

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Perceção dos Enfermeiros sobre os Cuidados a Pessoas
Idosas em Tratamento Substitutivo da Função Renal**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Liliana Isabel Aires Vieira

Orientadora

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues Mártires



Vila Real, 2017

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Perceção dos Enfermeiros sobre os Cuidados a Pessoas
Idosas em Tratamento Substitutivo da Função Renal**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Liliana Isabel Aires Vieira

Orientadora

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues Mártires

Composição do Júri:

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues Mártires

Professora Doutora Paula Cristina Soares Encarnação

Vila Real, 2017

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

*Sós,
irremediavelmente só,
como um astro perdido que arrefece,
Todos passam por nós
e ninguém nos conhece.
Quem sente o meu sofrimento
Sou eu só, e mais ninguém.
Quem sofre o meu sofrimento
Sou eu só, e mais ninguém.
Quem estremece este meu estremecimento
Sou eu só, e mais ninguém.*

António Gedeão (1958)

Dedico este trabalho à minha família: à minha melhor amiga, companheira, dedicada e conselheira, à minha mãe, pela sua incansável dedicação; ao meu pai, como exemplo, que me ensinou a ultrapassar fases difíceis acompanhando-me nos momentos alegres e de desalento; à minha irmã, pela paciência, e sobretudo pelas palavras de incentivo acalmando e atenuando as minhas angústias. Ao namorado, pelas palavras de carinho, confiança, apoio e sobretudo por valorizar tudo quanto sou no mínimo que faço.

Dedico também aqueles que sabem que estiveram presentes no mínimo, mas talvez no tempo e lugar exatos.

AGRADECIMENTOS

Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, pois cada pessoa é única, e nenhuma substitui outra. Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito; mas não há os que não levam nada. Há os que deixam muito; mas não há os que não deixam nada. Esta é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova evidente que duas almas não se encontram ao acaso.

Antoine de Saint-Exupéry (1943)

Tal como refere a citação anterior, nós somos um pouco do que vamos encontrando e construindo, tal como na realização deste trabalho, queremos expressar o nosso reconhecido agradecimento, sem a ajuda de várias pessoas que de uma forma ou outra nos ajudaram, não teria sido possível a sua conclusão.

Manifestamos o nosso obrigado à Professora Doutora Maria Alice Mártires, orientadora desta dissertação, pela sua disponibilidade, atenção, dedicação, pelas críticas e conselhos, pelos momentos de paciência e compreensão, mas, sobretudo, pelo estímulo e ajuda na concretização deste trabalho.

Estamos gratas, aos enfermeiros da Unidade de Hemodiálise, que colaboraram na investigação e que dispensaram algum do seu tempo para os entrevistar, contribuindo para uma conceptualização do ser enfermeiro, investindo no ser, estar e saber fazer mais e melhor.

Mais uma vez, estamos gratas à nossa valorosa família, que através da sua presença, dos sorrisos, dos abraços, das palavras de apoio, compreensão, amor e amizade, tornaram mais fácil a longa caminhada.

A todos, Bem-hajam!

RESUMO

A Insuficiência Renal Crónica é uma doença de evolução progressiva, relevante para a saúde pública, devido à alta taxa de morbilidade e mortalidade. O impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico, conduz as pessoas que vivenciam a doença a um progressivo e intenso “desgaste” emocional, devido à necessidade de um tratamento longo que ocasiona limitações físicas e profundas alterações na vida social. Para a família e doente será, certamente, muito difícil aceitar a sua inevitabilidade. Os meios técnicos hoje existentes, apesar de permitirem mais anos de vida, nem sempre conduzem à melhoria da qualidade de vida. Os cuidados de enfermagem aos doentes em tratamento substitutivo da função renal, constituem motivo de atenção e reflexão, por parte dos enfermeiros que, diariamente, se confrontam com situações críticas da vivência das pessoas e família, de complexidade crescente.

Este estudo tem como objetivo geral analisar a perceção dos enfermeiros de um Centro Renal da Região Norte do País sobre os cuidados a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal. São exploradas as narrativas dos enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal. Utilizou-se uma estratégia compreensiva, recorrendo a técnicas de recolha e análise da informação de natureza qualitativa.

Dificuldades na aceitação da doença crónica, na adesão e gestão do regime terapêutico, dificuldades económicas e financeiras, diminuição cognitiva, diminuição da autoestima e isolamento social, sentimentos de revolta, negação da doença, tristeza, angústia, falta de esperança e perda de identidade, foram focos de atenção dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal e que emergiram das entrevistas realizadas. Resultados deste estudo evidenciam ainda que, para os enfermeiros, a aceitação do fim da vida e do sofrimento humano constituem vivências que também acarretam dificuldades na própria prestação dos cuidados. O sofrimento vivenciado pelas pessoas idosas e a não-aceitação da morte surgiram nas suas narrativas.

Os cuidados de enfermagem às pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal são multidimensionais. A sua abordagem reveste-se de complexidade crescente. As respostas humanas às situações de doença são pessoais e únicas e os cuidados revestem-se de particularidades e singularidades próprias de cada ser humano. As especificidades dos cuidados exigem a formação especializada no âmbito da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Insuficiência renal crónica; Hemodiálise; Cuidados de enfermagem; Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Chronic Renal Insufficiency is a progressive disease. The high tax of morbidity and mortality make it relevant for the public health. The impact of the diagnosis and of the dialysis treatment drives the persons who survive the disease, to a progressive and intense emotional "stress". The necessity of a long treatment that causes physical limitations and deep alterations in the social life. For the family and patient will be, certainly, very difficult to accept his inevitable outcome. Nowadays technical capacity, allows more years of life, but not always leads to improvement of life quality. The nursing care to the patient in renal substitutive treatment should drive the nurses attention and reflection for those nurses who, daily, are confronted with critical situations of the existence of persons and family, with growing complexity. This study aims to understand the nurses' perception about the needs of the elderly in renal replacement therapy. This study aims to understand the nurses' perception about the needs of the elderly in renal replacement therapy. Nurses' narratives regarding the health needs of the elderly in substitutive treatment of renal function are taken into account. A comprehensive strategy was used, using qualitative data collection and analysis techniques.

Difficulties in the acceptance of the chronic disease, in the adhesion and management of the therapeutic routine, financial difficulties, cognitive changes, low self-esteem and social isolation, feelings of revolt, denial, sadness, anguish, lack of hope and loss of identity – these were the focus of attention of the nurses who provide care for elderly people in renal replacement therapy and that emerged from the preformed interviews. The results from this study show to the nurses that the acceptance of life end and human suffering are experiences that also lead to difficulties in the nursing care delivery. The grief and the non-acceptance of dead experienced by the elderly people have emerged from their narratives.

This deepening of the subject and the reflection about the elderly person in substitutive treatment of renal function will not only allow to question the nursing interventions as the daily life of the nurses and their interventions in this context. It will also be the objective of the research to analyze this reality with a different critical perspective from the one we perform in daily nursing practice.

Keywords: Chronic renal failure; Hemodialysis; Nursing care; Person in critical situation.

ÍNDICE GERAL

Pensamento	v
Dedicatória	vii
Agradecimentos	ix
Resumo	xi
Abstract	xiii
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xxi
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1. O ENVELHECIMENTO	9
1.1. O envelhecimento e doença crónica	13
2. A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	15
2.1. Tratamentos substitutivos da função renal	17
2.2. A pessoa idosa com insuficiência renal crónica	22
2.3. Enfermagem e as transições em idosos com insuficiência renal crónica	26
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
1. METODOLOGIA	33
1.1. Questões de investigação	34
1.2. Tipo de estudo	35
1.3. Participantes	36
1.4. Técnica e instrumento de recolha de dados	36
1.5. Procedimentos para a recolha de dados	38
1.6. Pré-teste	39
1.7. Previsão do tratamento de dados	40
1.8. Considerações éticas	43
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	47

2. SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL PERCECIONADOS PELOS ENFERMEIROS NUMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE	50
3. SOBRE AS ESPECIFICIDADES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL	55
4. SOBRE AS NECESSIDADES EM SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL PERCECIONADAS POR ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE	59
5. VIVÊNCIAS DAS PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL	72
6. DIFICULDADES PERCECIONADAS POR ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL, NUMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE	77
PARTE IV – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICES.....	105
Apêndice A - Guião de entrevista.....	107
Apêndice B - Pedido de autorização do estudo	109
Apêndice C - Apresentação e pedido de colaboração aos enfermeiros.....	111
Apêndice D - Consentimento informado.....	113
Apêndice E - Competências do enfermeiro de nefrologia em hemodiálise	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos enfermeiros segundo a idade	47
Figura 2. Distribuição dos participantes segundo o sexo	48
Figura 3. Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional	48
Figura 4. Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde exerciam funções	49
Figura 5. Distribuição dos enfermeiros consoante o tempo de exercício profissional.....	49
Figura 6. Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de serviço na unidade de hemodiálise	50
Figura 7. Cuidados de enfermagem à pessoa idosa em TSFR	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cuidados de enfermagem prestados a idosos em TSFR	54
Tabela 2. Especificidades dos cuidados de enfermagem prestados a idosos em TSFR percecionadas pelos enfermeiros	59
Tabela 3. Necessidades em saúde dos idosos em TSFR percecionadas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise	65
Tabela 4. Contributos dos cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades dos idosos em TSFR	72
Tabela 5. Vivências dos idosos em TSFR	76
Tabela 6. Dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados aos idosos em TSFR	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Alto Comissariado da Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

DRC - Doença Renal Crónica

E - Entrevistas

FAV - Fístula Arterio-Venosa

g- gramas

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

IRC - Insuficiência Renal Crónica

m² - metro quadrado

min. - minuto

ml - mililitro

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR - Tratamento substitutivo da função renal

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Os desenvolvimentos tecnológicos, a área da saúde, e as melhorias das condições de vida das pessoas, possibilitaram um aumento na longevidade e, conseqüentemente, o envelhecimento progressivo da população. Os avanços da medicina têm possibilitado diariamente a inúmeras pessoas a manutenção de suas vidas, mesmo daquelas que têm o comprometimento de importantes funções orgânicas de que é exemplo a hemodiálise. Efetivamente, a hemodiálise e outros métodos substitutivos permitem assegurar a função renal, mantendo o prolongamento da vida por vários anos.

Atualmente, a insuficiência renal crônica (IRC) é considerada um problema mundial de saúde pública e tem recebido uma maior atenção por parte da comunidade científica nacional e internacional, demonstrada pela prevalência de estudos (Bastos & Kirsztanjn, 2011).

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2015) divulgou o relatório do Gabinete de Registo com os dados referentes ao tratamento substitutivo da doença renal crônica (DRC), estadio 5 em Portugal, referentes ao ano de 2014. Apesar do ligeiro decréscimo nos anos de 2011 e 2012, em 2013 e 2014, os dados da incidência (novos doentes que entraram em diálise) voltaram a subir, atingindo os valores de 2010, tendo neste ano de 2014, iniciado tratamento substitutivo da função renal (TSFR), 2.473 novos doentes, ou seja, 234,86 novos doentes por milhão de habitantes. Para este aumento no número de doentes que iniciaram a sua terapêutica de substituição da função renal, ainda não existe uma explicação concreta, para além das já habituais causas (aumento da diabetes e da hipertensão arterial). No entanto, continuam a entrar novos doentes em diálise em consequência de causas desconhecidas, o que leva a colocar o porquê do nosso país continuar nos lugares cimeiros deste item da incidência a nível europeu (SPN, 2015).

Os condicionalismos do tratamento desta doença crônica causam sofrimento e surgem sentimentos de medo, angústia, insegurança, insatisfação e dificuldades de adaptação à nova situação de saúde, o que exige dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, conhecimentos e compreensão dos fatores que afetam o doente renal crônico e a sua família (C. Thomas & Alchieri, 2005a).

A doença causa nas pessoas diferentes graus de intensidade conforme o contexto profissional e familiar em que estão inseridos e a sua rede de relações sociais, havendo uma representação simbólica, um significado diferente que acompanha a forma como experienciam a doença.

Esta experiência de se tornar doente crónico é, por isso, única e intransmissível, e está intimamente relacionada com a singularidade de cada um, mas deve ser compreendida no contexto de um legado social, familiar e cultural (Andrade & Vaitsman, 2002).

No âmbito da nossa atividade profissional numa unidade de hemodiálise, podemos testemunhar o sofrimento físico e psíquico destes doentes. E sendo o doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010), torna-se imperioso que os enfermeiros questionem as suas práticas e encontrem formas de atuação mais congruentes com as reais necessidades das pessoas submetidas a este tipo de tratamentos, muitas vezes, até ao final da sua vida.

Assim, despertou-nos o interesse pela problemática, mais especificamente os cuidados de enfermagem a pessoas idosas em TSFR. Abre-se a oportunidade de refletirmos sobre o cuidar da pessoa em situação de crise e família, de assumirmos o processo de cuidar dos doentes, respeitando a dignidade da pessoa, a sua vontade e a autonomia das suas decisões. Ao aprofundar o conhecimento interdisciplinar, percebemos que é uma área de cuidados especializados de enfermagem indispensáveis para proporcionar ao doente e família melhor qualidade de vida e bem-estar.

Persistindo dificuldades nas respostas institucionais adequadas às situações de doença das pessoas idosas em situação crítica, sobretudo por lidarmos com a grandeza, a vulnerabilidade e a fragilidade da vida humana, resolvemos aperfeiçoar a nossa preparação pessoal e profissional.

Ao valorizar a realidade onde se inscreve esta problemática, definimos os seguintes objetivos para este estudo de investigação:

1. Identificar os cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em tratamento de substituição da função renal;
2. Analisar as especificidades dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR;
3. Identificar as necessidades e contributos dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas em TSFR;
4. Compreender as vivências das pessoas idosas em TSFR;

5. Identificar dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas idosas em TSFR numa unidade de hemodiálise;

Neste sentido, esta dissertação constitui uma tentativa e oportunidade de cooperarmos para a reflexão sobre esta área temática e, de alguma forma, poderemos contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem especializados às pessoas idosas com IRC terminal e em tratamento TSFR e às suas famílias, numa perspetiva integradora, salvaguardando os direitos dos doentes e família.

Este estudo integra várias partes, nas quais se desenvolvem conteúdos relacionados com a atualidade como poderemos constatar na primeira parte no enquadramento teórico sobre o envelhecimento e a doença, a IRC, o TSFR e viver com a doença crónica, enquanto processo de transição. Na segunda parte, desenvolvemos as questões metodológicas resultantes das perguntas de investigação formuladas, bem como todos os procedimentos sobre a informação obtida, sua análise e discussão. Na terceira parte, apresentamos os resultados obtidos através da análise das entrevistas aos enfermeiros. Na quarta parte apresentamos as principais conclusões resultantes do estudo elaborado bem como traçamos algumas sugestões, no âmbito da formação dos enfermeiros e das práticas dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR nas unidades de hemodiálise.

Com este trabalho, pensamos poder contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional que dignifique a enfermagem, enquanto disciplina, e os cuidados de enfermagem, enquanto profissão. Poderemos, ainda, através dos discursos dos enfermeiros, compreender com mais clareza e profundidade os cuidados de enfermagem prestados, identificados e percebidos, bem como a importância de cuidados especializados de enfermagem e relevância para a satisfação das necessidades em saúde das pessoas idosas em TSFR.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento apresenta-se como um dos acontecimentos centrais do século XXI. As últimas décadas do século passado registaram um aumento significativo do número de idosos que tem vindo a transformar as sociedades mais desenvolvidas em sociedades mais envelhecidas.

As tendências demográficas são caracterizadas pelo aumento continuado da esperança de vida, a redução da mortalidade infantil, o aumento da emigração, a diminuição acentuada da fecundidade e o conseqüente envelhecimento da população. Associado à progressão do decréscimo populacional é expectável que, nos próximos anos, se aprofundem as alterações da estrutura etária da população em resultado da combinação da quebra da população jovem e do aumento da população idosa, com o agravamento do envelhecimento populacional (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014).

O número de pessoas mais velhas tem vindo a aumentar a um ritmo exponencial em todo o mundo, calculando-se atualmente em 524 milhões, o que corresponde a 8% da população mundial em 2050, este número quase triplicará atingindo 16% da população (World Health Organization [WHO], 2011). Este crescimento explica-se pela diminuição da mortalidade e pelo aumento da esperança média de vida e pela diminuição da fecundidade (WHO, 2011). Na Europa, em particular prevê-se que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumentem até 2050 em 70% e em 170% idosos com idades igual ou superior a 80 anos (WHO, 2011). Segundo o Relatório do Instituto de Políticas de Família (Instituto de Política Familiar, 2009), Portugal será o país da União Europeia com mais rápido crescimento de população idosa, seguindo a Espanha. De acordo com o último censo, o envelhecimento da população portuguesa torna-se preocupante se tivermos em conta a inversão da pirâmide etária (para cada 100 jovens existem 128 idosos) agravado pela emigração na faixa etária mais jovem (INE, 2011).

O índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens, em 2013 (INE, 2014).

Segundo dados das Nações Unidas, a idade média da população no mundo e na Europa passou, respetivamente, de 24 e 30 anos, em meados do século XX, para 27 e 38 anos, em 2000, e estima-se que seja de 29 anos e de 40 anos em 2010, podendo atingir, em 2050, os 38 anos no mundo e os 47 anos na Europa. Em Portugal, essa evolução foi ainda mais forte que

na Europa, passando a idade média da população de 26 anos, em 1950, para os 38 anos, em 2000, e para os 41 anos, em 2010, podendo a idade média da população chegar aos 50 anos em 2050, segundo as previsões das Nações Unidas (Rosa, 2012).

Verificamos que o envelhecimento demográfico é uma realidade que atinge todo o mundo, embora apresente proporções bem mais fortes na Europa. Em Portugal este processo apresenta um ritmo bem mais acelerado, influenciado também pela baixa dos níveis de mortalidade e de fecundidade (Rosa, 2012).

A este respeito, resultados prospetivos do INE não deixam grandes dúvidas. A população portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá fazê-lo de modo particularmente intenso. Apesar dos níveis de fecundidade aumentarem ligeiramente e os saldos migratórios continuarem positivos no futuro, em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas com 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens (índice de envelhecimento 271); um em cada três residentes em Portugal (32%) poderá ter 65 ou mais anos (atualmente o valor é de 19%, portanto menos de um em cada cinco); a população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representar cerca de 13% da população residente em Portugal; o número de pessoas em idade ativa por pessoa em idade idosa, presentemente um pouco superior a três, poderá ser inferior a dois; a população em idade ativa com menos de 40 anos poderá diminuir mas, em contrapartida, aumentará o número de indivíduos nas idades ativas superiores, especialmente com 55 e mais anos (Rosa, 2012).

Todos envelhecemos, por isso, o envelhecimento individual faz parte do nosso quotidiano. A população envelhece porque a humanidade evoluiu com as tecnologias e a ciência e as condições de vida das populações melhoraram. Contudo, o envelhecimento populacional pode ser percebido como ameaça ao futuro da sociedade em que vivemos (Rosa, 2012).

O envelhecimento da população, que se traduz num maior número de pessoas idosas, tem reflexos muito significativos sobre todo o universo social, sendo maiores as necessidades e a procura de cuidados de saúde.

As mudanças demográficas e sociais, tais como as significativas melhorias do estado de saúde das populações e conseqüente aumento da esperança média de vida criaram novas realidades.

Os problemas emergentes do envelhecimento demográfico representam um grande desafio para as sociedades contemporâneas (Fernandes, 2014).

O fenómeno do envelhecimento demográfico apresenta-se com diferentes ritmos de evolução consoante os países ou regiões do mundo. Existem também desigualdades em recursos sociais, políticos, económicos, em estruturas familiares e estilos de vida. Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo (Fernandes, 2014).

Nas sociedades mais avançadas, a busca a respostas ao envelhecimento intensificou-se em atenção ao desenvolvimento tecnológico geral, mas sobretudo em atenção ao desenvolvimento biotecnológico e farmacêutico, que em muito contribuíram para combater a doença e promover a higidez dos seres humano.

Envelhecer, caracteriza-se por um declínio gradual do funcionamento de todos os sistemas corporais, embora a maioria das pessoas de mais idade conserve um nível importante das suas capacidades cognitivas e psíquicas.

Do ponto de vista científico, os autores definem de modo diferente o que se entende por envelhecimento, mas geralmente referem-se a um processo que devido ao avanço da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfofisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo (Oliveira, 2010).

O envelhecimento é o declínio funcional, progressivo, irreversível e programado geneticamente. Intrínseco, porque é uma condição inerente ao organismo, isto é, qualquer organismo independentemente do ambiente onde está inserido irá envelhecer, involuir e diminuir a sua funcionalidade. Progressivo e irreversível, refere-se à diminuição funcional, que é difícil o retorno ao estado anterior. A programação genética é a que ocorre na embriogénese, mas não no envelhecimento, sendo uma problemática em que gerontologistas discordam.

Thompson (2002), refere-se ao envelhecimento como um conjunto de alterações morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida, e comprometem progressivamente a capacidade de resposta dos indivíduos ao stresse ambiental e à homeostasia. A entrada na velhice depende de vários aspetos, que vão além dos limiares da mera cronologia. Cada pessoa reage de forma única e singular ao avanço da idade.

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre vários fatores intrínsecos e extrínsecos.

O rim é um dos órgãos mais sensíveis no processo de envelhecimento humano. Com o envelhecimento, o rim normal, aquele que não sofreu nenhuma nefropatia, sofre modificações involutivas sob o ponto de vista anatómico e funcional. Essas alterações acarretam maior vulnerabilidade do órgão pela redução da sua capacidade de adaptação nesta faixa etária (F. Carvalho, 2002).

Os rins do indivíduo adulto jovem pesam entre 250 e 340g, com o envelhecimento há perda progressiva de massa renal, diminuindo para 180 a 200g. na nona década de vida, reduzindo, assim, a sua área de filtração glomerular.

Na quarta década, as estruturas do córtex vão-se perdendo progressivamente, sendo mais moderada na medula renal. Essas perdas atingem os vasos, glomérulos, túbulos e interstício renal em diferentes graus de atrofia, esclerose e hiperplasia, não causando essas perdas a falência do órgão (F. Carvalho, 2002).

Os vasos renais sofrem progressiva esclerose, a partir dos 40 anos, causando uma diminuição do fluxo de sangue, o que levará a reter colagénio nas paredes dos vasos e, posteriormente, uma diminuição da elasticidade (Faria, 2006).

Do nascimento até aos 40 anos, o número de glomérulos (800 mil a 1 milhão), começa a diminuir progressivamente, ficando apenas na sétima década, cerca de um terço do número de glomérulos iniciais. Estes apresentam volumes diminuídos e estruturas modificadas, que incluem a expansão das células mesangiais e um acentuado espessamento da membrana basal, associada a alterações bioquímicas. Consequentemente, essas alterações causam a diminuição da área de filtração e da permeabilidade glomerular (F. Carvalho, 2002; Faria, 2006).

Os túbulos renais que se propagam e maturam, desde o nascimento até a quarta década, diminuem o tamanho e volume, devido provavelmente à consequência da isquemia. As ansas de Henle têm como principal alteração o seu comprimento. Ocorre diminuição da função tubular, manifestada por: menor flexibilidade do túbulo para reabsorver ou secretar carga de eletrólitos, menor capacidade de acidificação renal, menor depuração de drogas, menor capacidade de concentração e diluição. Há redução de uma taxa de filtração glomerular aproximadamente 1ml/min. depois dos 40 anos. Esta redução não se manifesta por um aumento da creatinina sérica porque, simultaneamente, ocorre perda da massa muscular com o

aumento da idade. Assim, pode obter-se uma redução da função renal avaliando-se pela depuração da creatinina. No interstício cortical, o aumento do tecido conetivo não é tão acentuado como no interstício medular, onde ocorre deposição de gordura, ocorrendo uma preservação da medula renal. A maior contrabilidade do ureter está associada a uma expansão da sua camada muscular em relação às outras camadas deste órgão, devido à diminuição da elasticidade (F. Carvalho, 2002; Faria, 2006).

