unidade atende 70 doentes fixos e externos por dia; recebe doentes internados e dá apoio aos doentes internados em outros serviços, que necessitam de diálise.

A consulta de Nefrologia/consulta de esclarecimento, é implementada por dois Enfermeiros Especialistas, pela dietista, Diretor Clínico do serviço e pela Sr.^a Enfermeira Chefe, de acordo com a norma n.º 017/2011 da DGS, dispondo já de um gabinete para o efeito.

As competências desenvolvidas no estágio anterior e a semelhança das rotinas facilitaram a integração na equipa e a aproximação dos doentes, uma vez que rapidamente me assumiram como membro da equipa de enfermagem. Os objetivos que me propus atingir neste campo de estágio são iguais aos da Unidade de HD do HSC, à exceção de pretender desenvolver um trabalho de investigação.

Tal como no campo de estágio anterior, os doentes são maioritariamente idosos. Contudo, dá-se primazia à construção de FAV. A colocação de CVC só acontece quando é necessário iniciar TSFR e não existe nenhum acesso construído previamente e/ou maturado ou quando as demais alternativas de acesso definitivo estão esgotadas.

O sucesso da diálise depende muito da adequação do fluxo de sangue para o dialisador. Para garantir um fluxo sanguíneo adequado é necessário um acesso vascular funcional, criado ou implantado cirurgicamente, permitindo que o sangue seja desviado por um circuito extra corporal até ao dialisador, para depois ser devolvido ao organismo (FMC, 2011). Assim, o acesso vascular ideal é aquele que permite um fluxo adequado para a prescrição de diálise, que tem um período de vida longo, sem complicações e que não necessite de intervenções frequentes. A FAV é o acesso vascular permanente de eleição para a realização de diálise crónica (NFK, 2006)

É da responsabilidade das equipas médica e de enfermagem preservar adequadamente as veias do membro onde está localizado o acesso venoso para HD e capacitar o doente dessa importância, de forma a proteger o acesso, que é vital para a sua sobrevivência (FMC, 2011). Cabe à equipa de enfermagem a monitorização contínua do acesso vascular, bem como a educação e a promoção do autocuidado do cliente com DRC em HD. Esta responsabilidade decorre do facto de serem os enfermeiros que manuseiam regularmente o acesso, referenciando os casos considerados de risco, de forma a intervir atempadamente, minimizando-se assim as potenciais complicações (FMC, 2011).

As complicações dos acessos vasculares são motivo de 15% a 20% dos internamentos, (NFK, 2006), levando a um aumento de morbilidade e dos custos. As complicações mais frequentes, que justificam o internamento hospitalar, incluem a trombose, infeção, estenose, síndrome de roubo, aneurismas, pseudoaneurismas e hipertensão venosa (FMC, 2011).

Na sala de HD pude verificar que a avaliação do acesso vascular é realizada maioritariamente durante as primeiras punções ou em situações em que o compromisso já está instalado. É vasta a literatura que refere que a observação, palpação e auscultação deve ser realizada no início de todas as sessões de HD, de forma a detetar precocemente as complicações. O serviço está a tentar implementar as boas práticas na observação e avaliação do acesso vascular. No decorrer deste estágio realizei o exame físico e avaliei a funcionalidade de acessos vasculares e a maturação de duas FAV. De acordo com Sousa (2011) citando (Hemphil & Allon, 2003):

“(…) no que diz respeito a cateterização da FAV, a punção de “novas” ou acessos “difíceis” deve ser da responsabilidade dos enfermeiros mais experientes e nunca ser delegada aos enfermeiros com pouco experiência em diálise (...) possibilita diminuir a ocorrência de hematomas/infiltrações extensas, que podem originar à falência/trombose da FAV, por compressão extrínseca dessa zona.” (Sousa, 2011:37)

Nesta unidade não existem cortinas, e a proximidade entre os postos de tratamento é grande. Recordo uma situação de urgência, em que se procedeu a manobras de reanimação de uma doente, em que a colocação de biombos não permitiu manter a privacidade das manobras de ressuscitação, causando ansiedade e preocupação nos outros doentes.

As condições físicas do serviço de HD são adequadas, pois sofreu remodelações recentemente. Existem locais próprios para os doentes lavarem os membros dos acessos vasculares no serviço antes da HD, mas os enfermeiros não controlam o procedimento. Os enfermeiros respeitam a assepsia nos procedimentos, sendo cumpridas normas de procedimento atualizadas, idênticas ao anterior campo de estágio.

A interação com os doentes durante este estágio, permitiu compreender como os doentes micaelenses se adaptaram à doença e ao tratamento, a influência da cultura regional na alimentação e o tipo de ajuda que recebem na gestão do regime terapêutico.

No decorrer deste estágio realizei uma formação à equipa de enfermagem, sobre a importância de conhecer a cultura da população para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem (Apêndice VI, VII). Também atualizei o folheto informativo sobre a nutrição em HD, com base na cultura alimentar micaelense, com apoio da dietista (Apêndice VIII). A pertinência destes elementos advém do trabalho de investigação previsto e a desenvolver com os doentes desta Unidade sobre: “gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodiálise: influências culturais micaelenses”.

Estes estágios permitiram aprofundar os meus conhecimentos teóricos, conhecer novas realidades, troca de experiências e refletir de forma crítica sobre a prática. Adquiri sem dúvida mais competências na área da enfermagem nefrológica. O empenho demonstrado na concretização das diferentes atividades a relação empática com a equipa multidisciplinar e o apoio da Enfermeira Orientadora, contribuíram para a minha integração. Foi com contentamento que consegui concretizar os meus objetivos traçados. Ao longo do estágio visei sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Penso que desta forma consegui atingir globalmente as competências definidas pelo plano de estudo.

Considero ter concretizado os objetivos previstos para cada campo de estágio, conforme atestam as apreciações produzidas pelos orientadores de cada campo de estágio, que podem ser consultadas nos Anexos I, II, III e IV.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevo e fundamento os procedimentos realizados, no sentido de dar resposta ao objetivo de estudo que conduzirá a uma melhor compreensão do fenómeno.

Para Fortin (2000), a metodologia da investigação pressupõe em simultâneo um processo racional e um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científico, com a finalidade de obter resposta à questão previamente formulada. É através do método científico que o investigador obtém conhecimentos, recorrendo a métodos de colheita de dados, de classificação, de análise e interpretação de dados. Como também realça Gauthier (1998:2) toda a pesquisa tem origem numa questão a ser respondida ou num problema a ser resolvido pelo pesquisador. Para tal é imprescindível o uso de um método científico, válido e fidedigno em investigação científica. De outro modo, é difícil atribuir às respostas obtidas alguma cientificidade, validade e legitimidade.

Espero deste modo proporcionar uma base especialmente sólida para enriquecer o conhecimento científico em Enfermagem. Segundo Polit & Hungler “a pesquisa em enfermagem amplia a base de informações não somente para aquela enfermeira que faz a indagação, mas também para todas as demais que buscam respostas para o mesmo problema.” (Polit & Hungler, 1995:6-7).

3.1. Finalidade do estudo

O presente trabalho de investigação tem por tema: “gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodiálise: influências culturais micaselenses”, e resulta da seguinte pergunta de partida: ***“De que forma a cultura micaselense influencia a gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodiálise?”***.

Assim, como objetivo geral pretendo aferir se a cultura micaselenses influencia a gestão da dieta, nos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise.

Para tal delineei os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Conhecer as estratégias utilizadas pelos doentes renais crónicos micaselenses em HD na gestão do seu regime dietético;

- ✓ Compreender de que forma os fatores culturais influenciam a gestão do regime dietético.

O estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área de nefrologia, para que se desenvolvam intervenções de enfermagem baseadas em princípios científicos e linhas orientadoras de boas práticas nos cuidados.

3.2. Tipo de estudo

Tendo em conta a questão central do estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa com a finalidade “(...) compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos; as observações são descritas principalmente sob a forma narrativa.” (Fortin, 2000:371). A abordagem indutiva será a forma mais adequada de alcançar um conhecimento mais profundo e abrangente do fenómeno em estudo, pois permite compreender as vivências humanas, através da análise de dados narrativos subjetivos. Daí a escolha deste tipo de investigação adequado às ciências sociais e humanas, onde se enquadra a disciplina de Enfermagem, (Streubert & Carpenter, 2002). A abordagem qualitativa permitirá responder à questão de investigação, descrevendo as influências culturais e as estratégias adotadas na gestão do regime dietético no doente renal crónico micaelense em hemodiálise.

De acordo com a questão de investigação o estudo é exploratório-descritivo. Como refere Polit & Hungler, a pesquisa exploratória visa mais do que a observação e a descrição do fenómeno: “(...) a pesquisa exploratória visa explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros factores com os quais ele se relaciona.” (1995:14). Neste contexto, ao compreender o fenómeno em estudo, permite um melhor conhecimento da magnitude do problema.

3.3. Os informantes

De acordo com Streubert & Carpenter (2002), os participantes num estudo qualitativo são selecionados tendo por base a experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse. Este tipo de amostragem é designado de amostra intencional, pois o que se pretende é observar e entrevistar pessoas obter uma descrição rica e densa dessa vivência cultural ou fenómeno e não a utilização de técnicas de amostragem que permitam a generalização dos resultados (Streubert & Carpenter, 2002). Deste modo, foi constituída uma amostra intencional, 10 utentes com DRC em tratamento regular de HD, na Ilha de São Miguel no Serviço de Hemodiálise no HDESPD, E.P.E. tendo em conta os seguintes critérios: ser doente renal crónico em tratamento de hemodiálise; com idades superiores a 18 anos; tempo de tratamento superior ou igual a um ano; compreensão da Língua Portuguesa escrita, uma vez que poderão existir alguns doentes de nacionalidade estrangeira. Foram excluídos as pessoas com DRC em programa regular de HD que apresentem, história de demência ou depressão, alterações psicológicas e inviabilizem a colaboração no estudo.

3.4. Método de colheita de dados

Realizamos entrevistas semiestruturadas por se tratar do instrumento mais adequado para a recolha de informação pretendida. Este método permite responder às exigências de uma pesquisa indutiva, em que o entrevistador é livre de formular um guião com linhas orientadoras e questões que fornecem um lista dos temas a explorar, apresentando-as ao informante segundo a ordem que lhe convém (Bogdan & Biklen, 1994). De acordo com Polit & Hungler, “(...) pode ser reunida uma boa quantidade de informações através da interrogação directa de pessoas; isto é, solicitando a elas o relato de experiências pessoais” (1995:166), nomeadamente acerca das vivências e expectativas individuais e dos conhecimentos. Bogdan & Biklen (1994) acrescentam que através da entrevista semiestruturada há oportunidade de obter dados semelhantes entre os múltiplos sujeitos.

Neste sentido, efetuou-se a recolha de dados através da entrevista semiestruturada, recorrendo a um guião de orientação (Apêndice IX), que favoreceu a exploração mais profunda das respostas dos entrevistados. O guião foi elaborado

tendo como base as restrições alimentares do doente renal crónico em HD e O Modelo Purnell de Competência Cultural (2010) no que se refere ao domínio cultural da nutrição. Para avaliar este domínio foram consideradas as linhas orientadoras propostas por Purnell (2010), como os alimentos mais utilizados, as práticas de confeção e rituais alimentares de forma a conhecer as práticas e estratégias dietéticas adotadas pelos doentes micaelenses.

As entrevistas foram gravadas em formato digital, viabilizando a sua análise posterior. Este processo evita a perda de informações importantes (Bogdan & Biklen, 1994).

Antes da colheita de dados, foram realizadas entrevistas para testar a compreensão das perguntas. Verifiquei que as questões eram claras e possibilitavam aos doentes discorrer sobre a sua gestão dietética o que correspondia as perspetivas sobre o objeto de estudo.

As entrevistas foram realizadas em Dezembro de 2014, após o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, da autorização do Conselho de Administração do HDESPD, E.P.E. e do Diretor Clínico e da Chefe de Enfermagem do Serviço de Hemodiálise (Anexo V).

Antes da entrevista todos os sujeitos receberam informação sobre os objetivos do estudo, a metodologia de colheita de dados (gravação áudio das entrevistas) e foi garantida a confidencialidade das respostas. Foi pedido um consentimento informado por escrito a todos os participantes (Anexo VI). As entrevistas foram realizadas antes das respetivas sessões de HD, num gabinete com privacidade no serviço, com uma duração média de 30 minutos.

Em alguns informantes houve necessidade de colocar questões para aprofundar as suas respostas. Para o efeito utilizei as seguintes estratégias: repetição do que os entrevistados haviam dito; repetição da pergunta; pedidos de explicitação e/ou justificação; escuta ativa, mesmo quando os entrevistados se desviavam do assunto.

Por último procedeu-se à audição integral das entrevistas efetuadas e foram transcritas integralmente, com fidelidade do discurso dos entrevistados. Optou-se por colocar na transcrição das entrevistas a sinalética de (...) quando ocorria uma pausa no discurso.

3.5. Análise temática de conteúdo

A análise de dados na investigação qualitativa inicia-se em simultâneo com a colheita de dados, de acordo com Streubert & Carpenter (2002). Para a análise dos dados qualitativos procedeu-se à análise de conteúdo que é:

“(…) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens).” (Bardin, 2013:44).

As várias fases da análise de conteúdo compreendem: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.” (Bardin, 2013:121). A primeira fase consiste na organização dos dados que “corresponde a um período de intuições, que tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.” (Bardin, 2013: 121). A segunda consiste na exploração do material, envolve as tarefas de codificação onde a escolha das unidades (recorte), a escolha das regras de contagem (enumeração) e de categorias (classificação) pretendem aplicar de forma sistemática as decisões tomadas na pré-análise (Bardin, 2013). A última fase da análise de conteúdo traduz o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação. Visa tornar os dados válidos e com significado, utilizando dispositivos, quadros esquemáticos, de forma a sistematizarem e colocarem em evidência as informações fornecidas pela análise (Bardin, 2013).

4. RESULTADOS DO ESTUDO SOBRE INFLUÊNCIA DA CULTURA MICALENSE NA GESTÃO DO REGIME TEREPÊUTICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO EM HD

4.1. Caracterização dos informantes

A caracterização sociodemográfica dos participantes (Apêndice X) pretende descrever as características primárias e secundárias definidas por Purnell (2010). As características primárias compreendem idade, género, raça e religião. Das características secundárias fazem parte a profissão, situação laboral, estado civil, nível de escolaridade e o agregado familiar. Foi também tido em conta o número de meses em HD.

Todos os participantes são caucasianos, sendo sete do género masculino. A idade variou entre os 30 e os 85 anos, com média nos 60 anos, aquém da média etária nacional dos doentes em HD em 2014 (67,17 anos), mas próxima da média dos doentes das ilhas (62,6 anos) reportada pela SPN (2015). Segundo o PRS (2014-2016), baseado nos Censos de 2011, havia 13,1% de pessoas com mais de 65 anos nos Açores, valor inferior à percentagem de idoso no continente (19,3%).

Dos 10 participantes 8 eram casados. Destes, 5 viviam com o cônjuge e outros familiares e 3 vivem apenas com o cônjuge, o que traduz o envolvimento do cônjuge na gestão da dieta, aspeto considerado crucial por Martins (2013).

No que respeita à escolaridade, 6 participantes possuíam o ensino primário, refletindo o nível médio de escolaridade desta grupo etário. A maioria (8) dos participantes estava aposentada, havendo apenas um empregado. A conjugação do horário das sessões de HD com o trabalho, o cansaço, a irritabilidade e a depressão, são características dos doentes que os impedem de continuar a trabalhar, levando-os a reformas antecipadas (Auer:2005).

Todos os participantes eram católicos, o que pode influenciar as práticas alimentares (Martins, 2013).

O tempo de tratamento em programa regular de HD variou entre os 24 e os 264 meses, com média nos 70,4 meses, o que permite situar os participantes na fase de adaptação (Martins, 2002), em que a pessoa reorganiza a sua vida e integra o tratamento no seu quotidiano. A adaptação psicológica é muito complexa e depende de fatores individuais, familiares e sociais. A personalidade do indivíduo

desempenha um papel muito importante no processo de reação e adaptação à doença (Martins, 2002; Auer, 2005).

4.2. Análise dos dados

A análise temática de conteúdo permitiu identificar unidades de registo e classificá-las em categorias. Este método visa encontrar «núcleos de sentido» na comunicação e cuja presença ou frequência podem ter significado para o estudo (Bardin, 2013:131). A unidade de registo é a “(...) unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.” (Bardin, 2013:130)

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu identificar categorias, que são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.” (Bardin, 2013:145).

Essa categorização respeitou critérios como: homogeneidade que apela a um só princípio de classificação; pertinência do que se vai analisar; objetividade e fidelidade, que se definem como possibilidade de aplicar a mesma grelha categorial quando se submete a várias análises as diferentes partes de um mesmo material; produtividade quando o conjunto de categorias, fornece resultados válidos e com significado (Cf. Bardin, 2013). As categorias foram agrupadas em temas, que são unidades de significação que emergem do texto analisado, segundo a teoria que guia e suporta o estudo (Cf. Bardin, 2013:131).

A análise iniciou-se após várias leituras do texto integral das entrevistas. Esta fase foi demorada, pela necessidade de voltar à audição das entrevistas e reler as transcrições, para apreender o sentido dos discursos e demarcar as unidades de registo.

Da análise e classificação dos dados resultaram seis temas que agruparam categorias da mesma dimensão.

Quando já não foi possível identificar unidades de registo que induzissem a definição de novas categorias, o processo foi dado por finalizado.

Cada tema é apresentado em forma de grelha para permitir uma visão panorâmica com um rápido e fácil acesso às categorias e unidades de registo e como estas se relacionam entre si (Apêndice XI). Posteriormente, a análise de cada

tema e das respetivas categorias é desenvolvida, comparando os resultados com a perspetiva de outros autores.

TEMA 1: Consciência de não cumprir o tratamento recomendado

Este tema revela que os doentes assumem a dificuldade em cumprir diariamente as restrições hídrica e dietética, impostas pelo tratamento. O tema inclui duas categorias: a dieta é prejudicial à saúde; é comum abusar face à ingesta de alimentos e líquidos (quadro 1).

Quadro 1 - Categorias do tema consciência de não cumprir o tratamento

Categorias	Unidades de enumeração
• É comum abusar face a ingesta de alimentos e líquidos	4
• A dieta é prejudicial à saúde	2

Para a categoria “É comum abusar face a ingesta de alimentos” e líquidos encontrámos expressões como: “*Às vezes ao fim de semana, trago três quilos e tal. Mas não é todos os fins-de-semana. Sabe sempre se come mais alguma coisa, ou bebe mais um pouco de água.*”

À categoria “A dieta é prejudicial à saúde” correspondem a afirmações como: “*Por exemplo, de vez em quando também como um chocolate...mas em dia de festa, eu sei que faz mal.*” (E10)

O doente renal em programa regular de HD sofre alterações no estilo de vida, designadamente no tipo de alimentação. As restrições na dieta afetam a qualidade de vida e exigem que o doente adote hábitos e atitudes saudáveis, a fim de garantir o estado nutricional adequado e de reduzir o risco de intercorrências (Martins, 2013).

Apesar das orientações da equipa de aúde, muitos doentes têm dificuldade em cumprir o regime alimentar imposto pelo tratamento, sendo a transgressão uma prática frequente, quer pela quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, quer pelo incumprimento da restrição de líquidos (Martins, 2013). A falta de informação parece estar associada à não adesão à dieta, mas ter mais conhecimentos pode não ser suficiente para alterar comportamentos (Martins, 2013). O mesmo autor justifica este comportamento de transgressão como “(...) uma tentativa de o paciente ganhar novamente o controle em uma situação da qual se sente dependente.” (Martins, 2013:328).

TEMA 2: Dificuldades relacionadas com o tratamento

O tema apresenta os domínios do tratamento com impacto negativo na vida da pessoa com DRC em programa regular de HD. A adaptação à DRC e à HD requer alterações importantes na vida psicológica, familiar, ocupacional e social (Auer, 2005, Martins, 2013) e constitui uma crise dramática porque acrescenta um conjunto de tensões e exigências. O *stress surge*, então, como um fenómeno comum durante esta transição crítica. Neste tema incluem-se 10 categorias como mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Categorias do tema dificuldades relacionadas com o tratamento

Categorias	Unidades de enumeração
• Dificuldade em cumprir as restrições dietéticas	6
• Dificuldade em cumprir as restrições hídricas	5
• Compromisso de atividades socioculturais e familiares	5
• Não poder concretizar as expectativas em relação ao futuro	4
• Medo de complicações intradialíticas	4
• Punção do acesso vascular	2
• Duração das sessões de HD	2
• Dificuldade em conciliar o tratamento com o trabalho	1
• Tempo gasto no transporte	1
• Fadiga	1

Na categoria “Dificuldade em cumprir as restrições dietéticas” encontramos depoimentos como: “*Foi complicado, porque ela fazia as comidas temperadas, agora se ela faz polvo, aquilo para mim já não tem gosto nenhum. Já não tem o tempero, a pimenta, o sal.*” (E5)

A categoria “Dificuldade em cumprir as restrições hídricas” expressa dificuldades como: “*Foi um grande problema para mim, os líquidos foi um caso muito sério.*” (E2); “*Ando sempre com os lábios muito secos, estou aqui e estou inquieta para beber água.*” (E2); “*Agora não posso comer sopa. Eu comia muita sopa. Comia um a dois pratos de sopa. Não posso comer por causa de água.*” (E2)

Para a categoria “Compromisso de atividades socioculturais e familiares” encontramos expressões como: “*O que mais me incomoda...sinceramente. Eu não tenho problemas com isso, eles compreendem... e eles aceitam-me como sou, como eu estou... é a minha família que condiciona. Isto é o que me preocupa. Pois eu condiciona a vida deles. Por exemplo passear... às vezes a gente passeia, não*

podem ser é muitos dias, tem de ser um período curto, pois levo a comida congelada.” (E3)

Foram classificadas as verbalizações para a categoria “Não poder concretizar as expectativas em relação ao futuro”, como: “*Estava a pensar que quando fosse para a minha reforma, que ia fazer isto e aquilo, uns trabalhinhos lá em casa, semear umas coisinhas para não ter de comprar. Depois apareceu-me isto e um homem fica com as pernas cortadas. Uma pessoa pensa eu vou morrer...isto descontrolou um bocado, mas grande... um homem nunca fica satisfeito*” (E1); “*Reformei-me cedo. A senhora está num serviço que gosta, amanhã aparece-lhe uma desgraça, como me apareceu... eu estava no meu serviço com ideias de fazer determinadas coisas, apareceu-me isto... foi difícil enfrentar isto.*” (E1)

A categoria “Punção do acesso vascular” engloba todas as verbalizações que fazem referência à dor na punção da fístula como: “*Custa mais as agulhas, mas pronto.*” (E8)

Nesta categoria “Duração das sessões de HD” foram classificadas as verbalizações como: “*(...) e estar aqui estas horas sem fazer nada, isto para mim ... já se sabe ninguém gosta.*” (E6)

Na categoria “Dificuldade em conciliar o tratamento com o trabalho”, foram agrupadas expressões como: “*Foi muito difícil porque estava a trabalhar*” (E1); “*Não cultivo, porque agora não posso. Antigamente eu cultivava as batatas, a couve, as cenouras, inhame. Dei a terra ao meu filho.*” (E1)

Para a categoria “Tempo gasto no transporte” foram reunidas expressões como: “*O que mais me incomoda são essas viagens para baixo e para cima (...).*” (E6)

A pessoa com DRC em HD convive diariamente com um tratamento penoso, com impacto na sua vida e na dos seus familiares (Auer, 2005). Perante a complexidade do tratamento, é comum os doentes apresentarem dificuldade em gerir o regime alimentar, a medicação, controlar os líquidos ingeridos, comparecer aos tratamentos e cuidar do acesso vascular (Madeiro, et al., 2010). Outras das dificuldades de adesão ao tratamento identificadas por Madeiro et al. (2010) são: o transporte; a distância; o tempo das sessões; dor na punção da fístula; cuidados com a fístula arteriovenosa; fatores financeiros; limitações de lazer; o não trabalhar; a restrição hídrica; dependência de acompanhantes e *deficit* de conhecimento.