Segundo os mesmos autores, a bexiga vai perdendo a sua capacidade de expelir toda a urina, aumentando o volume residual e maior vulnerabilidade à infecção urinária. A atrofia da uretra, o enfraquecimento da musculatura pélvica, associado à perda de elasticidade uretral e do colo vesical, favorece o aumento da frequência de micções e incontinência urinária, sobretudo nas mulheres. Existe também um risco maior de ocorrência da incontinência urinária com diversas etiologias associadas.

1.1. O envelhecimento e doença crónica

Com o envelhecimento, o aumento das doenças crónicas tem constituído uma preocupação das sociedades contemporâneas. A sua incidência e prevalência têm aumentado nas últimas décadas, associadas não só ao aumento da esperança de vida das populações, mas também aos estilos de vida menos saudáveis, conforme o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016 (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2011), constatando-se que, à medida que as pessoas envelhecem, as doenças crónicas tendem a aumentar e a tornar-se mais complexas. Inerente ao envelhecimento geral das populações acrescenta-se a inevitabilidade de um maior número de diagnósticos de doenças crónicas.

O envelhecimento não é uma doença, mas é uma condição que suscitabiliza à doença. Esta é entendida como qualquer alteração do estado de saúde, que se manifesta num conjunto de sinais e sintomas anormais, resultantes de perturbações funcionais ou estruturais, por causas internas ou externas (Dicionário Médico, 2001).

As doenças dependentes do envelhecimento, pela sua natureza progressiva e pelo que se sabe das suas causas, são as que melhor se evidenciam na capacidade de se incluírem no processo involutivo. Coloca-se, também, dificuldades de definição porque muitas vezes é difícil distinguir o envelhecimento da patologia (H. Almeida, 2014).

O envelhecimento é um processo biológico peculiar, não causador de morte, mas que impõe um limite à longevidade por aumento do risco de instalação da doença que, ela sim, causa a morte. Essa instalação, que ocorre de um modo geral progressivo, silencioso, deixa marcas estruturais ou funcionais (Roberts, 1998).

No final da meia-idade, fase do ciclo vital, que se faz acompanhar por diversos fenómenos de envelhecimento, os indivíduos e as famílias são frequentemente expostos a acontecimentos de vida de carácter transaccional, que poderão pôr em causa o seu processo de desenvolvimento. Envolvendo mudanças, das quais resultam alterações para aqueles que eram modelos de vida adaptados até à data, considera-se que estes acontecimentos poderão constituir uma fonte de vulnerabilidade não apenas mencionado no processo de desenvolvimento, mas particularmente, para aquele que é o estado de saúde individual e familiar (Meleis, 2012).

O processo de envelhecimento é diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade. Independentemente dessa heterogeneidade, a saúde real e percebida é, para a generalidade das pessoas idosas, um aspeto fundamental quando se avalia o bem-estar psicológico, e a referência a problemas de saúde é uma constante na avaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling et al., 2003).

Segundo Fonseca (2014), ao longo do envelhecimento, o aparecimento da doença provoca cada vez mais stresse e mobiliza recursos e capacidades individuais de *coping* para a recuperação, podendo implicar mudanças ou perdas no que se refere ao poder económico, alteração das atividades da vida diária, das relações sociais e desconforto geral. Todas estas consequências, comuns às situações de doença, surgem como mais prováveis e agravadas nos idosos, tornando mais difícil a adaptação e exigindo a adaptação de medidas compensatórias de modo a estabelecer o equilíbrio interno e entre o organismo e o ambiente. A perceção da doença e a autoavaliação que a pessoa idosa faz da sua condição de saúde e o modo como esta influencia o seu bem-estar, é uma avaliação subjetiva. A doença não é encarada por todos da mesma maneira, tendo formas distintas, que podem ir da raiva à resignação. O significado que as pessoas idosas atribuem à doença depende da condição pessoal em função de expectativas, representações e valorizações pessoais.

As dificuldades dos idosos em termos de saúde e desempenho comportamental, associadas a doenças graves e irreversíveis, não resultam necessariamente num impacto negativo para o bem-estar psicológico (Rothermund & Brandtstadter, 2003, cit. por Fonseca, 2014), o envelhecimento tem também características positivas, como a maturidade emocional, a sabedoria, a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar maior significado à vida (Oliveira, 2010).

2. A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

A IRC é uma doença de evolução progressiva que causa problemas consideráveis às pessoas que a vivenciam, quer fisiológicos, psicológicos, quer sociais e económicos, sem expectativa de cura, evoluindo para a cronicidade (M. R. Martins & Cesarino, 2005).

A IRC é uma doença assintomática, que pode acompanhar a pessoa por muitos anos, só se manifestando quando esta já perdeu quase a totalidade de funcionamento dos dois rins, em 80%, sendo impossível a reversão do quadro clínico, conduzindo à necessidade de um TSFR (Breitsameter, Thomé & Silveira, 2012). A hemodiálise, por sua vez, é um tratamento complexo que deixa a pessoa bastante debilitada e pode levar a muitas complicações. Como característica fisiopatológica básica apresenta a falência da função renal, com o impedimento da eliminação eficaz do organismo dos seus produtos residuais metabólicos, causando um progressivo aumento de catabólicos no sangue.

Trata-se de uma síndrome metabólica decorrente de uma perda progressiva da capacidade excretora da função renal. Esta é resultante principalmente da função glomerular. Assim, a IRC consiste na perda progressiva da filtração glomerular que pode ser avaliada clinicamente pela análise da “clearance” de creatinina em urina de 24 horas (Draibe & Ajzen, 2010). Atualmente, é aceite a definição que se baseia em alterações da taxa de filtração glomerular e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas pelo menos por três meses (Bastos & Kirsztanjn, 2011).

Segundo Frazão (s.d.), a IRC é a doença provocada pela diminuição progressiva da função renal. As causas desta doença são várias: os rins tornam-se incapazes de proceder à eliminação de certos resíduos produzidos pelo nosso organismo, ficando assim alterado o controlo da composição dos líquidos que constituem o interior do corpo humano. Quando a função renal se reduz 10% a 15% do normal, não é possível viver sem um tratamento de

substituição. Assim, temos, a hemodiálise ou o transplante renal. Os doentes com IRC sofrem uma perda lenta e progressiva das funções dos rins, ou seja, da capacidade em eliminar as substâncias tóxicas produzidas pelo organismo, de manter adequadamente a água e os minerais do organismo, e de fabricar hormonas. O organismo adapta-se e vai compensando, enquanto pode, esta perda do funcionamento, sem mal-estar até que a doença esteja muito avançada. Alguns dos primeiros sintomas a surgir estão relacionados com a anemia. Se os rins não funcionam bem, o doente sentir-se-á certamente fatigado durante todo o dia ou, inclusivamente, muito cansado. Esta sensação constante de cansaço pode ser o sinal de que tem anemia.

São várias as causas de IRC, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial, diabetes, glomerulonefrite crónica, nefropatia túbulo-intersticial crónica (pielonefrite), necrose cortical renal grave, processos renais obstrutivos crónicos, amiloidose, lúpus eritematoso disseminado e doenças hereditárias, tais como, rins poliquísticos e síndrome de Alport. Diabetes e hipertensão arterial, não controladas ou graves, constituem as principais causas da insuficiência renal avançada, com necessidade de tratamento dialítico ou transplante renal (Prado, Ramos & Valle, 2007).

O tempo que um doente portador de uma lesão renal leva para atingir fases avançadas da IRC é variável, dependendo da etiologia da lesão renal, de aspetos raciais, imunitários, estado hipertensivo, sobrecargas proteicas da dieta, etc. O controlo hipertensivo e a diminuição do conteúdo proteico da dieta parecem retardar a progressão da lesão renal (Draibe & Ajzen, 2010).

A eficácia na identificação clínica da IRC envolve o diagnóstico imediato da patologia, sendo o doente encaminhado precocemente para os cuidados especializados e a implementação das medidas de retardamento da progressão da patologia, identificação e correção das complicações e comorbilidades mais comuns, bem como a educação e preparação para o tratamento dialítico (Bastos et al., 2004).

Existem, ainda, problemas no encaminhamento dos doentes para o atendimento especializado, aumentando a necessidade de diálise de urgência e de internamentos hospitalares. A rede de apoio a doentes em hemodiálise deveria acompanhar as necessidades resultantes de complicações infecciosas, cerebrovasculares, entre outras, e intervir na qualidade de vida dos

indivíduos, melhorando o prognóstico global da IRC, o que nem sempre se consegue (Bastos & Kirsztajn, 2011).

A doença renal diminui o funcionamento físico e a percepção da própria saúde devido ao impacto negativo, sobre os níveis de energia e vitalidade, o que conduz a uma limitação das interações sociais. Os sentimentos destas pessoas relativamente à sua vida, modifica-se devido à dependência e ao tratamento, acrescido da falta de liberdade para realizar as atividades que mais gostam e para viverem com autonomia (C. Thomas & Alchieri, 2005a).

Para Daugirdas, Blake e Ing (2006), o doente em hemodiálise leva uma vida bastante anormal, sendo dependente do tratamento hemodialítico, da equipa médica, da equipa de enfermagem e de outros profissionais de saúde. Esta situação expõe ao stresse, causando desgaste emocional, alterações comportamentais, conflito, frustração, culpa e depressão, sendo difícil para o doente, cônjuge e família expressarem os seus sentimentos negativos.

Hoje em dia, vivemos numa sociedade onde quase tudo é possível devido aos avanços da tecnologia e isto faz com que as pessoas estejam muito mais voltadas para o conceito de vida e de cura. Por outro lado, o conceito de morte é encarado como um conceito “tabu”, as pessoas têm dificuldade em falar de morte porque a sua proximidade recorda-as da sua própria finitude, assim como das pessoas mais próximas.

2.1. Tratamentos substitutivos da função renal

Numa era em que a tecnologia ocupa o lugar de topo na sociedade e mais concretamente no âmbito de saúde, tem-se verificado um grande desenvolvimento, trazendo benefícios inquestionáveis para a humanidade. A utilização de técnicas e procedimentos tecnológicos é uma constante na sociedade, em geral, e na saúde, em particular.

A IRC tem elevada prevalência na população portuguesa. Uma doença que não escolhe género, idade, raça ou condição social. A incidência de doentes a iniciar tratamento substitutivo da função renal mantém-se estável desde 2006, com ligeiro aumento em 2016 quando comparada com 2015. A incidência é significativamente mais elevada nos grupos etários mais elevados. O número de novos doentes aumentou na hemodiálise e diminui na diálise peritoneal (Macário et al., 2016).

Inicialmente, o tratamento é conservador, com administração de medicamentos e adequada dieta específica. Conforme a evolução da doença, serão necessárias outras formas de terapêutica. As opções de escolha de tratamento são: a diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. A escolha do tratamento envolve a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do doente (Lata, Albuquerque, Carvalho & Lira, 2008).

A consulta de esclarecimento foi regulamentada pela norma nº 17/2011, da Direção-Geral da Saúde (DGS), com o objetivo principal de esclarecer a pessoa com DRC, sobre as diferentes modalidades terapêuticas. Esta consulta tem como intuito esclarecer e fornecer as informações necessárias para a tomada de decisão na opção terapêutica para o tratamento da DRC (DGS, 2012).

A escolha da terapêutica na DRC é atualmente uma decisão consciente entre a equipa multidisciplinar e a pessoa. A educação através de programas pré-dialise permite que a pessoa tome conhecimento das técnicas disponíveis para o tratamento da sua doença (Rodrigues, 2010).

Assim, a IRC em estágio 5 é designada, também, como falência renal ou IRC terminal (IRCT) definida por uma taxa de filtração glomerular $<15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ e para a manutenção da vida, suscita a necessidade de início, a breve prazo, de uma das técnicas de TSFR: hemodiálise, diálise peritoneal, transplantação renal (DGS, 2012).

Dos três tipos de modalidades de TSFR, o transplante renal é aquele que, comparativamente com a população geral saudável e para a faixa etária dos 20-24 anos de acordo com a DGS (2012), permite obter melhores resultados em termos de sobrevida, bem como melhores indicadores de qualidade de vida associada ao estado de saúde. Porém, as pessoas com IRC em estágio 5 encontram-se limitadas pela insuficiente disponibilidade de órgãos para transplante. As pessoas em diálise podem viver durante 25 a 30 anos sob terapêutica dialítica, embora a sobrevida média fique ainda aquém das expectativas. Apesar de oferecer anos de vida, a terapêutica dialítica não é uma cura para a falência renal. Se é possível a pessoa com IRC manter a atividade profissional e a maioria das suas atividades diárias, a dependência da diálise para esta é pesada em termos pessoais e familiares, bem como no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida (DGS, 2012).

A diálise substitui duas importantes funções renais: a remoção de solutos e a remoção de líquidos, mas não substitui a função endócrina e, portanto, não controla distúrbios como o

hiperparatiroidismo secundário, a osteodistrofia e a anemia. Na hemodiálise, a remoção de solutos ocorre predominantemente por difusão, que se refere ao movimento de solutos do compartimento sanguíneo para o compartimento de dialisado, através de uma membrana semipermeável (Matos & Lugon, 2014).

A insuficiência renal dispõe de três modalidades de terapia. Além do tratamento etiológico, o tratamento da pessoa com insuficiência renal deve ser centrado no estabelecimento de dieta hipoprotéica e uso de medicação terapêutica. Nos primórdios da diálise poderia ser razoável ter como objetivo evitar a morte por hipervolemia ou hipercalemia. Hoje, o tratamento dialítico busca reverter os sintomas urêmicos, reduzir as complicações a longo prazo, diminuir o risco de mortalidade, melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração social da pessoa (Matos & Lugon, 2014).

Segundo a DGS (2012), apesar de a diálise não substituir totalmente a função dos rins, designadamente no que respeita à produção das substâncias essenciais (eritropoietina e vitamina D ativa), pode proporcionar-lhe uma qualidade e uma esperança de vida aceitáveis. No nosso país, e dependendo, em grande medida, da idade e das doenças associadas, é expectável uma sobrevida prolongada com o tratamento. Este é definitivo para as pessoas que, em virtude das suas características individuais, não possam ser submetidos a transplante renal.

A hemodiálise costuma ser bem tolerada e proporciona uma qualidade de vida próxima do normal. Contudo, apresentam complicações durante as sessões de tratamento, que evidenciam que não existem métodos de diálise sem complicações (DGS, 2012).

Para Pauletto (2013), a hemodiálise é um tratamento em que se utiliza uma máquina e materiais de alta tecnologia para realizar o processo de retirada de substâncias tóxicas e excesso de líquido do organismo. Este processo segue o seguinte procedimento: o sangue flui através de um acesso vascular, seja por cateter venoso central ou pela fístula arteriovenosa, o qual é impulsionado por uma bomba para um sistema extracorporal, onde se encontra o dialisador, local em que ocorrem as trocas entre o sangue e o líquido de diálise. Este tratamento tem duração de pelo menos quatro horas, três ou quatro vezes por semana, conforme as condições clínicas da pessoa idosa. Este procedimento deve ser realizado em hospitais ou clínicas, por profissionais devidamente capacitados e sob a coordenação do nefrologista e enfermeiro.

As complicações apresentadas durante o tratamento hemodialítico mais frequentes, embora pouco graves e rapidamente resolúveis, são: as náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, câibras, hematomas ou perdas de pequenas quantidades de sangue pelos locais de punção. Outros, menos frequentes, são mais graves: hipotensão arterial severa, alterações cardíacas como arritmias e angina de peito, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e reações alérgicas de gravidade variável. Podem, excepcionalmente, chegar a colocar em risco a sua vida. No entanto, por imposição legal, todas as unidades de diálise encontram-se adequadamente apetrechadas para a sua resolução no imediato (DGS, 2012).

Assim, temos as intercorrências que, como mencionado anteriormente, a mais frequente e mais comum durante a hemodiálise é a hipotensão arterial, resultante da remoção de uma grande quantidade de líquidos, removidos do volume plasmático. A água acumulada é removida diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração. Os sintomas apresentados são: tonturas, náuseas, calor e sudorese, dificuldades respiratórias, bocejar frequentemente, dor pré-cordial, palidez cutânea, apatia, confusão mental e taquicardia (Durgirdas et al., 2008).

As caibras musculares durante a hemodiálise ocorrem, por vezes, simultaneamente com a hipotensão arterial, podendo persistir após o restabelecimento da pressão arterial. Estas ocorrem quando os líquidos e eletrólitos deixam o espaço extracelular, sendo os fatores mais importantes a hipovolémia e hipotensão. Nos doentes abaixo do estipulado peso seco, as caibras intensas podem ser persistentes quando são desidratados até níveis inferiores ao seu peso (Fermi, 2010).

As náuseas e vômitos são complicações comuns e recorrentes em 10% dos tratamentos, sendo de etiologia multifatorial. Pode, na maioria dos episódios, em doentes estáveis, ocorrer provavelmente relacionados à hipotensão (Fermi, 2010).

A cefaleia em grande parte é de causa desconhecida, podendo ser uma manifestação da síndrome do desequilíbrio ou relacionada à hipertensão arterial.

A dor torácica, frequentemente está associada à dor lombar, mas de causa desconhecida, podendo estar relacionada à ativação do complemento, isto é, uma função que envolve a estrutura da imunoglobina, ativando as respostas humorais.

A angina também é comum durante a diálise, neste caso, existe uma relação direta com a diminuição da volémia causando um baixo débito cardíaco momentâneo (Durgirdas et al., 2008; Fermi, 2010).

O prurido é o sintoma de pele mais importante nos doentes urémicos. Este, além de ser uma complicação durante a sessão, também se manifesta nos doentes, devido ao efeito tóxico da uremia na pele. Em alguns doentes, este sintoma é tão intenso que provoca escoriações na pele, crostas hemorrágicas, pústulas e formação de nódulos. Estas lesões apresentam-se na face, nas costas, no tronco e nas extremidades (Daugirdas et al., 2008; Fermi, 2010).

O doente renal crónico torna-se imunodeprimido e, conseqüentemente, apresenta uma maior suscetibilidade para adquirir infeções. Nestes doentes, estas geralmente progridem de maneira mais rápida e a cura acontece de forma mais lenta. O local de acesso é sobretudo nos doentes com cateter venoso central, sendo a principal fonte das bacteriemias. Estas podem causar endocardite, meningite e osteomielite (Daugirdas et al., 2008).

A hipertensão durante a sessão é causada pela ansiedade, excesso de sódio e sobrecarga hídrica. Pode confirmar-se comparando o peso do doente antes do tratamento com o peso seco. Quando a hipertensão tem por causa a sobrecarga de líquidos, a ultrafiltração, conseqüentemente, levará a uma diminuição da pressão sanguínea levando à normalização.

Edema agudo do pulmão é também considerado uma das complicações mais frequentes e mais comuns. Este resulta de uma sobrecarga hídrica na maioria das vezes por não cumprimento da dieta e na crise hipertensiva. Assim, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pelo doente. São eles: respiração ruidosa, cianose, sudorese intensa, taquicardia, estase jugular, dispneia intensa e tosse, secreções espumosas róseas ou brancas (Daugirdas et al., 2008).

Síndrome do desequilíbrio da diálise é um conjunto de sintomas sistêmicos e neurológicos frequentemente associados a alterações electroencefalográficas, que podem ocorrer durante ou logo após a diálise. As manifestações incluem náuseas, vômitos, agitação, cefaleia, tremores, confusão mental, delírio, contrações musculares ou crises convulsivas generalizadas. As manifestações mais sérias incluem convulsões, obnubilação e coma. Estas podem ser observadas durante ou no período pós-diálise (Daugirdas et al., 2008).

A hemodiálise representa uma esperança de vida, ao considerarmos a IRC como um processo irreversível. A não-aceitação da doença pelo doente pode dificultar o processo de adesão ao tratamento, o relacionamento interpessoal com familiares e o convívio social. O suporte social é um fator importante para a adesão ao tratamento (Kirchner, Machado, Löbner & Stumm, 2011).

No entanto, as pessoas que assumem um papel ativo no seu tratamento verificam melhores índices de adesão terapêutica, menores complicações relacionadas com os tratamentos e maior satisfação da pessoa (N. Thomas, 2009).

Doente com IRC, submetido à hemodiálise, necessita de acompanhamento especializado, pois este é considerado um doente crítico, que requer cuidados prestados por profissionais de enfermagem possuidores de conhecimentos teórico-científicos especializados para realizar e executar com eficácia os cuidados (Souza & Benevento, 2014).

As principais complicações que ocorrem durante a hemodiálise, segundo Nascimento e Marques (2005), são as alterações hemodinâmicas resultantes do processo de circulação extracorporeal e a remoção de um grande volume de líquidos em um curto espaço de tempo. A atuação imediata do enfermeiro perante esta complicação, desde a monitorização contínua do doente, a deteção de anormalidades e a rápida intervenção é essencial para garantir a segurança de um procedimento e a eficiência para o doente.

As complicações durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. Os profissionais de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem, têm um papel importante na observação contínua dos doentes durante a sessão, podendo evitar muitas intercorrências (Fermi, 2003).

2.2. A pessoa idosa com insuficiência renal crónica

A IRC e o tratamento hemodialítico causa uma sucessão de situações para a pessoa idosa, que compromete não só o estado físico, como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais. São importantes as intervenções de enfermagem na busca de soluções para as limitações provocadas por esta doença e pelo tratamento, sendo necessário um reaprender a viver, de uma maneira mais humana.

Ao confrontar-se com o diagnóstico de IRC, a pessoa idosa entra no universo da doença, ficando delimitada à impossibilidade de cura. A partir deste momento, traçar-se-á uma trajetória de perdas que se estenderá muito além da perda da função renal (Law, 2002).

No início dos tratamentos hemodialíticos, a pessoa idosa sente-se obrigada a confrontar-se com um mundo de técnicas, exames e máquinas, dos quais dependerá para o resto da vida, o que implica uma modificação do seu quotidiano, devido ao cumprimento de horários

necessários pela realização do tratamento hemodialítico, pelas restrições dietéticas, pela terapêutica, regras e cuidados, sendo confrontada com novos condicionalismos. A incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, a possível perda de atividade, o sentimento de incapacidade e a alteração de papéis desempenhados podem contribuir para uma alteração do seu equilíbrio homeostático.

Segundo Taylor e Aspinwall (1992), a máquina de hemodiálise provoca reações emocionais no indivíduo. Ele vai depender dela, tendo de admitir a sua necessidade de sobrevivência. Portanto, precisa de confiar nela, adquirindo consciência do facto de que as suas atividades diárias se circunscrevem à necessidade de ficar ligado a uma máquina durante cerca de 4 horas/três vezes por semana. Em consequência, a sua vida familiar, a convivência social, sofrem interferências que conduzem a um estado de ansiedade.

A pessoa hemodialisada sente-se ameaçada por uma doença incurável, avaliando a sua situação potencialmente geradora de stresse. A IRC, como todas as doenças crónicas, implica alterações psicológicas graves, dependentes em grande parte do equilíbrio psicológico anterior ao aparecimento da doença (Fayer, 2010).

Ryff e Keyes (1995) propuseram um modelo multidimensional de bem-estar psicológico como sinónimo e adaptação, uma condição do self relacionada a seis domínios do funcionamento psicológico: ter uma atitude positiva perante si próprio e sua vida passada, (autoaceitação); ter metas e objetivos que confirmam significado à vida (propósito na vida); estar habilitado a lidar com as exigências complexas da vida diária (domínio sobre o ambiente); ter um sentido de desenvolvimento contínuo e autorrealização (crescimento pessoal); possuir vínculos de afeto e confiança com os outros (relações positivas com os outros); e estar apto a seguir suas próprias convicções (autonomia).

A adaptação positiva face à adversidade envolve uma tentativa de encontrar sentido num evento traumático e encontrar algum benefício nesta experiência. A pessoa percebe que há sentido na vida presente e passada, tem crenças que dão propósito à vida, acredita que a vida é significativa e, com todos os obstáculos, ainda encontra motivos para continuar a viver (Pakenham, 2005).

É esperado por parte do indivíduo que apresente manifestações depressivas a uma crise vital, como o aparecimento de doenças incapacitantes por serem provenientes do desenvolvimento de períodos de adaptação. Da mesma forma, em doentes com IRC entende-se que as reações

imediatas ao processo terapêutico são uma forma de resposta adaptativa frente a estes sentimentos de insegurança e perdas.

Segundo R. Almeida (2007), os doentes portadores de IRC vivenciam momentos de incerteza, desconforto, mudanças de hábitos nutricionais, profissionais, familiares e sociais, não obstante a dificuldade de adaptação à doença. Estas modificações repentinas e não controladas nem previstas predis põem a desequilíbrios mentais, nomeadamente: apreensão, ansiedade e depressão, principalmente na fase pré-dialítica, até ao primeiro ano de hemodiálise. É uma doença crónica com um quadro clínico complexo, provocando na pessoa limitações físicas que se repercutem no plano psíquico.

Para Daugirdas et al. (2006), a pessoa em hemodiálise leva uma vida bastante anormal, sendo dependente de procedimento hemodialítico, da equipa médica, da equipa de enfermagem e de outros profissionais de saúde. Estas situações expõem ao stresse, causando-lhe desgaste emocional, alterações comportamentais, conflito, frustração, culpa e depressão, sendo difícil para a pessoa, cônjuge e família expressarem os seus sentimentos negativos e de raiva.

Segundo N. Thomas e Jeffrey (2005b), as pessoas sujeitas ao TSFR, passam por três fases, após o diagnóstico de IRC, semelhante às respostas do luto descritas por Kübler-Ross (2002). Estas respostas representam um processo de adaptação à perda, começando pelo choque, prosseguindo com a negação, a negociação, a dor e a raiva, até finalmente chegar a um estágio de aceitação, de acordo com as seguintes fases:

- *Fase de euforia*, corresponde ao início do tratamento em que o doente manifesta um sentimento de alívio, por diversas razões. Em primeiro lugar, ao fim de meses ou anos à espera, a barreira da diálise foi finalmente alcançada e removida. Em segundo, o doente sente os benefícios do tratamento;
- *Fase da reação depressiva*, chega muito rapidamente, a novidade do tratamento desvanece-se e as limitações, frustrações e o tempo envolvido no tratamento começam a tornar-se em situações perturbadoras para o doente. O cansaço, a falta de energia e de entusiasmo pela vida, a irritabilidade, as dificuldades do sono e a ligeira depressão tornam a vida do doente difícil de tolerar, principalmente para aqueles que esperavam sentir-se melhor. O cônjuge e a família também vão sentir pressão e, conseqüentemente, as relações familiares podem tornar-se mais tensas e sofrer alterações. O esforço de tentar continuar o trabalho pode ser enorme e o doente põe

em causa a sua continuidade neste, receando problemas económicos e familiares que poderão ocorrer caso deixe de trabalhar. Os doentes que pensavam que o tratamento não lhes iria afetar ou interferir nas suas vidas, encaram como um fracasso e derrota. Esta fase pode durar semanas ou meses e requer tolerância e compreensão por parte de toda a equipa de enfermagem, familiares e amigos;

- *Fase de adaptação realista*, segundo Kübler-Ross (2002)., decorre normalmente, caso o doente aceite gradualmente as inevitáveis limitações, enquanto aproveita ao máximo as possibilidades que lhe restam. Os “hobbies”, os hábitos e os papéis em casa podem ter que mudar. Têm que ser descobertas e exploradas fontes alternativas de satisfação e prazer. Porém, esta evolução pode necessitar de apoio por parte da equipa multidisciplinar. O apoio e a consistência por parte da equipa constituem a rede, no seio da qual o doente aprende a conciliar-se com o estilo de vida diferente.

As características psicológicas, como o controlo interno, distúrbios psicológicos, crenças/conhecimentos acerca da doença e da saúde bem como as recomendações e seus objetivos assumem importância, uma vez que vão influenciar um controlo eficaz do regime terapêutico. Sintomas, complexidade, duração da ação e interferência com outras ações, são exigências situacionais que devem ser geridas de forma a adaptar o regime terapêutico ao estilo de vida e não o contrário.

Abrunheiro (2005), defende ainda que o contexto social do indivíduo, nomeadamente a falta de apoio social, o isolamento e a instabilidade no seio familiar em que se insere, abrem caminho para uma deficiente procura dos cuidados de saúde.

Os doentes, ao serem submetidos ao tratamento hemodialítico, ficam limitados na sua capacidade de trabalhar, viajar, e interagir com seus familiares e amigos.

De acordo com Lima e Gualda (2001), a aceitação da doença caracteriza-se pela forma singular de cada indivíduo lidar com as situações críticas da vida e com o impacto que estas provocam no seu quotidiano e nas suas relações.

Desse modo, as dificuldades em aceitar ou não a doença, dependem de condições individuais internas e externas. As internas referem-se à manutenção da autoimagem positiva, mudanças no papel desempenhado na família, na sociedade e no seu estilo de vida. As condições externas, que podem influenciar na aceitação da doença, decorrem da participação e apoio

recebido da família e dos profissionais de saúde (D. Silva, Vieira, Koschnik, Azevedo & Souza, 2002).

Segundo Maldaner, Beuter, Brondani, Budó e Pauletto (2008), a aceitação da doença passa pela questão de ser um sujeito ativo, responsável pelo seu tratamento. Uma atitude positiva de abordar a doença é suportar os efeitos colaterais do tratamento, questionando, informando-se, e reaprendendo a viver, dentro das condições impostas pela doença. A indiferença perante a doença é considerada como não adesão à mesma.

O doente renal crônico em tratamento hemodialítico é submetido a um tratamento doloroso, de longa duração, gerando mudanças de grande impacto na sua vida individual, familiar e social. Portanto, a adesão ao tratamento não é fácil, considerando que o tratamento limita as suas atividades e compromete a sua liberdade (Lata et al., 2008).

2.3. Enfermagem e as transições em idosos com insuficiência renal crônica

Do nascimento à morte, a vida é marcada por sucessivas passagens únicas e de profundo caráter pessoal (Collière, 2003). A vida e a forma como cada um a vive, com momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidas somente numa perspectiva individual, porque para além da influência da própria família, na qual se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais internos e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010). Durante o ciclo vital experienciam-se diversas transições, em alguns casos circunstanciais, em outros casos procedem-se, através de eventos tais como o casamento, a gravidez, a mudança de profissão, a cirurgia ou outras (Chick & Meleis, 1986).

As transições acarretam mudanças na vida das pessoas, na saúde, nas relações e nos ambientes (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Transição, surge como um conceito central e integrador nos cuidados de enfermagem. Mudanças no estado de saúde originam processos de transição. Na vivência destes processos, as pessoas encontram-se mais vulneráveis, podendo influenciar negativamente a sua saúde.

O conceito de transição, nos últimos anos, tem evoluído nas ciências sociais e humanas e nas disciplinas relacionadas com a saúde, sendo que a enfermagem tem um papel fundamental,

contribuindo para a compreensão das transições como processos intimamente interligado entre a vida e a saúde das pessoas (Kralik, Visentin & Loon, 2006).

De acordo com a literatura, a palavra “transição” significa um processo de mudança nos estádios de desenvolvimento de vida, ou alterações de saúde, ou circunstâncias sociais em vez da resposta das pessoas a essa mudança. Segundo Meleis (2013), a pessoa experiencia fases de mudança, que são marcadas por alterações de um estágio para outro, caracterizando esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade.

Meleis e Trangenstein (2010), realçam a transição como um conceito central para a enfermagem, porque o seu objetivo é o cliente, este que vivencia um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e, por isso, a transição constitui como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. A enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias, desenvolve o cuidado transaccional em que os processos de transição geram alterações saúde-doença (Zagonel, 1999).

Chick e Meleis (1986), definem a transição como uma “passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra ... refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre cliente e ambiente” (p.239). A transição está intimamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança no estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que consoante o contexto e situação têm de incorporar novos conhecimentos. Ou seja, pode envolver mais do que uma pessoa e está incutida num contexto e numa situação. A conclusão da transição implica que a pessoa estabeleça um período de grande estabilidade relativamente ao período que ocorreu anteriormente (Bridges, 2004; Kralik et al., 2006; Meleis, 2010), sendo concluída quando o potencial de perturbação e desorganização associada às circunstâncias precipitantes é combatido (Meleis, 2010).

Os tipos de transição que os enfermeiros durante a sua atividade profissional mais identificam, são do desenvolvimento humano, como a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice. Estas são previsíveis e estão associados aos ciclos de desenvolvimento naturais da vida. São também de saúde-doença, como uma doença crónica, uma intervenção cirúrgica, um internamento (Meleis et al., 2000). Estes tipos de transição podem ser experienciados em simultâneo, não sendo, por isso, únicos ou mutuamente exclusivos. Assim, os modelos

transicionais poderão ser singulares, múltiplos, sequenciais, simultâneos, relacionados ou não relacionados (Schumacker & Meleis, 1994).

Podemos, então, reportando-nos à teoria de Meleis (2013), ao identificar de entre os quatro tipos de transição particulares mais especificamente à terceira, respeitante às transições de saúde-doença, que incluem as mudanças súbitas de papel, que ressaltam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba cronicidade.

Mudanças no estado de saúde geram processos de transição que tornam as pessoas mais vulneráveis ao risco, afetando ainda mais a sua saúde. Uma diversidade de sentimentos e emoções são vividas e sentidas, bem como o desconforto físico, conduzem, à vivência da transição, podendo interferir numa mudança bem-sucedida. Relativamente ao caso específico dos idosos na transição para um processo de doença crónica, como a IRC, surgem problemas e dificuldades, muitas vezes manifestados por agravamento e complicações da própria doença, que comprometem a sua integridade física, psicológica e social. Zagonel (1998), afirma que estes necessitam de assistência, acompanhamento e clarificação de valores pessoais e crenças sobre a doença. Suporte este que, pode ser concedido através de discussões sobre a doença, limitações e incapacidades, expectativas, progressão e planos de gestão para as prescrições terapêuticas. É fundamental que a pessoa idosa, ao lidar diariamente com a doença crónica, compreenda as situações críticas e saiba adequar intervenções de autocuidado que diminuam o impacto negativo da doença sobre si próprio e a família.

Neste contexto, os enfermeiros são os prestadores de cuidados às pessoas e famílias que vivenciam processos de transição. Como refere a conceção da teoria de Meleis em 1994, que define a intervenção da enfermagem deve funcionar como o processo facilitador da transição que promove o bem-estar. Implicando uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, quando se identifica na pessoa fatores que indicam a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável e por isso mesmo a pessoa deve ser sempre vista de forma holística.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com as pessoas que vivenciam processos de transição ao longo da vida, sendo o conceito de transição central para a enfermagem (Meleis, 2013). A principal missão dos enfermeiros, segundo Meleis (2010), é ajudar as pessoas a vivenciar processos de transição, cuidando delas para assegurar uma boa

adaptação e efetuar a transição de uma forma saudável. Devem estar atentos às mudanças e às exigências que as transições trazem à vida das pessoas, das famílias e das comunidades, e preparam para a transição eminente e facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e a experiência da doença na vida diária.

As estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem as experiencia (Zangonel, 1999). Por isso, é necessário adaptar uma relação de ajuda, dispondo-nos a ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que conferem ao seu percurso (Collière, 2003).

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros participam no desenvolvimento de competências das pessoas idosas para enfrentar a transição. Estas etapas são caracterizadas pela criação de laços de confiança e pelo caminhar com o outro e todo este processo deverá ter como foco a adesão e a participação das pessoas no seu autocuidado.

A enfermagem, enquanto ciência e disciplina, deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção no processo de transição. Meleis e Trangenstein (2010), referem que este acompanhamento se fundamenta na facilitação das transições das pessoas idosas, famílias e comunidades, devendo concentrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidas como resultados. Deve assumir-se uma postura ativa e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto.

Os cuidados de enfermagem são facilitadores dos processos de transição vivenciados pelas pessoas idosas com IRC e entendidos como uma atenção global e continuada, nunca esquecendo que são pessoas únicas, com experiências de vida próprias. A pessoa é vista como um todo, em todas as dimensões que a contemplam, nunca esquecendo que todos os cuidados vão para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si.

Quando estamos perante uma pessoa com IRC, doença incurável, em fase avançada e progressiva, o objetivo fundamental dos cuidados de enfermagem é promover, tanto quanto possível, o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida. Assim, é uma das maiores preocupações, o doente e a família, requerendo uma avaliação sistemática e excelentes cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros, pela sua maior proximidade á pessoa idosa, têm um papel primordial contribuindo fortemente no processo terapêutico.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A metodologia é uma etapa fundamental numa investigação, uma vez que esta dará validade científica ao que nos propomos estudar. Segundo Fortin, Côté e Filion (2009), de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos. Neste sentido, para que uma investigação tenha rigor científico é necessário utilizar um método igualmente científico, pois só este interroga a natureza dos fenómenos, ordenando os factos em relações lógicas e coerentes. A sua atividade está centrada na descoberta dos factos experimentais significativos, na verificação da concordância dos factos com as teorias e no aperfeiçoamento destas (J. Carvalho, 2002).

Janesick (2000), sintetiza as características fundamentais da investigação qualitativa, referindo que esta requer que o investigador seja o instrumento de investigação e construa uma narrativa que englobe as várias histórias dos participantes. A análise do comportamento humano, do ponto de vista do ator, a observação naturalista, a subjetividade, a orientação para a descoberta e para o processo, o seu carácter exploratório, descritivo e indutivo, e a sua não generalização, são características dos métodos qualitativos (Serapioni, 2000).

Assim, segundo R. Silva (1998), a pesquisa qualitativa apresenta as seguintes características: o investigador é o elemento principal; a investigação tende a ser mais descritiva; há interesse pelo processo de recolha de dados; os investigadores analisam os dados de forma indutiva, correlacionando os dados à teoria; o significado é de importância vital.

O uso de uma metodologia qualitativa pressupõe uma análise em profundidade, de significados, conhecimentos e atributos de qualidade dos fenómenos estudados.

Sendo a problemática central deste estudo os cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR, o que realmente pretendemos é compreender e descrever a perceção dos enfermeiros de hemodiálise sobre os cuidados de enfermagem às pessoas idosas que realizam o TSFR. Neste cenário, e tendo em conta as questões formuladas nesta investigação, impõe-se a decisão por uma metodologia que privilegie a compreensão do fenómeno social em estudo, a partir da própria perspetiva dos atores, isto é, que procure captar o fenómeno de uma maneira holística e no seu contexto social. Nestes moldes, procurámos um tipo de estudo que tivesse

em consideração o significado atribuído por enfermeiros de hemodiálise, relativamente aos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR. Esta metodologia possibilita a exploração de sentimentos, atitudes, motivações, representações e condutas. Este método compreensivo mostra o sentido subjetivo das ações e, como foi referido, deriva da compreensão sociológica introduzida por Max Weber (1992). O conhecimento produzido surge a partir da interação entre os agentes de investigação e os agentes investigados, numa realidade dinâmica e reconstruída, visando construir e conceber um conhecimento verídico (Figueiredo, 2009).

1.1. Questões de investigação

Resultante do enquadramento teórico e dos objetivos traçados, emergiram as questões orientadoras deste estudo. Como referem Fortin et al. (2009), uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se pretende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos.

Assim, definimos as seguintes questões de investigação:

- Quais os cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em TSFR, percecionados por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise?
- Quais as especificidades dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em TSFR, percecionadas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise?
- Quais as necessidades em saúde e os contributos de enfermagem às pessoas idosas em TSFR, percecionadas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise?
- Quais as vivências das pessoas idosas em TSFR, percecionadas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise?
- Quais as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas idosas em TSFR numa unidade de hemodiálise?

Segundo Streubert (2002), os “investigadores qualitativos ocupam-se na descoberta através de múltiplos modos de compreensão. Fazem perguntas sobre os fenómenos específicos e encontram um método ou uma abordagem apropriada para responder” (p.18). A problemática enunciada indica a direção do estudo e as “questões de investigação delimitam o âmbito

deste” (Fortin et al., 2009, p.295), pelo que se pode afirmar que “o que se pretende conhecer é o que determina o método” (Streubert, 2002, p.21), que será descrito no decorrer deste estudo.

1.2. Tipo de estudo

De acordo com a evidência científica e tendo por base os objetivos propostos, optámos por um estudo de natureza qualitativa, com uma componente exploratória, transversal e descritiva. Segundo Fortin et al. (2009), este tipo de estudo privilegia o contexto onde os indivíduos constroem a sua realidade social, visando obter a informação necessária sobre a problemática a investigar.

Associado a uma lógica analítica compreensiva, pareceu-nos o mais adequado à tentativa de compreender a perceção de enfermeiros acerca das necessidades em saúde de idosos que realizam o tratamento hemodialítico.

Este é um estudo descritivo, uma vez que consiste em descrever o fenómeno relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta (Fortin et al., 2009). Transversal, na medida em que a recolha de dados ocorreu num único momento de contacto com os participantes.

Segundo Streubert (2002), os investigadores qualitativos têm evidenciado seis características importantes deste tipo de estudo, nomeadamente: *i*) a crença em múltiplas realidades; *ii*) o compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; *iii*) o ponto de vista do participante; *iv*) uma conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse; *v*) o reconhecimento da participação do investigador no estudo; *vi*) e a compreensão do fenómeno relatando-o de forma literária, incluindo comentários dos participantes.

Para Rossman e Rallis (1998), referenciados por Fortin et al. (2009), é indispensável conhecer as características relativas ao estudo qualitativo, particularmente: *i*) o seu desenvolvimento no meio natural dos participantes; *ii*) a sua definição progressiva, sendo as questões de investigação determinadas à medida que o estudo avança; *iii*) a interpretação, evidencia temas ou categorias na análise dos dados e extrai conclusões; *iv*) e o papel de observador participante por parte do investigador.

1.3. Participantes

Para a consecução dos objetivos do nosso estudo, utilizamos uma amostra intencional de enfermeiros que prestam cuidados a pessoas idosas em TSFR numa unidade de hemodiálise. Trata-se de uma amostra intencional, não probabilística, que consiste numa “estratégia cada vez mais comum em que o conhecimento que o pesquisador tem da população e seus elementos, é usado para selecionar bem os casos a serem incluídos na amostra. O pesquisador, normalmente, escolhe sujeitos de pesquisa que são considerados típicos da população” (LoBiondo & Haber, 2001, p.144).

A necessidade de determinar os critérios de inclusão dos enfermeiros participantes, tendo em consideração o foco de investigação proposto, levou-nos a tomar uma série de decisões. Assim, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros possuidores do grau de licenciatura, com formação em hemodiálise e a exercer funções numa unidade de hemodiálise há cinco ou mais anos e a participar de uma forma livre e esclarecida. Foram excluídos todos os enfermeiros cujo tempo de exercício profissional na unidade hemodiálise era inferior a cinco anos.

Os participantes foram caracterizados segundo *variáveis atributo*, “características pré-existentes dos participantes num estudo ... geralmente constituídas por dados demográficos” (Fortin et al., 2009, p.172), nomeadamente a idade, o género, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão e o tempo de exercício profissional em hemodialise.

Segundo Streubert (2002), os enfermeiros foram coparticipantes na descoberta e compreensão das realidades sociais em estudo.

Por uma questão de acessibilidade, os participantes foram enfermeiros que exerciam funções há cinco ou mais anos numa unidade de hemodiálise da região norte de Portugal.

Segundo Carpenter (2002), neste tipo de estudo “a recolha de dados contínua até à saturação ser alcançada, isto é, quando não emergem novos temas ou essências dos participantes e os dados se repetem” (p.67), sendo impossível a predeterminação do número de participantes.

1.4. Técnica e instrumento de recolha de dados

A recolha dos dados pode ser facilitada pelo uso de um instrumento organizado e estruturado, evitando o registo desnecessário e a omissão de aspetos importantes. Segundo Fortin et al. (2009), na metodologia qualitativa, a recolha de dados consiste num processo de observação e registo. Ainda segundo os mesmos autores, a flexibilidade dos métodos de recolha de dados qualitativos favorece a descoberta de novos fenómenos e o aprofundamento de fenómenos conhecidos.

Optámos por recorrer à entrevista semi-estruturada (*Apêndice A*), que é um “método de recolha de informações que consiste em conversas orais individuais, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha das informações” (De Ketele & Roegiers, 1993, p.22). Além disso, permite a utilização da interação e comunicação humana, possibilitando ao investigador obter um quadro mais completo das experiências dos participantes, do que aquele que seria obtido por uma entrevista estruturada ou um questionário” (LoBiondo & Haber, 2001, p.181).

A entrevista semi-estruturada é particularmente utilizada para analisar os sentidos que os participantes dão às suas práticas e as leituras que fazem das suas próprias experiências, bem como para a reconstituição de acontecimentos do passado. As principais vantagens deste método prendem-se com a profundidade dos elementos de análise recolhidos, com a flexibilidade e pouca diretividade (Quivy & Campenhoudt, 1995). Além de possibilitar a personalização das questões a cada participante, permite questionar e aprofundar temas, possuir uma boa proporção de respostas, não exigindo a expressão escrita.

A entrevista semi-estruturada utiliza uma série de perguntas (guião da entrevista – *Apêndice A*), relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do participante. O investigador, estando em contacto direto com o entrevistado pode, através das questões, facilitar a comunicação e evitar que o participante se afaste do tema desejado, resultando um processo de elaboração de pensamento e não apenas um dado (Quivy & Campenhoudt, 1995).

O guião, de natureza flexível, funciona como um orientador que permite, tanto quanto possível, ao entrevistado falar abertamente, com as palavras que deseja e na ordem que lhe convém (Flick, 2002; Quivy & Campenhoudt, 1998). Este tem como principal intuito orientar

a entrevista e, simultaneamente, garantir que se colocarão as mesmas questões ou questões muito semelhantes a todos os participantes no estudo.

A construção do guião de entrevista foi um dos principais desafios metodológicos. Se, por um lado, foi necessário organizar um guião com determinada lógica de forma a compilar a informação que se pretendia, decorrente da pesquisa efetuada, por outro lado, teve-se a noção clara que este não podia limitar a investigação. Sendo sobretudo constituído por questões orientadoras, mas igualmente promissoras para receber qualquer outra informação que o entrevistado trouxesse e que fosse pertinente ao estudo. As perguntas elaboradas seguiram uma sequência, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com um certo sentido lógico para o entrevistado. Para a conceção do guião, tivemos em conta as questões de investigação e o propósito central deste estudo.

1.5. Procedimentos para a recolha de dados

A preparação das entrevistas é uma das etapas mais importantes da investigação que requer tempo e exige alguns cuidados, tais como: o planeamento, que tem como intuito atingir o objetivo estipulado; a escolha do entrevistado, que deve estar dentro do tema abordado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado; as condições favoráveis que possam garantir a confidencialidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o guião ou formulário com as questões importantes (Lakatos & Marconi, 2001).

O papel do entrevistador é o de dirigir, sempre que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras ou para ajudar a situar o entrevistado ao contexto da entrevista.

É importante a escolha do local e o momento para a sua realização, para se conseguir o máximo de informação possível.

As entrevistas aos enfermeiros foram efetuadas na própria unidade de hemodiálise, num espaço reservado, no momento mais facilitador para a recolha de dados. Cada entrevista teve a duração de 20 a 25 minutos, procurou-se que as entrevistas decorressem num cenário o mais natural possível.

A unidade de hemodiálise onde as entrevistas decorreram, funciona de segunda a sábado, em três turnos diários (manhã - tarde - noite). Os doentes são distribuídos por uma sala, as sessões

são realizadas para cada doente, três vezes por semana, quatro horas por sessão, podendo haver exceções de diálise extra para determinados doentes de acordo com as suas necessidades.