Realizar HD três vezes por semana implica que a pessoa se desloque a um centro de diálise, habitualmente o mais próximo da sua residência, num horário pré estabelecido tornando-se por vezes difícil de conciliar com a atividade profissional da pessoa. Torna-se difícil manter um emprego (Auer, 2005) e a reforma por doença é muito frequente, geralmente com perda de rendimento e incapacidade de continuar a assumir papéis na família e na sociedade.

Cumprir as restrições de líquidos e dietéticas implica privações e alteração na vida familiar e social. O tratamento obriga a reorganizar a dinâmica familiar, as atividades de lazer, as férias, as atividades desportivas e os planos para o futuro (Auer, 2005).

A categoria “Medo de complicações intradialíticas” engloba verbalizações que traduzem o medo de mal-estar das cãibras, que possam ocorrer durante ou após as sessões de HD, como: “ (...) *pois vejo as outras pessoas a sofrer de cãibras nas pernas, de muito peso e eu tenho medo.*” (E8).

Como afirma Sousa, os doentes “tendo a percepção de que a melhoria sintomática está relacionada com o cumprimento das indicações terapêuticas e nutricionais, esforçam-se pelo cumprimento das mesmas.” (2012:87).

A “Fadiga” foi também apontada como uma das dificuldades sentidas e engloba afirmações como: “*Se bem que o que me mete mais impressão e o que me custa mais é condicionante física.*” (E9)

A fadiga é um sintoma ou efeito secundário debilitante experimentado por muitos doentes em diálise e que afeta a qualidade de vida dos mesmos (Jhamb, Weisbord, Steel, & Unruh, 2008). Segundo estes autores muitas são os fatores que causam a fadiga: fatores fisiológicos (desnutrição, anemia, urémia, processos inflamatórios, insuficiência da diálise, hiperparatiroidismo, doenças crónicas, distúrbios do sono, depressão, efeitos secundário das medicações e inatividade), os aspetos comportamentais, individuais (idade, o sexo a raça), (Jhamb et al., 2008 & Martins, 2013).

A HD acarreta um conjunto de dificuldades pois“(...) todo o processo torna-se uma questão fulcral para muitos doentes, que guardam rancor pela proporção das suas vidas que é agora dedicada à diálise, apesar do facto de ser a diálise que está a tornar possível a própria vida.” (Auer, 2005:88)

TEMA 3: Estratégias para gerir o tratamento

Este tema expõe as estratégias utilizadas pelos participantes face às dificuldades impostas pelo tratamento. O impacto de uma situação stressante é influenciado pela forma como a pessoa interpreta a situação e pelas estratégias de *coping* que usa (Rodrigues, 2011). Lazarus & Folkman (1984) citado por Rodrigues (2011) definiram estratégias de *coping* “como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas ou externas que excedem as capacidades dos indivíduos” (2011:26). Deste modo, para que possam continuar a viver e a encontrar formas de lidar com as alterações profundas que se processam no seu corpo, na sua vida e nas suas relações com os outros, é necessário que procedam a todo um trabalho de reorganização da sua vida e de adoção de novos comportamentos adequados ao enquadramento familiar, profissional, social e terapêutico em que vai passar a decorrer a sua vida (Auer, 2005).

No relato dos participantes foi possível reconhecer um conjunto de estratégias utilizadas para gerir o tratamento, as quais vão de encontro a algumas das dificuldades identificadas. De forma a facilitar a sua perceção e relacionar estes dois temas foi organizado um quadro com as estratégias usadas para cada dificuldade (quadro 3).

Quadro 3 - Estratégias apontadas para cada dificuldade

TEMA 2 DIFICULDADES RELACIONADAS COM O TRATAMENTO	TEMA 3 ESTRATÉGIAS PARA GERIR AS DIFICULDADES	
C. Compromisso de atividades socioculturais e familiares	C1. Evitação	
F. Punção do acesso vascular	F1. Conformação F2. Desviar o olhar durante a punção	
J. Dificuldade em cumprir as <u>restrições dietéticas</u>	J1. Moderar o consumo/ não abusar J2. Realizar alimentação diferente nos dias de HD J3. Comer alimentos ricos em potássio e fósforo antes ou durante a HD J4. Comer pouco / não exagerar dos alimentos nocivos para a saúde, tipicamente regionais J5. Uso de resina permutadora de iões J6. Cozinhar as próprias refeições J7. Ajuda da esposa e outros familiares para cozinhar J8. Confeccionar refeições diferentes do resto da família J9. Corresponden às expetativas da família	J10. Valorizar a saúde J11. Reduzir o consumo de leite J12. Comer alimentos com menos potássio e fósforo J13. Demolhar os alimentos J14. Cozer os alimentos em água abundante J15. Cozer os alimentos em duas águas J16. Ajuda da dietista J17. Ajuda dos enfermeiros J18. Informação em páginas da internet e livros
K. Dificuldade em cumprir as <u>restrições hídricas</u>	K1. Suportar a sede K2. Ingerir sopa espessa K3. Comer sopa com o garfo K4. Colocar gelo na boca K5. Beber água fresca/gelada K6. Bochechar K7. Beber pouco de cada vez K8. Beber pouco K9. Medir a ingesta hídrica K10. Usar recipientes pequenos para beber	K11. Colocar na água gotas de limão K12. Restringir o sal K13. Evitar picantes K14. Usar limão em vez de sal K15. Usar outros temperos K16. Evitar executar certas tarefas que possam provocar sede K17. Controlar o GPI K18. Avaliar a diurese

Neste tema incluem-se 39 categorias como mostra o quadro 4.

Quadro 4 - Categorias do tema estratégias para gerir o tratamento

Categorias	Unidades de enumeração
• Restringir o sal	9
• Moderar o consumo/ não abusar	8
• Comer pouco / não exagerar dos alimentos nocivos para a saúde, tipicamente regionais	8
• Ajuda da esposa e outros familiares para cozinhar	7
• Confeccionar refeições diferentes do resto da família	6
• Comer alimentos com menos potássio e fósforo	6
• Ajuda da dietista	6
• Realizar alimentação diferente nos dias de HD	5
• Evitar picantes	5
• Usar outros temperos	5
• Evitação	4
• Comer alimentos ricos em potássio e fósforo antes ou durante a HD	4
• Reduzir o consumo de leite	4
• Demolhar os alimentos	4
• Uso de resina permutadora de iões	3
• Cozinhar as próprias refeições	3
• Valorizar a saúde	3
• Cozer os alimentos em duas águas	3
• Comer sopa com o garfo	3
• Bochechar	3
• Usar limão em vez de sal	3
• Controlar o GPI	3
• Informação em páginas da internet e livros	2
• Colocar gelo na boca	2
• Beber água fresca/gelada	2
• Beber pouco de cada vez	2
• Medir a ingesta hídrica	2
• Colocar na água gotas de limão	2
• Conformação	1
• Desviar o olhar durante a punção	1
• Corresponder às expetativas da família	1
• Cozer os alimentos em água abundante	1
• Ajuda dos enfermeiros	1
• Suportar a sede	1
• Ingerir sopa espessa	1
• Beber pouco	1
• Usar recipientes pequenos para beber	1
• Evitar executar certas tarefas que possam provocar sede	1
• Avaliar a diurese	1

As dificuldades, assim como as respetivas estratégias relatadas, centram-se mais, nas restrições dietéticas e hídricas. Como justifica Martins (2013) “a dieta torna-se uma carga a mais, sendo as restrições e outras indicações alimentares, provavelmente, a parte mais difícil do tratamento.” (2013:327), uma vez que colidem com os hábitos alimentares e culturais do doente e as suas preferências (Martins, 2013). As restrições alimentares e hídricas podem causar *stress* levando os doentes a ter comportamentos: obsessivos, em que seguem de forma meticulosa as orientações; o medo de comer, pode promover a desnutrição; outros há, que entram fases de compulsão alimentar; e outros que simplesmente ignoram as restrições (Martins, 2013).

De acordo com os relatos dos participantes, apresentam-se as categorias constituídas, onde se expõe para cada uma, um exemplo das respetivas afirmações:

“Restringir o sal”: *“Eu retirei o sal totalmente.”* (E7)

“Reduzir o consumo de leite”: *“Eu gosto de leite, mas bebo poucacinho no café. Diz que o leite não é muito bom para esta doença.”* (E5)

“Comer alimentos com menos potássio e fósforo”: *“(…) queijo não como, porque tenho sempre o fósforo elevado. Derivados de leite, não sou capaz de comer.”* (E6); *“Sim também como, mas a batata-doce já não como tanto porque tem mais potássio que propriamente o inhame.”* (E6)

“Demolhar os alimentos”: *“(…)eu cozo tudo em bastante água. E depois deito água fora. Agora também já como feijão.”* (E2)

“Cozer os alimentos em água abundante”: *“antigamente, deixava tudo de molho de um dia para o outro, a batata, a cenoura.”* (E2); *“Atenção eu gosto muito de feijão assado. Então depois do feijão estar de molho, (...)”* (E2)

“Cozer os alimentos em duas águas”: *“(…)eu cozo tudo em bastante água. E depois deito água fora. Agora também já como feijão.”* (E2)

“Ingerir sopa espessa”: *“É, mesmo espessa [sopa], o mínimo de líquido possível.”* (E3)

“Comer sopa com o garfo”: *“Leva couves, mas eu quase sempre como é com o garfo. E sempre fica a água no prato e depois deito fora.”* (E4)

“Colocar gelo na boca”: *“Ponho um bocadinho de gelo na boca para matar a sede.”* (E10)

“Beber água fresca/gelada”: *“Tenho uma garrafinha com água fresca lá no frigorífico e vou bebendo uns golinhos. Já se sabe que não se pode beber muito.”* (E1)

“Bochechar”: *“(…) se eu vejo que estou a beber água à mais, eu lavo a boca e deito fora, é isso que eu faço.”* (E2)

“Beber pouco de cada vez”: *“Eu bebo mais do que o que como. Às pinguitas, pouco a pouco.”* (E4)

“Beber pouco”: *“Mas quando tenho sede vou a torneira da fonte bebo um golinho e já fico satisfeito.”* (E5)

“Medir a ingesta hídrica”: *“Às vezes começo a pensar já bebi isto, já bebi aquilo, pego num copo de medir e parou (…)”* (E6)

“Usar recipientes pequenos para beber”: *“Mas é uma chávena pequenina. Eu não bebo chávenas grandes.”* (E8)

“Colocar na água gotas de limão”: *“Já me ensinaram encher uma garrafinha de água e deitar umas gotas de sumo de limão branco. Aquilo controla.”* (E2)

“Evitar picantes”: *“Não senhora [por pimenta]”; “Mas não é para minha comida [pimenta], faz para ela.”* (E10)

“Usar limão em vez de sal”: *“Às vezes ponho limão no peixe”* (E5)

“Usar outros temperos”: *“Também usamos certas especiarias e ervas aromáticas, adicionado à comida, de forma a dar um paladar diferente.”* (E3)

“Evitar executar certas tarefas que possam provocar sede”: *“Por exemplo se eu passo a roupa aquele calor do ferro, já não uso o vapor, porque dá mais calor e dá-me mais sede.”* (E6)

As estratégias utilizadas pelos participantes no que refere às restrições hídricas e alimentares, corroboram com as indicações descritas na bibliografia (Marantides et al., 2003; Vennegoor, 2005; FMC, 2011; Martins, 2013).

Verifica-se também, tendo sido organizado em categorias, que a informação adquirida pelos participantes sobre as restrições alimentares e hídricas foi adquirida pela, “Ajuda da dietista”, “Ajuda dos enfermeiros” e “Informação em páginas da internet e livros”: *“Foi tudo aqui. Ela deu-me um papel, eu ainda tenho, às vezes ponho-me a ler o que posso ou não comer.”* (E8); *“Quando tenho alguma dúvida, falo sempre com os enfermeiros que me dizem sempre o que devo ou não fazer.”* (E7); *“(…) adquirir literatura para ver e saber o que tem sódio, o que tem potássio,*

fósforo, ... a composição dos alimentos e daí fazemos uma seleção.” (E3); “Eu procuro e procuro muito na APIR, eles também fazem sugestões ... mas não é muito vasto. Adquiri um livro (...)” (E3).

Saliento que a informação obtida em páginas da internet e livros foi referenciada por dois participantes que possuem ensino superior. Sousa (2012) indica que as habilitações literárias não influenciam na adesão ao tratamento, contudo as maiores habilitações literárias, facultarão a estes indivíduos uma maior capacidade para perceber a sua condição de doença e consequentemente permitirá uma melhor gestão do tratamento, comparativamente aos participantes com menos habilitações literárias.

Muitos doentes renais em HD ingerem nutrientes em quantidades inferiores ao recomendado, levando à desnutrição (Martins, 2013), devido a vários fatores: o tempo em HD; a idade; a anorexia; dificuldades económicas; iatrogenia; estilo de vida sedentário; e limitações físicas e psicológicas (Martins, 2013).

Uma das estratégias referenciadas pelos doentes, de forma a cumprir com a restrição alimentar foi “Moderar o consumo/ não abusar”: “ (...) *antigamente enchia muito o prato, agora como um bocadinho dali, outro daqui e está resolvido.*” (E1);

De acordo com Martins et al. (2013), há profissionais de saúde que defendem que a ingestão de alimentos e líquidos durante as sessões de HD, melhora o estado nutricional dos doentes. Muitos autores discordam, devido ao risco de infeção e de hipotensão (Marantides et al., 2003; Vennegoor, 2005; FMC, 2011; Martins, 2013). Martins et al. (2013), sugerem que a ingestão de alimentos ou líquidos restritos deve ser feita 4 a 6 horas antes do início da HD pois “assim possibilitará tempo suficiente para a digestão, absorção e a disponibilidade sérica dos metabólitos para a diálise.” (2013:166). De certa forma estas recomendações também se refletem nas estratégias enunciadas pelos participantes, “Realizar alimentação diferente nos dias de HD” e “Comer alimentos ricos em potássio e fósforo antes ou durante a HD”: “ (...) *eu nunca janto, para não vir com o estômago cheio para aqui.*” (E8); “*É diferente, tem de ser diferente. Por exemplo hoje vim fazer a HD, comi a canja, mas ontem foi o peixinho.*” (E10); “ (...) *nos dias que venho para HD aproveito para consumir alguns alimentos que não posso fazer. No caso de chocolate, no caso da fruta o kiwi, as bananas.*” (E9)

A categoria “Evitação” surge como uma estratégia utilizada pelos doentes face à dificuldade de compromisso nas atividades socioculturais e familiares: “*Eu não vou, evito ir ao sítios ... estar ali com as pessoas e estar ali a olhar para as pessoas a comer, também não consigo. Evito ir aos sítios...*” (E7)

A pluralidade dos doentes renais tem dificuldade em participar em eventos sociais, sobretudo os que envolvem refeições, devido às restrições alimentares e por terem de se justificar. Como confirma Martins

“(…) os pacientes frequentemente desistem de eventos sociais para evitar o embaraço de ter de explicar sobre a sua doença ou condição. O prazer tradicional é substituído pelo sentimento de que as refeições estão associadas às restrições. A alimentação, muitas vezes, passa a ser um meio de sobrevivência, em vez de prazer e relaxamento.” (2013:328).

De acordo com os relatos dos participantes foram constituídas as categorias, “Comer pouco / não exagerar dos alimentos nocivos para a saúde, tipicamente regionais” e o “Uso de resina permutadora de iões”: “*Eu como um bocadinho da carne, do recheio. Mas eu até gosto da sopa, mas para não pesar muito, para não ficar muito cheio, como a carne que é mais seca.*” (E1); “*Se eu junto as minhas filhas uma vez por semana, um aniversário eu tomo uma colherinha das resinas, bebo com água ou laranjada. Eu prefiro tomar, não me vá fazer mal.*” (E6).

Como já foi referido anteriormente as práticas alimentares são influenciadas por preferências alimentares, hábitos familiares e culturais, estilo de vida ou meio ambiente, fatores presentes nesta nova etapa da vida destes doentes. Os participantes parecem restringir alguns alimentos típicos das festas regionais e que são nocivos para a sua saúde. Porém, não deixam os de ingerir, mesmo conscientes de que o melhor é não comer ou não frequentar os referidos eventos. No que concerne à cultura, Garcia (2005) considera que “(…) qualquer que seja a prescrição alimentar, ela será reinterpretada e reintegrada nas práticas alimentares engajadas numa dada cultura e, portanto, será ressignificada para partilhar um sistema de valores e organização alimentar, sofrendo portanto modificações.” (2005:278)

As seguintes categorias apresentam os respetivos exemplos de unidades de registo:

“Cozinhar as próprias refeições”: “*Sou eu que cozinho para a mim e para a minha irmã. Aos fins-de-semana cozinho para a família toda, filhos e netos.*” (E2);

“Ajuda da esposa e outros familiares para cozinhar”: “*É 50% a minha mãe, 50% sou eu.*” (E9)

“Confeccionar refeições diferentes do resto da família”: “(...)levo a minha comida. Quando somos convidados para isto ou para aqueleoutro, levo a minha comida.” (E3);

“Corresponder às expetativas da família”: “Tenho um irmão no Canadá, que eu já não vejo há 40 anos, ele vem para o ano. Ele diz-me pela tua saúde, eu quero-te ver vivo. Há de ser o que Deus quiser.” (E10)

“Valorizar a saúde”: “(...) mas a gente tem que respeitar isto. A minha vida é isto assim.” (E5); “Mas tenho de me controlar assim, se não é pior.” (E5)

A família é o principal suporte básico e emocional à pessoa doente. O diagnóstico de uma doença grave desencadeia angústia, sofrimento e medo para o doente e para a família. Cuidar de um familiar não é, geralmente, uma atividade partilhada dentro da família. A prestação de cuidados não se reparte equitativamente entre os seus membros, uma vez que existe um cuidador principal. Enfatiza-se o cuidado como virtude feminina. Para Zoboli “o imperativo moral para as mulheres configura-se na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como o dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à autorrealização” (2003:25). E Martins (2013:328) refere: o “apoio familiar o envolvimento do cônjuge na adesão às orientações nutricionais é crucial.”

Os resultados mostram também, que são os familiares, em especial as mulheres, que apesar das alterações das funções e estruturas familiares, continuam a apoiar os doentes, assumindo o papel de cuidadores informais, mesmo sendo elas as doentes. São elas que cuidam de si enquanto doentes com DRC ou enquanto esposas ou filhas de doentes do género masculino. Estas mulheres com DRC em programa regular de HD, além de si, cuidam também da restante família inculcando hábitos de vida saudável para que os seus familiares não padeçam futuramente da mesma doença. Fazem prevalecer tradições culturais de unir a família, de cozinhar para estes, tendo em conta as suas preferências alimentares, mesmo que não respeitem as restrições dietéticas.

As esposas enquanto cuidadoras informais seguem as restrições alimentares, muitas vezes adotam as mesmas. O mesmo se verifica com os restantes familiares mais próximos e que até coabitam com estes doentes. Em outras situações, como em ocasiões festivas, os familiares fazem comida diferente para o doente,

respeitando a sua doença e tratamento, quando isto não acontece, o doente refere que acaba por comer em pouca quantidade o que lhe é oferecido ou leva a sua própria comida.

As esposas conhecem as restrições alimentares e obtiveram a informação pelos doentes, que levaram as recomendações em suporte papel para o domicílio ou assistiram às consultas da dietista, como os próprios afirmam: “(...) *eu levei daqui uma lista [dietista forneceu]*” (E1); “*Tive sim senhora e estou bem informado. A minha esposa veio também.*” (E4).

Apesar de maioritariamente as mulheres cozinharem constata-se que, em certos casos essa função é repartida pelo marido e esposa ou pelo filho e a mãe, não sendo desvalorizado a ajuda do familiar em questão. Isto constata-se em doentes mais jovens.

A parte mais difícil de cumprir a dieta em HD, segundo Vennegoor (2005) é a restrição hídrica. A sede intensa e a secura da cavidade oral são apontadas também como um dos maiores transtornos causados pela HD, que facilitam o Ganho de Peso Interdialítico (GPI) (Vennegoor, 2005; Martins et al., 2013). Um grande número de doentes em HD “(...) relata o desejo compulsivo pela água e sensação de pouco controlo sobre a ingestão, mesmo reconhecendo os sintomas e riscos de sobrecarga.” (Martins et al., 2013:160). Outros há, que conseguem suportar a sede pelo auto controlo, Machado (2009), citando Waltson, Waltson, & De Vellis (1978), afirmam que “(...) as pessoas com *locus* de controlo interno, como consideram que a sua saúde depende do seu próprio controlo, têm maior probabilidade de adotar comportamentos de promoção de saúde e de adesão ao regime terapêutico.” (2009:36). Assim, surgiu a categoria “Suportar a sede”, tendo em conta a seguinte unidade de registo: “*Mentalizei-me que tinha de ser assim. Não é só mentalizar, eu como militar tive uma preparação rígida e dura (...) aprendemos a ultrapassar esses problemas. Eu ponho isso em prática.*” (E3)

Vennegoor (2005), destaca que a sede, aliás o mecanismo cerebral da sede, é desencadeado pelo excesso de sal presente, quer nos alimentos, quer numa bebida, para normalizar o nível de sódio no organismo é necessário beber líquidos. O mesmo autor recomenda a ingestão de 80 a 110mmol de sódio como suficiente para controlar a sede e, por conseguinte, a ingestão de líquidos ou a sua substituição pelas ervas ou especiarias (Vennegoor, 2005).

De acordo com as diretrizes nutricionais da EDTNA-ERCA (2011), os doentes não devem exceder um GPI de 4% do seu peso seco. A necessidade de remover grandes volumes de líquido durante as sessões de HD, torna-as mais demoradas e complicadas, existindo maior risco de complicações intradialíticas como câibras, náuseas e cefaleias. A diurese do doente é também tida em conta no cálculo do peso seco e na recomendação de ingestão de líquidos diários (Vennegoor, 2005; Martins, et al., 2013). Deste modo as estratégias apontadas foram organizadas nas categorias “Avaliar a diurese” e “Controlar o GPI”: “ (...) *como ainda urino, sempre posso beber mais um pouco.*” (E1); “ (...) *não posso comer muito por causa de ir para a balança... então é só coisa de comer qualquer coisa.*” (E6).

No que diz respeito à dificuldade punção do acesso vascular, as estratégias apontadas face à dor e desconforto, são a “Conformação” e o “Desviar o olhar durante a punção”: “ (...) *custa mais [as agulhas] mas pronto.*” (E8); “*eu não vejo, se não desmaio*” (E10); “*Não, o que eu não posso é ver, fecho os olhos*” (E10).

TEMA 4: Hábitos alimentares tradicionais da população micaelense

Foi pedido aos participantes que descrevessem a alimentação de um dia normal. Estes salientaram um conjunto de alimentos que estão na base da gastronomia micaelense. Da análise de conteúdo, ressaltam alimentos e pratos tradicionais como o recheio, as favas com chouriço e ovo, massa sovada, as lapas, o cozido, as sopas do Espírito Santo, as morcelas, o arroz doce, o feijão assado, o polvo no forno, chicharros fritos, chá, o queijo da ilha e o queijo branco (de vaca ou ovelha), a pimenta da terra as especiarias, as frutas (banana, araçáis, as goiabeiras, as laranjas), o vinho, a batata-doce e o inhame. Estes alimentos são consumidos apesar de constarem das restrições dos doentes renais. Os doentes vivem o conflito entre comer o que apreciam na sua cultura e aquilo que seguir as recomendações do seu tratamento. (Auer, 2005). Martins (2013) referencia os fatores que influenciam as práticas alimentares dos quais destaco o custo e disponibilidade dos alimentos.

O tema inclui 12 categorias, como exhibe o quadro 5.