Para o registo das entrevistas utilizou-se a gravação áudio. A transcrição de todas as narrativas foi feita de imediato, pretendendo com isto não perder nenhum dos detalhes da entrevista. As mensagens não-verbais, apesar de não poderem ser gravadas e transcritas, não produzindo texto imediato, foram registadas e efetuadas após a realização da entrevista.

Ao longo da recolha de dados tivemos em conta aspetos importantes como a validade e a fiabilidade das entrevistas. De acordo com recomendações de alguns autores, foram seguidas algumas das considerações, cuidados ou até mesmo exigências. Precedentemente ao momento da entrevista, os entrevistados do estudo eram novamente informados sobre os objetivos da mesma, garantindo que as informações obtidas eram utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa (Ludke & André, 1986), respeitando-se os direitos de privacidade, de sigilo e de anonimato (Bodgan & Biklen, 1994; Ludke & André, 1986) e garantia-se também a acessibilidade aos dados por parte dos entrevistados.

1.6. Pré-teste

O pré-teste tem como objetivo aperfeiçoar e otimizar o instrumento de recolha de dados com vista a rentabilização do mesmo, adequando ao tema em questão e ainda aproveitando para desenvolver competências como entrevistador. “Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir e modificar a entrevista, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões” (Fortin et al., 2009, p.253).

Para estes autores, o pré-teste tem ainda como finalidade evidenciar possíveis falhas na redação das questões, tais como: complexidade, imprecisão, incoerência, inutilidade, constrangimentos aos participantes, exaustão, etc. Assim, o pré-teste poderá comprovar se este apresenta ou não três elementos de suma importância: fidedignidade, isto é, se são obtidos sempre os mesmos resultados, independentemente da pessoa que o aplica; validade, ou seja, se os dados obtidos são todos necessários à pesquisa; e operatividade, se o vocabulário é acessível a todos os entrevistados e o significado das questões é claro (Marconi & Lakatos, 2001).

Deste modo, o pré-teste poderá permitir obter uma estimativa sobre os futuros resultados, uma maior segurança e precisão na execução da pesquisa, verificando-se, assim, se o guião é fidedigno, válido e exequível, com vista à sua aferição para possível reformulação.

Após a elaboração do guião, este foi testado em março de 2016 antes da sua utilização definitiva, a dois enfermeiros de uma unidade de hemodiálise com características semelhantes aos participantes do estudo.

Após a aplicação do pré-teste, concluímos que o guião estava adequado, com perguntas de fácil compreensão, sendo necessário diminuir o número de questões formuladas.

1.7. Previsão do tratamento de dados

No tratamento de dados utilizámos a técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011). Optámos por este instrumento metodológico pois, segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das informações. É um processo de análise adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Na análise de conteúdo, procedeu-se à síntese e a transformação dos dados em unidades manipuláveis, resultantes da procura de temas que foram categorizados.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo. O contributo de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares.

Para otimizar a implementação da análise de conteúdo, utilizámos como classificação a categorização, que é uma tarefa que visa reduzir a complexidade das narrativas e atribuir-lhe significado. As categorias são os elementos chave do código analista. Uma categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a deteção dos

indicadores relativos a essa categoria. Uma vez construídas, as categorias de análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna. Ou seja, o investigador deve procurar assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade (Bardin, 2011).

Segundo Bardin (2011), o principal objetivo da análise de conteúdo pode ser sintetizado na manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores, que permitem entender uma outra realidade que não a mesma da mensagem.

A técnica de análise pressupõe algumas etapas definidas por Bardin (2011) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira etapa, pré-análise, são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

A segunda etapa refere-se à exploração do material ou codificação, que consiste no processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.

Relativamente à terceira etapa, tratamento dos resultados, inferência e interpretação consiste em colocar em relevância as informações obtidas pela análise.

Existem critérios que ajudam no momento de construção das categorias empíricas na análise de conteúdo. Assim, caracterizam-se por seis regras fundamentais para a sua formulação, nomeadamente: *i*) da exaustividade, devendo cada categoria abranger por completo o conjunto de unidades; *ii*) da exclusividade, em que uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria; *iii*) da homogeneidade, sendo que um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo misturar-se diversos critérios de classificação; *iv*) da pertinência, em que as categorias devem ser adaptadas ao material em análise e aos objetivos da investigação; *v*) da objetividade, evitando-se a subjetividade na sua formulação, implicando uma definição sistemática dos critérios utilizados nas decisões a tomar na fase de codificação; *vi*) da produtividade, devendo o quadro de categorias oferecer a possibilidade de uma análise adequada e coerente com os dados (Bardin, 2011).

Unidade de contexto contribui para a compreensão de sentidos a fim de codificar as unidades de registo que, agrupando-as, lhes atribui um sentido, ou seja, corresponde ao segmento da mensagem que, pela dimensão superior, propícia entender o significado de registo (Bardin, 2011).

Unidade de registo é uma unidade de significação a ser codificada e corresponde ao menor segmento de conteúdo a ser considerado como unidade base, visando a categorização, podendo ser de natureza e dimensões variadas (Bardin, 2011). Assim, as unidades registo são unidades de segmentação ou corte, a partir das quais se faz a fragmentação dos discursos obtidos pelos participantes para análise. Estas unidades podem ser definidas por uma palavra, uma frase, um parágrafo do texto ou ainda um segmento do texto que contém uma informação relevante sobre o objeto em estudo.

A construção de categorias consiste na operacionalização de elementos participantes de um conjunto, iniciado pela diferenciação, seguindo-se o reagrupamento, de acordo com um conjunto de critérios. Estas são rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título, agrupando esses segundo os caracteres comuns destes elementos.

Após o processo de transcrição das entrevistas e de leituras exaustivas, localizamos e identificamos as respostas às problemáticas em estudo.

A recolha e análise de dados qualitativos, segundo Fortin et al. (2009), dão-se em simultâneo, desde que é realizada a primeira entrevista. Os dados recolhidos contêm a forma verbal e não-verbal, devendo ser feita uma transcrição *verbatim* da entrevista, ou seja, palavra a palavra (Savoie-Zajc, 2003). Durante o processo de codificação, as transcrições das entrevistas, na íntegra, poderão ser numeradas, usando a seguinte simbologia - E, seguido do número de identificação da entrevista, E1; E2, E3...e assim sucessivamente.

Seguindo as orientações de Bogdan e Biklen (1994), procedeu-se à elaboração de uma matriz de análise transcrevendo toda a informação a ser abordada. Analisou-se, efetuando-se cortes nos discursos dos enfermeiros acerca das necessidades em saúde das pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal, colocando na matriz de análise a respetiva categoria de codificação e o respetivo indicador de análise. Este trabalho de recorte foi demorado e nem sempre foi fácil, devido à complexidade das temáticas em segmentos transcritos dos discursos que se entrecruzavam. Contudo, procurámos rigor analítico e construámos um conjunto de categorias que reuniram as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade,

pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Sabemos que estas qualidades são essenciais para validar internamente as categorias (Bardin, 2011).

1.8. Considerações éticas

Estando a realizar um estudo de investigação com pessoas, na prática da prestação de cuidados de enfermagem, torna-se imperativo um maior rigor relativamente à ética e suas considerações, desde o início até ao fim da investigação, pois só assim é que tem legitimidade (Fortin et al., 2009; Polit, Beck & Hungler, 2011).

Foram respeitados todos os procedimentos éticos. Foi obtida a autorização do estudo na unidade de hemodiálise (*Apêndice B*), realizada a apresentação e pedido de colaboração (*Apêndice C*) e obtido o consentimento informado pelos enfermeiros participantes no estudo (*Apêndice D*).

A verdade como princípio ético fundamental na investigação, visou premiar desde o primeiro momento e ao longo de todo o processo, o estabelecimento de uma relação de confiança recíproca entre todos os elementos. O anonimato dos participantes foi garantido de modo a manter a sua privacidade.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os critérios estabelecidos, foram realizadas 10 entrevistas, momento em que se atingiu a saturação dos dados, seguindo-se uma descrição detalhada dos resultados obtidos.

A primeira parte refere-se à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes, agrupando variáveis como a idade, o género, a categoria profissional, o local onde exerce funções, o tempo de serviço e o tempo de serviço na unidade de hemodiálise, integrando um conjunto de questões com respostas pré-definidas. Estas características permitiram definir os participantes em estudo.

A segunda parte integra os resultados e a discussão dos mesmos em conformidade com às questões de investigação inicialmente formuladas.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os dez enfermeiros apresentaram idades compreendidas entre ao 27 e 53 anos, situando-se a média de idades em 41,6 anos, sendo quatro do sexo feminino e seis enfermeiros do sexo masculino, conforme observamos nas figuras 1 e 2. Exerciam a atividade profissional numa unidade de hemodiálise há mais de cinco anos e estavam familiarizados com os cuidados prestados à pessoa idosa em TSFR.

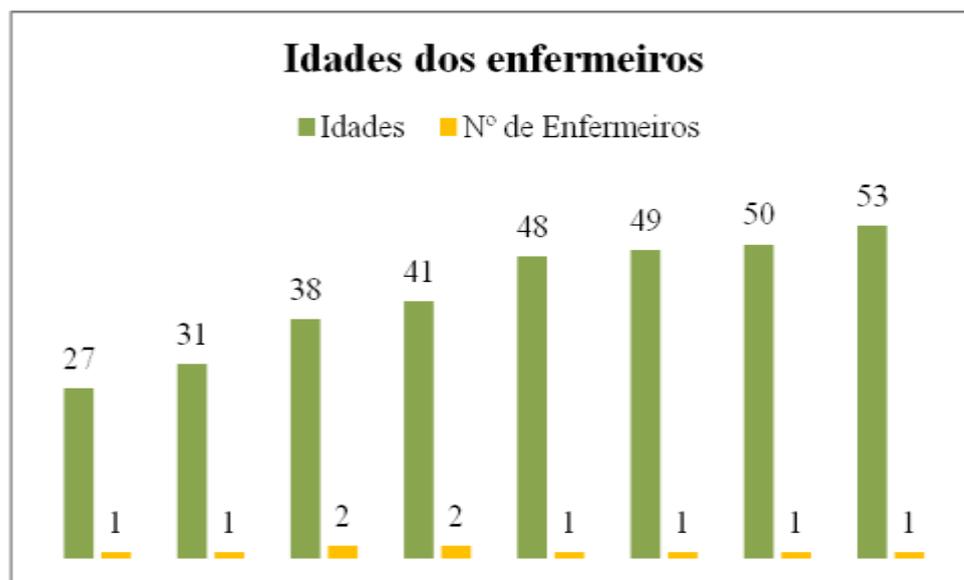


Figura 1. Distribuição dos enfermeiros segundo a idade

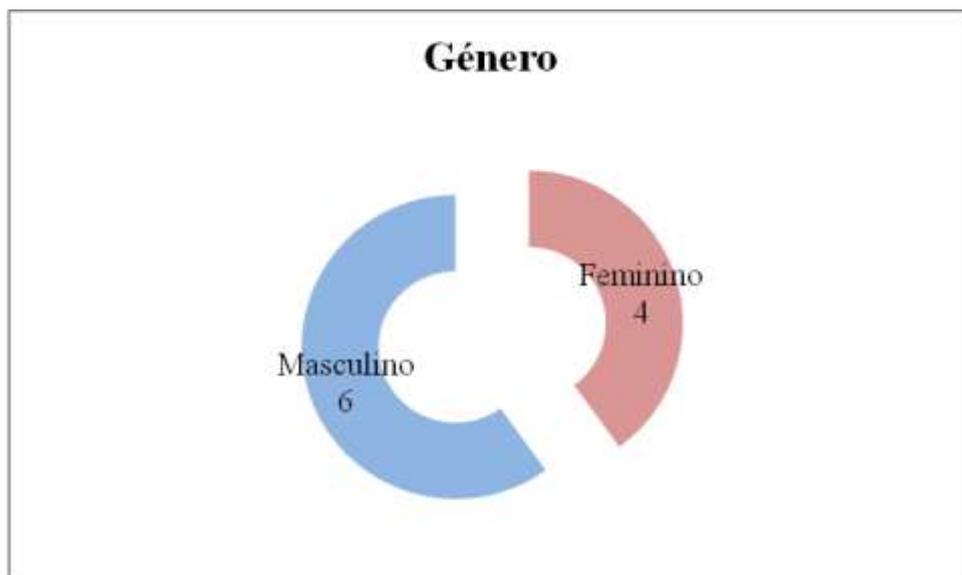


Figura 2. Distribuição dos participantes segundo o género

Seis dos enfermeiros entrevistados tinham a categoria profissional de enfermeiros especialistas, três deles possuíam a categoria de enfermeiro e um era enfermeiro graduado, conforme podemos observar na figura 3.

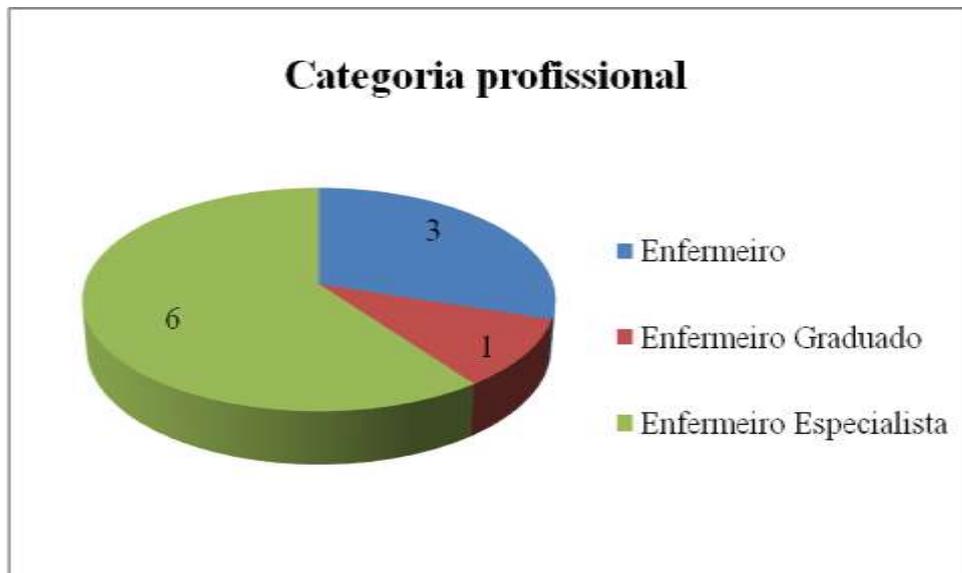


Figura 3. Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional

Na figura 4 podemos constatar que oito dos enfermeiros exerciam funções na unidade de hemodiálise e num hospital e apenas dois exerciam funções só na unidade de hemodiálise.

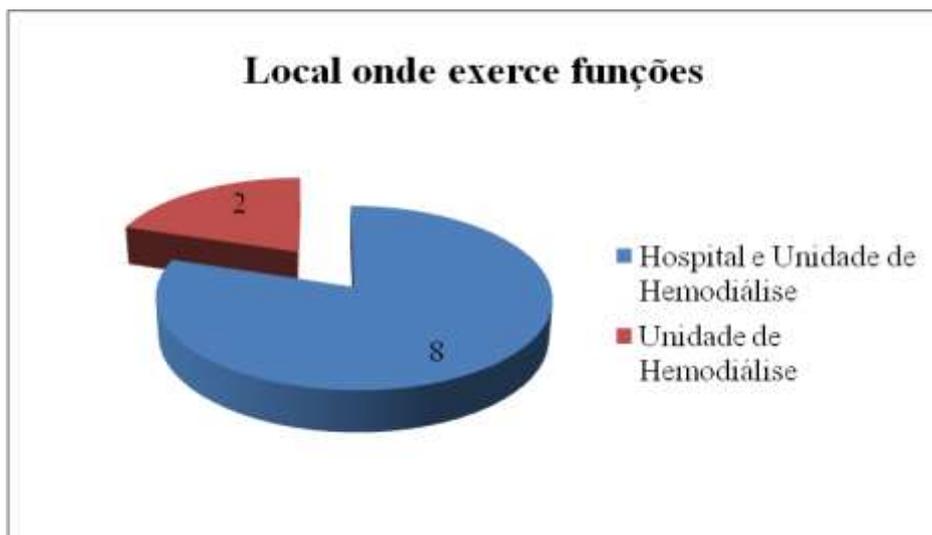


Figura 4. Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde exerciam funções

Relativamente ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros entrevistados, constatamos que variou entre 5 e 31 anos, sendo que a média situou-se nos 18,1 anos, conforme a figura 5.



Figura 5. Distribuição dos enfermeiros consoante o tempo de exercício profissional

Relativamente ao tempo de serviço profissional na unidade de hemodiálise correspondente à figura 6, verificámos que variou entre 5 e 24 anos, sendo que a média de tempo de serviço profissional dos enfermeiros situou-se nos 12,3 anos.

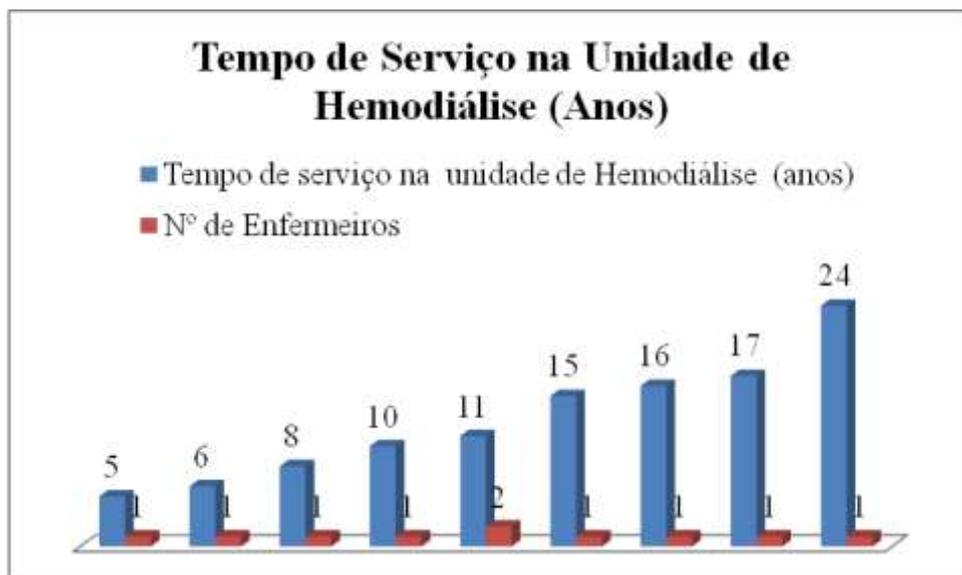


Figura 6. Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de serviço profissional na unidade de hemodiálise

Através da análise da caracterização dos enfermeiros, podemos verificar que apresentam idades compreendidas entre os 27 e 53 anos, maioritariamente especialistas, do género masculino e com mais de cinco anos de exercício profissional em hemodiálise.

De seguida apresentamos os resultados obtidos através da análise dos discursos dos enfermeiros e discussão dos mesmos, emergindo as respostas para as questões de investigação, orientadoras deste estudo.

2. SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL PERCECIONADOS PELOS ENFERMEIROS NUMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Os cuidados de enfermagem foram descritos pelos enfermeiros entrevistados, e enunciados a partir das narrativas sobre as experiências diárias vivenciadas nos cuidados às pessoas idosas em TSFR.

Na monitorização de vários parâmetros clínicos, nomeadamente de sinais vitais durante as sessões de hemodiálise, podemos constatar nas seguintes afirmações:

“(...) avaliamos os sinais vitais periodicamente (...)” E2; E9

“(...) bem como uma constante (...) sinais vitais (...)” E5

Assim como a monitorização do peso corporal, cuidado identificado nos seguintes segmentos de registo:

“(...) o peso que ganham interdialítico (...)” E1

“(...) verificar o peso do doente, (...)” E7

“(...) avalia-se o ganho de peso interdialítico (...)” E9

Avaliar a funcionalidade da fístula arteriovenosa, cuidado imprescindível para a realização do tratamento hemodialítico, como podemos observar nos seguintes discursos:

“(...) depois a avaliação da FAV [fístula arterio-venosa] (...)” E2

“(...) e vigilância do acesso vascular para prevenir complicações.” E5

A avaliação do estado global da pessoa é uma prática dos enfermeiros, conforme observamos nas seguintes expressões:

“(...) fazemos a avaliação do doente, (...)” E1; E5; E6

“(...) o doente e verificar se está estável (...)” E2

“(...) consiste não só em avaliar o momento do tratamento, mas também avaliar o doente durante HD (...)” E2

Executam todos os cuidados inerentes à cateterização dos acessos vasculares no início de cada sessão de hemodiálise, de acordo com as afirmações:

“(...) ligo-os ao monitor de hemodialise (...)” E1; E7

“Ligamo-lo ao monitor de HD (...)” E6

Executam procedimentos de punção da FAV, como identificamos nas seguintes unidades de registo:

“(...) ligo-os, punciono-os (...)” E1

“(...) faz-se a avaliação do acesso (FAV), punciona-se (...)” E9

Realizam ensinamentos no âmbito da educação para a saúde relacionados com a doença e com a importância da adesão ao regime terapêutico, como verificamos:

“Faço-lhes os ensinamentos em relação à patologia crónica que têm (...)” E1

“(...) os cuidados a ter com a FAV, (...) quer a alimentação, quer a redução de ingestão de líquidos, sal (...)” E5; E7; E9

“(...) ensinamentos sobre os cuidados com a alimentação, os cuidados com a fístula, atividade física, a gestão do regime terapêutico, essencialmente (...)” E8

“(...) faço ensinios para manter a qualidade de vida do doente, para fazer correção de hábitos errados, para otimizar as funções, (...) intervenções de reabilitação, tudo com intenção de recuperação, reabilitação e manutenção das funções orgânicas.” E8

Realizam os registos sobre os cuidados de enfermagem prestados à pessoa, relevantes para a continuidade dos cuidados:

“(...) registamos de hora a hora o estado do doente (...)” E2

“(...) registamos o que de mais relevante surge (...)” E9

Os benefícios da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) consistem no estabelecimento de uma linguagem internacional que facilite a descrição e a comparação das práticas de enfermagem; a representação dos conceitos de enfermagem utilizados nas diversas especialidades e culturas; a geração de informações sobre a prática que influenciem na tomada de decisão e na construção de políticas de saúde; a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e, ainda, a possibilidade de propiciar um conjunto de dados que subsidiem a pesquisa na enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2011).

Decorrente da CIPE (ICN, 2011) e da análise efetuada, as ações mencionadas, incluindo a vigilância, monitorização, supervisão e avaliação do estado global da pessoa idosa, integram-se no domínio do observar enquanto tipo de ação de enfermagem. Também o executar como tipo de ação de enfermagem presente na cateterização e punção dos acessos vasculares como procedimento técnico que antecede a realização do TSFR. Para além destas, identificamos outras ações do domínio do informar, referentes aos ensinios realizados pelos enfermeiros às pessoas idosas, enquanto informações relevantes relacionadas com a doença, hábitos e estilos de vida adequados. O registo dos cuidados prestados é outro domínio das ações de enfermagem que inserem os aspetos mais relevantes para a continuidade dos cuidados para além de constituir uma base importante de documentação de tudo que é realizado pelos enfermeiros.

Este é dos aspetos que os enfermeiros nas últimas décadas têm desenvolvido e defendido dada a sua relevância para a profissão de enfermagem e a sua valorização enquanto prestadores de cuidados de saúde.

Todas as ações que os enfermeiros realizam enquadram-se na definição de enfermagem que segundo regulamento do exercício profissional para a prática de enfermagem (Decreto-Lei n.º

161/96, de 4 de setembro), esta é uma profissão na área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, da forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016), o enfermeiro ao longo do tratamento de hemodiálise efetua um conjunto de intervenções, cujo foco da atenção é a pessoa doente e as suas necessidades, com o intuito de desenvolver a sessão de tratamento em segurança, promover a adesão ao tratamento, prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde, desde a preparação do monitor de tratamento, incluindo a manutenção estéril do circuito extracorporeal, e cumprir a estratégia dialítica definida.