Quadro 5 - Categorias do tema hábitos alimentares tradicionais da população micaelense

Categorias	Unidades de enumeração
• Sopa, peixe, carne	9
• Pão, café	8
• Batata-doce, Inhame	5
• Legumes e leguminosas	5
• Fruta	4
• Queijo, Queijo da Ilha	2
• Enchidos	2
• Vinho	2
• Papas de farinha	2
• Lapas	1
• Massa sovada	1
• Bolo de sertã	1

Os alimentos consumidos pelos participantes foram organizados em categorias: “Sopa, peixe, carne”; “Pão, café”; “Batata-doce, Inhame”; “Queijo, Queijo da Ilha”; “Lapas”; “Enchidos”; “Legumes e leguminosas” (ex. feijão, favas, abóbora, alface, tomate); “Vinho”; “Fruta”; “Papas de farinha”; “Bolo de sertã” e “Massa Sovada”. Exemplifica-se, respetivamente, as unidades de registo destas categorias: “ (...) como o que a minha mulher tiver para me dar, carne ou peixe.” (E1); “Como papo-seco e o café” (E8); “Inhames eu compro. E como um bocadinho.” (E8); “Às vezes, por exemplo ela compra o queijo de peso (queijo da ilha de São Jorge). Eu gosto muito daquilo. E eu não posso comer. Ela compra, mas eu como só uma niquinha.” (E1); “(...) favas com chouriço e ovo eu como um bocadinho.” (E5); “Agora também já como feijão. Atenção eu gosto muito de feijão assado.” (E2); “(...) fiz pastéis de abóbora, que o meu genro gosta muito, comi um.” (E2); “Sim costume comer laranjas” (E10); “Sim bananas, eu tenho no quintal e como, mas não é muito porque é pesado para o estômago. “Sim, eu gosto de comer [araçaís] é da árvore.” (E10); “Também faço o bolo da sertã. Pois às vezes as minhas filhas pedem e eu faço. Mas não vou dizer a senhora que não como, (...).” (E6); “Outro no dia tive o desejo de massa sovada.” (E2)

Esta lista alimentar torna-se por si só gravosa, face as restrições alimentares e hídricas impostas. Contudo, é necessário ter em conta as estratégias utilizadas por estes doentes no que respeita à quantidade ingerida, regularidade, preparação (modo de eliminar o potássio) e temperos utilizados.

TEMA 5: Ocupação de tempos livres

O tema apresenta práticas de lazer que os participantes referem efetuar na ocupação de tempos livres. O facto de o doente renal crónico em programa regular de HD ter ocupação, segundo Machado (2009). A ocupação é tida como uma atividade que visa a satisfação pessoal, independente do seu emprego ou trabalho (Machado, 2009). Vennegoor (2005:306) afirma “(...) para ajudar os doentes a cumprir com a sua restrição hídrica é importante manter-se ocupado” .

O quadro 6 apresenta 4 categorias referentes às atividades realizadas na ocupação de tempos livres.

Quadro 6 - Categorias do tema ocupação de tempos livres

Categorias	Unidades de enumeração
• Agricultura	5
• Pesca	1
• Cultivo de Pimenta	1
• Cozinhar	1

De acordo com a amostra em estudo verifica-se que a maioria (oito em dez), como já indicado, encontra-se reformada. O facto de terem uma ocupação como a “Agricultura”, a “Pesca”, o “Cultivo da pimenta” e o “Cozinhar”, permite-lhes de alguma forma, estar distraídos ou até mesmo sentirem-se úteis, uma vez que com a pesca e o cultivo de determinados alimentos permite-lhes contribuir para o sustento familiar. As seguintes afirmações são representativas das respetivas categorias anteriormente enunciadas: “(...)lá de vez enquanto plantamos umas alfaces.” (E9); “*Apanho peixe Rei.*” (E10); “*Sim tenho lá uns pezinhos de pimenta, mas é só para casa.*” (E10); “*Quando estou a cozinhar, não estou a pensar em outra coisa.*” (E2).

TEMA 6: Importância da família

O tema refere a importância atribuída pelos participantes à sua família na gestão do tratamento. O quadro 7 ilustra 2 categorias para o tema.

Quadro 7 - Categorias do tema importância da família

Categorias	Unidades de enumeração
• Importância atribuída à mulher/esposa	5
• Preocupação com o estado de saúde de familiares	2

Como já foi antes referido, a adaptação e a aceitação do regime terapêutico dependem de diversos fatores. Um deles assenta na estrutura familiar (Rodrigues, 2011, Martins, 2013).

A doença renal e a HD induzem nas famílias a responsabilidade pela vida do outro, procurando ultrapassar a tristeza e as frustrações associadas ao tratamento. Nesse sentido, as estratégias e os esforços adotados pela família, bem como a solidariedade dos seus membros, evidenciam extraordinária relevância (Auer 2005; Rodrigues, 2011; Martins, 2013). Esta atitude familiar apresentou-se determinante pela repetição de várias frases significativas ao longo das entrevistas. O apoio dado pela família mais próxima foi notório através do acompanhamento contínuo do tratamento, mas sobretudo no que respeita ao cumprimento das restrições dietéticas. As inúmeras limitações e restrições alimentares obrigam a adotar novos hábitos, que segundo vários depoimentos resultaram de um grande esforço, disciplina e de uma grande força de vontade, e que só foram possíveis pela cooperação e ajuda da família. Em certos casos a própria família adotou alguns dos hábitos alimentares dos doentes. Deste modo, os relatos foram integrados em duas categorias: “Preocupação com o estado de saúde de familiares” e “Importância atribuída à mulher/esposa”. A primeira categoria é ilustrada por depoimentos como: “*[demoliu o forno a lenha] para não dar doenças a ela e cuidar de mim. Pois ela entrava e saía, aquilo quente, ela ficava doente*” (E10). A segunda categoria expõe afirmações, como: “*Sim ela ajudou-me mesmo muito, muito atenciosa, cuidadosa. Procurando, leu, também tivemos reuniões com a dietista. Mas para além disso procuramos na leitura que pudesse ajudar. Ela procura sempre inovar às vezes certas coisas.*” (E3)

4.3. Conclusões do estudo

Apresento de seguida uma síntese dos principais resultados do estudo. As práticas alimentares são influenciadas por muitos fatores, o que torna a adesão às restrições alimentares e hídricas recomendadas, um grande desafio para o doente. Esses fatores incluem as preferências alimentares, hábitos familiares e culturais, estilos de vida, custo e disponibilidade dos alimentos, a doença, e preocupações sobre a nutrição e controle do peso, (Martins, 2013:327). Ao analisar as estratégias adotadas pelos doentes, verifica-se que de uma forma geral, estes fatores estão presentes. A análise dos dados parece evidenciar que:

- ✓ os doentes, apesar de possuírem conhecimentos sobre o regime alimentar e hídrico, cometem transgressões tendo consciência de que o estão a fazer;
- ✓ a HD influencia o dia-a-dia dos doentes e dos seus familiares, trazendo-lhes um conjunto de dificuldades, das quais se destaca a gestão de regime alimentar e hídrico;
- ✓ as estratégias mais utilizadas na gestão do regime alimentar e hídrico pelos participantes foram:
 - restringir o sal;
 - moderar o consumo/ não abusar; comer pouco / não exagerar dos alimentos nocivos para a saúde, tipicamente regionais;
 - ajuda da esposa e outros familiares para cozinhar;
 - confeccionar refeições diferentes do resto da família;
 - comer alimentos com menos potássio e fósforo;
 - ajuda da dietista;
- ✓ a maioria das estratégias encontradas para gerir a dieta e os líquidos, respeitam as recomendações dos profissionais de saúde;
- ✓ os alimentos que os doentes referem ingerir no seu dia-a-dia fazem parte da gastronomia tradicional micaelense;
- ✓ a ocupação de tempos livres permite aos participantes estarem distraídos ou até mesmo sentirem-se úteis;
- ✓ o apoio familiar é essencial para o cumprimento do regime dietético.

Tendo por base os objetivos específicos propostos, constata-se: o que as pessoas comem, para além das preferências individuais, é moldado e restringido por circunstâncias, essencialmente sociais e culturais. Na gestão do regime dietético, os

doentes micalenses com DRC em programa regular de HD são influenciados por estes dois conjuntos de circunstâncias. Os fatores sociais influenciam a escolha dos alimentos porque as atitudes e os hábitos desenvolvem-se através da interação com terceiros (Garcia, 2005). A nível social, quer o apoio familiar, quer o apoio dos técnicos de saúde, foram referenciados de forma positiva nas decisões alimentares. Estas dizem respeito à introdução e manutenção de mudanças alimentares e à adoção de estratégias aceitáveis face às restrições dietéticas impostas pelo tratamento.

As influências culturais originam o consumo habitual de determinados alimentos e respetivas tradições de confeção. Estes doentes não deixam de ingerir os produtos alimentares regionais ricos em fósforo e potássio. Verifica-se que os consomem em pouca quantidade, utilizam a resina permutadora de iões em ocasiões festivas e confeccionam os alimentos de modo a eliminar o fósforo e potássio. Também utilizam menos sal/pimenta ou substituem estes por outros temperos, ajuntando-os assim às suas restrições.

Os doentes micalenses com DRC em HD gerem o seu tratamento tendo em conta a sua cultura alimentar e as restrições alimentares impostas, o que se apura é uma fusão entre estas duas condicionantes.

As influências culturais micalenses originam uma conjugação de fatores que dificultam a gestão da dieta do DRC micalense em HD: a presença de alimentos ricos em fósforo e potássio, característicos desta cultura (batata, fava, couves, arcaíis, laranja, banana, enchidos, lapas, queijo); as tradições de confeção; (recheio, enchidos e cozido à portuguesa, feijão assado, polvo assado); e a quebra das restrições nos frequentes eventos sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada indivíduo experiencia e anseia. Neste sentido, o indivíduo procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades quotidianas, bem como, a adaptação funcional aos défices e aos múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem. Deste modo, os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para aquilo que os doentes necessitam e não para aquilo que os enfermeiros acham que eles precisam (Conselho de Enfermagem, 2002).

A elaboração deste documento permitiu-me refletir criticamente sobre o percurso ao longo do estágio, sobre as atividades realizadas ao longo deste percurso, alicerçadas nas melhores evidências científicas. Contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais e para o meu enriquecimento pessoal.

A prática clínica e o quadro de referência norteador, modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001), possibilitaram o desenvolvimento de competências e de perícia de enfermeira especialista, de forma progressiva e sedimentada. Todo o trabalho desenvolvido no decorrer dos estágios teve como objetivo, desenvolver competências de nível proficiente/perita descritas, as quais considero ter atingido.

Thomas refere, que a Hemodiálise “é uma área da enfermagem em Nefrologia (...)”(2005:185). Neste sentido a enfermagem assume um papel extremamente importante junto dos doentes em HD, visto que são estes profissionais que mais tempos passam com os doentes. Além de assegurar a administração da diálise prescrita, o seu papel é fundamental na orientação dos doentes e seus familiares, contribuindo para que este adquira competência e habilidades nas ações de autocuidado, tais como restrições dietéticas, ingestão de líquidos, complicações intradialíticas, prática de atividade física; problemas emocionais, associação a grupos e atividades de lazer, que conseqüentemente favoreçam a qualidade de vida dos doentes (Thomas, 2005).

As restrições alimentares e hídricas são duas das exigências do tratamento mais difíceis de gerir pelo doente em HD. A educação alimentar é fundamental para o alcance e manutenção nutricional adequada face as restrições impostas. Cabe ao

enfermeiro educar e orientar o doente para um estilo de vida e uma alimentação saudável, e não apenas fornecer uma lista de restrições com os alimentos que pode ou não ingerir, (Martins, 2013).

Martins define comportamento alimentar como:

“(...) todas as práticas relativas à alimentação, como a seleção, aquisição, conservação, preparo, e consumo de alimentos. É uma componente da personalidade de um indivíduo e visa satisfazer não apenas as necessidades nutricionais, como também as psicológicas, sociais e culturais.” (2013:331).

Como enfermeiros devemos ter em conta que as pessoas estão ligadas aos seus hábitos alimentares e que a cultura “(...) influencia a interpretação e nas respostas do indivíduo aos cuidados de saúde.” (Purnell, 2010:22).

Todos os alimentos podem fazer parte da alimentação recomendada, desde que adequadamente confeccionados, ingeridos com moderação e de acordo com as porções recomendadas (Martins, 2013). Assim, a orientação e educação aos doentes, deve conciliar as preferências individuais e os alimentos regionais e étnicos consumidos. Só depois podemos recomendar sobre a forma de confeccionar os alimentos e sobre a quantidade a ingerir, para que não se percam os seus hábitos alimentares e para facilitar a adaptação e gestão do tratamento (Martins, 2013).

O Modelo Purnell de Competência Cultural mostrou-se eficaz na compreensão do papel do enfermeiro enquanto facilitador de mudanças comportamentais uma vez que os “prestadores de cuidados necessitam de informação cultural, genérica e específica, para poder prestar cuidados de saúde sensíveis à cultura e culturalmente competentes”, “(...) pois só deste modo melhorarão os cuidados que prestam aos utentes.” (Purnell, 2010:22).

A este nível desenvolvi competências numa área de intervenção autónoma de enfermagem, bem como, penso ter contribuído para uma maior proximidade entre enfermeiro e doente. Em última análise, considero ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com DRC em programa de HD.

Ao realizar este relatório, refleti sobre todo o percurso efetuado e demonstrei ter desenvolvido as competências de enfermeira especialista na área específica da Nefrologia.

Saliento como aspetos facilitadores da minha aprendizagem, a disponibilidade e atenção demonstrada por todos os elementos das equipas, os Enfermeiros

Especialistas, que orientaram o meu estágio e a pelo seu contributo pessoal e profissional que me foi proporcionando ao longo desta aprendizagem.

Como dificuldade realço a realização do trabalho de investigação, pela minha inexperiência e pela escassa bibliografia sobre o tema.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa: Instituto Piaget
- Agich, G.J., Chronic Illness and Freedom. In Toombs, S. K., Barnard, D. Carson, R.A. (1995). *Chronic Illness: From experience to policy*.(129-153). Estados Unidos da América, Indiana University Press.
- Almeida, O.T. (2010). *Açores, Europa – uma antologia*. Angra do Heroísmo: Instituto Açoriano de Cultura
- Alves, J. (1995). *A Liderança em enfermagem: os enfermeiros chefes como líderes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa
- Auer, J. (2005). Perspectivas psicológicas. In N. Thomas. *Enfermagem em Nefrologia*. (pp. 79-110). (2ªed.).Loures: Lusociência.
- Bastos, S.F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese Doutoramento) Disponível RCAAP
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Carpenter, C. B., & Lazarus, J. M. (1998). Diálise e Transplante no Tratamento da Insuficiência Renal. Em A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S. L. Hauser, & D. L. Longo (Eds.), *Harrison – Medicina Interna* (14ª ed., Vol. II) (pp.1620-1630). Rio de Janeiro: McGrawHill.
- Chamney, M. (Chief Editor); Saraiva, M. (Co-Editor). (2007). *Competency Framework*. [s.l.]: EDTNA/ERCA.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

- Circular Normativa n.º 01/2010 de 6 de Janeiro (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS) Direcção-Geral da Saúde, 2010
- Costa, J.A., Melo, A.S., Perfeito, A.A.B., Castro, A., Morgado, A., Carvalho, A.A.P....Silva, V.M.A. (2004). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora
- Costa, S.G. (2008). *Açores: Nove Ilhas, Uma História*. (R.N. Simas, Trad.).Califórnia. Library of Congress Cataloging. (Tradução do original do inglês Azores: Nine Islands, One History, 2008, Library of Congress Cataloging)
- Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. Diário da República I Série, N.º 257 (91-11-08). p. 5723-5741
- Decreto-lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro. Diário da República I Série, N.º 300 (98-12-30). p. 7257-7264
- Decreto-lei n.º 411/99 de 15 de Outubro. Diário da República I Série, N.º 241 (99-10-15). p. 6959-6960
- Espírito Santo, C. (1999). As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. *Referência*. Vol. 3 p. 53- 58.
- Fidalgo, M. (1995). *Açores, Ensaios de Sociologia*. Maia: Instituto Açoriano de Cultura
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Franklin, P. M. (2005). Transplante renal. In Thomas, N. *Enfermagem em Nefrologia*. (2ª. Ed.) (pp.363-434). Loures: Lusociência.
- Freitas, V. (2010). Cultura Açoriana no futuro Europeu. Em Almeida O.T. (2010). *Açores, Europa – uma antologia*. (pp. 331-332). Angra do Heroísmo: Instituto Açoriano de Cultura
- Fresenius Medical Care. (2011). Manual de Hemodiálise Para Enfermeiros. Edições Almedina

- Garcia, R. W.D. (2005). A Antropologia Aplicada às Diferentes Áreas da Nutrição. In A. M . Canesqui & R.W.D. Garcia. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ
- Gauthier, J. (1998). *Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998. 302p. ISBN 85-277-0436-6
- Hailey, B.; Moss, S. (2000) – Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*.Vol.7.nº4 p.395-406.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. (C. Buchweitz, P.M.Garcez, Trad.). (4ª ed.) Porta Alegre: Artmed. (Tradução original do inglês Culture, health and illness, 2000, Londres: Reed Educational and Professional Publishing Ltd)
- Hersey, P. Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas de liderança situacional*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- International Council of Nurses (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Jhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L. & Unruh, M. (2008). *Fatigue in patients receiving maintenance dialysis: a review of definitions, measures, and contributing factors. Published in final edited form as: Am J Kidney Dis. DOI:10.1053/j.ajkd.2008.05.005*.
- Kammerer, J., Garry,G., Hartigan M., Carter, B., Erlich, L. (2007). *Adherence in patients on dialysis: strategies for success*. Disponível na base de dados Medline with full Text, ID: mdl-18041450
- Leininger, M., McFarland, M. (2002).*Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3ª edição, New York : McGraw-Hill
- Leininger, M.(1974). The leadership crisis in nursing: a critical problem and challenge. *Journal of Nursing Administration*, March-April.1974.

- Leite, L. (2006). *O Enfermeiro Especialista - Percursos de Desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. Acedido 10/06/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon g_ComLL.pdf
- Lira, G.V., Nations, M.K., Catrib, A.M.F (2003). *Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar?*. Artigo. Fortaleza.
- Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado em Educação - especialização em Educação para a Saúde). Disponível no RCAAP
- Madeiro, A. C., Machado, P. D. L. C., Bonfim, I. M., Braqueais, A. R. & Lima, F. E. T. (2010). *Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>
- Marantides, D. K., Marek, J. F., Morgan, J. & Barticci, M.R. (2003). *Intervenções em pessoas com Insuficiência Renal*. Em Phipps, W. J., Sands J.K., Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H.S. Azevedo Trad.) (6ªed.) (Vol. 3, pp. 1347-2022). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original Inglês Medical- Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice, 6th ed., 2003).
- Martins, M. G. J. B. (2002). *Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: Uma Investigação no adulto em tratamento de hemodiálise* (Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Disponível no RCAAP
- Martins, C., Sato, M. M. N. & Riella, M. C. (2013). *Nutrição e Hemodiálise*. In M.C. Riella & C. Martins. *Nutrição e o Rim*. (pp. 149-173). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martins, C. (2013). *Educação Alimentar de Pacientes Renais*. In M.C. Riella & C. Martins. *Nutrição e o Rim*. (pp. 326-350). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress* (5^o ed.). London: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I, Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K.H., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1, p. 12-28;
- National Kidney Foundation - *K/DOQI*. (2002). *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, (suppl 1) Disponível em www.kdoqi.org
- National Kidney Foundation - *K/DOQI*. (2006). *Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations*. *KDOQI*. New York. Disponível em: http://www.kidney.org/sites/default/files/docs/12-50-0210_jag_dcp_guidelines-hd_oct06_sectiona_ofc.pdf
- Norma nº 017/2011 de 28 de Novembro(2011). Tratamento Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Direcção-Geral da Saúde (Atualizada a 14/06/2012)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento profissional - Certificação de competências -Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. *Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 26. 9-20.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 15/06/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011).*Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem, de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/11/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2002).*Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*. Brasília, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Acedido a 15/05/2014. Disponível em

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed.). Portalegre: Artes Médicas.

Portaria nº 802 de 23 de agosto (2010). Diário da República I Série, Nº 163 (23-08-2010). p.3679-3680

Purnell, L.D., Paulanka.B.J. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente*. 3ª ed. Loures : Lusodidacta.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rebollo, S.G., Campos, C.A.S. Acesos vasculares percutâneos. In: Lorenzo-Sellarés V, López-Gómez JM, editors. *Nefrología al día* [Internet]. 2 ed. Barcelona(Spain): Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical; 04/12/2012 [cited 2015 Feb 06].

<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.2010.pub1.ed80.chapter2804>.

Regulamento nº 122/2011. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. D.R Série II. 35 (18-02-2011). 8648-8653. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>;

Rodrigues, A. P. F. C. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Salvi, R. (1990). *Panorama Açoriano*. Instituto Cultural de Ponta Delgada. Braga: Livraria Editora Pax.

Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. Nº11, 59-62

Secretaria Regional da Saúde dos Açores (2014). *Plano Regional de Saúde 2014-2016 (Proposta)*. Angra do Heroísmo. Acedido 5/07/2014. Disponível em http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs/docDiscussao/Consulta_Publica_Proposta_de_Plano_Regional_de_Saude_2014_2016.htm

- Silva, A.G., Jachemet, C.S., Cruz, G.P., Preiss, J., Marques, L.A.B., Duarte, M.A.O., ...Barroso, V.L.M. (1993). *Presença Açoriana em Santo Antônio da Patrulha e no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Edições Est.
- Silva, S.S. (2002). Em Busca de Novos Horizontes. Açores, Emigração e Aculturação nos finais do Século XIX, inícios do Século XX. *ARQUIPÉLAGO - HISTÓRIA*, 2ª série, vol. VI, p. 347-360.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2015) – *Gabinete de registo Relatórios anuais*. Acedido 12/06/2015. Disponível em http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2014/registo_2014.pdf
- Sousa, C.N. (2011). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. (Dissertação de Mestrado). Disponível RCAAP
- Sousa, M. E. P. (2012). *Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de insuficiência renal crónica em hemodiálise*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em RCAAP
- Streubert, J. & Carpenter, R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (2ª ed.). Camarate: Lusociência
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. (2ªed.).Loures: Lusociência.
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição renal. In N. Thomas. *Enfermagem em Nefrologia*. (pp. 289-334). (2ªed.).Loures: Lusociência.
- W.H.O.- (World Health Organization) (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization.
- White, B. (2004) – Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal*. Vol.31.nº4. p.432-435.
- Zoboli, E. L. C. P. (2003). *A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Grelha com objetivos/atividades a desenvolver nos campos de estágio do CHLO, E.P.E. - HSC

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. – Hospital de Santa Cruz	
Serviço de Internamento de Nefrologia	
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver competências especializadas na gestão e prestação de cuidados à pessoa com IR e sua família/cuidador informal; 2. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados; 3. Reconhecer avaliar e controlar os episódios agudos de IRC.
Atividades	<p>Objetivo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física e organizacional do serviço; • Integração na equipa de enfermagem; • Compreender as causas de internamento da pessoa com DRC; • Colaborar nos cuidados prestados ao doente; • Compreender quais as necessidades sentidas pelo doente família/cuidador e colaborar na decisão sobre as intervenções a desempenhar pelo enfermeiro especialista na área de nefrologia; • Pesquisa bibliográfica dos ensinamentos a realizar perante as necessidades apresentadas pelos doentes e família/cuidadores, de forma a facilitar a sua adaptação à doença e tratamento; • Observar os cuidados prestados pelos peritos. <p>Objetivo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as situações vivenciadas e apresentar sugestões para ultrapassar as dificuldades sentidas e melhorar a minha prática de cuidados. <p>Objetivo 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos através de protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros, sobre sinais e sintomas e procedimentos de enfermagem, de forma a agir em conformidade com o quadro clínico apresentado pelo doente.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar do Serviço de Nefrologia e docentes.</p> <p><u>Materiais:</u> protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros.</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Nefrologia e serviços de apoio ao seu funcionamento.</p>
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir competências científicas, técnicas e humanas na área de enfermagem médico-cirúrgica – vertente nefrológica. - Elaboração e apresentação de caso clínico.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. – Hospital de Santa Cruz**Serviço de Hemodiálise**

Objetivos	<p>4. Desenvolver conhecimentos sobre a hemodialise;</p> <p>5. Aquisição de competências técnicas face a esta técnica de substituição renal</p> <p>6. Responder de forma pronta e antecipatória a complicações intradialíticas;</p> <p>7. Promover a capacitação da pessoa com insuficiência renal crónica para a gestão do seu regime terapêutico.</p>
Atividades	<p>Objetivo 4 e 5</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar pesquisa bibliográfica sobre hemodiálise e o equipamento necessário a este procedimento.• Pesquisar protocolos e normas para a execução das técnicas, inerentes a este tratamento de substituição renal, assim como de material de formação e informação;• Observar os cuidados prestados pelos peritos.• Interpretação de resultados analíticos.• Identificar complicações do acesso vascular.• Incorporar uma abordagem sistemática na manutenção e vigilância do acesso vascular.• Executar as técnicas aprendidas sobre supervisão do enfermeiro perito. <p>Objetivo 6</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitorização do tratamento intradialítico;• Vigiar e resolver complicações intradialíticas, como hipotensão, náuseas ou vômitos, caibras, desequilíbrios, reações ao dialisador, embolia gasosa, coagulação das vias do sangue e dialisador. <p>Objetivo 7</p> <ul style="list-style-type: none">• Conhecer os problemas dos doentes relacionados com a doença e o tratamento;• Através da escuta ativa, do apoio emocional, de processos de Coping.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar do Serviço de Nefrologia e docentes.</p> <p><u>Materiais:</u> protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros.</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Hemodiálise e serviços de apoio ao seu funcionamento.</p>
Resultados Esperados	<p>- Adquirir competências científicas, técnicas e humanas no tratamento e monitorização intradialítica.</p> <p>- Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise.</p>

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. – Hospital de Santa Cruz	
Serviço de Diálise Peritoneal	
Objetivos	8. Adquirir competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa com IRC em Diálise Peritoneal.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa bibliográfica sobre Diálise Peritoneal e o equipamento necessário a este procedimento. • Pesquisar protocolos e normas para a execução das técnicas, inerentes a este tratamento de substituição renal, assim como de material de formação e informação; • Observar os cuidados prestados pelos peritos. • Conhecer os cuidados e a vigilância a ter com o orifício externo e o túnel sub-cutâneo do catéter intraperitoneal de Tenckhoff; • Reconhecer os sinais e sintomas que podem indiciar complicações; • Executar sessões de Diálise Peritoneal.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar do Serviço de Diálise Peritoneal e docente.</p> <p><u>Materiais:</u> protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros.</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Diálise Peritoneal.</p>
Resultados Esperados	<p>- Adquirir competências científicas, técnicas e humanas no tratamento e monitorização em Diálise Peritoneal.</p> <p>- Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas com insuficiência renal crónica em programa Diálise Peritoneal.</p>

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. – Hospital de Santa Cruz	
Unidade de Transplante	
Objetivos	9. Adquirir competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa no período pré, intra e pós-operatório da cirurgia de transplante.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa bibliográfica sobre Transplante Renal; • Pesquisar protocolos e normas; • Prestação de cuidados de enfermagem com supervisão do enfermeiro perito. • Caracterizar a intervenção de enfermagem na consulta de transplante renal; • Observar os cuidados prestados pelos peritos.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar da Unidade de Transplante e docente.</p> <p><u>Materiais:</u> protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros.</p> <p><u>Físicos:</u> Unidade de Transplante Renal.</p>
Resultados Esperados	Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa no período pré, intra e pós-operatório da cirurgia de transplante.

APÊNDICE II

Grelha com objetivos/atividades a desenvolver
no campo de estágio do HDESPDL, E.P.E.

Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.	
Serviço de Hemodiálise	
Objetivos	<p>10. Identificar os principais determinantes socioculturais micaelenses que possam influenciar a gestão do regime dietético, em doentes renais crónicos em hemodiálise</p> <p>11. Desenvolver intervenções de enfermagem baseadas em princípios científicos e estabelecer linhas orientadoras de boas práticas nos cuidados ao doente renal crónico em hemodiálise na gestão do regime dietético, face as influencias socioculturais micaelenses.</p> <p>Nota: Os objetivos 4,5,6 e 7 serão igualmente aplicados nesta Unidade de Hemodiálise.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas; • Realizar pesquisa bibliográfica sobre: doente renal crónico em hemodialise e a importância da gestão do regime dietético; cultura açoriana- micaelense, hábitos alimentares micaelenses. • Realização de uma entrevista semi-estruturada, a uma amostra por conveniência de doentes renais crónicos desta unidade de hemodialise; • Realizar formação à equipa de enfermagem desta unidade, sobre a importância de conhecer a cultura da população para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem; • Atualização do atual folheto informativo, de orientações nutricionais, com base na cultura alimentar micaelense, para os doentes em hemodialise, com apoio da nutricionista. • Apresentação do folheto à equipa de enfermagem e chefe de enfermagem desta unidade.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar da Unidade de Hemodiálise.</p> <p><u>Materiais:</u> protocolos, normas, guia de boas práticas, artigos e revistas científicas e livros.</p> <p><u>Físicos:</u> Unidade de Hemodiálise.</p>
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Agir como perita para a otimização e uniformização das orientações nutricionais aos doentes em hemodialise. • Desenvolver competências na área de formação e investigação, de forma a promover a melhoria dos cuidados a prestar.

APÊNDICE III
Estudo de Caso



5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Nefrologia
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Caso clínico
Hospital de Santa Cruz
Serviço de Nefrologia

Lisboa, 30 de Outubro de 2014

Discente: Vera Lúcia Martins
Orientador: António Filipe Cristóvão

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

2



Identificação do doente

Nome: Sr. B.M.P.A.

Nome pelo qual gosta de ser chamado: Sr. B.

Idade: 25 anos

Data de nascimento: 17/10/1988

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Lisboa

Residência: Camaxide

Estado civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Habilitações literárias: 12º ano de escolaridade. Frequenta um Curso Técnico pós-laboral de Turismo em Cascais.

Data de admissão: 22/09/2014

Serviço: Nefrologia

Médica assistente: Dr. P.B.

Pessoa de referência: Mãe e Pai

Data de alta: 8/10/2014

3

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

4



Antecedentes Pessoais

❖ 1996

- Obesidade;
- HTA;
- Doença Renal Crónica (DRC) - etiologia DRC: nefropatia de refluxo.

❖ 2003

- DRC estadio 5;
- Submetido a Transplante Renal, dador vivo (mãe) a 19/05/2003.

5



Antecedentes Pessoais

❖ Sete anos seguintes ao transplante renal

- aumento de peso significativo máximo 130kg.
- nefropatia crónica do enxerto, associada a toxicidade pela ciclosporina.
- alteração para sirolimus, que não foi eficaz.
- detioração da função renal, com rejeição crónica do enxerto.

6

Antecedentes Pessoais

❖ 2010

- opta por um novo Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR), Diálise Peritoneal (DP).
- a 31/08/2010 colocou cateter Tenckhoff.
- inicia Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).
- por inadaptação a DPA, passou para Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), que cumpriu durante quatro anos.

7

Antecedentes Pessoais

❖ 2014

- Hiperparatiroidismo secundário grave, com doença de elevada remodelação.
- Anemia multifatorial
- Infecção do Orifício de Saída (ISO) do cateter de Tenckhoff em Maio, Junho e Agosto de 2014, com isolamento de *Staphylococcus epidermidis* e *Pseudomonas aeruginosa*.
- Desconhece alergias.

8

Antecedentes Familiares

- ❖ A avó materna é hipertensa e diabética tipo II diagnosticado pelos 60 anos.
- ❖ os restantes três avós são hipertensos, em ambos foi diagnosticado já após os 65 anos.
- ❖ dois primos ambos do sexo masculino, nos quais foi identificado alterações da função renal, já com acompanhamento clínico. Salienta-se que são filhos do casamento do irmão do pai com a irmã da mãe.

9



10

Motivo de Internamento

- Recorre a 22/09/2014 ao Serviço de Atendimento a Doentes Não Programados no Hospital de Santa Cruz (HSC).
- **Sinais e Sintomas:** febre e dor abdominal.
- **Diagnóstico:** Peritonite.
- **Internamento:** Serviço de Nefrologia do HSC.

11

Internamento

- A 23/09/2014 apresentou um pico febril, tendo-se apresentado subfebril até ao dia 30/09/2014, após apirético.
- No dia 22/09/2014 foi administrada 1UCE por Hemoglobina de 6,3g/dl.
- Apresentou-se igualmente hipertenso, mesmo sob medicação anti-hipertensora, (160/90mmHg).

12

Internamento

- Removido cateter Tenckhoff a 26/09/2014, e colocado CVC provisório na jugular direita no Bloco Operatório (BO).
- Inicia novo TSFR a Hemodiálise (HD).
- A 8/10/2014 foi substituído CVC provisório por um de longa duração na jugular direita.
- Por hipervolemia ajustou-se progressivamente o peso seco, com melhor controle da pressão arterial.

13

		Hora					
		7h	12h	15h	19h	21h	23h
T E R A P E U T I C A	Carbonato de Cálcio 500mg Po	Carbonato de Cálcio 500mg Po	Clozidina 0,15mg Po	Carbonato de Cálcio 500mg Po	Perindopril 5mg	Clozidina 0,15mg Po	
	Clozidina 0,15mg Po	Ultra-levar 250mg Po		Ultra-levar 250mg Po			
	Perindopril 5mg Po						
	Sevalamer 800mg Po						
	Nifedipina 20mg Po		Nifedipina 20mg Po			Nifedipina 20mg Po	
		Tazobac 4,5mg Ev					Tazobac 4,5mg Ev
					EPO B 600UI Sc (3x por semana)		

14

VALORES ANALÍTICOS					
Data	Dados Laboratoriais	22-09-2014	23-09-2014	7-10-2014	Valores de referência
	Hemoglobina	6,3g/dl	7,5g/dl*	7,8g/dl	12 – 15,5 g/dl
	Eritrócitos	2,10	2,30	2,42	4,41 – 5,9x10 ¹² /L
	Hematócrito	0,191	0,201	0,220	0,406-0,504

VALORES ANALÍTICOS								
Data	Dados Laboratoriais	22-09	24-09	26-09	29-09	2-10	7-10	Valores de referência
	PCR	7,9	6,3	8,7*	11,6	5,8	2,8	<0,5

VALORES ANALÍTICOS						
Data	Dados Laboratoriais	23-09	24-09	29-09	30-09	Valores de referência
	Ureia	169	155	87	63	10-50mg/dl
	Creatinina	15,30	13,5	12,96	10,5	0,55-1,36mg/dl
	Fósforo	8,7	8,0	7,5	6,9	2,5-4,5mg/dl
	Sódio	160	155	148	136	135-145mmol/L
	Potássio	6,0	5,5	4,49	4,30	3,6-4,8mmol/L
	Glucose jejum	117	-	109	-	55-100mg/dl

PADRÃO PERCEPÇÃO - MANUTENÇÃO DE SAÚDE

- ❖ O Sr. B. permaneceu calmo, consciente e orientado, comunicativo. Durante o internamento verbalizou tristeza e ansiedade face ao internamento, manifestou o desejo de regressar as suas rotinas diárias.
- ❖ Tem consciência da sua situação clínica, refere “vivo com esta doença desde os 8 anos, mas tenho consciência que ainda não me habituei a ela (...)”
- ❖ No domicílio cumpre com o regime medicamentoso.

16

AUTO-CUIDADO:ALIMENTAR-SE

Conhecedor das restrições alimentares e hídricas, na qual refere cumprir, descreve da seguinte forma um dia alimentar:

Refeições no domicílio				
Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
Cereais com leite	Por vezes sopa, carne ou peixe grelhados	Fruta ou iogurte	Por vezes sopa, carne ou peixe grelhados	Leite simples com bolachas "Oreo" ou torradas com manteiga sem sal

Nota: nos dias que tem aulas, não almoça só janta e nos dias que não tem só almoça. À sexta-feira refere jantar no McDonald's, com os amigos.

17

AUTO-CUIDADO:ALIMENTAR-SE

- ❖ Quem confecciona as refeições é a mãe. O Sr. B. refere que mãe não deixa que mais ninguém o faça, nem mesmo o próprio.
- ❖ Aos fins-de-semana costuma ter almoços familiares ou fazer refeições com o pai em restaurantes. Refere não gostar de comer outros alimentos ou confeccionados de modo diferente, ou mesmo pedir no restaurante que lhe preparem uma comida distinta da que consta no cardápio.
- ❖ Durante o seu internamento cumpriu com uma dieta renal sem sal, com as 5 refeições instituídas e ingeria a dieta na sua totalidade.

18

AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE FÍSICA

- ❖ A Sr. B. é dependente, em grau reduzido.
- ❖ Frequenta um curso de horário pós-laboral, três vezes por semana, desloca-se de automóvel.
- ❖ Refere frequentar um ginásio duas vezes por semana.
- ❖ Ocupa o restante tempo com os amigos ou em casa a estudar, ver televisão ou em jogos no computador. Gosta de ouvir música e ler livros de ficção científica.
- ❖ No internamento, durante o dia, alternou períodos no leito com outros de deambulação pelo serviço e na sala de refeições a ver televisão. Ouvia música, via filmes e jogava no seu computador.

19

AUTO-CUIDADO: HIGIENE, VESTUÁRIO

- ❖ O Sr. B. no que respeita à higiene pessoal é dependente, em grau reduzido.
- ❖ Segundo sua referência no domicílio realiza banho geral três vezes por semana. Nos restantes dias o banho é parcial, na altura devido ao cateter Tenckhoff.
- ❖ Durante o internamento a após colocação do CVC a 26/09/2014, o Sr. B. mostrou-se muito renitente aos cuidados de higiene sobretudo à lavagem do cabelo, justificando não querer molhar o penso do CVC.

20

AUTO-CUIDADO: USO DE SANITÁRIO

❖ Vesical

Doente anúrico, apresentando uma diurese inferior a 100ml de urina clara.

❖ Intestinal

A Sr. B. refere ser obstipado em casa, recorrendo por vezes ao uso de laxantes. Contudo no internamento referiu fazer diariamente fezes moles castanhas em moderada quantidade.

21

PADRÃO DE SONO

- ❖ O padrão de sono do Sr. B. é mais ou menos 11 horas, refere não ter hora para dormir nem para acordar.
- ❖ “Dormir só com muito silêncio.”, tendo sido um dos motivos pelo qual deixou a DPA, devido ao som da cicladora. Refere nunca ter ingerido medicamentos/alimentos que induzissem o sono.
- ❖ Durante o internamento, manifestou algumas vezes dificuldade em dormir, queixando-se do ressonar do outro doente com quem compartilhava o quarto. Comprou uns tampões auditivos que lhe possibilitou manter o seu padrão habitual de sono.

22

PADRÃO DE PAPEL E RELACIONAMENTO

- ❖ Os pais são divorciados, o Sr. B. diz que estes tem uma relação bastante conflituosa.
- ❖ O Sr. B. vive com a mãe e verbaliza ter uma relação significativa com esta, recebendo todo o suporte que necessita.
- ❖ O Pai está sempre presente, sendo igualmente um grande apoio.
- ❖ O Sr. B. gosta e faz questão que o pai ou a mãe o acompanhem às consultas.
- ❖ O Pai mostrou-se interessado, participativo nos ensinamentos sobre a HD.

23

PADRÃO DE PAPEL E RELACIONAMENTO

- ❖ A Mãe face aos ensinamentos, apresentou-se a meu ver mais indiferente ao referir “(...) eu já sei isso tudo (...) este tratamento é por pouco tempo, em Janeiro já faz novamente o transplante.”
- ❖ O Sr. B. refere nunca ter tido namorada “(...) a doença modificou-me o corpo é um entrave para estabelecer uma relação.”. Contudo não o impede de ter muitos amigos.

PADRÃO ESPIRITUAL

- ❖ Quanto à religião, a Sr. B. refere ser ateuista.

24

EXAME FÍSICO

25

Exame Físico

- Altura de 1,60m
- Peso seco: 79Kg
- IMC = 30,9 kg/m²
- Perímetro Abdominal = 1,17 cm

IMC	Classificação
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Menor do que 40,0	Obesidade classe III

(Classificação segundo a OMS e país do IMC)

Fonte: <http://www.dgpt.up.pt/loaded/membro16/ficheiros/0008253.pdf>

26

Exame Físico

- Temperatura Axilar: 36,5°C
- Pressão Arterial: 160/90mmHg
- Pulso Radial:
 - Frequência: 83 pulsações/minuto
 - Ritmo: rítmico
 - Intensidade: cheio
 - Amplitude: normal
- Frequência respiratória:
 - Frequência: 17 ciclos / minuto
 - Tipo: mista
 - Amplitude: normal
 - Ritmo: regular
- Dor
Grau 3 aquando palpação na região abdominal sobre as duas feridas cirúrgicas de remoção do cateter Tenckhoff.

27

Exame Físico

Pele

- **Cor:** A Sr. B. é de raça caucasiana.
- **Temperatura:** Quanto à temperatura, esta apresenta-se relativamente igual em todo o corpo. Apresenta pele hidratada.
- **Turgor:** normal
- **Textura:** lisa
- **Cabeça** – Cabelo castanho claro, liso. Face redonda, apresenta palidez cutânea. Olhos castanhos simétricos, com visão alterada utiliza óculos apenas quando utiliza o computador.

28

Exame Físico

Boca

- **Lábios:** Os lábios são simétricos, cor-de-rosa, não apresentam lesões, inflamações ou nódulos.
- **Gengivas:** As gengivas são rosa e naturalmente húmidas, não apresentando lesões ou sinais de inflamação.
- **Dentes:** dentição completa, aparentemente sem caries.
- **Língua:** A língua é esbranquiçada, simétrica, de tamanho médio. Não existe sinais de inflamação e úlceras.
- **Palato duro e mole:** Tanto o palato duro e mole são ambos de cor rosa escuro, não apresentando sinais lesões ou inflamação.

29

Exame Físico

Membros superiores

- Sem alteração. As mãos apresentavam-se frias havendo bom preenchimento capilar inferior a 3 segundos.

Tórax Anterior/Posterior

- sem alterações.

30

Exame Físico

Abdômen

- Durante o exame físico do abdômen foram avaliados todas as zonas e quadrantes do abdômen, tendo sido utilizado a inspeção, palpação, percussão e auscultação.
- Apresentava-se distendido, mole, depressível à palpação. Apresenta cicatriz a nível fossa ilíaca direita relativa ao transplante renal. Apresenta duas feridas cirúrgicas de remoção do cateter Tenckhoff a 26/09/2014, em boas vias de cicatrização tendo sido retirados os pontos a 3/10/2014.

31

Exame Físico

Abdômen

- O umbigo é centrado, ligeiramente saliente, e encontra-se limpo sem quaisquer sinais de inflamação ou herniação. Durante a percussão foram ouvidos sons timpânicos. Ao auscultar o abdômen, observou-se que os sons agudos, gorgolejantes, eram dez sons por minuto, através dos quais, verifica-se que estão dentro da normalidade.

Membros inferiores

- presença de edema de grau I (depressão minimamente detetada acompanhada de contornos normais)

32

Exame Físico

Estado Músculo-esquelético

- tónus muscular mantido, a nível dos membros inferiores e superiores. Região abdominal, apresenta assimetria, perda do tónus muscular abdominal. Realizou uma Tomografia Axial Computorizada abdominal e pélvica a 29/09/2014 que revelou assimetria dos músculos retos abdominais com atrofia do esquerdo. Edema do abdômen e pélvis. O referido exame revelou ainda marcadas alterações ósseas da coluna vertebral e bacia compatíveis com osteoporose.

Força muscular

- força muscular normal.

33

Exame Físico

Estado Neurosensorial

- O Sr. B demonstra estar orientado em relação à pessoa, tempo e lugar.
- O Sr. B. possui memória imediata, recente e remota. Para avaliar a memória imediata pediu-se ao doente para repetir uma sequência de números. Na memória recente, foi perguntado o que comeu ao pequeno-almoço. Em relação à remota foi perguntado quando realizou o transplante renal. Respondeu corretamente a todas.
- Responde às perguntas feitas em tempo adequado e razoável.
- O tom da fala é médio, e quanto à velocidade é médio.

34

DIAGNÓSTICOS

Autocuidado: Higiene – grau elevado.

Devido à presença de CVC na veia jugular à direita.

- ❖ Início a 26/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Promover a autonomia no autocuidado se possível;
 - Promover a privacidade da pessoa;
 - Envolver os pais nos cuidados de higiene, pelo que foi permitido a entrada de um dos pais em dias alternados, fora da hora de visita, para ajudar o Sr. B. a lavar o cabelo.
- ❖ Fim a 6/10/2014

35

36

Dor presente: grau 3 segundo escala numérica

Quadrantes abdominais (superior e inferior direito) por presença de ferida cirúrgica.

- ❖ Início a 26/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Incentivar ao controlo da dor;
 - Observar atitude em relação à dor;
 - Avaliar a intensidade da dor, uma vez turno (escala numérica);
 - Avaliar e registar as características da dor: início, duração, frequência e localização.
 - Ensinar técnicas de relaxamento, de mobilização no leito e levantar;
 - Administrar analgesia antes da execução do penso;
 - Contatar médico se dor não controlada;
 - Registrar presença de dor e técnica utilizada para alívio da mesma.
- ❖ Fim a 6/10/2014

37

Edema presente: grau I nos membros inferiores

- ❖ Início a 6/10/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Monitorizar o grau do edema diariamente (sinal de Godet), uma vez turno;
 - Controlar ingestão hídrica;
 - Pesar, diariamente, o doente;
 - Incentivar a elevação dos membros inferiores.

38

Hipertensão presente

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Monitorizar tensão arterial, 2 vezes turno;
 - Ensinar sobre sinais e sintomas de hipertensão (cefaleias, edema, visão turva, toracalgia);
 - Incentivar a adequar padrão alimentar no domicílio, com restrição em sódio;
 - Avaliar o peso diário;
 - Evidenciar a importância do cumprimento do regime terapêutico.

39

Anemia presente

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Hemoglobina de 7,8g/dl;
 - Avaliar sinais vitais 1 vez turno.
 - Informar/vigiar sobre os sinais e sintomas de anemia: dispneia; fadiga, taquicardia, palpitações; palidez do leito ungueal e das mucosas);
 - Consultar os valores analíticos de hemoglobina e hematócrito;
 - Vigiar perdas hemáticas.

40

Cateterismo periférico: risco de complicação

(extravasamento, infiltração, flebite)

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter periférico (edema, rubor, calor e dor);
 - Otimizar cateter venoso periférico;
 - Vigiar penso do cateter venoso periférico;
 - Puncionar quando necessário;
 - Executar o penso do cateter e puncionar novo acesso de 4/4 dias de acordo com as normas do serviço;
 - Avaliar temperatura corporal;
 - Consultar os valores analíticos de leucócitos e PCR.
- ❖ Fim a 8/10/2014

41

Cateter de Hemodiálise: risco de infeção relacionado com a presença de CLD.

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
 - Vigiar sinais de infeção do acesso intravenoso (edema, rubor, calor e dor);
 - Informar sobre os sinais e sintomas de infeção;
 - Avaliar temperatura corporal uma vez por turno;
 - Ensinar sobre a importância de manter o penso do CLD limpo, seco e íntegro;
 - Não dormir sobre o cateter;
 - Consultar os valores analíticos de leucócitos e PCR.
- ❖ Fim a 8/10/2014

42

Imagem corporal alterada: presença de CLD e cicatrizes cirúrgicas abdominais.