Através da nossa análise, os enfermeiros participantes foram menos relevantes no que diz respeito à manutenção do ambiente seguro associado à prevenção das infeções no decorrer todo o procedimento hemodialítico.

Segundo a OE (20016), são objetivos dos cuidados de enfermagem na preparação da pessoa para o tratamento:

- Proporcionar um ambiente acolhedor à pessoa doente, garantindo a sua privacidade;
- Realizar uma avaliação inicial antes do início do tratamento propriamente dito;
- Proceder à identificação e avaliação das intervenções de enfermagem constantes no plano de cuidados;
- Providenciar ensino e informação adequados sobre a prescrição de cada indivíduo, bem como proceder ao esclarecimento de dúvidas à pessoa doente/pessoa significativa;
- Proporcionar o tratamento de hemodiálise prescrito de forma segura e eficiente;
- Garantir a remoção de qualquer substância, resíduo químico ou partículas utilizadas no processo de produção (dialisador e linhas);
- Promover e assegurar práticas seguras no local de trabalho, minimizando o risco e acidentes;

- Garantir o preenchimento de todo o circuito extracorporal, para de espera até à unidade individualizada de tratamento, tanto para as pessoas autónomas como para as parcialmente dependentes. Doentes totalmente dependentes devem ser acompanhados pelo enfermeiro até à unidade individualizada de tratamento. Remover todo o ar do circuito, prevenindo a coagulação e otimizando a superfície da membrana;
- Assegurar que as precauções *standard* sejam cumpridas de forma a:
 - Reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes conhecidas ou desconhecidas;
 - Prevenir o contacto com sangue e/ou material potencialmente infetado, reduzindo o risco de infeção (OE, 2016).

Costa, Fernandes e Guimarães (2014), no estudo sobre assistência de enfermagem em hemodiálise na prevenção de infeção dos acessos vasculares, verificaram que os cuidados de enfermagem desenvolvem uma assistência qualificada, pois não existem elevados índices de infeção. Através dos resultados deste estudo, constata-se que a FAV tem uma boa indicação para redução dos casos de infeção quando associado à lavagem adequada das mãos, plano de assistência de enfermagem adequado e medidas de educação em saúde.

A tabela 1 sintetiza os cuidados de enfermagem que os enfermeiros destacam como os mais relevantes prestados às pessoas idosas em TSFR.

Tabela 1.

Cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em TSF, percecionados por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise

Cuidados prestados às pessoas idosas em TSFR		
Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Observar	Monitorizar	“(…) avaliamos os sinais vitais periodicamente (…)
	Supervisionar	“(…) se o doente, estiver estável, se instável (…)
	Avaliar	“(…) faz-se a avaliação do acesso vascular, (…)”
Executar	Cateterizar	“(…) conecta-se ao monitor (…)
	Puncionar	“(…) faz-se a avaliação do acesso, punciona-se (…)
Informar	Ensinar	“O enfermeiro de hemodiálise tem ainda um papel importante na promoção da saúde dos doentes hemodialisados (…)
	Registrar	“(…) registamos o acontece durante a HD (…)

Destacamos das narrativas dos enfermeiros, os procedimentos e as técnicas decorrentes das sessões de hemodiálise, bem como a avaliação do estado global do idoso. E ainda as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros e descritas, nomeadamente a preparação, monitorização (sinais vitais, peso, estado do doente) e a execução das técnicas (cateterização e punção dos acessos vasculares). No domínio do informar, surgem intervenções de enfermagem de educação à pessoa idosa, de acordo com as necessidades por eles identificadas de forma individualizada e otimizada.

3. SOBRE AS ESPECIFICIDADES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL

A busca das especificidades de enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científico próprio e outra relacionada com a exigência de competências relacionais.

Como podemos constatar nas narrativas dos enfermeiros, os cuidados técnicos executados incluem competências práticas como otimizar o monitor de diálise, os acessos vasculares e todos os procedimentos técnicos inerentes às sessões de hemodiálise:

“(...) o conhecer o monitor de hemodialise, tirar o máximo partido dele (...)” E1

“(...) manutenção e manuseamento do monitor de diálise são específicos para este tipo de patologia (...)” E5

“(...) os líquidos se o doente urina ou não urina todos esses cuidados têm de ser feitos de doente a doente” E7

“As técnicas de depuração renal têm cuidados específicos de acordo com a técnica e carece de treinos que o enfermeiro terá de realizar com algum tempo e dedicação.” E10

“Especificidade relativamente à sua patologia que carece de TSFR entre as quais se destacam a diálise convencional e hemodiafiltração.” E10

“As técnicas de depuração renal têm cuidados específicos de acordo com a técnica e carece de treinos que um enfermeiro tem de realizar com algum tempo e dedicação (...)” E10

Da tecnicidade centrada na doença, valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, incluindo uma vertente orientada para o desenvolvimento moral, os cuidados de enfermagem prestados.

Os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes são específicos, particulares, exigentes não só em conhecimentos científicos, mas também em competências relacionais, uma vez que são pessoas idosas e com uma doença irreversível.

“(...) portanto além dos cuidados específicos de diálise que temos que saber, temos de saber lidar com este tipo de pessoas.” E3

“As especificidades a este tipo de doentes são a todos os níveis: quer emocional, social (...)” E4

“Os cuidados de enfermagem devem englobar, não só a vertente física do doente, mas também as vertentes psicológicas e sociais (...) que têm uma importância fundamental no bem-estar.” E5

De acordo com a OE (2016), os enfermeiros de diálise desenvolvem, no decurso do seu percurso profissional, para além de outras competências, descritas, envolvem a pessoa com DRC no tratamento durante as sessões de hemodiálise (*Apêndice E*).

Apesar de a tecnologia avançar, esta não poderá substituir o enfermeiro uma vez que poderá não englobar todas as dimensões do ser humano. Se por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, levando a um aumento da esperança de vida, conseqüentemente, com o envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, evidencia-se a necessidade de cuidados relacionais:

“(...) enfermagem está mais tempo com o doente (...)” E1

“O enfermeiro de hemodiálise tem ainda um papel importante na promoção da saúde dos doentes hemodialisados (...)” E5

“(...) nós estamos ali e que ele pode contar connosco, porque além de enfermeiros importamos com o bem-estar do doente a todos os níveis.” E9

“Somos vistos como parceiros e não como alguém prestador de cuidados por isso é que estes doentes são especiais e os cuidados extremamente importantes e pessoais (...)” E10

Mais uma vez, a OE (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril) estabeleceu condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Os enfermeiros, prestadores de cuidados específicos, desenvolvem um conjunto de ações que são da sua competência e responsabilidade, com formação específica. Por exemplo, a preparação dos materiais, manutenção e manuseio dos monitores, a observação dos locais de

punção, a informação e a educação para a saúde e ainda procedimentos relacionados com a prevenção de complicações e registo de ações que tenham ocorrido.

O enfermeiro que presta cuidados à pessoa com doença renal crónica que necessite de TSFR, na área específica de enfermagem em nefrologia aplica-se as competências dos enfermeiros de cuidados gerais e o Código Deontológico incluído no Estatuto da OE. Salientando o contexto específico da intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico, recomendam que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, pelo menos, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2016).

De acordo com a área específica da enfermagem de nefrologia e principalmente na execução das técnicas dialíticas, no contexto de intervenção do enfermeiro, enquanto modalidades de TSFR, salientamos ainda as competências adotadas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (Chamney & Melissa Jane, 2007, cit. por OE, 2016), nomeadamente nas componentes teórica e prática (*Apêndice E*).

Com base no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro:

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários e diferenciados, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. (p. 8648)

Segundo o Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância,

monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências clínicas especializadas.

De acordo com Breitsameter et al. (2012), no estudo sobre as complicações que levam o **doente renal crónico a um serviço de emergência**, concluíram que a dispneia, febre e as alterações neurológicas são as complicações mais frequente das pessoas com IRC que as leva ao serviço de urgência evidenciando a necessidade dos cuidados de enfermagem especializados.

No estudo “a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família”, A. Almeida (2013) refere que o enfermeiro especialista em enfermagem ao doente crítico, na assistência à pessoa e família, ambos vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo necessário prestar cuidados de alta complexidade científica, técnica e humana. Também salienta que o enfermeiro deve estar desperto para as múltiplas dimensões do cuidado, nomeadamente quando se refere à pessoa em situação crítica e sua família.

Ainda um outro estudo realizado por Correia (2012), sobre “Que processo de construção de competências dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica em UCI”, tinha como objetivo compreender como constrói o ser enfermeiro competente nos cuidados à pessoa em situação crítica. Dos achados que emergiram do estudo, verificou-se que a principal implicação se relaciona com o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, associadas a uma elevada especificidade técnica, que tende a fazer-se acompanhar pela relação terapêutica com a pessoa/doente e os familiares, cada vez mais valorizada pelos enfermeiros.

Tal como se refere no (Parecer do CJ n.º 121/2012):

O Enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, ... e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites. (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.1)

A tabela 2 evidencia as especificidades dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa em TSFR. Podemos verificar que os enfermeiros entrevistados salientaram, sobretudo, os cuidados de natureza técnica e científica e os cuidados de natureza humana.

Tabela 2.

Especificidades dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa em TSFR, percecionadas pelos enfermeiros unidade de hemodiálise

Especificidades dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa em TSFR	
Categorias	Unidades de registo
Competências técnicas e científicas	<p><i>“(...) os cuidados ao acesso vascular, seja ele cateter venoso central, fistula artero-venosa ou prótese artero-venosa (...)” E5</i></p> <p><i>“(...) além de remover água que trazem em excesso, relativamente ao peso seco estipulado, remove a ureia, creatinina, fósforo, sódio e potássio e entre outros.” E6</i></p>
Competências relacionais	<p><i>“(...) trabalhamos de modo a que o doente se sinta bem (...)” E6</i></p>

Através da análise das narrativas constatamos que os enfermeiros prestadores de cuidados específicos à pessoa idosa em TSFR desenvolvem ações tanto do domínio da competência técnica e científica, como paralelamente desenvolvem ações da competência da comunicação e da interação. O doente é visto como o foco central da prestação dos cuidados com a preocupação dos enfermeiros em garantir um atendimento global, individualizado e otimizado.

4. SOBRE AS NECESSIDADES EM SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL PERCECIONADAS POR ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Uma particularidade dos cuidados de enfermagem percecionada pelos enfermeiros refere-se às necessidades humanas das pessoas idosas em TSFR, as quais estes tentam identificar e satisfazer de forma personalizada.

A prática de enfermagem baseia-se na avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, tendo em conta a sua globalidade. A pessoa, como refere Lopes (2006), é um todo mais do que a soma das partes em interação (ser bio-psico-socio-cultural e espiritual). Assim, intervir em enfermagem, significa "agir com" a pessoa, com o objetivo de responder às suas necessidades. Saúde e doença são distintas e coexistem numa interação dinâmica. As conceções de enfermagem, segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996) têm evoluído para a centralidade dos cuidados na pessoa, que numa interação continua com o ambiente vivencia situações de saúde/doença.

Relativamente às intervenções autónomas, o enfermeiro utiliza uma abordagem sistematizada, que possibilita avaliar e identificar as necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Em particular, uma apreciação cuidada dos conhecimentos sobre a doença e do respetivo processo terapêutico, procurando estabelecer uma relação empática, respeitando o seu sistema de valores, crenças, desejos e capacidades individuais, procurando o bem-estar e a satisfação das suas necessidades (OE, 2016). Identifica os problemas de saúde reais e potenciais, define e executa intervenções no sentido de contribuir para a resolução dos problemas e da satisfação das necessidades identificadas traduzindo-se em ganhos em saúde.

Assim, das necessidades das pessoas idosas em TSFR percecionadas pelos enfermeiros, destacam-se as fisiológicas, nomeadamente, a alimentação e hidratação conforme as seguintes unidades de registo:

"(...) não pode comer as couves por causa do potássio." E; E2; E3

"Eles têm dificuldades na alimentação, em procurar os melhores alimentos." E1; E2; E3

"(...) eles comem essencialmente aquilo que ainda produzem, (...)" E2; E1; E3

"(...) mais (as necessidades) em termos alimentares (...)" E2

"(...) na alimentação, por vezes muitos deles desnutridos, (...)" E6

"Têm necessidades alimentares muito grandes, muitos dos erros que vemos nos doentes são alimentares por falta de alguns alimentos que provoca muitas das vezes alteração do seu IMC (...) e hemoglobina (...)" E7

"(...) são pessoas que vivem muito do que a terra lhes dá, as batatas, a fruta são coisas que eles não podem comer (...)" E7

"(...) aqueles que tem mais dificuldade em controlar a alimentação, (...)" E9

São também identificadas necessidades no âmbito familiar como se pode verificar nos seguintes registos:

“(...) necessidades sociais por não terem apoio familiar, porque a maior parte dos filhos estão emigrados e os filhos também têm a vida deles.” E1

“Também têm muitos problemas familiares porque as vezes a família não consegue dar respostas e eles também não conseguem dar resposta à família.” E2

“(...) à falta da presença da família constante para a supervisão da dieta (...)” E5

“Têm familiares que por vezes não dão apoio, quer a nível social e económico.” E6

“(...) que são rejeitados para família, que são um estorvo (...)” E7

A existência de redes de apoio social à pessoa idosa em TSFR, contribui para ajudar a enfrentar a doença, bem como os seus sintomas, a apoiar no tratamento, contribuindo para a confiança e esperança, de forma a proporcionar um melhor “bem-estar”. Para J. Barbosa, Aguillar e Boemer (1999), o envolvimento dos familiares fortalece o doente pois a dor é partilhada.

Pelas narrativas, verificamos a família como o primeiro elemento da rede de apoio social também como a presença de amigos e pessoas próximas, muitas vezes, ausentes. Estas, são importantes especialmente por se tratar de uma doença crónica, na qual é necessário superar as dificuldades provocadas pela mesma. Verifica-se, também, que o doente é fundamental na adesão ao tratamento, no entanto, o processo de adesão deve envolver a equipa de profissionais, familiares, amigos implicados direta ou indiretamente no tratamento (C. Thomas & Alchieri, 2005b).

Ainda neste âmbito, os enfermeiros destacam o isolamento social da pessoa idosa em TSFR, como podemos verificar nas seguintes afirmações:

“Eles vivem muito o dia a dia, a diálise e depois fora daí não conseguem ter uma vida social ativa, acabam por se isolar.” (E2) (E1)

“Sentem-se mais sós (...)” E4

“(...) o viverem só...” E6

“(...) eles se sentem mais isolados passar muito tempo nas sessões de diálise roubando o tempo que podem estar junto da família ou dos amigos.” E7

“Por norma, estes doentes já têm medo e algum receio de entrar nesses convívios e nessa rede social e isolam-se.” E8

“São doentes que se isolam da sociedade, (...)” E9

O impacto do diagnóstico e tratamento do doente com IRC provoca um progressivo e intenso desgaste emocional devido à necessidade de se submeter a um tratamento longo sem data de

término. Este, causa, não só, limitações físicas como também diminuição da vida social, conseqüentemente, o isolamento social. Além de ser responsável por um cotidiano rotineiro e restrito, com atividades limitadas, favorece o sedentarismo e o isolamento na vida diária.

Referente ainda às necessidades sociais emerge igualmente das narrativas, a dependência do tratamento, como verificamos:

“(...) liberdade de fazerem aquilo que querem, 3/4h é um impeditivo físico e mental, dependente do tempo que eles têm de fazer o tratamento, limitações gravíssimas à limitação da liberdade.”

E10

“É extremamente limitante, perdem a liberdade de fazerem aquilo que querem, (...) limitação gravíssima à limitação da liberdade (...)”

E10

Das necessidades psicológicas, destacaram os enfermeiros, a afetividade, como podemos verificar nas seguintes unidades de registo:

“(...) eles estão mais carentes, (...) mais infelizes e damos mais apoio emocional, depende muito da altura (...)”

E3

“(...) estes doentes têm necessidades de afeto, são pessoas muito carentes, (...)”

E4

“(...) têm necessidade de companhia, afeto, interajuda principalmente.”

E7

“Acaba por lhes faltar muito afeto.”

E7

“Necessidade de afeto é muito importante, demonstrando afeto e aproximando-te mais do doente consegues trabalhar mais com o ele de uma forma muito mais fácil (...)”

E7

“(...) reclamam de tudo e de todos por vezes devido à revolta que sentem (...)”

E9

“Muitos deles precisam de atenção de alguém que os ouça, que não os critique e que apenas com um sorriso lhe demonstram que nós estamos ali (...)”

E9

Outra das necessidades que surge dos discursos, refere-se às necessidades de aprendizagem de como lidar com a doença, como podemos verificar nos seguintes discursos:

“(...) por exemplo na dieta, que eles têm de cumprir rigorosamente (...) a pessoas de 70 anos é muito difícil de compreender.”

E3

“(...) de formação académica, que muitas vezes não conseguem ter.”

E3

“(...) são doentes idosos, com baixo grau de instrução académica e nível económico baixo.”

E5

“Pessoas apresentam um nível de escolaridade muito deficitário, muitos deles com o ensino primário.”

E6

“(...) temos que estar sempre, como são idosos a “bater na mesma tecla” no mesmo tipo de ensinios, (...)”

E7

“(...) acesso mais rápido à sua horta que é mais rápido e que não podem comer (...) e eles não têm e conhecimento.”

E7

“Muitos deles que acham que já estão melhores e podem ir embora, lá está a parte cognitiva a falhar.” E8

“(...) demonstram necessidades a muitos níveis, ao nível cognitivo, nível social, ao nível delas próprias, nível financeiro, há muita gente aqui com carências, (...)” E8

“(...) a nível cognitivo porque lá esta, são pessoas já com alguma idade (...) em termos cognitivo a capacidade de aprendizagem, colaboração, e também com algumas demências instalada (...) são pessoas que também foram pouco estimuladas ao longo da vida em termos cognitivos têm algumas limitações essencialmente.” E8

“Não têm capacidade de aprendizagem muitas delas, derivado a vários fatores, se calhar a associado a patologias associadas (...)” E8

“(...) pessoa que não tem a capacidade para interiorizar o ensino, para entender a sua doença, para entender aquilo que a rodeia, é assim, falhando a parte cognitiva falha tudo.” E8

Verificamos que os enfermeiros salientam a baixa escolaridade na maioria destes idosos e as dificuldades nos ajustamentos à doença e, conseqüentemente, as sérias implicações e limitações sobre os conhecimentos de que dispõem acerca da sua doença e do seu tratamento, não permitindo uma adequada adesão ao regime terapêutico.

Referente ainda às necessidades psicológicas emergiu dos discursos a percepção que estes doentes apresentam alterações na sua autoestima:

“(...) com maus cuidados de higiene, aspeto físico, por vezes, descuidado...” E6

“(...) ao aspeto físico, vergonha (...) com veias dilatadas nos locais das punções (aneurismas) e que a restante sociedade não imagina, a razão daqueles aneurismas.” E6

“(...) uma coisa simples que é usar o relógio, uma roupa menos apertada, uma roupa mais larga.” E7

“(...) são coisas muito específicas a forma de calçar, os momentos de repouso, a forma de dormir, a forma de tomar banho, a sexualidade (...)” E7

“(...) não são pessoas ‘abertas’, são pessoas muito fechadas, têm as crenças delas (...)” E8

“(...) muitas vezes conflituosos, sentem-se incompreendidos e por mais que as pessoas lhe demonstrem que o percebem ele não acredita.” E9

A diversidade das necessidades das pessoas idosas em TSFR percebidas pelos enfermeiros requer, por parte da enfermagem, a preocupação de garantir um atendimento integral e individualizado em todas as dimensões, tendo em conta as necessidades fundamentais. Além da prestação dos cuidados que ultrapassa a execução técnica e a prescrição médica.

Cuidar da pessoa em situação crítica, em enfermagem, é prestar atenção global e continuada ao doente, nunca esquecendo que ele é uma pessoa. O doente é visto como um todo, em todas

as suas dimensões, nunca esquecendo os cuidados físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que necessita, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença.

Segundo Collière (1989), cuidar é manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificados na sua manifestação” (p.29). Isto é, garantir que a prestação de cuidados de enfermagem englobe todos os requisitos definidos para cada ser humano, tendo em atenção que cada pessoa é um ser único e individual.

Segundo a mesma autora, os cuidados de enfermagem fazem parte de um conjunto de atividades de cuidados quotidianos e permanentes da vida. Os enfermeiros prestadores de cuidados às pessoas que estão incapazes de desenvolver essas atividades como, por exemplo, internamento hospitalar, fazem-no conhecer através do corpo, a nossa dimensão visível que se conhece e dá a conhecer.

Segundo Watson (2002), o cuidado em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjetiva às condições de saúde ou doença e das interações entre a pessoa e o ambiente, um conhecimento do processo de cuidar em enfermagem: um conhecimento do poder pessoal e as limitações nas relações interpessoais.

Tal como para Henderson (1994), pioneira na definição de enfermagem e baseada nas necessidades humanas básicas de Maslow, os cuidados de enfermagem visam ajudar as pessoas com ou sem doença, na execução de atividades relacionadas à satisfação das suas necessidades fundamentais. O objetivo principal do enfermeiro é conservar e/ou restabelecer a independência da pessoa de forma a ser ela própria a satisfazer as suas necessidades. As intervenções de enfermagem substituem completa ou parcialmente a pessoa para que se mantenha o mais independente possível ou contribua para um fim de vida digno e sereno. Visam a atenção para as necessidades em que a pessoa se encontra dependente, com vista a suplantar ou ajudar a manter a sua integridade e a sua independência. Assim, Henderson contribui para clarificar a missão específica dos enfermeiros no campo de saúde, ao eleger a (in)dependência da pessoa na realização das atividades de vida com alvo e finalidade das intervenções de enfermagem, conferindo aos enfermeiros poder de decisão e controlo sobre os cuidados de enfermagem (Henderson, 1994).

Menezes, Maia e Lima Júnior (2007), no estudo sobre o impacto da hemodiálise nos portadores de IRC, salientam as necessidades afetadas identificadas como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Ainda de acordo com os enfermeiros, identificar as necessidades afetadas da pessoa idosa em TSFR e oferecer uma resposta competente, tendo como finalidade a satisfação, permite a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem.

A tabela 3 sintetiza as necessidades das pessoas idosas em TSFR percebidas pelos enfermeiros entrevistados.

Tabela 3.

Necessidades em saúde da pessoa idosa em TSFR, percebidas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise

Necessidades em saúde da pessoa idosa em TSFR		
Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Necessidades	Fisiológicas	Alimentação “as maiores necessidades acabam por ser alimentares.” (E2) (E1) (E3) “(…) a alimentação, por vezes muitos deles desnutridos, (…)” E6 “Refeições que fazem muito deficitárias.” E6 “(…) que as maiores necessidades acabam por ser alimentares.” E2
		Hidratação “...a maior dificuldade é a ingestão de líquidos.” E1 “(…) líquidos que não podem beber como gostariam, (…)” E9
	Sociais	Económicas e financeiras “o maior problema é mesmo a parte financeira.” E1 “Têm problemas de cariz económico, o que traz variados problemas (…)” E5
		Familiares “(…) é a necessidade de apoio social e familiar.” E5 “As maiores necessidades (….) com o apoio familiar e social.” E5
		Isolamento social “(…) eles vêm o tratamento como uma prisão (….)” E3 “(…) e muitos acabam também por já estar sozinhos, (….)” E9 “São doentes que se isolam da sociedade, (….)” E9
		Dependente da hemodiálise “Nem passar férias quando querem, nem estar com os filhos quando querem e isso limita-os um pouco (….)” E4 “(…) mais uma vez vem de encontro às necessidades dependentes da máquina 4h 3x por semana.” E10
	Psicológicas	Afetividade “São pessoas com muitas carências afetivas (….)” E4 “precisam as vezes é de uma palavra, de uma companhia de uma conversa só (….)” E7 “São doentes com carências e têm (….) a todos os níveis.” E4
		Cognitiva aprendizagem (…) questões sociais ou seja, geralmente são doentes com uma baixa formação académica (….) E3 “Eles não compreendem que hemodiálise é um tratamento que lhes permite continuar a viver (….)” E3 “Objetivo de melhorar e de fazer o tratamento o melhor possível, eles não entendem (….)” E4
		Autoestima “(…) doentes que não se vêm socialmente como os outro (….)” E1 “(…) que não conseguem abrir horizontes.” E4 “(…) se isolam porque se sentem diminuídas relativamente aos outros.” E6

Relativamente aos contributos dos cuidados de enfermagem, verificamos que os enfermeiros dão relevância às informações e ensinamentos sobre o que devem realizar:

“(...) explicar transmitir os conhecimentos de forma que eles percebam, (...)” E1

“Desmistificar medos e receios e que ninguém diz, só somos nós.” E1

“(...) dizer-lhes o que devem comer e o que não devem (...)” E2

O enfermeiro desmistifica conceitos, explica o que as pessoas devem ou não fazer, ajuda a compreender o que outros profissionais de saúde lhes transmitem, através da utilização de uma linguagem clara e, conseqüentemente, a diminuir não só ansiedade, mas também que sejam conhecedores da sua doença crónica.

As estratégias de adesão ao regime terapêutico surgem como um contributo fundamental. Segundo a CIPE, adesão ao regime terapêutico significa: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação de decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante. O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, define o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, correspondendo ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde (Mortensen, 1999).

Utilizar uma linguagem clara e de fácil compreensão favorece a adesão ao regime terapêutico, como referem os enfermeiros:

“(...) e ensinar as formas e estratégias para controlar a sede e como deve fazer sem ingerir muitos líquidos, eles conseguem com o passar do tempo, começa a notar que eles trazem menos peso e as análises são melhores e estás a conseguir cumprir os teus objetivos”. E7

“(...) começou a entender o que era a restrição hídrica, começou a alimentar-se, como começou a entender como vale a pena fazer atividade física (...) era uma pessoa que não conseguia andar 100m e passado 3 meses (...) foi cumprindo direitinho, (...) sentia-se renascido praticamente. É gratificante.” E8

“O doente tem de ser um agente ativo na sua doença daí o nosso programa de educação com vários conteúdos alimentação, atividade física (...)”. E10

“(...) ficam notificados a serem agentes ativos no seu processo de doença.” E10

“(...) depois os cuidados integrais, a educação, autocuidado, todos os outros são cuidados como este no espaço de 4h, temos tempo de incutir as necessidades do doente. Ter conhecimento das pausas, benefícios e como poderá contornar melhor a condição física/emocional.” E10

Melhorar a adesão ao regime terapêutico significa, também, aumentar a segurança da pessoa idosa em TSFR, uma vez que se esta não adere, aumenta o risco de complicações e de agravamento do estado de saúde. Como sabemos, a adesão é influenciada por vários fatores, relacionados com a doença, com a pessoa/doente, com o tratamento, com os profissionais e

serviços de saúde e com os fatores sociais, económicos e culturais (Bugalho & Carneiro, 2004; Machado, 2009; WHO, 2003). Todo o plano de intervenções dos enfermeiros é individual e personalizado. A adesão é um processo dinâmico, cuidadosamente acompanhado e avaliado (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Através dos discursos dos enfermeiros foi igualmente evidente a importância atribuída à dimensão holística dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em TSFR:

“(...) são cuidados que não se centram apenas no aspeto curativo, mas sim no aspeto da qualidade de vida do doente (...)” E3

“Vimo-lo, vimos o doente como um todo, acho que é isso.” E3

“(...) não só o tratamento em si, mas (...) olhar o doente como um todo inserido numa sociedade e numa família, com necessidades (...)” E4

“(...) cuidados para melhorar a qualidade de vida ao doente e seu familiar ou cuidador.” E6

“(...) às vezes os problemas financeiros podem ser ultrapassados porque consegues chegar até ele e consegues modificar um bocadinho a forma de eles viverem ou de eles se alimentarem ajustando-se aos recursos dele.” E7

“(...) passa muito para além de ligar o doente á maquina tirar o peso, de controlar as tensões, de ver a glicemia.” E7

“(...) acabamos por estar 4h com eles, 4h a ver o doente como um todo a saberes mesmo da parte familiar e pessoal dele (...)” E7

“(...) os cuidados de enfermagem são prestados ao doente na sua totalidade, (...)” E9

“(...) aquele doente não é só um doente a quem vou "ligar" (...) é um ser inserido na sociedade com sentimentos, com família, com valores, crenças e costumes que têm de ser respeitados.” E9

“(...) cuidados visam a satisfação das necessidades (...) a nível do ser biopsicossocial e cultural (...)” E9

“(...) os cuidados não são de uma forma técnica, mas global.” E10

“A prestação de cuidados num doente deve ser na sua globalidade, o doente como foco central da prestação de cuidados.” E10

“(...) depois temos os cuidados integrais com a educação do doente, autocuidado todos os outros são cuidados de acordo com as necessidades do doente, ter conhecimento dos benefícios e como contornar ‘melhorar a sua condição física/emocional’”. E10

Para cuidar é imprescindível a visão holística e integradora da pessoa idosa em TSFR, garantindo que os cuidados de enfermagem são dirigidos para esta, tendo em atenção as suas origens, o meio onde está inserido, as suas crenças e valores.

Os enfermeiros prestam cuidados “ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, ... de forma que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima

capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”, diligenciando junto deste para que adote comportamentos que promova o autocuidado (OE, 2001, p.16).

Os cuidados de enfermagem, no domínio da execução das técnicas dialíticas, não são tarefas realizadas de forma rotineira. O enfermeiro é o elemento fundamental no seio da equipa multidisciplinar, criando oportunidades de desenvolvimento de intervenções diferenciadas e especializadas no acompanhamento da pessoa em situação crítica, com alteração da função renal (Sousa, 2009).

Segundo a OE (2016), as recomendações de enfermagem têm como principal objetivo a abordagem holística, com a execução das intervenções que proporcionam cuidados seguros e de qualidade.

De acordo com o Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, cabe ao enfermeiro a responsabilidade da implementação do todo, e das intervenções autónomas que se iniciam na prescrição elaborada por um enfermeiro, em que este “assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção” (p.4).

Vários estudos referem que o enfermeiro deve estabelecer ações educativas de forma a atender as necessidades humanas afetadas das pessoas a quem presta cuidados. O enfermeiro, por interagir diretamente com o doente, é capaz de identificar expressões verbais e não-verbais, medos e dúvidas quanto à doença e ao tratamento. O diálogo e a observação são fundamentais para identificação destes e para uma melhor interação doente/enfermeiro, pois proporcionam uma relação e comunicação efetiva, fazendo com que o doente vivencie e aceite de uma melhor forma a sua doença e o tratamento. Os cuidados à pessoa idosa em TSFR não são um ato meramente mecanicista, mas também integram os sentimentos do doente e valorizam a relação cuidador/cuidado. É também da responsabilidade do enfermeiro a educação em saúde tanto dos doentes, como a dos seus familiares e cuidadores.

Esta relação cuidador/cuidado é valorizada pelos enfermeiros entrevistados:

“(...) criamos uma relação (...) e era um dos doentes que entrou mal e melhorou bastante e era um doente que estava a ficar muito autónomo (...)” E2

“(...) estabelecemos também relações de amizade, não é só de enfermeiro para doente, acabamos por criar laços.” E3

“(...) nós acompanhamos ao longo de muitos anos e que é impossível não estabelecer uma relação empática com eles (...)” E4

“(...) ele sente-se a vontade para dizer as necessidades dele ou por vezes nem necessita de dizer,(...) porque a gente já o conhece bem (...)” E4

“(...) uma relação são anos e anos de convivência (...)” E7

“(...) eles acabam por te confidenciar algumas situações a pedirem-te a tua opinião, (...)” E7

“(...) somos as pessoas que os podem ouvir e tentar aconselhar, ganhamos um vínculo com os doentes, (...)” E9

Também Swanson (1993), identificou este procedimento dos enfermeiros como possibilitar, isto é, facilitar a passagem dos outros nas transições da vida e conhecimentos desconhecidos. Os enfermeiros, ao orientarem, informarem, explicarem, estão a possibilitar, ou seja, permitem o seu conhecimento para benefício do outro. Quando o enfermeiro explica o procedimento que vai realizar, antes de executar, proporciona à pessoa um conhecimento que ajuda a minimizar o momento difícil, facilitando na passagem dessa mesma situação. Também são procedimentos extremamente importantes por possibilitar a colaboração da pessoa.

Para Phaneuf (2005), a interação é um processo de criação e de recriação, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Contudo, é preciso não esquecer que estas pessoas são todas diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares.

Segundo a autora, a interação enfermeiro/doente fornece aos cuidados de enfermagem uma eficácia e uma qualidade humana que lhes confere, igualmente, um carácter de profissionalismo, e uma melhor visibilidade do que faz o enfermeiro. Como referem, ainda, estes enfermeiros:

“Porque se chega mais facilmente ao doente, capta mais facilmente as frustrações e ansiedades do doente (...)” E1

“(...) o doente vê-nos todos os dias, ganha um vínculo maior connosco (...)” E1

“(...) o doente abre-se connosco, pede-nos ajuda, (...)” E1

“(...) são os enfermeiros que acompanham o tratamento, desde o início ao fim, estão sempre presentes.” E2

“(...) eles precisam de sentir a nossa presença, precisam de sentir uma relação de empatia, (...) estabelece-se uma relação de ajuda (...)” E4

“(...) precisas que ele confie em ti e que esteja à vontade contigo para te dizer quais são as verdadeiras necessidades dele e tu poderes ajudar um bocadinho a forma de eles viverem.” E7

“Acaba por haver uma relação de ajuda, empatia de confiança, essencialmente (...) às vezes só é necessário um olhar, um toque para ele sentir que estamos ali.” E7

“Nós, ao longo do tempo, vamos criando amizade com os doentes, fazemos parte da vida deles (...).” E9

“Somos vistos como parceiros e não como alguém prestador de cuidados (...).” E10

Percebemos que a relação/interação é desenvolvida através da escuta e da compreensão, entre o enfermeiro e a pessoa idosa em TSFR, com o intuito de ajudar a ultrapassar as dificuldades, proporcionando o alívio da ansiedade, da libertação de certas emoções e da serenidade, tal como refere Phaneuf (2005). Ainda segundo esta autora, estar presente refere-se ao estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva e calorosa para que a pessoa que ajuda seja alertada sobre as necessidades da pessoa a ajudar. Trata-se, também, da impressão de força serena e de competência que ela lhe comunica e que suscita a sua confiança e a tranquiliza.

Resultados do estudo sobre “a relação interpessoal enfermeiro/doente”, de Bertone, Ribeiro e Guimarães (2007), evidenciam a comunicação como essencial para o estabelecimento de uma relação interpessoal enfermeiro/doente. A comunicação e a relação de ajuda são consideradas fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta essencial para a princípio da relação de ajuda.

Bertone et al. (2007) referem, ainda, que a comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e através desta favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada.

Segundo Phaneuf (2005), as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda “encontram-se numa certa conceção do ser humano em que o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua liberdade e pela sua autonomia é primordial” (p.334).

No que respeita à empatia, esta é caracterizada por ser:

um sentimento profundo de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela entrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o conforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções. (Phaneuf, 2005, p.347)

Para uma relação de ajuda mais eficaz, é muito importante existir autenticidade e congruência. A autenticidade é a capacidade da pessoa que ajuda para permanecer a mesma, ao longo da relação com a pessoa ajudada.

Na relação de ajuda, a escuta, o toque, o olhar e o silêncio são muito importantes. O toque é considerado um dos meios de contacto mais direto, sendo através dele que o profissional pode captar e dar informações, receber e transmitir mensagens. Quando usado no momento certo, o toque apresenta extrema importância e valor terapêutico, porque não deixa indiferente a pessoa que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contacto, quando não se sabe o que dizer. Em relação ao olhar, a sua importância revela-se quando, ao olhar para o doente, fazemos com que este sinta que existe para nós, como refere Phaneuf (2005).

Prestar cuidados de enfermagem congruentes com as necessidades das pessoas foi uma categoria que surgiu no decurso das entrevistas. Os entrevistados referem que os cuidados que são prestados às pessoas idosas em TSFR correspondem às competências de cada enfermeiro ao satisfazer as necessidades dos doentes.

Para prestar cuidados congruentes é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os hábitos de vida, sobre os costumes e crenças de cada doente. A metodologia do processo de enfermagem é fundamental para prestar cuidados congruentes, personalizados e individualizados, pois, através deste, podemos obter um conjunto de informações sistematizadas, permitindo tomar decisões para ações mais congruentes e eficazes.

Segundo Lazure (1994), a congruência é uma das capacidades desenvolvidas no âmbito da relação de ajuda, afirmando que esta encontra a sua verdadeira expressão no comportamento do enfermeiro.

Os doentes facilmente reconhecem que são os enfermeiros que lhes prestam, com frequência e regularidade, os cuidados. Estes têm a responsabilidade na preparação do monitor e realização de vários procedimentos técnicos, além de um conjunto de procedimentos subjacentes. Para além dos procedimentos relacionados com a situação clínica, estão atentos aos doentes, mantendo uma observação constante:

“(...) os doentes em diálise valorizam o papel do enfermeiro (...) não estamos sozinhos estão sempre a olhar por nós.” E2

“Nós conhecemos os doentes ao longo de vários anos, conhecemos os seus hábitos, sabemos a forma de eles lidarem com a sua doença, dependendo de várias raças (...) como tivemos aqui de etnia cigana (...)” E3

“(...) é o enfermeiro, que está presente (...) conhecemos o doente quando começa a ter uma hipotensão, basta olharmos para a cara deles (...)” E6

A permanência dos enfermeiros nas salas de hemodiálise, durante o decorrer da sessão, e ao longo do tempo, permite uma maior proximidade e conhecimento, sendo importante para prevenir complicações que possam dificultar a recuperação, pelo que os enfermeiros mantêm uma observação atenta.

A tabela 4 sintetiza a percepção dos enfermeiros entrevistados sobre os contributos dos cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades das pessoas idosas em TSFR.

Tabela 4.

Contributos dos cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades da pessoa idosa em TSFR, percebidas por enfermeiros numa unidade de hemodiálise

Contributos dos cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades		
Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Práticas de enfermagem	Explicar os cuidados	“(…) explicar e os cuidados que se presta e qual a sua razão, (…)” E1 “Esclarecer as dúvidas que surgem das conversas com os médicos (…)” E3
	Integrar a pessoa nos cuidados	“O doente tem de ser um agente ativo na sua doença nos cuidados a ter com a alimentação, hidratação... peso interdialítico.” E10
	Realizar técnicas	“(…) a técnica em si, do puncionar, avaliar o acesso vascular, executar com os procedimentos a seguir.” E7
Relação terapêutica	Cuidar	“(…) não é só o tratamento na sala, mas é tudo que rodeia o doente, a família, o bem-estar.” E3 “(…) é o essencial é mesmo o acompanhamento a todos os níveis, (…)” E4 “(…) passa para além disso tudo dessas práticas (….) a ver o doente como um todo” E7 “(…) há muito para além das 4h que estão aqui do tratamento técnico vai muito para além disso (….)” E7 “(…) mas caso não olhemos para o doente como um ser global constituído por vários campos algo no tratamento nos irá falhar, (….)” E9
	Empatia	“(…) mas é o enfermeiro que está lá sempre.” E1 “(…) estabelece-se uma relação doentes-enfermeiro de empatia, terapêutica de ajuda.” E2 “(…) é o enfermeiro, que esta presente a maior parte do tempo com o doente a realizar tratamento dialítico (….)” E6

5. VIVÊNCIAS DAS PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL

Como sabemos, o diagnóstico de IRC não marca uma expectativa de cura, mas uma passagem irreversível a um tratamento contínuo e estritamente necessário.

Os aspetos emocionais influenciam a forma como a pessoa idosa em TSFR vivencia a doença e o tratamento. Diferentes sentimentos fazem parte das respostas emocionais dos idosos em TSFR, percecionadas pelos enfermeiros como: a revolta, a falta de esperança, a discriminação, o sofrimento e a resiliência, conforme verificamos:

“(...) são doentes complicados em termos psíquicos, revoltados, saturados (...)” E1

“A maior parte deles vivem o tratamento de uma forma muito revoltados (...)” E3

“São pessoas geralmente revoltadas e que não estão de bem com a vida.” E3

“(...) que se revoltam com a doença... são pessoas que ficam infelizes, (...)” E4

“São frios, são revoltados, sentem-se sempre incompreendidos e por mais que sejam e por mais que nós e a sociedade não pense isso deles, que são coitadinhos eles acham sempre que são.”
E7

“Há pessoas que estão tristes, outras que continuam e vivem revoltadas, não passam dessa etapa que é a primeira.” E8

O doente, ao confrontar-se com novas necessidades, requer deste e da família uma mudança no estilo de vida e na rotina familiar. A forma de enfrentar a doença vai ser influenciada por suas crenças, valores, características e cultura. Como vimos, A DRC acarreta uma necessidade de alteração do estilo de vida que, na maioria das vezes, rompe com os hábitos defendidos e vivenciados pelos doentes. A perda da autonomia torna-se uma das maiores barreiras, as suas vidas passam a ser direcionadas pela equipa de saúde, pelo dialisador, e pelas repercussões da patologia (Ramos, Queiroz, Jorge & Santos, 2008).

Emerge das narrativas dos enfermeiros as alterações emocionais vivenciadas pelas pessoas idosas, como podemos constatar nas seguintes narrativas:

“Primeiro já não têm a sua atividade física ou uma destreza física igual a um doente jovem.” E7

“(...) incapazes de dar resposta laboral para sustento da família (...)” E9

Esta incapacidade de desenvolverem atividades no dia a dia como gostariam, bem como a profissão anteriormente executada devido ao aparecimento da IRC, leva à necessidade de ajuda durante o período de tempo necessário para o controlo da doença. Esta ajuda é diferente, pois são pessoas que se sentem incapazes e inúteis para a resolução ou prestação de atividades que anteriormente elaboravam, mesmo sendo de um meio rural, a maioria deles. No estudo de Branco e Lisboa (2010), sobre a adesão de clientes renais crónicos ao tratamento hemodialítico, salienta-se que, quando um dos elementos da família adoece, o papel que este ocupa no seio familiar também se irá refletir no modo de enfrentar a doença. Se este ocupar

um papel de provedor, também recairá sobre a família o desafio de readequar as finanças e encarar prováveis privações materiais.

Falta de esperança é outro sentimento identificado pelos enfermeiros, relativamente à vivência da pessoa idosa em TSFR:

“A dada altura todos eles perguntam a si próprios, todos eles entram no paradigma, o que é que eu ando aqui a fazer?” E1

“Será que vale a pena este sacrifício para ter a qualidade de vida que eu tenho?” E1

“(...) acabam por ser tristes porque não têm esperança de melhorar (...)” E2

“É quase uma obrigação é porque alguém os obriga, sentem-se obrigados a vir.” E4

“(...) como sendo um castigo que tem de ser (...)” E4

“Veem-no como um castigo e não como um tratamento que lhes permite viver.” E5

Segundo Ramos et al. (2008), os doentes referem-se ao tratamento como uma obrigação, não havendo mais nada a fazer. Esta dualidade de sentimentos reflete-se diretamente na adesão à complexidade de todo regime terapêutico.

Outro dos sentimentos percecionados pelos enfermeiros é o sofrimento relativo à vivência das pessoas idosas em TSFR, como podemos verificar nas seguintes unidades de registo:

“(...) que não querem vir, e dizem muitas vezes: mas isto para mim é um sofrimento!” E1

“Para quê?! Que ando aqui a fazer, o tratamento, é só sofrimento, só (...)” E1

“(...) é um tratamento de sofrimento e ficam deprimidos e revoltados.” E4

Segundo Renaud (2010), o sofrimento é uma experiência inevitável do ser humano “consciente de si” e confrontado com a sua condição de vulnerabilidade e finitude. O TSFR é uma fonte de sofrimento. A doença é a fonte mais comum de sofrimento, como refere Serrão (1995), pelo menos, a mais evidente. Estar doente representa sofrer de um conjunto de sintomas que apresentam um diagnóstico clínico ao qual se ajusta uma terapêutica. Porém, viver a experiência da doença como fenómeno subjetivo de sofrimento, sentir-se doente é outra dimensão do doente que necessita de cuidados e à qual nem sempre se presta atenção. O apoio efetivo ao ser humano em sofrimento tende a ser negligenciado na prática dos cuidados de saúde (Gameiro, 2004).

Apesar da revolta, falta de esperança, sofrimento e angústia, os enfermeiros identificam também que, para alguns idosos, o TSFR é vivenciado com resignação e resiliência:

“(...) depois há aquele doente que por falta de afeto, falta de habitação, falta de recursos financeiros, também as sessões de hemodiálise acabam por ser a família e conforto (...)” E7

“(...) porque conversam connosco, vêem TV, ouvem música (...) acabam por se sentir acolhidos (...)” E7

“(...) acabam por vir às sessões de hemodiálise à procura de um bocadinho de conversa nossa.” E7

“(...) temos aqui duas pessoas invisuais, que para elas virem aqui é uma alegria, saem de casa.” E8

A não-aceitação da doença, por parte de alguns idosos, também emergiu das narrativas dos enfermeiros, como podemos constatar:

“(...) acabam por ter de passar aquele período de negação “porquê eu?” E7

“Na 1ª fase é uma negação muito grande porque são três vezes por semana, é o desconforto do CVC, dor na FAV, não se poderem mexer no cadeirão.” E10

As vivências da pessoa idosa submetida ao TSFR vão para além da perda da função renal. A alteração aos estilos e hábitos de vida estabelecidos, a perda da liberdade e da autonomia, marcam e distinguem o modo de vida anterior à doença.

Estudos qualitativos sobre a perceção do doente renal face à doença, evidenciam dificuldades relacionadas com as necessidades de hemodiálise, corroborando os resultados do nosso estudo. Neste contexto, o TSFR altera a vida do doente e requer deste e dos seus familiares um reajustamento de papéis e valores. Ao ser confrontado com o diagnóstico de uma doença crónica, irreversível, o doente vivencia sentimentos variados, como angústia, sensação de incapacidade, diminuição do interesse e do prazer nas atividades, irritação, deterioração nas relações sociais e familiares. Também os resultados do estudo de Terra et al. (2010), sobre o portador de IRC e sua dependência ao tratamento hemodialítico, e o estudo de Menezes et al. (2007), referem que as pessoas em TSFR desencadeiam sentimentos de incapacidade, inutilidades e fraqueza, impossibilidade diante de situações adversas, levando à revolta, indignação e conformismo que dificulta a compreensão e adesão ao tratamento.

A intensidade desse sofrimento depende dos valores da pessoa idosa em TSFR, das suas vivências, e das suas crenças e é:

um estado complexo (corporal, afetivo, cognitivo, espiritual) negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação experimentada pela pessoa (como um todo) de se sentir ameaçada/destruída na integridade e/ou continuidade da sua existência,

pelo sentimento de impotência para fazer frente a essa ameaça e pelo esgotamento dos recursos pessoais e psicossociais que lhe permitiram enfrentá-la. (A. Barbosa, 2010, p.569)

O sofrimento de cada indivíduo depende de uma multiplicidade de fatores que tornam o sofrimento humano uma realidade complexa e única para cada um (A. Barbosa, 2010).

Segundo M. G. Martins (2002), no estudo sobre autoatualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crônica, os resultados remetem-nos para a multidimensionalidade e complexidade da aceitação da doença pela pessoa em hemodiálise. Serve também para refletir a importância de um paradigma de sofrimento e autoatualização perante a sua condição de doença. A busca de um sentido para a vida é a mais premente das suas necessidades.