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
- Encorajar o Sr. B. a expressar os seus sentimentos, especialmente sobre a maneira de sentir, pensar ou ver a si mesmo.
- Sugerir estratégias para disfarçar a presença do CLD.
- Encorajar a voltar à vida normal e ao convívio com os seus amigos.
- ❖ Fim a 8/10/2014

43

Conhecimento não demonstrado: Hemodiálise

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
- Descrever o processo de HD.
- Informar sobre as complicações que podem ocorrer durante as sessões sendo as mais frequentes a hipotensão, as câibras, dores de cabeça, náuseas e vômitos.
- Alertar que estas complicações estão diretamente relacionados com a adesão ao regime terapêutico:
- Orientar, explicar o regime terapêutico e suas implicações para a qualidade de vida:

44

Conhecimento não demonstrado: Hemodiálise

- ❖ Início a 22/09/2014
- ❖ Intervenções de enfermagem
- Auxiliar na escolha de alternativas viáveis para manutenção adequada do regime terapêutico;
- Alertar para ajustar o horário das sessões de HD de forma a não coincidir com o curso que frequenta;
- Encorajar a refletir sobre o próprio comportamento / substituir hábitos indesejáveis por outros desejáveis;
- Reforçar as instruções de dieta e restrição hídrica. Solicitar a presença dos pais aquando dos ensinamentos.
- ❖ Fim a 8/10/2014

45

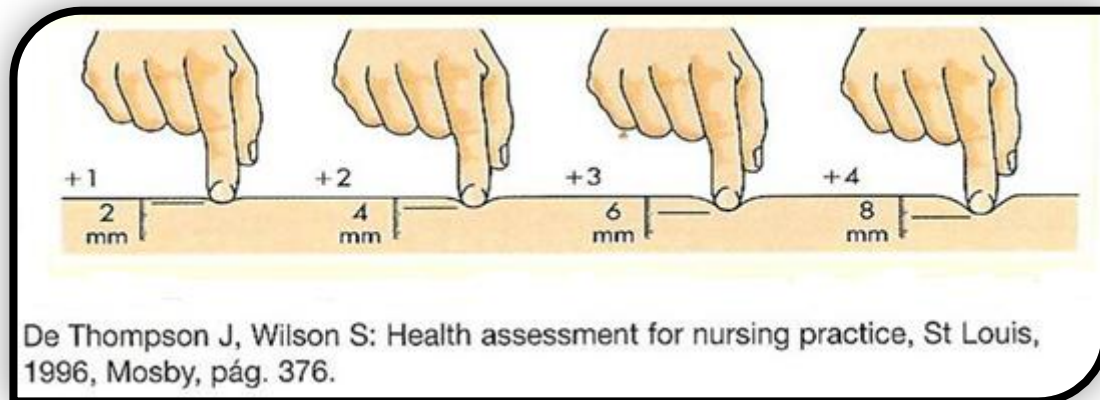
Bibliografia

- International Council of Nurses (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Marantides, D. K., Marek, J.F., Morgan, J., Bartucci, M.R. (2003). Intervenções em pessoas com Insuficiência Renal. Em Phipps, W. J., Sands J.K., Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H.S. Azevedo Trad.) (6ªed.) (Vol. 3, pp. 1347-2022). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original Inglês Medical- Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice, 6th ed., 2003).
- Riella, M. C., & Martins, C. (2013). *Nutrição e Rim*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

46

APÊNDICE IV
Escala do Edema

Escala do Edema com *Godet*



Grau 0 - Sem edema

Grau 1 - Depressão minimamente detetada até 2mm. Acompanhada de contornos normais do membro. Após pressão o *godet* reverte rapidamente.

Grau 2 - Depressão detetada até 4mm. Acompanhada de contornos normais do membro. Após pressão o *godet* pode permanecer até 15 segundos.

Grau 3 - Depressão profunda detetada até 6mm. Acompanhada de edema do membro. Após pressão o *godet* pode permanecer de 1 a 2 minutos.

Grau 4 - Depressão profunda detetada até 8mm. Acompanhada de edema grave do membro. Após pressão o *godet* pode permanecer de 2-5 minutos.



5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem Nefrológica

Elaborado por: Enfermeira Vera Lúcia dos Santos Martins

Orientadora: Enfermeira Especialista Alexandra Crespo

Bibliografia:

- Huffstutler, S.Y. (2003). Avaliação do Sistema Cardiovascular. Em Phipps,W. J., Sands J.K., Marek,J.F. (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H.S. Azevedo Trad.) (6ªed.) (Vol. 2, pp. 679-1339). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original Inglês Medical- Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice, 6th ed., 2003).
- Riella, M. C., & Martins, C. (2001). Nutrição e hemodiálise. Em M. C. Riella, & C. Martins (Eds.), *Nutrição e Rim* (1ª ed) (pp. 114-131). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICE V

Checklists de Educação para a Saúde do
Doente Algaliado - Preparação para a Alta

e

Folheto “Algaliação”

Preparação para a Alta
Educação para a Saúde
Dispositivo Vesical

A	<input checked="" type="checkbox"/>	Educação para a Saúde do Doente Algaliado
		0 – Conceito.
		1 – Finalidade do cateter urinário.
		2 – Utilização da pinça de clampar e saco coletor de urina.
		3 – Mudança e esvaziamento do saco coletor de urina.
		4 – Higiene das mãos.
		5 – Higiene dos genitais.
		6 – Fixação do cateter urinário.
		7 – Reforço hídrico.
		8 – Ensinar o doente/ família/cuidador sobre possíveis complicações:
		8.1 – Infeções urinárias;
		8.2 – Características da urina;
		8.3 – Traumatismos;
		8.4 – Obstrução.
		9 – Mudança da do cateter urinário.
		10 – Participação ativa do doente/família/ cuidador no manuseamento do saco coletor de urina e cateter urinário.
A= Apto		<input checked="" type="checkbox"/> = Ensino efetuado

Data de colocação de dispositivo vesical ____/____/____

O/ A Enfermeira: _____ N° Mecanográfico _____

Prevenção da Infecção Urinária:

- ✓ Usar a tampa da algália só uma vez, não guardar, nem usar repetidamente;
- ✓ Lavar sempre as mãos com água e sabão antes e depois de mexer na algália ou saco coletor;
- ✓ Manter o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga;
- ✓ Despejar o saco coletor sempre que esteja a meio da sua capacidade;
- ✓ Lavar os genitais com água e sabão diariamente;
- ✓ Não deixar o saco coletor diretamente no chão, deve pendurá-lo, em ultimo recurso, deve pousá-lo em cima de um saco plástico ou toalha limpos
- ✓ Beber pelo menos 2 litros de líquidos (chá, água, sumo, etc.) por dia.



Consultar o seu enfermeiro e/ou médico de família:

- Se aparecer febre ou a urina tiver um cheiro intenso ou for espessa ou turva.
- Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da algália.
- Se observar sangue dentro ou à volta da algália.
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar da ingestão abundante de



5º Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Nefrológica

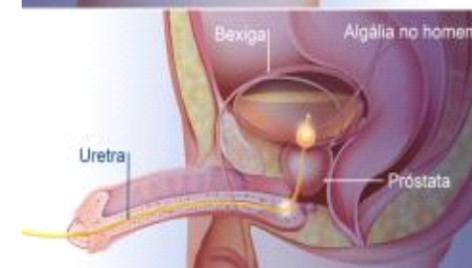
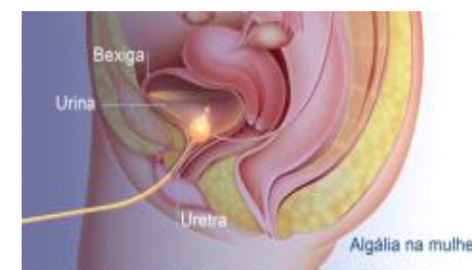
Elaborado por: Enfermeira Vera Lúcia dos Santos Martins

Orientadora: Enfermeira Especialista Alexandra Crespo

Bibliografia:

- Phipps, W. J., Sands J.K., Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H.S. Azevedo Trad.) (6ª ed.) (Vol. 3, pp. 1347-2022). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original Inglês Medical- Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice, 6th ed., 2003).
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2013). *Guia Prático de Saúde*. Disponível em <http://www.apmgf.pt/ficheiros/GuiaPraticoSaude.pdf>

Algáliação



Cuidados a ter no Domicílio

O que é uma Algália?



A **algália** é um tubo que se utiliza para esvaziar e recolher a urina da bexiga.

Após colocar a algália na bexiga a urina sai através deste tubo para um saco coletor.



É na bexiga que se armazena a urina produzida nos rins, que fazem a filtração do sangue. Da bexiga a urina é esvaziada para o exterior através de um canal chamado **uretra**.



As algalias **são utilizadas** nos casos em que não se consegue urinar, porque a saída está obstruída; porque existe uma alteração nos nervos que controlam o esvaziamento da bexiga; quando perdas de urina ocasionam problemas graves de higiene ou a integridade da pele está comprometida; quando é necessário introduzir medicamentos na bexiga, obter amostras de urina ou controlar a quantidade de urina produzida.



A algália é introduzida após aplicação de um gel lubrificante, pela uretra até à bexiga, e aí é insuflado um balão existente na ponta do tubo para que esta não saia.



A colocação de uma algália pode ser temporária ou permanente. Independente do tempo em que permanece colocada, necessita de uma série de cuidados por parte do doente ou do cuidador, por forma a manter o seu funcionamento adequado e evitar infeções.

Se usar a clampagem

- ✓ Retire a tampa de clampagem ou a pinça de clampar, quando sentir vontade de urinar e deixe que a urina saia naturalmente para fora.
- ✓ Se não tiver vontade de urinar deverá retirar a clampagem em cada 2 ou 3 h para esvaziar a bexiga.
- ✓ Durante a noite deve ligá-la a um saco coletor.

Se usar saco coletor

- ✓ Antes de despejar o saco, lave as mãos;
- ✓ Despejar o saco coletor pelo menos a cada 8 horas, ou sempre que esteja a meio da sua capacidade;
- ✓ Em cada despejo, usar um recipiente limpo, e evitar que a torneira do saco toque no recipiente;
- ✓ Depois de despejar o saco limpe a válvula de despejo com um pano limpo ou papel higiénico, para evitar que caiam gotas de urina no chão.



Como substituir o saco coletor:

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Clampar a algália com a pinça de clampagem;
- ✓ Adaptar o novo saco coletor;
- ✓ Desclampar a algália;
- ✓ Lavar as mãos.

Quando substituir o saco coletor:

- ✓ Na altura de mudança da algália;
- ✓ Quando estiver danificado ou com fugas de urina;
- ✓ Quando se acumularem sedimentos ou coágulos de sangue;
- ✓ Se por acidente o saco se desprender da algália.

Deve sempre fixar a algália, de forma a evitar possíveis traumatismos na bexiga e de forma a que o tubo não fique sob tensão ou dobrado.



APÊNDICE VI

Plano da sessão de formação no Serviço de Hemodiálise no
HDESPD,E.P.E. –“Nutrição em Hemodiálise: Influência cultural.”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Plano de Ação

Serviço	Serviço de Hemodiálise				
Ação de Formação	Nutrição em Hemodiálise: Influências Socioculturais.			Data	17/12/2014
Objetivos	Conteúdos	Preletores	Metodologia	Material De Apoio	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender que para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem é importante conhecer a cultura da população; ✓ Reconhecer que só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime dietético. ✓ Identificar as orientações e recomendações para o cumprimento das restrições dietéticas e hídricas nos doentes renais crónicos em hemodiálise, fornecidas pela Dietista do Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adesão ao regime terapêutico nas doenças crónicas. ✓ Mensagens e recomendações para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas. ✓ Doença Renal Crónica e a Hemodiálise. ✓ Indicadores de adesão ao tratamento em hemodiálise. ✓ Gestão do regime terapêutico. ✓ A cultura como fator limitativo ou impeditivo na adesão ao do regime terapêutico – Modelo Purnell de Competência Cultural. ✓ Nutrição em Hemodiálise. 	<p>Enfermeira Vera Martins</p> <p>Dietista Cidália Ponte</p>	<p>Expositivo/ participativo</p> <p>Visualização de PowerPoint</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador ▪ Projetor de imagem 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os objetivos propostos foram cumpridos; ✓ A metodologia foi adequada aos formandos; ✓ O espaço e o equipamento informático utilizado foram adequados; ✓ Os formandos apresentaram-se interessados e participativos. ✓ Evidencia-se a importância da articulação da formação com a prática de cuidados.

APÊNDICE VII

Suporte em *PowerPoint* da formação realizada
no Serviço de Hemodiálise no HDESPD,E.P.E. - “Nutrição em
Hemodiálise: Influência cultural.”



Enfermeira Vera Martins
Dietista Cidália Ponte

NUTRIÇÃO EM HEMODIÁLISE: INFLUÊNCIA CULTURAL.

1

DOENÇA RENAL CRÓNICA HEMODIÁLISE

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN):

- em 2013 foram registados **2427 novos** casos de pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) em estadio 5 que iniciaram **Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR)**.
- Destes, **2210 (91,06%)** iniciaram **Hemodiálise (HD)**.
- A **HD** como modalidade de tratamento, continua a ser a **mais usada**, apresentando uma **prevalência de 59,84%**.

(SPN, 2014)

Enfª Vera Martins

2

DOENÇA RENAL CRÓNICA HEMODIÁLISE

- A World Health Organization (WHO) menciona que nos países desenvolvidos, a taxa de adesão à terapia de longa duração nas doenças crónicas é baixa.
- A terapia de longa duração, abrange:
 - o cumprimento da medicação,
 - numerosos comportamentos relacionados à saúde, entre outros, o regime alimentar adequado e atividade física regular.
- a gestão inadequada da doença e do regime terapêutico recomendado é uma das causas apontada com maior frequência, para episódios de internamento, por descompensação da doença.

(WHO, 2003)

Enfª Vera Martins

3

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO



- existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

(WHO, 2003)

Enfª Vera Martins

4

MENSAGENS E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS DOENÇAS CRÓNICAS

(WHO, 2003)

Enfª Vera Martins

5

A NÃO ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO:

- no âmbito das doenças crónicas é um problema mundial de **grande magnitude**.
- mortalidade e morbilidade** que lhe estão associadas, atingem valores **desproporcionalmente elevados**, com graves repercussões na saúde das pessoas e elevados custos económicos;
- as consequências incluem, além do aumento das despesas, resultados negativos nos indicadores de saúde;

(WHO, 2003).

Enfª Vera Martins

6

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO:

- é um importante agente modificador da efetividade dos sistemas de saúde.
- as pessoas com doença crónica devem ser compreendidas e apoiadas, não repreendidas. O que significa que não se deve colocar o foco na pessoa/doente, esquecendo os profissionais e os sistemas de saúde;
- é influenciada simultaneamente por cinco grupos de fatores: relacionados com a doença, com a pessoa/doente, com o tratamento, com os profissionais e serviços de saúde e com fatores sociais, económicos e culturais;
- As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas;

Enfª Vera Martins

(WHO, 2003)
7

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO:

- é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento e fatores que a possam influenciar negativamente;
- os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão;
- a família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas na melhoria da adesão;
- só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime terapêutico

(WHO, 2003).

Enfª Vera Martins

8

O PAPEL DOS ENFERMEIROS

O International Council of Nurses refere:

- existem cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo,
- associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes,



coloca-nos numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão.

(WHO, 2003)

Enfª Vera Martins

9

DOENÇA RENAL CRÓNICA HEMODIÁLISE

- Os doentes em HD, necessitam de mais do que um TSFR eficaz e seguro.
- Eles e as suas famílias vivem uma complexa situação de saúde, que se enquadra no âmbito da doença crónica:
 - ✦ na aceitação da doença,
 - ✦ adaptabilidade e adesão ao tratamento,



Abordagem sistémica na planificação dos cuidados de enfermagem.

Enfª Vera Martins

10 (WHO, 2003)

INDICADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM HEMODIÁLISE



Unidade Curricular: Adaptação à Doença Renal Crónica (apresentação PowerPoint). Professor: Filipe Cristóvão. ESEL, 2014

Enfª Vera Martins

11

CRITÉRIOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM HEMODIÁLISE

Indicadores	Critérios	
	Aderentes	Não Aderentes
• Faltas ao tratamento	Até uma falta ao tratamento no último mês	• Mais que uma falta ao tratamento no último mês
• Concentração sérica de potássio pré-dialítico	Nível do potássio até 5,5 mEq/L	• Nível do potássio superior a 5,5 ou 6,0 mEq/L
• Concentração sérica de fósforo pré-dialítico	Nível do fósforo até 5,5 mg/dl	• Nível do fósforo superior a 5,5 ou 7,0 mg/dl
• Ganho de peso inter-dialítico	Ganho de peso até 4 a 5% do peso seco	• Ganho de peso superior a 4 a 5% do peso seco • Mais do 2 Kg

Unidade Curricular: Adaptação à Doença Renal Crónica (apresentação PowerPoint). Professor: Filipe Cristóvão. ESEL, 2014

Enfª Vera Martins

12

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

- Mais importante que discutir a adesão ao tratamento é compreender como o doente gere o tratamento de que necessita.

Gerir o regime terapêutico é:

- “(...) um tipo de comportamento de adesão com características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento de doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.”(CIPE, 2011:58)

Enfª Vera Martins

13

A CULTURA COMO FATOR LIMITATIVO OU IMPEDITIVO NA ADESÃO AO DO REGIME TERAPÊUTICO.

Enfª Vera Martins

14

A CULTURA:

- é um dos fatores limitativos ou impeditivos identificados pela WHO (2003) na adesão ao do regime terapêutico.
- Influência:
 - ✦ o modo de vida das pessoas,
 - ✦ o modo de ver mundo e igualmente as percepções, crenças e comportamentos face a saúde e doença,
 - ✦ cuidados de saúde.

“ a cultura tem uma influencia, imensa, na interpretação e nas respostas do individuo aos cuidados de saúde.”

(Purnell, 2010:22)

Enfª Vera Martins

15

A CULTURA



A tomada de consciência pelos profissionais saúde, sobre a cultura de quem cuidam irá permitir adequar cuidados de saúde.

“os prestadores de cuidados que conseguem analisar, planejar, intervir e avaliar de uma forma culturalmente competente melhorarão os cuidados que prestam aos utentes.”

(Purnell, 2010:22)

Enfª Vera Martins

16



(Purnell, 2010:23)

17

O MODELO PURNELL DE COMPETÊNCIA CULTURAL

- Um dos 12 domínios, é o domínio cultural da nutrição.
- ao “compreender o padrão alimentar de um utente é essencial para fornecer aconselhamento dietético culturalmente competente.” (Purnell, 2010:44).
- A nutrição inclui:
 - ✦ ter uma alimentação adequada para saciar a fome;
 - ✦ o significado de alimentos;
 - ✦ escolhas alimentares, rituais e tabus;
 - ✦ deficiências enzimáticas;
 - ✦ e como substâncias alimentares e alimentos são usados para a promoção da saúde e bem-estar e durante a doença.

Enfª Vera Martins

18

O MODELO PURNELL DE COMPETÊNCIA CULTURAL



Enfª Vera Martins

(Purnell, 2010)

19

O MODELO PURNELL DE COMPETÊNCIA CULTURAL

- O Modelo Purnell de Competência Cultural, a premissa deste referencial é:

todos os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura, a fim de prover um cuidado que seja competente do ponto de vista cultural.



Enfª Vera Martins

(Purnell, 2010)

20

HEMODIÁLISE

- O sucesso da HD depende de quatro fatores:
 - ✦ restrição de líquidos,
 - ✦ recomendações dietéticas,
 - ✦ prescrição medicamentosa,
 - ✦ cumprimento das sessões de HD.(Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007)
- Apesar do grande desenvolvimento de técnicas e otimização dos procedimentos em HD, o sucesso da terapia está associado, a uma nutrição adequada.

Enfª Vera Martins

(Riella & Martins, 2013)

21

NUTRIÇÃO EM HEMODIÁLISE

- A dieta em HD, é limitada em:
 - ✦ sódio, potássio, fósforo e líquidos.
- Dever ser “rica” em:
 - ✦ proteínas e calorias suficientes para suprir as necessidades que estão aumentadas devido ao tratamento.

Enfª Vera Martins

(Riella & Martins, 2013)

22

NUTRIÇÃO EM HEMODIÁLISE

- A dieta em HD, é limitada com objetivo de:
 - ✦ manutenção do peso,
 - ✦ melhorar ou manter o equilíbrio proteico,
 - ✦ manter as concentrações séricas de potássio, sódio, fosfato e cálcio, o estado vitamínico, hidroeletrólítico e de minerais;
 - ✦ melhorar os sintomas urêmicos;
 - ✦ minimizar ou evitar efeitos secundários ao desequilíbrio hídrico, mineral e eletrólítico, como doença óssea, edema agudo do pulmão;
 - ✦ minimizar ou evitar níveis elevados de lipídios séricos.

Enfª Vera Martins

(Riella & Martins, 2013)

23

NUTRIÇÃO EM HEMODIÁLISE

- As restrições dietéticas nos doentes em HD, interferem:
 - ✦ com os hábitos de vida, (não só os hábitos alimentares);
 - ✦ com a vida social e familiar de cada doente.
- O não cumprimento, acarreta complicações e pode condicionar a sobrevivência a longo prazo.

Enfª Vera Martins

(Riella & Martins, 2013)

24

HEMODIÁLISE

Eficiência ou Adequação da Hemodiálise

- Refere-se à capacidade da diálise em eliminar toxinas, mantendo o equilíbrio hidro-eletrólítico, ácido-base e nutricional.
- O Índice de eficiência dialítica é dado pelo Kt/v.
 - o seu calculo é o método que melhor determina a quantidade de diálise que deve ser administrada a um doente.
 - *Dialysis Outcomes Quality Initiative Clinical Practice Guidelines*, sugerem um Kt/V mínimo de 1,3.

(Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, 2011)

DESNUTRIÇÃO

- Um dos principais fatores que afetam adversamente o doente em Hemodiálise;
- O tempo em hemodiálise afeta negativamente o estado nutricional dos doentes.
- A desnutrição proteica e calórica está associada:
 - ❖ a maior comorbilidade e mortalidade (sobretudo em doentes idosos),
 - ❖ comprometimento da qualidade de vida.



(Riella & Martins, 2013)

CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO

- INGESTÃO ALIMENTAR DEFICIENTE.
 - grande percentagem dos doentes renais crónicos, particularmente em hemodiálise, ingere nutrientes em quantidades abaixo de recomendado.
- HIPERCATABOLISMO.
 - aumento do catabolismo proteico.
- REDUÇÃO DA MASSA MUSCULAR, DADA A POUCA ATIVIDADE FÍSICA.

(Riella & Martins, 2013)

INGESTÃO ALIMENTAR DEFICIENTE

- Anorexia
 - ❖ uremia (diálise inadequada/perda da função renal residual);
 - ❖ sobrecarga hídrica;
 - ❖ distúrbios (náuseas, vômitos, diarreia, obstipação) ou doenças gastrointestinais coexistentes.
- Fatores financeiros
- Iatrogenia (diets restritivas e inadequadas), medicamentos (interações com medicamentos)
- Problemas dentários.

(Riella & Martins, 2013)

HIPERCATABOLISMO

- Perdas de nutrientes em Hemodiálise
 - ❖ Perda de aminoácidos, vitaminas hidrossolúveis e glicose.
- Alterações metabólicas
 - ❖ Inflamação
 - ❖ Acidose metabólica
 - ❖ Uremia
 - ❖ Hiperparatiroidismo

(Riella & Martins, 2013)

REDUÇÃO DA MASSA MUSCULAR, DADA A POUCA ATIVIDADE FÍSICA

- Estilo de vida sedentário.
- Limitações físicas e psicológicas
 - ❖ Depressão
 - ❖ Anemia
 - ❖ Amputações.

(Riella & Martins, 2013)

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- A **avaliação** nutricional para o doente estável, é recomendada **duas vezes por ano**.
- A **monitorização** nutricional de proteínas séricas, do peso, do aporte nutricional e dos valores bioquímicos de rotina é recomendada **uma vez por mês**.

(Riella & Martins, 2013)
(Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, 2011)

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL



(Riella & Martins, 2013)
(Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, 2011)

MEDIDAS CORPORAIS E ESCALAS

- Altura
- Peso
- IMC o ideal para HD é >25Kg/m²
- Prega cutânea tricipital.
- SGAm



$$\text{Fórmula do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$$



MEDIDAS CORPORAIS



- **Peso seco**, ou peso sem edema, é atribuído como referencia para durante a sessão de HD retirar líquidos em excesso.
- O **ganho de peso interdialítico**, ou seja, entre as sessões de HD o peso é ganho é em líquido, o qual deve ser retirado.
- O ganho de peso interdialítico elevado está associado:
 - ✓ a um maior risco de mortalidade,
 - ✓ pode refletir melhor ingestão alimentar e estado nutricional.