A tabela 5 sintetiza as vivências de idosos em TSFR percebidas pelos enfermeiros entrevistados.

Tabela 5.

Vivências da pessoa idosa em TSFR percebidas por enfermeiros de uma unidade de hemodiálise

Vivências da pessoa idosa em TSFR		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Alterações sentimentais	Revolta	“(…) são doentes revoltados, complicados, difíceis, portanto...sem perspectiva futura (…)” E2 “São doentes revoltados (…)
	Inutilidade	“(…) sentem-se inúteis, (…)” E9
	Falta de esperança	“Vale a pena isto? Será que isto vale a pena?” E1 “(…) tristes pelo que eu já disse, tristes de esperança.” E2 “(…) sentem que a vida já não faz sentido (…)
	Sufrimento	“São pessoas tristes muitas vezes.” E3 “(…) e isso torna-os mais tristes, vivem com sofrimento (…)
	Resiliência	“Há pessoas que cumprem e estão tristes pela situação que se encontram, há pessoas que ficam felizes por vir aqui.” E8

A complexidade das vivências experienciadas pelas pessoas idosas em TSFR, remete-nos para a importância de uma formação especializada dos enfermeiros que prestam cuidados nas unidades de hemodiálise. Para além dos conhecimentos técnicos e científicos, inerentes à sessão de hemodiálise, associados à reposição de valores hídricos e eletrolíticos corporais, prevenção de complicações relacionadas com a doença e sua evolução, conhecimentos

psicossociais, culturais e espirituais, são fundamentais na abordagem ao doente com IRC em hemodiálise.

6. DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Dificuldades na prestação dos cuidados às pessoas idosas em TSFR são igualmente identificadas pelos enfermeiros, neste estudo. Os cuidados de enfermagem relacionados com o fim de vida, foram relatados com maior evidência. É inquestionável a importância que os enfermeiros atribuem à vida de cada pessoa, ao valor da vida, incluindo a cultura e a religião.

Emergiram dos discursos dos enfermeiros, dificuldades na aceitação do fim da vida e dos cuidados de enfermagem relacionados com a finitude humana:

“(...) nós sabemos que a vida não dura para sempre, apesar de estarmos sempre a lutar contra ela e estarmos habituados a achar que (...) não podemos falhar.” E3

“Estamos sempre a lutar contra ela (morte).” E3

“O que é que eu não fiz mais que podia ter feito (...)? Isso, sim, custa-me imenso.” E3

“(...) o que custa mais, é o não poder fazer nada, não poder dar-lhes alguma qualidade de vida.” E4

“(...) acho que nós vivemos muito a relação que temos com os doentes daí ser mais difícil (...)” E7

“Acompanhamos os gritos dos doentes, acompanhamos o sofrimento do doente e muitas vezes não há analgésicos, que consiga aliviar a dor, o sofrimento do doente, que é uma dor que é muito mais do que física e isso custa-me (...)” E4

“(...) da mesma maneira que posso ficar triste quando, se eu não montar aquela máquina, porque o doente faleceu (...)” E7

“(...) foi ver um doente (...) que não podia fazer nada por ele e vê-lo morrer à minha frente.” E8

Os enfermeiros deparam-se com situações de sofrimento, sendo o fim da vida um elemento constante e presente. Esta dificuldade nos cuidados diários aos doentes gera, nos enfermeiros, situações de stresse. Sentimentos, muitas vezes, traduzidos em impotência, frustração e revolta. Os profissionais de saúde apresentam uma particularidade nas suas funções: a dor e o fim da vida estão presentes no seu quotidiano profissional. É bastante difícil para os enfermeiros ter que desviar o foco da sua atenção da cura para a perspectiva da morte. São

profissionais comprometidos com a cura e a incapacidade de alcançar tal objetivo corresponde a um fracasso da sua parte:

“(...) o mais difícil para mim é o sofrimento (...)” E2

“(...) tínhamos um doente que vinha em maca que nem consciente estava (...)” E2

“Estarmos a massacrar, estarmos a picar, a fazer sofrer quando sabemos que aquele doente vai morrer mais dia, menos dia.” E3

“(...) sentir que os doentes ou aqueles idosos não têm qualidade de vida é angustiante (...)” E4

“(...) que mais me custa como enfermeira é a degradação do doente em termos físicos e sentir, (...) sentir o sofrimento do doente.” E4

“(...) se prolonga o sofrimento durante algum tempo, (...)” E4

“É duro também verificar que algumas pessoas não beneficiam totalmente do tratamento dialítico pois o seu estado de saúde já é tao delicado que a diálise acaba por se tornar mais uma forma de prolongar o seu sofrimento.” E5

“... será que estou a fazer sofrer mais durante a sessão de hd porque me poem a agulha, porque agora tem fragilidade, fez hematoma, temos de picar noutro sitio (...)” E7

M. Martins, Agnés e Sapeta (2012), num estudo de revisão sistemática da literatura sobre fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados, verificaram a preocupação dos enfermeiros em encontrar respostas às dificuldades identificadas. Estas são inúmeras, destacando a falta de formação em cuidados em fim de vida. Os enfermeiros, neste estudo, referiram as barreiras e obstáculos encontrados como sendo uma oportunidade a explorar para implementar adequadas estratégias de apoio ao doente em fim de vida, no controlo sintomático, promoção do conforto e da comunicação. A necessidade de formação especializada é um fator transversal e comum a todos os artigos analisados. A falta de conhecimentos foi referida pelos enfermeiros como a dificuldade à prestação de cuidados ao doente em fim de vida. Aparentemente é justificação para a ausência de apoio prestado (evidenciada nos estudos), mas apresenta um duplo significado, pois também é percecionada como uma oportunidade e necessidade futura. Ela pode ser vista como a solução para ultrapassar os obstáculos e dificuldades sentidas

Outra dificuldade identificada pelos enfermeiros do nosso estudo e relacionada com os cuidados de fim de vida é a aceitação da morte, como podemos verificar nas seguintes narrativas:

“O mais difícil foi o falecimento de um doente na sala de diálise (...) fez uma paragem que não conseguimos reverter e foi o mais difícil.” E2

“(...) muitas vezes o que nos custa mais é perde-los.” E3

“(...) o mais difícil é eu aceitar a morte do doente de forma inesperada, (...)” E3

“(...) para mim é o que me choca mais, é um doente que falou comigo há 5 minutos atrás e passado esses 5 minutos, eu perdi-o.” E3

“Custa-me imenso a sair de um turno a falar com os doentes e chegar no próximo turno e as pessoas me dizem: o Srº Y, faleceu, faleceu em casa.” E3

“(...) custa-me horrores principalmente naqueles doentes que já estão cá há muitos anos, que a gente lidava com eles todos os dias, isso sim.” E3

“(...) enfermeira devia saber lidar bem com a morte, eu acho que isso é o mais difícil, pois temos afeto pelos doentes (...)” E9

O enfermeiro no serviço de hemodiálise está, frequentemente, em contacto com pessoas que morrem ou que se encontram em fase terminal, tornando-se difícil prestar cuidados. Muitas vezes, necessita encontrar estratégias, quer consciente, quer inconscientemente, para se proteger das emoções e sentimentos que estas situações, por vezes, acarretam.

Cuidar de doentes em situação terminal exige preparação e formação especializada, envolvendo necessariamente os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerando de modo especial as manifestações dos valores culturais e espirituais e o envolvimento afetivo, familiar e social.

Através dos discursos dos enfermeiros entrevistados percebemos a importância da formação especializada na área da pessoa idosa em situação crítica em TSFR, em fim de vida, “notada/sentida/referida” nas dificuldades de cuidar.

Assim, julgamos importante a formação especializada dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas idosas em TSFR, nomeadamente na preparação para os cuidados em fim de vida, com o intuito de fortalecer o conhecimento e bases referentes a esta prestação de cuidados.

Nos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR, no fim da vida, em que a morte é uma presença, a atitude de preservar a dignidade da pessoa doente foi referida como algo significativo no processo de morrer com dignidade, na prestação dos cuidados de enfermagem:

“... aceitar a morte como um ciclo, como fazendo parte do ciclo vital e temos que aceitar, que há momentos, que a morte é o melhor para alguns doentes (...)” E3

“... talvez chegasse a hora daquele doente descansar com qualidade de vida e de ter uma morte digna (...)” E4

“... e sentimos que querem morrer de forma digna e não querem sofrimento” E4

“... porque somos nós que estamos lá e que acompanhamos e que sabemos que aquele doente chegou ao fim de vida, merece ter um fim de vida digno (...)” E4

A pessoa em fim de vida, também designada por alguns autores como doente terminal ou doente em fim de vida, é alguém sem possibilidades de cura, com agravamento irreversível da doença, cuja morte se espera e que recebe tratamento paliativo (Pacheco, 2004).

O ser humano não se pode restringir apenas à sua natureza biológica, uma vez que é evidente a presença de uma cultura ou de várias culturas e de determinadas particularidades em grupos mais restritos que são diferentes de grupo para grupo e, por isso, não partilhadas da mesma forma por todos os homens. Por exemplo, nos planos cultural e religioso existem numerosos grupos diferenciados que partilham crenças, valores, costumes e gostos que lhes são próprios.

Morrer com dignidade impõe uma dicotomia de valores na qual se identificam, não só as características intrínsecas ao valor humano incondicional, mas também as qualidades extrínsecas relativas ao conforto físico, autonomia, sentido de ser, utilidade, a preparação prévia.

A atividade profissional dos enfermeiros visa, igualmente, a promoção de um período terminal da vida das pessoas, digno e pacífico. E para isto ser possível, os enfermeiros precisam, desde o início da sua formação profissional, encarar a morte como um limite que não pode ser vencido, como um ponto final previsível da sua atuação. O enfermeiro está muitas vezes convencido que é o único a perceber e a compreender o doente e a ter respostas adaptadas. Muitas vezes, assume implicitamente, emocionalmente e isoladamente esse papel, o que, com frequência, constitui um acontecimento muito desgastante nas suas atividades em todas as áreas da prestação de cuidados.

Neste sentido, e no que toca às intervenções de enfermagem, estas são realizadas com a preocupação na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, conforme podemos observar no artigo 87º do código deontológico dos enfermeiros. Considerando que o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. (OE, 2009, p.5)

Nas últimas décadas, a evolução das sociedades e os acentuados progressos da ciência, nomeadamente da tecnologia médica, conduziram a um aumento notável da esperança de vida e a um adiamento, por vezes considerável, do momento da morte. Vivemos numa sociedade em que a dor e o sofrimento são mal tolerados, sendo a morte e o processo de morrer afastados para um horizonte longínquo.

Nas condições atuais da nossa sociedade, em inúmeras situações, esse horizonte longínquo é o meio hospitalar onde, privada da presença dos que lhe são significativos, a pessoa está condenada a morrer só. Assim, neste contexto, para as pessoas em estado terminal surgem questões e problemas relacionados com o seu acompanhamento, a verdade na informação que lhes é prestada, as questões básicas do viver e do morrer, do sofrer e do mal sofrer, do tratar e do não tratar. A doença terminal lembra, desde logo, a proximidade da morte. Para a família e doente será, certamente, muito difícil aceitar a inevitabilidade da mesma, dado os avanços técnicos hoje existentes. Assim, a primeira prioridade deve ser a máxima informação e esclarecimento, que facilite a compreensão e aceitação da situação. A tabela 6 sintetiza as percepções dos enfermeiros sobre as dificuldades na prestação de cuidados às pessoas idosas em TSFR.

Tabela 6.
Dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa idosa em TSFR, numa unidade de hemodiálise

Dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa idosa em TSFR		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Cuidados prestados à pessoa em fim de vida	Não-aceitação do fim de vida	<i>“(…) nós enfermeiros (…) também nunca aceitamos a morte de uma forma natural.” E3</i>
	Lidar com o sofrimento	<i>“(…) e sentimos que querem morrer de forma digna e não querem sofrimento” E4</i>
	Morrer com dignidade	<i>“(…) porque somos nós que estamos lá e que acompanhamos e que sabemos que aquele doente chegou ao fim de vida, merece ter um fim de vida digno (...)” E4</i>

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em situação crítica, em contexto específico de hemodiálise, mantêm, necessariamente, uma perspetiva humanista, como traço caracterizador e foco essencial, numa profissão de relação/interação que implica um conjunto de valores e crenças, inerentes ao ser humano e à sua individualidade, que caracteriza a enfermagem.

PARTE IV
CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Com este estudo procurámos compreender e descrever a percepção dos enfermeiros de hemodiálise sobre os cuidados de enfermagem às pessoas idosas que realizam o TSFR, não esquecendo a influência das interações sociais e familiares.

Chegou, assim, o momento de refletir sobre os aspetos mais significativos do que foi encontrado, não pretendendo, no entanto, fazer generalizações, pois os significados encontrados dizem respeito a percepções das vivências particulares e únicas dos enfermeiros entrevistados.

Ao identificarmos os cuidados de enfermagem às pessoas idosas em TSFR numa unidade de hemodiálise, foi possível desenvolver um conhecimento sistematizado que permitiu clarificar o papel do enfermeiro nessa unidade e obter alguns contributos para a construção de uma conceptualização dos cuidados especializados aos idosos em TSFR.

No decorrer da análise, foi possível perceber como a experiência de viver com IRC e em TSFR é complexa e como são muitas as limitações que a IRC cria na vida social e familiar destes doentes.

Estamos cientes de que, ao pretendermos abordar esta problemática, contribuímos para um conhecimento mais aprofundado de uma parte significativa dos cuidados de enfermagem às pessoas em hemodiálise.

Ao questionarmos a prática daqueles que prestam os cuidados, os enfermeiros, estamos convictos de que nos apropriamos de uma parte importante da realidade dos cuidados de enfermagem. Estes são profissionais de saúde, que prestam cuidados individualizados e personalizados, empenhados nos melhores resultados para as pessoas, não esquecendo as necessidades psicológicas, sociais e culturais. Abordam os doentes de forma global, prestando os cuidados de enfermagem mais congruentes.

Um fator importante para o bem-estar dos doentes é receber a atenção e, ao mesmo tempo, ser ouvido e visto. Os enfermeiros consideram que o facto de proporcionarem um ambiente afável e familiar constroem uma relação de confiança, personalizada, entre os doentes e enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas em TSFR são particulares, exigentes e complexos em termos de conhecimentos e competências.

Segundo o nosso estudo, os cuidados de enfermagem fundamentam-se numa visão holística e numa relação permanente. Relação que passa pelo toque, comunicação e cuidado físico. Estes aspetos são fundamentais para os cuidados, pois, com estes pequenos gestos, consegue-se criar a proximidade desejável. São gestos simples que têm significado devido ao facto de mostrar que, naquele momento, aquelas pessoas são importantes para os enfermeiros.

Identificamos cuidados prestados pelos enfermeiros como a vigilância e a observação constante. Nos seus discursos, identificámos os cuidados de monitorização, supervisão e observação atenta, na prevenção complicações clínicas. Referem-se a uma função que é especificamente dos enfermeiros, cabendo-lhes assumi-la com total responsabilidade. A tomada de decisão autónoma de enfermagem implica uma abordagem que identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual (doente) ou do grupo (família), em que as intervenções de enfermagem são estabelecidas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados

Os enfermeiros, ao prestarem os cuidados, fazem-no pondo em prática conhecimentos técnicos, científicos e humanos, permitindo-lhes agir com segurança, transmitindo a confiança necessária para o estabelecimento de uma relação terapêutica e obtenção dos resultados desejáveis. Assim, os enfermeiros identificaram os cuidados de enfermagem inerentes à relação terapêutica. É através desta relação que os enfermeiros desenvolvem ações que têm como objetivo informar/orientar/ensinar a pessoa sobre vários aspetos relacionados com a sua doença. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão permanentemente presentes, assumindo um papel fundamental junto das pessoas sãs ou doentes e dos seus familiares.

Percebemos que os enfermeiros realizam ações educativas para promover um tratamento com máxima eficácia, prevenindo complicações. Pratica um atendimento humanizado, cuidando o doente de forma holística, atento às suas necessidades.

O enfermeiro, ao interagir com o doente é capaz de identificar expressões verbais e não-verbais, barreiras, medos e dúvidas quanto à doença e ao tratamento. O diálogo e a observação são fundamentais para uma melhor interação doente/enfermeiro, pois proporcionam uma comunicação efetiva, fazendo com que o doente vivencie e aceite de uma melhor forma sua doença crónica e a sessão de hemodiálise.

É também da responsabilidade do enfermeiro a educação para a saúde, tanto dos doentes, como dos seus familiares. A ação educativa proporciona melhor entendimento e aceitação sobre os procedimentos na doença e mais confiança na equipa multiprofissional, contribuindo para uma melhor adaptação à doença. Também, para a equipa de enfermagem, permite a atualização de conhecimentos e competências técnicas, garantindo qualidade e domínio das práticas e, conseqüentemente, transmitindo aos doentes mais segurança e qualificação no tratamento hemodialítico e melhor qualidade de vida.

A atuação do enfermeiro como educador é indispensável, pois ele é o responsável pelas orientações sobre o autocuidado, tornando-o membro ativo no seu processo de doença. O papel do enfermeiro é de facilitador do autocuidado, pois educa e incentiva o autocuidado, utilizando uma linguagem acessível para ser facilmente percebido. Cooperar no tratamento e ajuda a pessoas a enfrentar as mudanças necessárias no quotidiano a fim de alcançar o maior bem-estar.

Assim, é importante a relação de interajuda dos enfermeiros com as pessoas idosas em TSFR de modo a favorecerem a evolução deste processo. Ninguém deseja estar só no sofrimento, no meio da indiferença perante os outros que o rodeiam, nem ser mantido vivo apenas só porque se vive, quando toda a esperança da cura se perdeu.

Uma relação de ajuda entre enfermeiro/doente, bem-sucedida, representa diferentes interações daquelas que ocorrem numa relação de amizade. Este facto não se deve a qualquer superioridade do enfermeiro, mas à confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação profissional.

Podemos verificar, nos discursos dos nossos entrevistados, a valorização e importância desta relação e que após o doente iniciar diálise, a relação com os profissionais que o cuidam irá aprofundar-se. Reforçando esta análise, a partir dos discursos dos enfermeiros, a hemodiálise requer cuidados de enfermagem especializados, que não se restringem aos cuidados técnicos.

Este estudo permitiu-nos igualmente refletir sobre os cuidados com as pessoas idosas submetidas ao TSFR, como os enfermeiros são, estão e qual o seu papel na hemodiálise. Na nossa opinião, e depois de procedermos à pesquisa bibliográfica e entrevistas aos enfermeiros, constatamos que ainda há “caminho” a ser percorrido para que estas pessoas sejam cuidadas com toda a dignidade que lhe é inerente, e que um bom trabalho em equipa, entre

profissionais da saúde, com certeza nos permitirá melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O facto de a doença ser irreversível submete a pessoa idosa ao cumprimento de um regime terapêutico rigoroso, que inclui, entre outras coisas, restrição hídrica e dietética, terapia medicamentosa e frequentes consultas médicas e a realização de uma TSFR. Provocando uma alteração no estilo de vida do próprio doente como dos seus familiares, que acaba por culminar com modificações também sobre a vida social de todos.

Dificuldades na aceitação da doença crónica, na adesão e gestão do regime terapêutico, dificuldades económicas e financeiras, diminuição cognitiva, diminuição da autoestima e isolamento social, sentimentos de revolta, negação da doença, tristeza, angústia, falta de esperança e perda de identidade, foram algumas das categorias que emergiram das entrevistas realizadas.

Desta maneira, é necessário estimular o envolvimento da família, comprometendo-os com o tratamento do seu familiar. A aproximação da família é saudável tanto para os portadores de doenças crónicas e dos seus familiares, quanto para os enfermeiros, possibilitando assistência direcionada para as necessidades, conseqüentemente, a adesão ao tratamento tenderá a ser mais efetiva.

Concluiu-se, também, a importância da formação especializada “notada/sentida/referida” pelos enfermeiros entrevistados, nos cuidados às pessoas idosas em TSFR em fim de vida. Assim, concluiu-se ser necessária a elaboração de um plano específico de cuidados ao doente insuficiente renal em fim de vida, para além da necessidade de planejar e realizar formações específicas com o intuito de fortalecer o conhecimento e bases referentes a esta prestação de cuidados.

Se a morte nos atormenta tanto, não será porque nos remete às verdadeiras questões? Aquelas que habitualmente evitamos, com a ideia de as considerarmos mais tarde, quando dispusermos de tempo para nos interrogarmos sobre os problemas essenciais?

Se desempenhamos bem o nosso trabalho, se aliviámos as dores, se nos abrimos a questões religiosas, se proporcionamos oportunidades de comunicar as más notícias e os sentimentos tristes, ou mesmo resolver questões antigas, como reconciliações, estamos a proporcionar uma boa morte.

O morrer com dignidade, como vários enfermeiros discursaram, ou a boa morte, envolve o conhecimento dos valores e experiências pessoais. Ser cuidado com respeito e empatia, tendo algo a dizer relativamente ao seu processo de morrer, minimizar o sofrimento físico e emocional, protegendo a privacidade, emocionalmente relacionado com os outros, resolvendo as questões pessoais e tendo acesso ao apoio espiritual.

E como é que o cuidar no fim da vida influencia os enfermeiros de hemodiálise?

Foi ainda possível identificar que, para os enfermeiros, a aceitação do fim da vida e do sofrimento humano constituem vivências que acarretam dificuldades na própria prestação dos cuidados às pessoas idosas em TSFR. O sofrimento experienciado pelos idosos e a não-aceitação da morte surgiram nas suas narrativas. O estudo mostra que os enfermeiros evitam a morte e não estão totalmente preparados para lidar com o fim da vida. Carregam com a negação da morte e silenciam o morrer. Na verdade, todos sabemos muito pouco acerca do fim da vida, e só recentemente se começou a abordar estas questões relativamente aos doentes com IRCT.

A pessoa em situação crítica e em fim de vida, exige dos enfermeiros uma formação técnico-científica especializada e uma prática profissional sustentada em valores capazes de preservar a dignidade humana no fim de vida.

É de realçar a forma como o enfermeiro caracteriza a pessoa idosa em TSFR, como instável, complexa, pelas mais diversas comorbilidades associadas. É importante também realçar que estes enfermeiros estão despertos para essas valências da pessoa em situação crítica, proporcionando prestação de cuidados de forma adequada e segura.

A evolução pode ser desfavorável e complicações como doenças cardiovasculares e morte precoce, inesperada, súbita, são frequentemente observadas, motivos que nos levaram a elaborar o estudo sobre o tema.

A falência renal no contexto de falência múltipla de órgãos, constitui um problema, sendo responsável por um agravamento significativo dos índices morbidade e mortalidade, com necessidade de iniciar uma técnica de substituição da função renal.

Tal como era expectável, sentimos pontuais dificuldades na execução deste estudo, sendo mais evidente a limitação do tempo para a sua execução, como a parte metodológica, e

também na seleção intensiva dos artigos encontrados durante a pesquisa bibliográfica no âmbito desta problemática.

O enfermeiro, ao desenvolver uma análise reflexiva do seu trabalho, tem oportunidade de clarificar os pontos fortes, identificar e corrigir dificuldades ou constrangimentos existentes, e esta identificação potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional. A figura 7 pretende esquematizar os contributos deste estudo para o cuidado integrador à pessoa idosa em TSFR, centro de atenção dos enfermeiros em hemodiálise.