(Riella & Martins, 2013)
(Manual do Hemodiálise para Enfermeiros, 2011)

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

- Proteínas - 1 a 1.2g/kg peso/dia
- Lipídios - 1 a 2g/kg peso/dia
- Glicídios - 4 a 7g/kg peso/dia
- Sódio - 2 a 3g/dia
- Potássio - 2 a 3g/dia
- Fosforo - < 800mg/dia
- Líquidos - 500ml + produção de urina
- Calorias - se < 65 anos (30 a 35Kcal/kg/dia)
- se > 65 anos (25 a 30Kcal/kg/dia)

(Riella & Martins, 2013)
(Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, 2011)

ADULTO COM PESO SECO DE 50KG

Dia Alimentar	
Pequeno Almoço: café com leite (100 + 100ml) 1 pão com manteiga	Proteínas – 60gr/dia Lípidos – 50 a 100gr/dia Glicídios – 150 a 200gr/dia Calorias – 1500 a 1750/dia
Almoço: prato com 80gr de carne ou peixe 2 a 3 colheres de arroz ou massa 150gr legumes cozidos azeite para temperar 1 peça de fruta	
Lanche: 5 a 6 bolachas/ 1 pão com compota 1 peça de fruta	
Jantar: sopa escorrida (300ml) 1 papo seco 1 peça de fruta	
Ceia: Idêntico ao pequeno almoço (200ml)	
NOTA: Ainda poderá fazer 330ml de água por dia.	
Total Líquidos: 1130ml/dia	

ADULTO COM PESO SECO DE 60KG

Dia Alimentar

Pequeno Almoço: café com leite (100 + 100ml)
1 pão com manteiga

Almoço: prato com 80gr de carne ou peixe
2 a 3 colheres de arroz ou massa
150gr legumes cozidos
azeite para temperar
1 peça de fruta + ½ papo seco

Lanche: 5 a 6 bolachas/ 1 pão com compota
1 peça de fruta

Jantar: sopa escorrida (300ml)
+
Idêntico ao almoço

Ceia: Idêntico ao pequeno almoço (200ml)

NOTA: Ainda poderá fazer 330ml de água por dia.

Proteínas – 75gr/dia
Lípidos – 60 a 120gr/dia
Glicídios – > 240gr/dia
Calorias – 1800 a 2100/dia

Total Líquidos:
1130ml/dia

37 Dietsita Cidália Ponte

ADULTO COM PESO SECO DE 70KG

Dia Alimentar

Pequeno Almoço: café com leite (100 + 100ml)
1 pão com manteiga

Almoço: prato com 80gr de carne ou peixe
4 a 5 colheres de arroz ou massa
150gr legumes cozidos
azeite para temperar
1 peça de fruta

Lanche: 5 a 6 bolachas/ 1 pão com compota
1 peça de fruta

Jantar: sopa escorrida (300ml)
+
Idêntico ao almoço

Ceia: Idêntico ao pequeno almoço (200ml)

NOTA: Ainda poderá fazer 330ml de água por dia.

Proteínas – 80gr/dia
Lípidos – 80 a 160gr/dia
Glicídios – > 280gr/dia
Calorias – 2100 a 2450/dia

Total Líquidos:
1130ml/dia

38 Dietsita Cidália Ponte

ADULTO COM PESO SECO DE 80KG

Dia Alimentar

Pequeno Almoço: café com leite (100 + 100ml)
2 pães com manteiga

Almoço: prato com 100gr de carne ou peixe
4 a 5 colheres de arroz ou massa
150gr legumes cozidos
azeite para temperar
1 peça de fruta
1 papo seco

Lanche: 5 a 6 bolachas/1 pão com compota
1 peça de fruta

Jantar: sopa escorrida (300ml)
+
Idêntico ao almoço

Ceia: café com leite (100 + 100ml)
1 pão com compota

NOTA: Ainda poderá fazer 330ml de água por dia.

Proteínas – 100gr/dia
Lípidos – 80 a 160gr/dia
Glicídios – > 320gr/dia
Calorias – 2400 a 2800/dia

Total Líquidos:
1130ml/dia

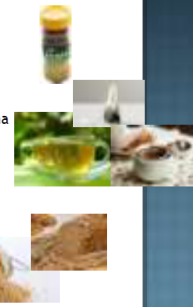
39 Dietsita Cidália Ponte

ALIMENTOS E POTÁSSIO

➤ A recomendação é individualizada, depende do volume e perdas urinárias.

Eliminar da alimentação:

- ☉ café puro e liofilizado;
- ☉ cacau, chocolate, chá (incluindo o de ervas camomila, tília, cidreira...preparado da forma tradicional);
- ☉ cereais integrais (pão, bolachas e outros alimentos à base de farinhas integrais);
- ☉ Soja;



Dietsita Cidália Ponte

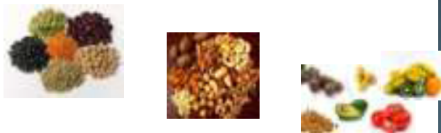
40

ALIMENTOS E POTÁSSIO

➤ A recomendação é individualizada, depende do volume e perdas urinárias.

Eliminar da alimentação:

- ☉ leguminosas secas (feijão, grão, lentilhas, ervilhas, favas e tremçoços);
- ☉ oleaginosas (nozes, avelãs, amêndoas, caju, amendoins...);
- ☉ frutos secos e cristalizados (passas, ameixas e damascos secos, tâmaras...);
- ☉ alguns frutos, sobretudo abacate, banana, kiwi, laranja.



Dietsita Cidália Ponte

41

ALIMENTOS E POTÁSSIO

TÉCNICA CULINÁRIA

Antes de cozinhar

1. descasque a batata, batata-doce e inhames,
2. corte em pedaços pequenos
3. coloque de molho, de um dia para o outro, em bastante água

Nota: ter o cuidado de mudar a água várias vezes.



Dietsita Cidália Ponte

42

ALIMENTOS E POTÁSSIO

TÉCNICA CULINÁRIA

Para a cozedura

✓ Verduras, batatas e inhames demolidados deverão ser cozidos em panela com muita água (colocar os alimentos em água fria sem sal).

✓ Deixar cozer.

✓ Não aproveitar a água de cozedura.

➢ Quando esses alimentos se destinarem à sopa repetir o passo anterior mas deixar ferver apenas 2 a 3 minutos, escorrer. Adicioná-los numa nova água onde colocará os temperos mas já com a água quente e deixar acabar de confeccionar.

➢ Para fazer batata frita terá de repetir o passo anterior e só depois fritar.

Dietista Cidália Ponte

43



ALIMENTOS E POTÁSSIO

TÉCNICA CULINÁRIA

Final da cozedura

✓ Deite fora a água da cozedura por ser muito rica em potássio.

Nota: A fruta em calda poderá ser consumida se eliminar a calda e passar por água corrente.

✓ As frutas com menor teor de potássio são:

- a pera, maçã sem casca, tangerina, pêssego, romã melancia (cuidado com a quantidade de líquidos que esta fornece)

Dietista Cidália Ponte

44

ALIMENTOS E SÓDIO

➢ A recomendação é individualizada, depende do volume e perdas urinárias.

Cozinhar com pouco sal e evitar alimentos:

- com bicarbonato de sódio;
- conservas de peixe, chouriço de carne;
- aperitivos (batatas fritas, tiras de milho, favas fritas, amendoim, etc.);
- peixe seco, salgado;
- produtos fumados (presunto, morcela, bacon, etc.);
- queijos sobretudo os duros, leite em pó;
- mariscos;
- pickles, azeitonas, tremoços;
- caldos de carne, peixe e outros;

Dietista Cidália Ponte

45



ALIMENTOS E SÓDIO

Cozinhar com pouco sal e evitar alimentos:

- produtos instantâneos e pré-cozinhados (sopas, cereais);
- manteiga e margarina com sal;
- molhos com sal (mostarda, soja, ketchup, outros molhos comerciais);
- pão, biscoitos, bolos e bolachas com sal;
- águas e outras bebidas com gás.

Dietista Cidália Ponte

46



ALIMENTOS E SÓDIO

Substituir o sal por:

☐ Ervas aromáticas e especiarias para tornar o prato mais saboroso.

➢ tomilho; salsa; louro; cebola, cebolinho; hortelã; açafraão; pimenta em grão; alho, alho francês; cravinho; colorau; caril; noz moscada; aipo; etc.



➢ Temperar com limão, vinagre e azeite.

➢ existem produtos farmacêuticos substitutos do sal, mas atenção porque são ricos em potássio pelo que não os deve usar.

Dietista Cidália Ponte

47



ALIMENTOS E FOSFORO

Controlar a ingestão de:

- queijos;
- leite e iogurte;
- carnes incluindo a das aves;
- peixe;
- gema de ovo;
- nozes, avelãs, amêndoas, amendoins...
- cereais integrais (pão, bolachas, massas e outros alimentos à base de farinhas integrais);
- soja;
- feijão, grão e lentilhas;
- chocolate, etc.



Dietista Cidália Ponte

48

RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS



- Todos os alimentos contêm água.

Consideram-se líquidos a contabilizar:

- Água, o gelo, gelados, iogurtes, refrigerantes, gelatina, sumos, bebidas alcoólicas, chá, café, leite, sopas, papas, molhos, sobremesas, etc.
- tudo o que é líquido ou húmido.



Dietista Cidália Ponte

49

RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS



MEDIDAS PRÁTICAS PARA LIDAR COM A SEDE

- Limitar as bebidas gaseificadas e ricas em açúcar, pois provocam sede (verificar a composição das águas minerais e evite as mais ricas em sódio);
- Evite as bebidas e alimentos ricos em potássio como sumos, sopas instantâneas e caldos de cubo extremamente ricos também em sal;
- Beber em pequenas quantidades ao longo do dia;
- No Verão opte por pedaços de gelo (água) para "matar" a sede (colocar um cubo num copo e "bebericar" a água que vai derretendo);

Dietista Cidália Ponte

50

RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS



MEDIDAS PRÁTICAS PARA LIDAR COM A SEDE

- Coloque no cubo de gelo gotas de limão que estimula a secreção de saliva e a manter a boca húmida;
- Coloque na boca meias rodela de limão que estimulam a produção de saliva (atenção que o limão é rico em potássio);
- Lavar a boca com frequentemente com água mas não beber;
- Preferir bebidas quentes, pois eliminam mais eficazmente a sensação de sede;
- O álcool deve ser bebido com moderação dando sempre preferência ao de menor graduação.

Dietista Cidália Ponte

51

BIBLIOGRAFIA

- Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodálise para enfermeiros*. Portugal, Almedina.
- International Council of Nurses (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Kammerer, J., Garry, G., Hartigan M., Carter, B., Erlich, L. (2007). *Adherence in patients on dialysis: strategies for success*. Disponível na base de dados Medline with full Text, ID: mdl-18041450
- Purnell, L.D., Paulanka, B.J. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente*. 3ª ed. Loures : Lusodidacta.
- Riella, M. C., & Martins, C. (2013). Nutrição e hemodálise. Em M. C. Riella, & C. Martins (Eds.), *Nutrição e Rim* (2ª ed) (pp. 114-131). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014) - *Gabinete de registo Relatórios anuais*. Acedido 12/06/2014. Disponível em http://www.spnephro.pt/comissoes_gabinetes/gabinete_de_registo_DRT.asp
- W.H.O., (World Health Organization) (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization.

52

APÊNDICE VIII

Folheto “Nutrição em Hemodiálise”



HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO de
Ponta Delgada, EPE



5º Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Nefrológica

Elaborado por: Enfermeira Vera Lúcia dos Santos Martins
Dietista Cidália Ponte

Orientadora: Enfermeira Especialista Ana Rita Paquete
Bibliografia

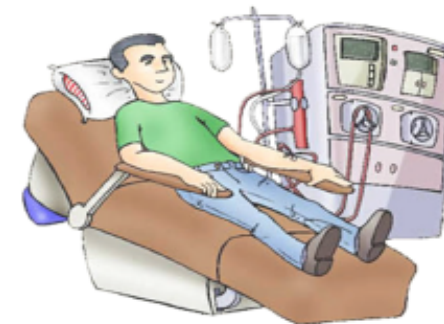
Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodiálise para enfermeiros*. Portugal, Almedina.

Riella, M. C., & Martins, C. (2013). Nutrição e hemodiálise. Em M. C. Riella, & C. Martins (Eds.), *Nutrição e Rim* (2ª ed) (pp. 114-131). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



HOSPITAL DO DIVINO
ESPÍRITO SANTO de
Ponta Delgada, EPE

NUTRIÇÃO EM HEMODIÁLISE



- A dieta do doente em hemodiálise tem algumas restrições que terá obrigatoriamente de cumprir, sob pena de lhe provocar graves danos de saúde, podendo mesmo levar à morte.
- Existem alimentos que pode comer livremente, outros que pode comer em pequenas quantidades e outros ainda que são absolutamente proibidos.
- A preparação dos alimentos obedece a algumas exigências.

HIPERCALIÊMIA

- ◆ Excesso de potássio no sangue
- ◆ O potássio em excesso provoca perturbações neurológicas e musculares (o coração é um músculo).

CONSELHOS PARA BAIXAR O POTÁSSIO

Evitar comer:

- ◆ café puro e liofilizado;
- ◆ cacau, chocolate, chá (incluindo o de ervas camomila, tília, verde e o preto, preparado da forma tradicional);
- ◆ cereais integrais (pão, bolachas e outros alimentos à base de farinhas integrais);
- ◆ Soja;
- ◆ leguminosas secas (feijão, grão, lentilhas, ervilhas, favas e tremoços);
- ◆ oleaginosas (nozes, avelãs, amêndoas, caju, amendoins...);
- ◆ frutos secos e cristalizado (passas, ameixas e damascos secos, tâmaras...);
- ◆ alguns frutos, sobretudo, banana, kiwi, laranja, araçá, amoras, anonas, ananás e as goiabas.
- ◆ as frutas com menor teor de potássio são a pêra, maçã sem casca, tangerina, pêssego, melancia (cuidado com a quantidade de líquidos que esta fornece) .



LÍQUIDOS



MEDIDAS PRÁTICAS PARA LIDAR COM A SEDE

- ◆ Limitar as bebidas gaseificadas e ricas em açúcar, pois provocam sede (verificar a composição das águas minerais e evite as mais ricas em sódio);
- ◆ Evite as bebidas e alimentos ricos em potássio como sumos, sopas instantâneas e caldos de cubo extremamente ricas também em sal;
- ◆ Beber em pequenas quantidades ao longo do dia;
- ◆ No Verão opte por pedaços de gelo (água) para "matar" a sede (colocar um cubo num copo e "bebericar" a água que vai derretendo);
- ◆ Coloque no cubo de gelo gotas de limão que estimula a secreção de saliva e a manter a boca húmida;
- ◆ Coloque na boca meias rodela de limão que estimulam a produção de saliva (atenção que o limão é rico em potássio);
- ◆ Lavar a boca com frequentemente com água mas não beber;
- ◆ Preferir bebidas quentes, pois eliminam mais eficazmente a sensação de sede;
- ◆ O álcool deve ser bebido com moderação dando sempre preferência ao de menor graduação.



LÍQUIDOS

Ⓞ Todos os alimentos contêm água.

- ◆ Quando os rins não funcionam bem, a quantidade de urina diminui. Desta forma, a quantidade de líquidos a ingerir também terá que ser limitada para evitar edemas e outros problemas inerentes à insuficiência renal.
- ◆ Há que evitar uma acumulação de líquidos superior a 2,5 Kg entre cada sessão de Hemodiálise, porque um peso superior a este valor, altera a tolerância à sessão provocando queda de tensão, vômitos, falta de ar, alterações cardíacas... – mau estado geral!

Consideram-se líquidos a contabilizar:

- ◆ Água, o gelo, gelados, iogurtes, refrigerantes, gelatina, sumos, bebidas alcoólicas, chá, café, leite, sopas, papas, molhos, sobremesas, etc.
- ◆ tudo o que é líquido ou húmido.



HIPERCALIÊMIA

Preparação dos alimentos ricos em Potássio

TÉCNICA CULINÁRIA

Antes de cozinhar

1. descasque a batata, batata-doce e inhames,
2. corte em pedaços pequenos
3. coloque de molho, de um dia para o outro, em bastante água

Nota: ter o cuidado de mudar a água várias vezes.



Para a cozedura

- ◆ Verduras, batatas e inhames demolhados, deverão ser cozidos numa panela com muita água (colocar os alimentos em água fria sem sal).
 - ✓ Deixar cozer.
 - ✓ Não aproveitar a água de cozedura.
- ◆ Quando esses alimentos se destinarem à sopa repetir o passo anterior mas deixar ferver apenas 2 a 3 minutos, escorrer. Adicioná-los numa nova água onde colocará os temperos mas já com a água quente e deixar acabar de confeccionar.

HIPERCALIÊMIA

Preparação dos alimentos ricos em Potássio

TÉCNICA CULINÁRIA

Final da cozedura

- ◆ Deite fora a água da cozedura por ser muito rica em potássio.
- ◆ Esta técnica de cozedura aplica-se também às leguminosas secas e legumes.

Nota: A fruta em calda poderá ser consumida se eliminar a calda e passar por água corrente.

Outros alimentos que fazem da parte da sua alimentação ricos em potássio:

- ◆ Mariscos, como: Lapas, caranguejo, ameijoas e camarão...;
- ◆ Polvo
- ◆ Leite de vaca;
- ◆ Queijo da Ilha (queijo de peso).



Estes alimentos devem ser eliminados da sua alimentação, ou poderá ingeri-los em pouca quantidade somente em dias de festa.

HIPERFOSFATÉMIA

- ◆ Excesso de fósforo no sangue
- ◆ No doente com insuficiência renal, o fósforo acumula-se no sangue e é responsável pela descalcificação lenta dos ossos para além de um desconfortável prurido (comichão).

Controlar a ingestão de:

- ◆ queijos;
- ◆ leite e iogurte;
- ◆ carnes incluindo a das aves;
- ◆ peixe;
- ◆ gema de ovo;
- ◆ nozes, avelãs, amêndoas, amendoins...
- ◆ cereais integrais (pão, bolachas, massas e outros alimentos à base de farinhas integrais);
- ◆ soja;
- ◆ feijão, grão e lentilhas;
- ◆ chocolate, etc.



Há alimentos ricos em fósforo que podem ser evitados porque não farão falta ao organismo. Como:

- Refrigerantes à base de cola (Coca-cola, Pepsi-cola)
- Cerveja.
- Miúdos de frango, Fígado de vaca ou porco, enchidos.

HIPERNATRÊMIA

Substituir o sal por:

☐ Ervas aromáticas e especiarias para tornar o prato mais saboroso.

➤ tomilho; salsa; louro; cebola, cebolinho; hortelã; açafraão; pimenta em grão; alho, alho francês; cravinho; colorau; caril; noz moscada; aipo; etc



- Temperar com limão, vinagre e azeite.
- existem produtos farmacêuticos substitutos do sal, mas atenção porque são ricos em potássio pelo que não os deve usar.
- A pimenta da terra é rica em sal. Se a confeciona em sua casa, substitua o sal por azeite como método de conservação.



HIPERNATRÊMIA

- ◆ Excesso de sódio no sangue.
- ◆ O excesso de sal é prejudicial ao organismo.
- ◆ Provoca hipertensão, obesidade, edemas, problemas cardiovasculares... e muita sede.



Cozinhe com pouco sal e evite alimentos:

- ◆ com bicarbonato de sódio;
- ◆ conservas de peixe chouriço, e de carne;
- ◆ aperitivos (batatas fritas, tiras de milho, favas fritas, amendoim, etc.);
- ◆ peixe seco, salgado;
- ◆ produtos fumados (chouriço, morcela, bacon, etc.);
- ◆ queijos sobretudo os duros, como o queijo da ilha,
- ◆ leite em pó;
- ◆ mariscos;
- ◆ pickles, azeitonas, tremoços;
- ◆ caldos de carne, peixe e outros;
- ◆ produtos instantâneos e pré-cozinhados (sopas, cereais);
- ◆ manteiga e margarina com sal;
- ◆ molhos com sal (mostarda, soja, ketchup, outros molhos comerciais);
- ◆ pão, biscoitos, bolos e bolachas com sal.



queijo parmesão 100mg/100g	queijo cottage 2,95mg/100g	queijo provolone 3,80mg/100g
queijo mineralizado 1,60mg/100g	sal 120mg/100g	queijo camembér 0,83mg/100g
sal 100mg/100g	queijo feta 0,48mg/100g	queijo da ilha 4,80mg/100g



APÊNDICE IX

Guião de entrevista

Guia da Entrevista

1ª Parte: Caracterização dos informantes

Género: Masculino () Feminino ()

Idade:_____ (anos completos à data da entrevista)

Estado Civil: Casado/junto () Solteiro () Divorciado/Separado () Viúvo ()

Profissão:_____

Ocupação:_____

Nível de Escolaridade: Não sabe ler/escrever () Ensino primário () Ensino secundário () Formação de nível superior ()

Composição do Agregado familiar: Vive só () Vive com o cônjuge () Vive com outros familiares () Vive com o cônjuge e outros familiares () Vive com outros ()

Há quantos anos faz hemodiálise:_____ (em meses)

2ª Parte: Guião da entrevista

1. Em que medida a dieta e o controlo de líquidos são um problema para si?
2. Diga-me o mais detalhadamente possível como faz para seguir a dieta remedada e para respeitar o limite no consumo de líquidos.
3. Por favor, conte-me o que come e bebe num dia normal, a meio da semana e ao fim-de-semana.

3ª Parte: Adesão ao regime terapêutico:

- a) O que mais o(a) incomoda em relação ao tratamento da sua Doença Renal Crónica?
- b) Em que medida acha que consegue seguir as recomendações sobre a dieta e sobre os líquidos?
- c) Quem é que habitualmente confeciona as suas refeições?
- d) Onde adquire os seus produtos alimentares?
- e) Aquando das festas da Ilha, ao longo do ano, como faz para manter as restrições alimentares?
- f) Costuma ter muita sede?
- g) Considera que está bem informado(a) em relação à alimentação?
- h) Quem o(a) costuma ajudar a controlar a dieta e os líquidos?

APÊNDICE X

Grelha com caracterização dos informantes

Caraterização dos informantes

	Género	Idade	Estado Civil	Profissão	Situação Laboral	Nível de escolaridade	Agregado familiar	Religião	Meses em HD
Entrevistado 1 (E1)	M	66	Casado	Maquinista	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge e outros familiares	Católica	36
Entrevistado 2 (E2)	F	66	Viúvo	Cozinheira	Reformado	Não sabe ler/escrever	Vive com outros familiares	Católica	24
Entrevistado 3 (E3)	M	62	Casado	Bancário	Reformado	Formação de nível superior	Vive com o cônjuge	Católica	68
Entrevistado 4 (E4)	M	55	Casado	Pedreiro	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge	Católica	264 (22anos)
Entrevistado 5 (E5)	M	85	Casado	Pedreiro	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge e outros familiares	Católica	72
Entrevistado 6 (E6)	F	60	Casado	Comerciante	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge	Católica	69
Entrevistado 7 (E7)	M	36	Casado	Comerciante	Desempregado	Segundo ciclo	Vive com o cônjuge e outros familiares	Católica	24
Entrevistado 8 (E8)	F	70	Casado	Doméstica	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge e outros familiares	Católica	67
Entrevistado 9 (E9)	M	30	Solteiro	Mediador Imobiliário	Empregado	Formação de nível superior	Vive com outros familiares	Católica	36
Entrevistado 10 (E10)	M	70	Casado	Pedreiro	Reformado	Ensino primário	Vive com o cônjuge e outros familiares	Católica	44

APÊNDICE XI

Grelhas com os temas, categorias e unidades de registo resultantes da análise da informação recolhida

ANÁLISE TEMÁTICA E CONTEÚDO

TEMA1: Consciência de não cumprir o tratamento recomendado

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
A. Prejudicial à saúde	<p>(E5) - “Sim, vou matando o desejo, mas é poucachinho. (...). Então eu comi um punhadinho [lapas]. Não era que não comesse aquilo tudo... mas agente tem que respeitar isto.” (E5)</p> <p>(E10) - “Por exemplo, de vez em quando também como um chocolate...mas em dia de festa, eu sei que faz mal.” (E10)</p>
B. Abusar face a ingesta de alimentos e líquidos	<p>(E1) - “Às vezes ao fim de semana, trago três quilos e tal. Mas não é todos os fins-de-semana. Sabe sempre se come mais alguma coisa, ou bebe mais um pouco de água.” (E1)</p> <p>(E2) - “Às vezes trago três quilos e tal, mas ainda no sábado trouxe um quilo meio.” (E2)</p> <p>(E6) - “Sim, porque a comida sempre tem mais um tempero, então para livrar a minha responsabilidade e não me fazer mal acima de tudo, eu gosto de tomar um acolher [resinas], mas não abuso.” (E6)</p> <p>(E9) - “Lá de vez em quando agente excede-se um bocadinho, mais meio litro.” (E9)</p>

TEMA 2: Dificuldades relacionadas com o tratamento

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
C. Compromisso de atividades socioculturais e familiares	<p>(E1) - “Sim, pois gostávamos de ir ao restaurante e deixamos de ir. Gostávamos de ir comer fora, comer qualquer comida, bacalhau, polvo. Um gajo comia ali à vontade, agora não.” (E1)</p> <p>(E3) - “O que mais me incomoda...sinceramente. Eu não tenho problemas com isso, eles compreendem... e eles aceitam-me como sou, como eu estou... é a minha família que condiciono. Isto é o que me preocupa. Pois eu condiciono a vida deles. Por exemplo passear... às vezes a gente passeia, não podem ser é muitos dias, tem de ser um período curto, pois levo a comida congelada.” (E3)</p> <p>(E4) - “Eu não vou para as festas, fico em casa. Quem não poder beber uma cervejinha e comer uns petiscos não é homem nem é nada, mete-se em casa. Posso ir ver a procissão mas depois venho para casa.” (E4)</p> <p>(E5) - “Eu não vou a casa de ninguém, pois sei que são comidas que não posso comer então não vou.” (E5)</p> <p>(E9) - “O facto de ainda ser novo e ter de passar por esta situação. Basicamente foi isto.” (E9); “Exatamente, o</p>

	facto de estar mais restrito à alimentação e qualidade de vida. Sobretudo a nível desportivo.” (E9)
D. Dificuldade em conciliar o tratamento com o trabalho	(E1) - “Foi muito difícil porque estava a trabalhar” (E1); “Não cultivo, porque agora não posso. Antigamente eu cultivava, as batatas, a couve as cenouras, inhame. Dei a terra ao meu filho.” (E1)
E. Não poder concretizar as expectativas em relação ao futuro	(E1) - “Estava a pensar que quando fosse para a minha reforma, que ia fazer isto e aquilo, uns trabalhinhos lá em casa, semear umas coisinhas para não ter de comprar. Depois apareceu-me isto e um homem fica com as pernas cortadas. Uma pessoa pensa eu vou morrer...isto descontrolou um bocado, mas grande... um homem nunca fica satisfeito”; (E1) “Reformei-me cedo. A senhora está num serviço que gosta, amanhã aparece-lhe uma desgraça, como me apareceu... eu estava no meu serviço com ideias de fazer determinadas coisas, apareceu-me isto... foi difícil enfrentar isto.” (E1) (E4) - “Fiquei muito desmanchado da minha vida. Desmanchou muito a minha vida.” (E4) (E5) - “Vou estar aqui até deus querer...já não tenho muita esperança. Pois de velho, ninguém passa e já vou fazer 86 anos para setembro.” (E5) (E9) - “O facto de ainda ser novo e ter de passar por esta situação. Basicamente foi isto.” (E9); “Exatamente, o facto de estar mais restrito à alimentação e qualidade de vida. Sobretudo a nível desportivo.” (E9)
F. Punção do acesso vascular	(E8) - “Custa mais as agulhas, mas pronto.” (E8) (E10) - “O que não gosto é das injeções (E10); “Sim das picas” (E10);
G. Tempo gasto no transporte	(E6) - “O que mais me incomoda são essas viagens para baixo e para cima (...)”(E6)
H. Duração das sessões de HD	(E5) - “Agora até me custa mais aguentar estas horas, do que no princípio.” (E5) (E6) - “(...)e estar aqui estas horas sem fazer nada, isto para mim ... já se sabe ninguém gosta.” (E6)
I. Medo de complicações intradialíticas	(E1) – “(...) a gente chega aqui traz mais peso é mais difícil tirar, pois desce a tensão e como é...?” (E1) (E2) - “O que me custa mais neste tratamento senhora enfermeira é as câibras, que tenho depois de sair daqui e durante toda noite.” (E2) (E8) - “ (...) pois vejo as outras pessoas a sofrer de caibras nas pernas, de muito peso e eu tenho medo” (E10) - “Na sexta-feira fiz HD, fui-me abaixo, tiraram-me mais 400gr a baixo e eu nem dormi nada na sexta-feira até as 3h da manhã. Eles não me podem tirar muito peso, porque me faz mal as pernas, dá-me muitas câibras” (E10); “(...)e já tive de vir para o hospital com peso a mais, uma vez” (E10); “Eu vim para aqui para o hospital, uma vez tirar 10 quilos de água, numa noite. Eu não via nada, (...) deitaram-me lá dentro, botaram-me uma máscara para tomar ar, pelas 4h da manhã vieram-me trazer cá baixo e tiram-me cinco quilos. Depois fui para

	cima, pelas 11h da manhã, vim para baixo outra vez tirar mais cinco quilos” (E10)
J. Dificuldade em cumprir as restrições dietéticas	<p>(E2) - “Com essa dieta eu como, mas fico sempre com fome.” (E2)</p> <p>(E3) - “No início, o problema maior foi o paladar das coisas, custava-me a comer, mas rapidamente me adaptei.” (E3); “Mas eu tenho fome, nunca fico saciado. Aliás eu como e fico bem, mas rapidamente fico com fome.” (E3)</p> <p>(E5) - “Foi complicado, porque ela fazia as comidas temperadas, agora se ela faz polvo, aquilo para mim já não tem gosto nenhum. Já não tem o tempero, a pimenta o sal.” (E5)</p> <p>(E6) - “ Eu limito-me aquilo que eu tenho. Aquilo que eu tenho dentro do tipo de comida que eu posso comer.” (E6)</p> <p>(E7) - “A nível da alimentação, pois eu gostava muito de comer... e fiquei chocado, pois tive que deixar de comer certas coisas (...)” (E7); “Mas custou-me mais, pois em DP não tinha tantas restrições. Na HD é bocadinho diferente.” (E7)</p> <p>(E9) - “Sim alimentação foi pior e a condicionante física.” (E9)</p>
K. Dificuldade em cumprir as restrições hídricas	<p>(E1) - “No verão dá mais um bocadinho de sede.” (E1)</p> <p>(E2) - “Foi um grande problema para mim, os líquidos foi um caso muito sério.” (E2); “Ando sempre com os lábios muito secos, estou aqui e estou inquieta para beber água.” (E2); “Agora não posso comer sopa. Eu comia muita sopa. Comia um a dois pratos de sopa. Não posso comer por causa de água.” (E2)</p> <p>(E4) - “Os líquidos, mais, mais, mais são os líquidos.” (E4); Uma coisa muito séria senhora.” (E4); “É sempre, agora estamos no inverno e eu estou cheio de sede. Se fosse para morrer agora, eu morria a beber água. E eu só comi um papo-seco de manhã. Mas tenho sempre sede.” (E4)</p> <p>(E6) - “Para a mim a sede é pior que comida. A sede é horrível para mim a sede é pior do que ter vontade de comer.” (E6); “Os líquidos para mim é um quebra-cabeça.” (E6); “Às vezes começo a pensar já bebi isto, já bebi aquilo (...)”</p> <p>(E10) - “O problema é que não urino... e dá-me muita sede quando acaba a HD” (E10); “é quando tenho mais sede” (E10); “É sim senhora, quando eu chego a casa, quando saio daqui tenho muita sede” (E10)</p>
L. Fadiga	(E9) - “Se bem que o que me mete mais impressão e o que me custa mais é condicionante física.” (E9)

TEMA 3: Estratégias para gerir as dificuldades

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
C1. Evitação	<p>(E5) - “Sim prefiro não ir.” (E5)</p> <p>(E7) - “Eu não vou, evito ir ao sítios ... estar ali com as pessoas e estar ali a olhar para as pessoas a comer, também não consigo. Evito ir aos sítios...” (E7)</p> <p>(E8) - “Não vou, evito ir para esses lugares, não posso comer não vou.” (E8)</p> <p>(E10) - “Não vou (...).” (E10)</p>
F1. Conformação	<p>(E8) - [custa mais as agulhas] “(...) mas pronto.” (E8)</p>
F2. Desviar o olhar durante a punção	<p>(E10) - “eu não vejo, se não desmaio” (E10); “Não, o que eu não posso é ver, fecho os olhos” (E10)</p>
J1. Moderar o consumo/ não abusar	<p>(E1) - “(...) antigamente enchia muito o prato, agora como um bocadinho dali, outro daqui e está resolvido.” (E1);</p> <p>(E2) - “Só que eu, para comer, eu como pouco e eles comem mais. Eles vêem que eu não como mais, mas eu digo isso dá. Mais logo eu como mais qualquer coisa.” (E2); “(...)fiz pastéis de abóbora, que o meu genro gosta muito, comi um.” (E2)</p> <p>(E3) - “tentando sempre minimizar os malefícios de certos alimentos. Eu não posso abusar.” (E3)</p> <p>(E4) - “(...)quando comemos todos juntos...a mulher faz comida normal e eu como um bocadinho.” (E4)</p> <p>(E5) - “Fava guisada com um bocadinho de chouriço e um ovo pequenino... eu não me adianto muito.” (E5)</p> <p>(E6) - “Quando vêem todos, eu faço comida igual, mas tiro um pouco. Como sempre um pouquinho, só mesmo para matar o desconsolo.” (E6)</p> <p>(E7) - “De manhã não costumo comer muito, pois se durante o dia me apetecer comer alguma coisa a mais. Tenho essa vantagem, e de manha não tenho muita fome. Pois se durante o dia me der mais fome ou sede, deixo de comer de manhã para a tarde poder comer.” (E7)</p> <p>(E10) - “Mas se como um bocadinho de feijão...é pouco. Não vou exagerar porque faz mal à gente”; “Não, só de vez enquanto um bocadinho [comer pouco], não é muito...pois pode-me fazer mal.” (E10); “Por isso eu já tenho em conta isso, e não como muito nem bebo muito.” (E10)</p>
J2. Realizar alimentação diferente nos dias de HD	<p>(E1) - “Nos dias que em que não faço HD: ai já almoço e janto, e às vezes lancho.” (E1)</p> <p>(E2) - “Não, faço sempre igual.” (E2)</p> <p>(E4) - Sim, hoje eu não almocei. Comi o papo-seco, depois como aqui, e logo quando chegar a casa como.”</p>

	<p>(E4)</p> <p>(E8) - “ (...) eu nunca janto, para não vir com o estômago cheio para aqui.” (E8)</p> <p>(E10) - “É diferente, tem de ser diferente. Por exemplo hoje vim fazer a HD, comi a canja, mas ontem foi o peixinho.” (E10)</p>
J3. Cozinhar as próprias refeições	<p>(E2) - “Sou eu que cozinho para a mim e para a minha irmã. Aos fins-de-semana cozinho para a família toda, filhos e netos.” (E2);</p> <p>(E7) - “Eu costumo fazer, porque gosto muito de cozinhar, de fazer comida e ela [esposa] também faz.” (E7)</p> <p>(E9) - “É 50% a minha mãe, 50% sou eu.” (E9)</p>
J4. Ajuda da esposa e outros familiares para cozinhar	<p>(E1) - “É ela [esposa] que determina isto tudo. Ela é que faz as refeições para mim.”; Pois eu às vezes queria comer determinadas coisas e ela dizia que não podia comer. Ou então podes comer, mas sem temperos, como costumava ser.”</p> <p>(E3) - “É a minha mulher que faz a comida.” (E3)</p> <p>(E4) - “É a minha mulher” (E4)</p> <p>(E5) - “Sim é ela [esposa] que cozinha.” (E5); “Às vezes a minha cunhada leva comida temperada ... aquilo consola a comer. Mas ela não quer que eu coma, ela já está instruída daqui que eu não posso comer comidas muito temperadas.” (E5)</p> <p>(E7) - Sim, ajuda muito.” (E7)</p> <p>(E9) - “É 50% a minha mãe, 50% sou eu.” (E9); “(...)mas ela ajuda-me no facto da alimentação, porque quando saio daqui, não ter de chegar a casa e fazer o jantar, tenho ajuda da minha mãe.” (E9)</p> <p>(E10) - “É a minha esposa; “Mas se não é a minha mulher a cozinhar é a minha rapariga, se não é a minha rapariga é a minha esposa. É mesmo, ela ajuda-me a cumprir direitinho com o tratamento.” (E10)</p>
J5. Confeccionar refeições diferentes do resto da família	<p>(E1) - “E quando me convidam para ir a sua casa [filhas], elas dizem vou fazer isto ou aquilo, já de acordo com a minha doença.” (E1); “Ela faz para eles, comida mais temperada. Quando é comida que eu não posso comer e peço que ela me faça um pratinho de papas.” (E1)</p> <p>(E3) - “(...)levo a minha comida. Quando somos convidados para isto ou para aqueloutro, levo a minha comida.” (E3) “Só mesmo a sopa que é mais líquida. Ou outra coisa esporadicamente. Mas eles também já estão adaptados.”</p> <p>(E6) - “Não, eu faço uma comida diferente para ele [marido].” (E6)</p> <p>(E7) - “Não, eles acostumaram-se a comer a comida que eu faço, sem sal e tudo. Mas às vezes faço comida diferente para eles.” (E7)</p>

	<p>(E9) - “Não há problema. Os amigos a família já estão habituados, fazem a comida igual, mas para mim, já sabem, fazem à parte, põem temperos diferentes dos deles. Retiram por exemplo o sal a pimenta. Mesmo em casa de tias, irmãos, é a mesma coisa.” (E9)</p> <p>(E10) - “Ela faz para mim, separado deles” (E10); “Eles comem aquilo que querem, a minha refeição é separada deles.” (E10); “A minha nora faz comida diferente para mim. Se eu vou para a Ribeira Quente para uma irmã minha, também faz diferente. Para os filhos é normal e para mim separado.” (E10)</p>
J6. Comer alimentos com menos potássio e fósforo	<p>(E1) - “Mas é um café sem muito potássio que me ensinaram.” (E1)</p> <p>(E2) - “Eles pediram polvo, ao tempo que eu não fazia polvo. Então fiz. Mas eu não comi. (...) Eu até podia comer pois fazia tratamento no dia seguinte. Como também tinha feito bacalhau com grão e estava mais insonso, comi então o bacalhau.” (E2)</p> <p>(E6) - “(...) queijo não como, porque tenho sempre o fósforo elevado. Derivados de leite, não sou capaz de comer.” (E6); “Sim também como, mas a batata-doce já não como tanto porque tem mais potássio que propriamente o inhame.” (E6)</p> <p>(E7) - “os legumes congelados, são melhores, porque têm menos potássio. Então prefiro comprar assim congelado.” (E7)</p> <p>(E9) - “Deixamos de fazer, confeccionar alguns pratos por causa da quantidade do potássio e fósforo. Deixamos de comer leguminosas, o feijão.” (E9)</p> <p>(E10) - “Também tem potássio, mas a batata tem mais que o inhame.” (E10)</p>
J7. Demolhar os alimentos	<p>(E2) - “antigamente, deixava tudo de molho de um dia para o outro, a batata, a cenoura.” (E2); Atenção eu gosto muito de feijão assado. Então depois do feijão estar de molho.(...)” (E2)</p> <p>(E3) - “(...) mas a comida passou a ser confeccionada de outra maneira. Portanto passou a ter um tratamento para poder ingerir os alimentos [demolhar]. Isso é que me custou mais porque perde os sais, e passou a ter um paladar diferente.” (E3)</p> <p>(E6) - “Eu deixo a batata em água de um dia para o outro, ou de manhã cedo, (...)” (E6)</p> <p>(E10) - “O bacalhau fica de molho três ou quatro dias para ficar insonso (...)” (E10);</p>
J8. Cozer os alimentos em água abundante	<p>(E2) - “(...)eu cozo tudo em bastante água. E depois deito água fora. Agora também já como feijão.” (E2)</p>
J9. Cozer os alimentos em duas águas	<p>(E2) - “Então depois do feijão estar de molho, eu dou a primeira fervura ao feijão deito água fora. Boto outra água e ponho os temperinhos” (E2)</p> <p>(E6) - “Eu deixo a batata em água de um dia para o outro, ou de manhã cedo, depois mudo aquela água, cozo e, como a bem sem sal. ” (E6)</p>

	<p>(E9) - “Muito poucos, dá mais trabalho a fazer legumes, porque tenho de fazer duas cozeduras, passar duas vezes por água e dá mais trabalho, por isso só lá de vez em quando, quando há essa possibilidade.” (E9)</p>
J10. Reduzir o consumo de leite	<p>(E1) - “Eu deixei de tomar o leite há muitos anos. Pois o meu maior alimento era o leite. (...) Mas na altura eu fui proibido já por causa do rim. Isto muito antes da HD.” (E1)</p> <p>(E5) - “Eu gosto de leite, mas bebo pouquinho no café. Diz que o leite não é muito bom para esta doença.” (E5)</p> <p>(E7) - “Eu bebia muito leite e de manhã bebia sempre um copo de leite fresco. Iogurtes, também não como, (...)” (E7)</p> <p>(E10) - “Lá de vez enquanto eu bebo um copo, não sou muito amante de leite.” (E10)</p>
J11. Corresponder às expectativas da família	<p>(E10) - “Tenho um irmão no Canadá, que eu já não vejo há 40 anos, ele vem para o ano. Ele diz-me pela tua saúde, eu quero-te ver vivo. Há de ser o que Deus quiser.” (E10)</p>
J12. Valorizar a saúde	<p>(E1) - “Agora já vou encarando isso, já vejo que se não vier a fazer isso vou morrer”(E1)</p> <p>(E5) - “(...) mas a gente tem que respeitar isto. A minha vida é isto assim.” (E5); “Mas tenho de me controlar assim, se não é pior.” (E5)</p> <p>(E10) - “eu quero mais a minha saúde do que ficar mais doente.” (E10)</p>
J13. Comer alimentos ricos em potássio e fósforo antes ou durante a HD	<p>(E6) - “(...)se me apetece uma laranja, eu como nos dias que venho que para aqui.” (E6); “Uma maçã uma pera, pois eu não sou amante de comer fruta cozida, então eu como nos dias que venho para aqui.” (E6) “Se faço cozido à portuguesa, tiro um bocadinho de batata, cenoura, couve carne e mais nada. Não toco no repolho, se faço isso no domingo no outro dia eu tenho a HD.” (E6)</p> <p>(E7) - “Se tenho desconsolos, se me apetece comer um chocolate, trago para HD e como ao mesmo tempo que faço HD, pois ao mesmo tempo a máquina está limpando. Não faz tanto mal, porque sei que se comer em casa, vai se acumulando e aquele fosforo ou o potássio vão se acumulando.” (E7)</p> <p>(E8) - “Eu compro uma laranjinha, mas só como quando venho para aqui e se me apetece, se não me apetece eu não como.” (E8)</p> <p>(E9) - “(...)nos dias que venho para HD aproveito para consumir alguns alimentos que não posso fazer. No caso de chocolate, no caso da fruta o kiwi, as bananas.” (E9)</p>
J14. Comer pouco / não exagerar dos alimentos nocivos para a saúde, tipicamente regionais	<p>(E1) - “Eu como um bocadinho da carne, do recheio. Mas eu até gosto da sopa, mas para não pesar muito, para não ficar muito cheio, como a carne que é mais seca.” (E1);</p> <p>(E2) - “Quando é das festas, eu como um pouco de tudo. Outro no dia tive o desejo de massa sovada.” (E2) “Eu como [sopas do espirito santo] com o garfo, a couve, a carne o pão e água fica.” (E2)</p>

	<p>(E3) - “Por exemplo, as sopas de espírito santo a minha mulher faz. Faz com um tempero diferente. A carne assada com tempero diferente. ” (E3) “Falou nas ocasiões especiais, ao nível de bolos ou pudins é feito para mim. A minha mulher reduz a nível de ovos, não leva manteiga. Por exemplo, um bolo de cenoura em que esta é previamente cozida.” (E3)</p> <p>(E4) - “Não como ou provo um bocadinho ou então não vou. [festas]. O melhor é não ir.” (E4)</p> <p>(E5) - “Sim, vou matando o desejo, mas é poucachinho.” (E5);</p> <p>(E6) - Se faço cozido à portuguesa, tiro um bocadinho de batata, cenoura, couve carne e mais nada” (E6); “Eu costumo fazer [sopas de espírito santo], um pouquinho de carne cozida, um bocadinho de pão no molho porque aquilo é húmido, por causa dos líquidos. Costumo comer há parte massa cotovelo, com aquela água da carne e o sabor da hortelã. Como mas não é exagerado.” (E6)</p> <p>(E8) - “Eu posso ir a casa de todos, eles dizem sempre para eu comer...mas eu digo que não posso que a minha doença não dá. Nem para beber bebidas alcoólicas...” (E8)</p> <p>(E10) - “(...) eu gosto do senhor espírito santo mas comer e beber, eu digo não senhora. Aquilo, fazem as sopas mesmo ao lado de cima de mim... tem lá uma casa para fazer as sopas, mas eu venho-me embora.” (E10)</p>
<p>J15. Ajuda da dietista</p>	<p>(E1) - “eu levei daqui uma lista [dietista forneceu] ”</p> <p>(E3) - “Sim tive a informação de cá, (...); (E3) “Tenho com regularidade consultas com a dietista, para reajustar...pois estou muito magro e ela aumentou nos hidratos de carbono.” (E3)</p> <p>(E4) - “Tive sim senhora e estou bem informado. A minha esposa veio também.” (E4)</p> <p>(E6) - “fui duas vezes à nutricionista ela deu-me uma lista com tudo o que podia comer (...)” (E6)</p> <p>(E8) - “Foi tudo aqui. Ela deu-me um papel, eu ainda tenho, às vezes ponho-me a ler o que posso ou não comer. Se tenho alguma duvida. Mas como já estou habituada, já sei ...” (E8)</p> <p>(E9) - “Sim, através da dietista, (...)” (E9)</p>
<p>J16. Ajuda dos enfermeiros</p>	<p>(E7) – “Quando tenho alguma dúvida, falo sempre com os enfermeiros que me dizem sempre o que devo ou não fazer. Estão sempre disponíveis para ajudar também.” (E7)</p>
<p>J17. Informação em páginas da internet e livros</p>	<p>(E3) – “(...)e para além disso adquirir literatura para ver e saber o que tem sódio, o que tem potássio, fósforo, ... a composição dos alimentos e daí fazemos uma seleção.” (E3); “Nós tentamos sempre ir atrás da literatura. Eu procuro e procuro muito na APIR, eles também fazem sugestões...mas não é muito vasto. Adquiri um livro (...)” (E3)</p> <p>(E9) – “(...)hoje em dia temos uma grande quantidade de informação, que temos acesso.” (E9); “Sim, existem muitos trabalhos, documentários, estudos sobre a doença renal em si, até a nível da internet, sobretudo em</p>