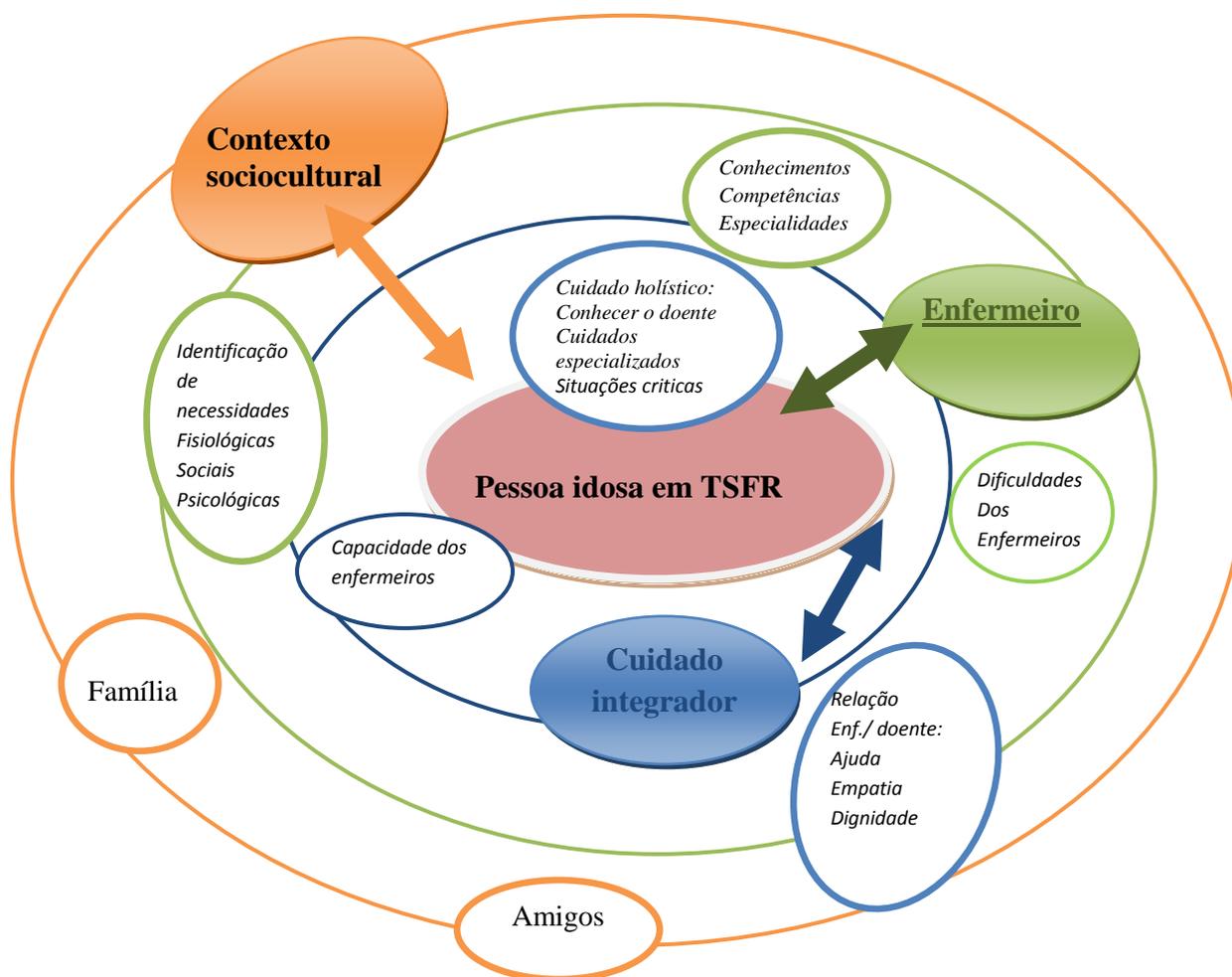


Figura 7. Cuidados de enfermagem à pessoa idosa em TSFR

O cuidado integrador envolve o cuidado holístico, olhar a pessoa como um todo e não só o que está “danificado” (função renal), onde se evidencia a relação enfermeiro/doente como uma relação de ajuda, empatia, confiança e respeito pela dignidade da pessoa, ser individual e único. O enfermeiro está lá, identifica e atua, dentro das suas competências. É neste contexto que o enfermeiro especialista está atento e entende a importância da sua atuação e intervenção como elemento autónomo e integrante da equipa de saúde, contribuindo para minorar o sofrimento, colaborando no tratamento e manutenção da qualidade vida. E mais abrangente, mas não menos importante, está o contexto social e cultural em que a pessoa idosa em TSFR se insere, contexto onde vive, com valores e costumes que lhe foram inculcados juntamente com a família, os amigos, com necessidades de adaptação a uma nova realidade.

Entendemos a enfermagem como uma ciência humana que integra o cuidado às pessoas e famílias que vivenciam experiências de saúde-doença, mediadas por cuidados de enfermagem profissionais, pessoais e éticos. Tem por finalidade auxiliar a pessoa a atingir um elevado grau de harmonia dentro de si, de modo a promover a saúde e prevenir a doença, e quando a doença acontece, contribuir para restaurar a saúde ou promover um fim de vida com dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L. M. M. (2005). *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. Retirado de www.psicologia.com.pt
- Almeida, A. C. R. (2013). *Humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. M. Fonseca, *Envelhecimento, saúde e doença, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 63-80). Lisboa: Coisas de Ler.
- Almeida, R. A. (2007). *Histórico da psicologia hospitalar*. Retirado de <http://www.fundacaojau.edu.br/revista11/artigos/3.pdf>
- Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano nacional de saúde de 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Andrade, G. R. B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4), 925-934. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>
- Barbosa, A. (2010). A espiritualidade. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de cuidados paliativos* (2 ed., pp. 595-659.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Barbosa, J. C., Aguillar, O. M., & Boemer, M. R. (1999). O significado de conviver com insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52 (2), 293-302.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, M. G., & Kirstajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: Importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33 (1), 93-108. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>
- Bastos, M. G., Carmo, W. B., Abrita, R. R., Almeida, E. C., Mafra, D., Costa, D. M. N. ... Paula, R. B. (2004). Doença renal crônica: Problemas e soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26 (4), 202-215. Retirado de <http://www.jbn.org.br/export-pdf/313/26-04-04.pdf>
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. S., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, 1-5. Retirado de <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria de métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Lets ask them: A national survey of definitions of quality of life and its

- enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56 (4), 269-306.
- Branco, J. M. A., & Lisboa, M. T. L. (2010). Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: Estratégias de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18 (4), 578-83.
- Breitsameter, G., Thomé, E. G. R., & Silveira, D. T. (2012). Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29 (4), 543-550. Retirado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/7624/4679>
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carpenter, D. R. (2002). Método. In H. Streubert & D. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Carvalho, F. J. W. (2002). Envelhecimento do aparelho genito-urinário. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 426-429). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carvalho, J. E (2002). *Metodologia do trabalho científico: Saber-fazer da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- Chick, N., & Meleis A. (1986). Transition: A nursing concern. In P. I. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Pág.29
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer CJ 121/2012: Avaliação do enfermeiro em estágio e condução da VMER*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa.
- Costa, M. O. R., Fernandes, T. C. T., & Guimarães, E. F. (2014). *Assistência de enfermagem em hemodiálise na prevenção de infecção dos acessos vasculares: Conhecendo o perfil do paciente dialítico*. Retirado de <http://faculdadeguana.mbi.edu.br/wp-content/uploads/2015/12/ASSIST%C3%80ANCIA-DE-ENFERMAGEM-EM-HEMODI%C3%81LISE-NA-PREVEN%C3%87%C3%83O-DE-INFEC%C3%87%C3%83O-DOS-ACESSOS-VASCULARES.pdf>

- Daugirdas, J. T. Blacke, P. G., & Ing, T. S. (2008). *Manual de diálise* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2006). *Manual de diálise* (3a ed.). Rio de Janeiro: Medsi.
- De Ketele, J. M., & Rogiers, X. (1993). *Methodologie de recueillement de information: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. Bruxela: De Boeck.
- Decreto-Lei n.º 161/96*, de 4 de setembro. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, 205. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 104/98*, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo estatuto. Diário da República, 93. Série I-A.
- Dicionário médico* (2001). (2a ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 017/2011 de 28/09/2011: Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5*. Lisboa: Autor.
- Draibe, J. T., & Ajzen, P. G. (2010). *Manual de diálise* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Faria, A. C. N. B. (2006). *Curso de especialização em geriatria, módulo alterações fisiológicas e anatómicas do envelhecimento*. Retirado de <http://www.ciape.org.br>
- Fayer, A. A. M. (2010). *Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem segmento nefrológico prévio*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Fermi, M. R. V. (2003). *Manual de diálise para enfermagem*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Fermi, M. R. V. (2010). *Diálise para enfermagem: Guia prático* (2a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fernandes, A. A. (2014). Saúde, doença e (r) evolução demográfica. In A. M. Fonseca, *Envelhecimento, saúde e doença, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Contexto do cuidar*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Flick, U. (2002). Entrevista episódica. In M. W. Bauer & G. Gaskell, G. (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 114-136). Petrópolis: Vozes.
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A. M. Fonseca, *Envelhecimento, saúde e doença, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler.

- Fortin, M-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frazão, J. (s.d.). *Insuficiência renal*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. Retirado de http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=37a749d808e46495a8_da1e5352d03cae&id=d395771085aab05244a4fb8fd91bf4ee
- Gameiro, M. H. (2004). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris: Inter Editions.
- Instituto de Política Familiar. (2009). *Report of the evolution of the family in Europe*. IPF. Retirado de <http://www.ipfe.org/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos de 2011. Resultados definitivos*. Destaque-informação à comunicação social. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Dia mundial da população*. Lisboa: INE. Retirado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y
- International Council of Nurses. (2011). *About ICNP®: Vision, goals & benefits of ICNP®*. Retirado de <http://www.icn.ch/pillarsprograms/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>
- Janesick, V. J. (2000). The choreography of qualitative research design: Minuets, improvisation and crystallization. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 479-400). London: Sage Publications.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kirchiner, R. M, Machado, R. F., Löbler, L., & Stumm, E. M. F. (2011). Análise do estilo de vida de renais crónicos em hemodiálise. *O Mundo da Saúde*, 35 (4), 415-421. Retirado de https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/07_AnalisedoEstilodevida.pdf
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Kubler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer* (4a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2001). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Lata, A. G. B., Albuquerque, J. G., Carvalho, L. A. S. B. P., & Lira, A. L. B. C. (2008). Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (nº esp.), 160-163. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a04v21ns>
- Law, M. (2002). Participation in the occupations everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56 (6), 640-649.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e pratica de um critério de competências da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta.

- Lima, A. F., & Gualda, D. M. R. (2001). História oral de vida: Buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35 (3), 235-241. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a05.pdf>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Ludke, M., & André, M. A. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária
- Macário, F., Filipe, R. M. A., Carvalho, M. J., Galvão, A., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2016). *Registo nacional do tratamento da insuficiência renal crónica terminal em Portugal*. Sociedade portuguesa de Nefrologia
- Machado, M. M. P. (2009). Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: O doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-653. Retirado de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2001). *Metodologia do trabalho científico* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- 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 não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (5), 670-676. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>
- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Revisão sistemática da literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Retirado de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20NO%20SERVI%C3%87O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%5B1%5D.pdf>
- Matos, J. P. S., & Lugon, J. R. (2014). Hora de conhecer a dimensão da doença renal crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36 (3), 267-268. doi:10.5935/0101-2800.20140038
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. (2012). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice* (5th ed.) New York: Springer.
- Meleis, A. I. (2013). *A teoria das transições*. [Comunicação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de setembro, Porto.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Sciences*, 23 (1), 12-28.
- Menezes, C. L., Maia, E. R., & Lima Júnior, J. F. (2007). *O impacto da hemodiálise na vida dos portadores de insuficiência renal crônica: Uma análise a partir das necessidades humanas básicas*. *Nursing*, 10(115), 570-576.
- Mortensen, R. A. (Ed.). (1999). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP versão alfa com introdução da Telenurse*. Lisboa: IGIF.
- Nascimento, C. D., & Marques, I. R. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (6), 719-722. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6.pdf>
- Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*, p. 16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Retirado de <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Autor. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBPHemodialise_VF_site.pdf
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética*. Loures: Lusociência.
- Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 24 (2), 123-132.
- Pauletto, M. R. (2013). *Perceção de pacientes em hemodiálise for a da lista de espera sobre o transplante renal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. Retirado de http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_arquivos/33/TDE-2013-07-29T094703Z-4475/Publico/PAULETTO,%20MACILENE%20REGINA.pdf

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Prado, F. C., Ramos, J., & Valle, J. (2007). *Atualização terapêutica* (23a ed.) São Paulo: Artes Médicas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, I. C. R., Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., & Santos, M. L. O. (2008). Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: Significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 30 (1), 73-79. doi: 10.4025/actascihealthsci.v30i1.4399
- Regulamento n.º 122/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 124/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 35. Série II.
- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14 (1- 1º semestre), 2-8.
- Roberts, W. C. (1998). The heart at necropsy in centenarians. *American Journal of Cardiology*, 81 (10), 1224-1225. doi:10.1016/S0002-9149(98)00097-6
- Rodrigues, A. (2010). *Diálise peritoneal: Uma diálise feita em casa: Para quando a opção?*. Lisboa: Lidel.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality And Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Saint-Exupéry, A. (2013). *O principzinho*. Lisboa: Editorial Presença.
- Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In B. Gauthier, *Investigação social. Da problemática à colheita de dados* (3a ed., pp. 279-301). Loures: Lusociência.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image. Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciências da Saúde Colectiva*, 5 (1), 187-192. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>
- Serrão, D. (1995). A eutanásia e o direito de não sofrer. *Cadernos de Bioética*, 9, 29-34.

- Silva, D. M. G. V., Vieira, R. M., Koschnik, Z., Azevedo, M., & Souza, S. S. (2002). Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (5), 562-567.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativa-quantitativa: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In Z. M. M. Biasoli-Alves & G. Romanelli (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2010). *Doente crítico*. Retirado de <<http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>>
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2015). *Relatório do gabinete de registo de dados de 2014*. Retirado de http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=6974_ce5ac660610b44d9b9fed0ff9548&id=ccb0989662211f61edae2e26d58ea92
- Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Souza, C. S., & Benevento, C. T. (2014). Complicações hemodialíticas vivenciadas pelo enfermeiro no ambiente da unidade de terapia intensiva (UTI). *EFDeportes.com, Revista Digital*, 19 (197). Retirado de <http://www.efdeportes.com/efd197/complicacoes-hemodialiticas-da-uti.htm>
- Streubert, H. J. (2002). A produção da investigação qualitativa: Elementos comuns essenciais. In H. Streubert & D. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2a ed., pp. 17-35). Loures: Lusociência.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship* 25 (4), 352-57.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1992). Psychosocial aspects of chronic illness. In: P. T. Costa & G. R. Vandenbos (Eds.), *Psychological aspects of serious illness. Chronic conditions, fatal diseases and clinical care* (pp. 3-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Terra, F. S., Costa, A. M. D. D., Ribeiro, C. C. S., Nogueira, C. S., Prado, J. P., Costa, M. D., ... Morais, A. M. (2010). O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: Compreensão fenomenológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 8 (4), 306-310. Retirado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005a). *Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes*. Loures: Lusociência.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005b). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 57-64.

- Thomas, N. (2009). Education and training in peritoneal dialysis. In A. Riemann & M. C. Casal, *Peritoneal dialysis: A guide to clinical practice* – EDTNA/ERCA.
- Thomas, N., & Jeffrey, C. (Eds.). (2005). *Enfermagem em nefrologia* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Thompson, D. V. (2002). Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. In A. A. Guccione, *Fisioterapia geriátrica* (2a ed., pp. 28-30). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Weber, M. (1992). *Metodologia das ciências sociais*. São Paulo: Cortez Editora.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2011). *Global health and aging*. Geneva: Autor.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7 (3). 25-32. doi:10.1590/S0104-11691999000300005

APÊNDICES

Apêndice A

Guião da entrevista

Guião da entrevista

1. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** Masculino _____
Feminino _____
3. **Estado civil:** Solteiro/a _____
Casado/a _____
União de fato _____
Divorciado/a _____
Viúva _____
4. **Categoria profissional:** Enfermeiro _____
Enfermeiro graduado _____
Enfermeiro especialista _____
5. **Tempo de serviço** (anos): _____
6. **Tempo de serviço no Centro renal:** _____

2 – Objetivos/ Questões:

1. Identificar os cuidados de enfermagem que são prestados às pessoas idosas em tratamento de substituição da função renal, na hemodiálise

1.1 Há quanto tempo trabalha no Centro Renal? Anteriormente já prestava cuidados de enfermagem a pessoas idosas com insuficiência renal?

1.2 Quais são os cuidados que habitualmente presta a pessoas idosas em tratamento hemodialítico, aqui no Centro?

1.3 Quais são as especificidades dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em tratamento hemodialítico?

2. Identificar necessidades de cuidados das pessoas idosas em tratamento de substituição renal

2.1 Da sua experiência, quais as necessidades que as pessoas idosas em tratamento substitutivo na função renal, mais demonstram?

3. Compreender as vivências das pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal

3.1 Na sua perspectiva, como é que as pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal vivenciam o tratamento?

3.2 O que será mais difícil para estas pessoas?

5. Identificar dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal

5.1 Que dificuldades o enfermeiro enfrenta quando presta cuidados às pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal?

Apêndice B

Pedido de autorização para realização do estudo

Exm^o. Senhor Diretor Clínico - Centro Renal da Régua

Dr. Jesus Garrido

LILIANA ISABEL AIRES VIEIRA, Licenciada em Enfermagem e Aluna do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que decorre na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, UTAD, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Renal da Régua - DIAVERUM o trabalho de dissertação de mestrado, subordinado ao tema – “*Perceção dos enfermeiros sobre os cuidados a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal*”.

Mais informo que os resultados decorrentes desta investigação serão utilizados unicamente para este estudo, sendo preservado o anonimato dos enfermeiros participantes.

Sem mais assunto, apresento os meus melhores cumprimentos

Régo da Régua, 25/1/2016

Liliana Isabel Aires Vieira

Autografo
DIAVERUM - UNIDADE DA RÉGUA
Jesus Garrido
Director Clínico
25.1.2016

Apêndice C

Apresentação e pedido de colaboração aos enfermeiros

Informação aos enfermeiros

Liliana Isabel Aires Vieira, Licenciada em Enfermagem e aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que decorre na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, presentemente a elaborar o trabalho de dissertação de mestrado subordinado ao tema – “ *Perceção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal*” vem por este meio solicitar a participação numa entrevista semi estruturada com o objetivo de compreender os cuidados de enfermagem às pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal.

É extremamente importante que responda com sinceridade a todas as questões e não como julga que deveria responder.

Presente a verdade como princípio fundamental que deve permear e ser construído desde o primeiro momento e ao longo da entrevista. O direito ao anonimato e a privacidade serão assegurados.

Grata pela colaboração

Liliana Isabel Aires Vieira

Apêndice D

Consentimento dos enfermeiros

Declaração de consentimento informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)

Designação do estudo:

“Perceções dos enfermeiros sobre os cuidados a pessoas idosas em tratamento substitutivo da função renal”.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do enfermeiro participante do estudo), _____, compreendi a informação que me foi fornecida pela responsável do estudo sobre a investigação que tenciona realizar, tive oportunidade de colocar questões que achei pertinentes e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que tenha alguma penalização por este facto

Aceito colaborar no estudo anteriormente citado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante no estudo

Apêndice E

Competências do enfermeiro de nefrologia em hemodiálise

Competências do enfermeiro de nefrologia em hemodiálise (OE, 2016 p. 89)

1. Envolve a pessoa com DRC no tratamento durante as sessões de HD Critérios de avaliação

Descrição da competência	Critérios de avaliação
Esta competência revela a forma como se trabalha com a pessoa com DRC em programa de HD. Inclui as diferentes etapas de uma sessão típica de HD:	
1.1. Preparação da pessoa para a sessão de HD	<ul style="list-style-type: none">a) Identifica as componentes da máquina de HD;b) Testa o funcionamento da máquina para garantir a segurança do tratamento;c) Monta o equipamento necessário para uma sessão de diálise, de acordo com as orientações do fabricante;d) Conhece o tratamento da água utilizada para diálise;e) Compreende os princípios de hemodiálise;f) Compreende o conceito de peso seco;g) Consulta os registos da pessoa e o plano de diálise;h) Utiliza o dialisador correto;i) Avalia o peso e os sinais vitais antes de iniciar o processo, comunicando ao membro da equipa multidisciplinar apropriado os achados anormais;j) Comunica abertamente com a pessoa para ouvir quaisquer preocupações ou preferências em relação à sua hemodiálise;k) Avalia com precisão o volume de líquido a ultrafiltrar;l) É capaz de discutir e implementar diferentes técnicas de perfis com base na avaliação do doente;m) Identifica contraindicações para o tratamento e sugere medidas para as resolver;n) Elabora registos precisos, com informação e conselhos dados e as intervenções tomadas.
1.2. Ligar/estabelecer o circuito extracorporeal	<ul style="list-style-type: none">a) Mantém a dignidade da pessoa;b) Identifica o tipo de acesso vascular;c) Seleciona os locais mais adequados para puncionar, prepara e limpa o acesso vascular, utilizando técnica asséptica conforme política da unidade;d) Reconhece os sinais e sintomas de infeção e toma as medidas adequadas;e) Adota as medidas de prevenção e controlo de infeção prescritas (asepsia; equipamento de proteção individual);f) Insere as agulhas pelo método adequado, causando o mínimo de desconforto e prolongando a vida da fístula;g) Informa a pessoa das atividades que estão a ser realizadas, satisfazendo a sua necessidade de informação e preocupações;h) Conecta cateteres venosos centrais de acordo com a

	<p>política da unidade;</p> <p>i) Mantém um fluxo de sangue em conformidade com as orientações da unidade antes de conectar o paciente ao circuito extracorporeal e iniciar a diálise.</p>
1.3. Apoia a pessoa durante a sessão de HD	<p>a) Reconhece as complicações intradialíticas (hipotensão, câibras, dor, circuito coagulado, paragem cardíaca e reações dialisador, entre outros) e atua adequadamente;</p> <p>b) Avalia regularmente os sinais vitais, o fluxo sanguíneo e procede a ajustes para garantir que o tratamento prescrito é administrado;</p> <p>c) Interpreta corretamente os alarmes da máquina e toma as medidas adequadas;</p> <p>d) Atua se o fluxo de sangue não está dentro dos limites de orientação e reporta ao responsável da equipa multidisciplinar.</p>
1.4. Monitoriza a pessoa durante a sessão de HD	<p>a) Demonstra conhecimento dos parâmetros sanguíneos e toma as medidas apropriadas;</p> <p>b) Administra a medicação prescrita de acordo com as normas da unidade;</p> <p>c) Conhece os efeitos colaterais da medicação que administra e as ações apropriadas a tomar;</p> <p>d) Demonstra conhecimento sobre a educação à pessoa acerca dos cuidados ao acesso vascular;</p> <p>e) Envolve a pessoa no tratamento, respeitando os seus desejos;</p> <p>f) Regista incidentes e informações que surgem durante o processo.</p>
1.5. Desliga/conclui a sessão de HD	<p>a) Prepara o equipamento e o soro fisiológico para devolver o sangue do circuito extracorporeal à pessoa;</p> <p>b) Desliga a pessoa do circuito extracorporeal de acordo com as normas da unidade;</p> <p>c) Mantém a assepsia ao desconectar o cateter venoso de hemodiálise;</p> <p>d) Remove as agulhas com segurança para minimizar o desconforto da pessoa e preservar o acesso vascular;</p> <p>e) Avalia o estado fisiológico da pessoa após a hemodiálise;</p> <p>f) Assegura a hemóstase;</p> <p>g) Regista os parâmetros vitais, o peso do final da sessão e os resultados anormais;</p> <p>h) Identifica qualquer sinal ou comportamento que sugira uma reação adversa e toma as medidas adequadas;</p> <p>i) Elimina os resíduos de acordo com as normas do controlo de infeção e da unidade;</p> <p>j) Supervisiona a limpeza do equipamento;</p> <p>k) Regista as informações relevantes.</p>