	<p>sites brasileiros. A informação hoje em dia é bastante. O facto de haver consulta com a nutricionista, mas o complemento com a internet, também é muito importante. Para quem tem paciência para procurar.” (E9)</p>
<p>J18. Uso de resina permutadora de iões</p>	<p>(E6) - “Se eu junto as minhas filhas uma vez por semana, um aniversário eu tomo uma colherinha das resinas, bebo com água ou laranjada. Eu prefiro tomar, não me vá fazer mal.” (E6); “Sim, porque a comida sempre tem mais um tempero, então para livrar a minha responsabilidade e não me fazer mal acima de tudo, eu gosto de tomar um colher, mas não abuso.” (E6)</p> <p>(E7) - “Se tenho assim alguma festa... peço aqui um pó (as resinas). Que nós tomamos e ajuda a reduzir o potássio. Então quando temos assim uma festa fora do normal, um jantar ou coisa assim eu peço aqui o pó e tomo.” (E7)</p> <p>(E10) - “Eu até posso provar...nesses dias eles dão um pó amarelo, e eu tomo” (E10); “Por exemplo, de vez em quando também como um chocolate...mas em dia de festa, eu sei que faz mal.” (E10)</p>
<p>K1. Ingerir sopa espessa</p>	<p>(E3) - “É, mesmo espessa [sopa], o mínimo de líquido possível.” (E3)</p>
<p>K2. Comer sopa com o garfo</p>	<p>(E2) - “Agora querem que como sopa com garfo...isto não me cai muito bem. Eu como à noite um bocadinho de sopa e tem dias que eu não como.” (E2);</p> <p>(E4) - “Leva couves, mas eu quase sempre como é com o garfo. E sempre fica a água no prato e depois deito fora.” (E4)</p> <p>(E5) - “Se for sopa eu deixo a água no fundo do prato e como as couves, a batata, carne de porco.” (E5)</p>
<p>K3. Colocar gelo na boca</p>	<p>(E6) - “(...) às vezes uma pedrinha de gelo (...)” (E6)</p> <p>(E10) - “Ponho um bocadinho de gelo na boca para matar a sede.” (E10)</p>
<p>K4. Beber água fresca/gelada</p>	<p>(E1) - “Tenho uma garrafinha com água fresca lá no frigorífico e vou bebendo uns golinhos. Já se sabe que não se pode beber muito.” (E1)</p> <p>(E7) - “Os líquidos em ponho uma garrafa de 1,5l de água no frigorífico e é dali que bebo durante o dia.” (E7); “ a água natural, parece que me dá mais sede. Então prefiro beber água fresca.” (E7); “garrafa de água fresca e peço um copo com gelo, depois ponho um pouco da água no gelo e vou bebendo. O gelo também vai derretendo (...)” (E7)</p>
<p>K5. Bochechar</p>	<p>(E2) - “ (...) se eu vejo que estou a beber água à mais, eu lavo a boca e deito fora, é isso que eu faço.” (E2)</p> <p>(E4) - “Deito água na boca e despejo, claro que sempre entra um bocadinho. Mas de noite levanto-me mais de 30 vezes ou mais, para lavar a boca.” (E4)</p> <p>(E5) - “Outras vezes nem bebo só molho a boca.” (E5)</p>

K6. Beber pouco de cada vez	(E4) - “Eu bebo mais do que o que como. Às pinguitas, pouco a pouco.” (E4) (E8) - “um pinguinho de café ou de chá, daquilo que me apetece.” (E8)
K7. Beber pouco	(E5) - “Mas quando tenho sede vou a torneira da fonte bebo um golinho e já fico satisfeito.” (E5)
K8. Medir a ingesta hídrica	(E6) - “Às vezes começo a pensar já bebi isto, já bebi aquilo, pego num copo de medir e parou (...)” (E6) (E9) - “Eu contabilizo ao dia um litro por dia, eu já tinha falado com a nutricionista e ela disse-me um litro por dia. Lá de vez em quanto a gente excede-se um bocadinho, mais meio litro.” (E9)
K9. Usar recipientes pequenos para beber	(E8) - “Mas é uma chávena pequenina. Eu não bebo chávenas grandes.” (E8)
K10. Colocar na água gotas de limão	(E2) - “Já me ensinaram encher uma garrafinha de água e deitar umas gotas de sumo de limão branco. Aquilo controla.” (E2) (E6) - “(...)umas gotinhas de limão lá uma vez ou outra, para matar a sede.” (E6)
K11. Suportar a sede	(E3) - “Mentalizei-me que tinha de ser assim. Não é só mentalizar, eu como militar tive uma preparação rígida e dura. Ainda apanhei o tempo da guerra. Aquilo é uma lavagem que nos fazem dia e noite...aprendemos a ultrapassar esses problemas. Eu ponho isso em prática.” (E3)
K12. Restringir o sal	(E1) - “Quando é tempo dele eu como uma soquinha [inhamé] cozida, mas não salgado.” (E1); Eu inicialmente comia tudo cozido ou grelhado, sem sal. O gosto era diferente da comida que eu comia antes (...) pois era uma comida sem gosto nenhum. Depois ela foi fazendo já das nossas comidas, mas com menos sal.” (E1); (E2) - “Eles já sabem que a comida tem de ser com pouco sal.” (E2) (E4) - “Ela reduz o sal, às vezes nem põe sal, ela põe os temperos (...)”; “Às vezes eu penso que tem sal e não tem.”(E4) (E5) - “E é só cozida [batata – doce] sem sal nenhum.” (E5) (E6) - “Já tive tempo de usar especiarias...mas agora prefiro uma coisa simples, sem nada.” (E6) (E7) - “Eu retirei o sal totalmente,” (E7) (E8) - “A comida é com menos sal, não posso salgado. Nem bem temperado.” (E8) (E9) - “Porque o sal retira o verdadeiro sabor da comida. Muitas vezes só, facto de estar a cozinhar sem sal ou outro condimento, passei a dar atenção ao verdadeiro sabor da comida e até não é mau.” (E9); “(...)uma sandes com fiambre e manteiga sem sal, aquela da Becel,”(E9) (E10) - “Com um poucachinho de sal, não leva muito sal; “Como disse à senhora enfermeira a minha esposa faz separada deles, com menos sal. Para eles é temperada, para mim é com menos sal.” (E10)
K13. Evitar picantes	(E1) - “Eles fazem a comida, eles sabem que não posso comer muita pimenta.” (E1); (E2) - “Gosto de pimenta da terra. Mas se boto a pimenta já não ponho sal. Também gosto de Pimenta branca.”

	<p>(E6) - “A pimenta da terra, se eu faço comida só para mim, eu não ponho. Às vezes um pouco de pimenta branca, uma gota de piri-piri que se pode usar. Se eu compro chicharro, lá uma vez, ou outra, apetece-me por no forno, tipo uma tigelada batatas às rodelas, o peixe, ponho um bocadinho de colorau.” (E6)</p> <p>(E8) - “Nem pimentas nem nada disso. Eu gosto de botar calda de pimentão, mas é um bocadinho que também tem sal, uma coisita só, só para dar cor, mas nada.” (E8)</p> <p>(E10) - “Não senhora [por pimenta]”; “Mas não é para minha comida [pimenta], faz para ela” (E10)</p>
K14. Usar limão em vez de sal	<p>(E4) - “ela põe os temperos: limão.” (E4)</p> <p>(E5) - “Às vezes ponho limão no peixe” (E5)</p> <p>(E10) - “(...) ponho o limão galego. Que dá o sabor melhor” (E10)</p>
K15. Usar outros temperos	<p>(E2) - “Eu utilizo temperos de toda a qualidade.” (E2)</p> <p>(E3) - “Também usamos certas especiarias e ervas aromáticas, adicionado à comida, de forma a dar um paladar diferente.” (E3)</p> <p>(E4) - “ela põe os temperos: alho e ervinhas.”</p> <p>(E6) - “No bife ponho alho assim todo laminado e uma pitadinha sal. ” (E6)</p> <p>(E7) - “(...) ponho ervas aromáticas, alho em pó, coentros.” (E7)</p>
K16. Evitar executar certas tarefas que possam provocar sede	<p>(E6) - “Por exemplo se eu passo a roupa aquele calor do ferro, já não uso o vapor, porque dá mais calor e dá-me mais sede. ” (E6)</p>
K17. Avaliar a diurese	<p>(E1) - “Sim, por isso como, ainda urino, sempre posso beber mais um pouco. Se urino fica menos peso.” (E1)</p>
K18. Controlar o GPI	<p>(E1) - “Sim nos líquidos e na comida, eu comia muito pão a acompanhar a outra comida. Fui reduzindo para ver se chegava cá com menos peso.” (E1); “A minha mulher faz sopa de estrelinha com carne de galinha, eu como, mas não muito. Como uma coisinha, por causa dos líquidos.” (E1)</p> <p>(E6) - “(...) não posso comer muito por causa de ir para a balança... então é só coisa de comer qualquer coisa. ” (E6)</p> <p>(E8) - “Antigamente não tinha muita sede. Mas eu vejo se estou a beber muito, paro... devido ao peso”(E8); “O jantar como uma sopinha, mas nem sempre devido ao caldo, porque eu tenho medo também.” (E8); “Se trago três quilos e tal já fico meia desconsertada.” (E8); “Ainda agora me está apetecer tanto beber um golinho de café, mas não vou beber, porque eu sei que quando chegar lá eu vou sofrer, eu sei que soffro.” (E8)</p>

TEMA 4: Hábitos alimentares tradicionais da população micaelense

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
<p>M. Sopa, peixe, carne</p>	<p>(E1) - “(...)como o que a minha mulher tiver para me dar, carne ou peixe.” (E1); (E3) - “A sopa é base de vegetais e tubérculos, uma sopa enriquecida.” (E3) (E4) - “Quando chego a casa da HD, quase sempre como sopa.” (E4); “- Para lhe dizer a verdade gosto mais de carne de porco e galinha...galinha cozida gosto imenso. Uma perna de galinha cozida eu como e fico alimentado, nem preciso de mais nada.” (E5) - “ (...) chicharros grelhados, um peixão, outras vezes um bife de peito de galinha.” (E5) (E6) - “frango, um bocadinho de carne, um bifinho grelhado, peixe á base disso, mais nada.” (E6) (E7) - “Hoje comi peixe cozido com legumes.” (E7) (E8) - “A comida eu como um bocadinho de carne um peixinho.” (E8) (E9) - “A minha alimentação é basicamente massas e acompanhada de 100gr de carne tanto branca como vermelha.” (E9); “Sim bifanas. Como muita a carne branca o peru e a galinha.” (E9) (E10) - “Uma canjazinha, uma peixinho cozido é sempre assim”(E10); “Ontem comi peixe cozido que eu apanho” (E10); “Sim senhora porque eu não sou muito amante de carne” (E10); “Sim senhora, sopa de couve.” (E10)</p>
<p>N. Pão, café</p>	<p>(E1) - “(...)como um papo-seco ou dois com manteiga e uma chávena de café, sem leite.” (E1) (E2) - “como uma torrada com doce ou manteiga com uma chávena de café com leite.” (E2); (E3) - “papo-seco e um bocadinho de café com leite.” (E3) (E4) - “Logo de manha pelas 10h como uma sandes” (E4); “Eu nunca gostei de leite. Posso beber às vezes em casa com café. Mas prefiro água ao leite.” (E4) (E5) - “um bocadinho de café com leite...café sevada mas é pouco.” (E5) (E6) - “Também não me amanho a comer comida sem pão, seja uma metadinha de um papo-seco eu tenho de comer” (E6); “A maior parte das minhas refeições ao jantar, e não tenho vergonha de dizer, a maior parte é uma sandes.” (E6); “como papo-seco com manteiga um café preto, é isso que eu como todos os dias.” (E6) (E8) - “Como papo-seco e o café” (E8) (E10) - “Como um papo-seco com manteiga e um copo de café. Depois vou ao café e tomo um descafeinado” (E10); “Depois bebo um copo de café e fico bem” (E10)</p>
<p>O. Batata-doce, Inhame</p>	<p>(E1) - “Mas às vezes eu como uma soquinha do inhame.”(E1)</p>

	<p>(E5) - “gosto muito de batata-doce às vezes como só metade de uma soquinha, não toda. Inhame também.” (E5)</p> <p>(E6) - “Eu comi mas um pouco de batata-doce e inhame.” (E6)</p> <p>(E8) - “Inhames eu compro. E como um bocadinho.” (E8)</p> <p>(E10) - “Com inhame. O inhame é melhor que a batata” (E10)</p>
P. Queijo, Queijo da Ilha	<p>(E1) - “Às vezes, por exemplo ela compra o queijo de peso (queijo da ilha de São Jorge). Eu gosto muito daquilo. E eu não posso comer. Ela compra, mas eu como só uma niquinha.” (E1)</p> <p>(E7) - “De vez em quando como um bocadinho de queijo branco. Mato o desconsolo.” (E7)</p>
Q. Lapas	<p>(E5) - “eu gosto muito de lapas (...)”(E5); “Então eu comi um punhadinho, (...)” (E5)</p>
R. Enchidos	<p>(E5) - “(...)como, se ela faz sopa eu digo para ela por um bocadinho de morcela...não me adianto muito.” (E5); “(...)favas com chouriço e ovo eu como um bocadinho.” (E5)</p> <p>(E6) - “fizer entrecosto lá de vez enquanto na panela, ponho morcela (...)”</p>
S. Legumes e leguminosas - Ex: feijão, abóbora, alface, tomate”	<p>(E2) - “Agora também já como feijão. Atenção eu gosto muito de feijão assado.” (E2)</p> <p>(E3) - “Como vegetais cozidos.”</p> <p>(E6) - “No verão se me apetecer uma salada a dietista disse que eu posso comer alface, uma folhinha, uma rodela de tomate ou de pepino” (E6)</p> <p>(E8) - “Um bocadinho de alface, cenoura.” (E8)</p> <p>(E10) - “É mais verde do que seja seco. O feijão-verde eu corto meto na frisa e está sempre fresquinho.” (E10); Não é do feijão-verde. Ela coze o feijão com cenoura, ervilha tudo verde.” (E10)</p>
T. Vinho	<p>(E5) - “Não deixo de beber o meu copo de vinho à hora de almoço e à hora de jantar.”; (E5)</p> <p>(E10) - “Eu de vez enquanto bebo um bocadinho de vinho tinto, não é muito” (E10); “Eu compro uma garrafa e dá para uma semana.” (E10); “Sim é só à refeição. Mais ao meio dia.” (E10)</p>
U. Fruta	<p>(E2) - “Comi laranja e pão.” (E2)</p> <p>(E5) - “Laranjas de umbigo, não é muito doce, mas eu como. Eu como metade e ela [esposa] come outra metade.” (E5); “A mulher descasca-me a pera e eu como a pera assim, tem outro gosto.” (E5)</p> <p>(E8) - “Como uma frutazinha, não é muita. Que eu sei que não posso comer toda a fruta. Bananas eu nunca mais as comi.” (E8)</p> <p>(E10) - “Sim costumo comer laranjas” (E10); “Sim eu hoje comi três” (E10); “Sim bananas, eu tenho no quintal e como, mas não é muito porque é pesado para o estômago; “Sim, eu gosto de comer [araçais] é da árvore.” (E10)</p>

V. Papas de farinha	(E1) - “Quando é comida que eu não posso comer e peço que ela me faça um pratinho de papas.” (E1) (E8) - “De manhã eu como um prato de papas.” (E8)
W. Bolo de sertã	(E6) - “Também faço o bolo da sertã. Pois às vezes as minhas filhas pedem e eu faço. Mas não vou dizer a senhora que não como, (...)” (E6)
X. Massa sovada	(E2) - “Outro no dia tive o desejo de massa sovada.” (E2)

TEMA 5: Ocupação de tempos livres

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Y. Pesca	(E10) - “Apanho sim senhora. Apanho peixe Rei.” (E10)
Z. Agricultura	(E2) - “no meu quintal tenho couve e batata normal.” “Fava, inhame, feijão, couve é de tudo” (E10); “Tenho sim senhora. Uma mandarina e uma tangerina, goiabearas e araçáís” (E10) (E6) - “Portanto o que tenho em casa mais em casa é uvas, couves, pouca batata, tomate” (E6) (E8) - “Mas no quintal eu tenho couve, cenoura, batatas.” (E8) (E4) - “Tenho couve, salsa, cebola, batata eu como se tiver se não tiver não como.” (E4) (E9) - “(...)lá de vez enquanto plantamos umas alfaces.” (E9)
AA. Cultivo de Pimenta	(E10) - “Sim tenho lá uns pezinhos de pimenta, mas é só para casa.” (E10)
BB. Cozinhar	(E2) - “quando estou a cozinhar, não estou a pensar em outra coisa. Estou a pensar é nas comidas que estou fazendo.” (E2)

TEMA 6: Importância da família

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
CC. Preocupação com o estado de saúde de familiares	(E8) - “E ela também tem aquele rigor, e faz igual. Eu é que ensino a ela e digo que temperado faz mal aos rins e ela faz igual.” (E8) (E10) - “Para não dar doenças a ela e cuidar de mim. Pois ela entrava e saía, aquilo quente, [forno de lenha] ela ficava doente” (E10)
DD. Importância atribuída à mulher/esposa	(E1) - “minha mulher e as minhas filhas ajudaram-me muito.” (E2) - “Nós somos uma família muito unida. Eu fiquei viúva com 46anos, reúno a família toda aos domingos. Convivemos muito. Quando não sou eu a fazer, os meus filhos, dizem logo este não é o tempero da minha mãe.” (E2) (E3) - “Sim ela ajudou-me mesmo muito, muito atenciosa, cuidadosa. Procurando, leu, também tivemos reuniões com a dietista. Mas para além disso procuramos na leitura que pudesse ajudar. Ela procura sempre inovar às vezes certas coisas.” (E3) (E6) - “(...)mesmo quando eu digo, vou fazer isto ou aquilo assim. Elas dizem a mãe que faça a sua maneira que nos comemos na mesma.” (E6) (E10) - “É sim senhora, é ela que cuida de mim, eu gosto mesmo da minha esposa.” (E10)

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação do estágio no Serviço de
Internamento de Nefrologia no HSC

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enfermeira Vera fez uma ótima adaptação à dinâmica do serviço, demonstrando competências no domínio técnico-científico bem integradas na prática clínica.

As actividades desenvolvidas tiveram como foco de atenção a pessoa com insuficiência renal e cuidador de referência. Foram identificadas necessidades de cuidados de enfermagem e implementadas intervenções para minimizar ou resolver essas necessidades. Neste sentido, desenvolveu um bom planeamento das intervenções na perspectiva de educação permanente com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Foi notório o seu empenho na ajuda ao doente para que este encare a sua doença e o processo de adaptação ao regime terapêutico com as implicações inerentes a todo o processo.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data: Orientador

Assinatura

Data:

Alexandra Maria Vicoso André Crespo
Estudante
Vera Martins

[Assinatura]
Vera Lúcia dos Santos Martins

Tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados à pessoa com insuficiência renal, a Enfermeira Vera demonstrou conhecimentos específicos e habilidades técnicas, mantendo a vigilância constante e intervenção imediata nas intercorrências. As competências relacionais foram realçadas, quando condutor de desenvolvimento de uma relação de confiança e de respeito pela individualidade do doente e cuidador, necessária na gestão do regime terapêutico.

ANEXO II

Avaliação do estágio na Unidade de
Diálise Peritoneal no HSC

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: Durante o período de estágio na unidade (03 a 07-11-14), a aluna demonstrou sempre um grande interesse relativamente ao trabalho que aqui se desenvolve (rotinas, protocolos, funcionamento), colocando inúmeras questões pertinentes relacionadas com a prática profissional. Demonstrou ainda iniciativa, ao abordar os doentes que aqui se tratavam, sobre as situações de risco que em situações de urgência, chegando a desempenhar de forma espontânea as atividades inerentes à unidade de revascularização.
Tem ainda oportunidade de assistir a procedimentos específicos da unidade, como sendo episódio de peritonite, realizar de perto abdominal dialise, coletas de cateter, troca de substâncias de diálise e curso de TPA.
Assistiu à cirurgia de Nefrectomia - aberta.

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: 7/11/2014

Orientador

SARA PATRÍCIA ALONSO DE SARA PEREIRA DE CARVALHO

Assinatura

Data: 7/11/2014

Estudante

Vera Lúcia dos Santos Ramos

Vera Lúcia Ramos

ANEXO III

Avaliação do estágio na Unidade de
Hemodiálise no HSC



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

O percurso profissional da formanda e o contexto de especialidade convergem para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Durante o estágio na Unidade de Hemodiálise, apesar de ser por um curto período (10/11/2014 a 22/11/2014), participou ativamente na prestação de cuidados aos doentes assistidos na Unidade. De realçar que o formando apesar de não ter nenhum contacto com esta técnica dialítica demonstrou interesse e capacidade na integração da técnica.

Integrou-se na equipa e contribuiu para a manutenção de um bom ambiente de trabalho.

A relação com o doente foi boa, estabelecendo uma relação terapêutica e de confiança.

O desenvolvimento dos objetivos foi de acordo com o planificado.

Foi um estágio que contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem nefrológica.

Pelo exposto, considero que a avaliação qualitativa corresponde a **Bom Mais**.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data: 20/11/2014

Orientador
Elisabete Gonçalves Avelar Dias

Assinatura

Elisabete Gonçalves Avelar Dias

Data: 20/11/2014

Estudante
Vera Martins

Vera Lúcia dos Santos Martins

ANEXO IV

Avaliação do estágio no Serviço de Hemodiálise
no HDESPD, E.P.E

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Vera Martins Instituição: HDESPD Serviço: Unidade de Diálise

Efectuado de 24 / 11 / 2014 a 17 / 12 / 2014 Docente: Prof. Filipe Cristovão Orientador: Ana Rita Cabral Paquete

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

O Docente: _____

Orientador: Ana Rita Cabral Paquete

Data: 19 / 12 / 2014



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 estudante Vera Martins é por mim avaliada em Excelente.

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

Data: 19.12.2014

Orientador

Ana Rita Lagoa

Assinatura

Ate

Data:

19.12.2014

Estudante

Vera Maria Martins

Vera Martins

ANEXO V

Parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde
e autorização do Conselho de Administração
do HDESPD, E.P.E



H.D.E.S. P.D.L., EPE
Presidente do Conselho de Administração

Entrada

17/12/2014

O Conselho de Administração do H.D.E.S. reunido em 18/12/14, apreciou este assunto, tendo deliberado:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aprovar/Autorizar	<input type="checkbox"/>	Dar parecer favorável
<input type="checkbox"/>	Tomar conhecimento	<input type="checkbox"/>	Solicitar Informação
Outro: _____			

Enviar a Presidência

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração
do HDES

Dr. Fernando Mesquita

Ponta Delgada, 18 de Dezembro de 2014

ASSUNTO: Apreciação do estudo "Gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodiálise: influências socioculturais micaelenses"

Relativamente ao assunto em epígrafe do qual é investigador principal a Enf.^a Vera Lúcia Martins (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), cumpre informar V. Exc.^a que a Comissão de Ética para a Saúde, reunida a 17 de Dezembro do corrente ano, deliberou por unanimidade emitir parecer favorável à sua efetivação no HDES.

Com os melhores Cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Dionísio Faria e Maia

Enf. Vera
TLM 914942476 ✓

ANEXO VI

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. (a) Senhor(a):

No âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com área de intervenção em Enfermagem Nefrológica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa estou a desenvolver um estudo sobre a Gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodiálise: influencias socioculturais Micaelenses.

Pretendo estudar as estratégias usadas pelas pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, de acordo com a sua cultura Micaelense, para gerir a restrição de líquidos e da dieta. Os resultados poderão contribuir para melhores cuidados de enfermagem.

Porque a sua opinião é essencial para compreender este problema, venho pedir a sua colaboração voluntária na resposta a uma entrevista, com a duração de cerca de 30 minutos. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

As suas respostas não serão identificadas no estudo, pelo que se garante a confidencialidade dos dados. Estou disponível para esclarecer todas as suas dúvidas.

Este estudo realiza-se com autorização do Conselho de Administração deste Hospital. A qualquer momento pode deixar de colaborar no estudo, bastando informar o serviço ou contactar-me para o email “veramartins@campus.esel.pt”, para que os seus dados sejam eliminados. É um direito seu que em nada interfere com o seu tratamento.

Declaro ter recebido e compreendido os esclarecimentos necessários para colaborar voluntariamente neste estudo através de uma entrevista.

(pessoa que presta o consentimento)

(Responsável pelo estudo: Enf^a Vera Lúcia Martins)

