

Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado

Peritoneal dialysis: patient education based on the self-care model

ANA E. FIGUEIREDO*
LEONARDO V. KROTH**
MARIA HELENA I. LOPES***

RESUMO

Objetivos: A diálise peritoneal é um dos tratamentos para o paciente com insuficiência renal crônica, em que a participação do paciente e família é fundamental para o seu sucesso. Habilitar o paciente para o autocuidado é função da equipe de enfermagem, que realiza a instrução e treinamento. O modelo de enfermagem que melhor se adapta para a educação destes pacientes é baseado na teoria do auto cuidado de Orem. Esta revisão tem objetivo de descrever o modelo de educação empregado na Unidade de Diálise do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS) e revisar a metodologia de ensino para o paciente urêmico crônico.

Fonte de dados: Experiência do programa educacional de diálise peritoneal do HSL-PUCRS.

Síntese de dados: O modelo do autocuidado de Orem é utilizado desde 1986, visando a máxima independência e segurança do paciente. A enfermeira de diálise peritoneal avalia a motivação, habilidades manual e cognição. A seguir, realiza treinamento teórico/prático, que é individualizado para as características de cada paciente.

Conclusões: a técnica de autocuidado pode ser empregada para educação dos pacientes renais crônicos de maneira eficaz e segura, proporcionando melhor qualidade de vida e independência.

UNITERMOS: EDUCAÇÃO DO PACIENTE; DIÁLISE PERITONEAL; INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA; CUIDADOS DOMICILIARES DE SAÚDE; UREMIA.

ABSTRACT

Objectives: Peritoneal dialysis is a treatment option for end-stage renal disease. Such modality of renal replacement therapy is usually performed as a home based treatment. Patient and family commitment is essential for success. Teaching and training patients to proficiently self-care are a nurses' role. The nursing model that is best adapted for educating uraemic patients is based on the Orem's self-care theory. The present paper describes the model used at the Dialysis Unit at Hospital São Lucas of PUCRS (HSL/PUCRS) and reviews the methodology for educating chronic renal failure patients.

Data source: Peritoneal dialysis educational program experience at HSL/PUCRS.

Data summary: Orem's self-care model is employed at HSL/PUCRS since 1986, aiming for patient safety and independence. The dialysis nurse evaluates patient motivation, manual ability and knowledge. An individualized training, developing theoretical aspects and dialysis practice follows.

Conclusion: the self-care model can be safely employed to educate peritoneal dialysis patients, improving quality of life and leading to patient independence.

KEY WORDS: PATIENT EDUCATION; PERITONEAL DIALYSIS; KIDNEY FAILURE, CHRONIC; HOME NURSING; UREMIA.

* Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Nefrologia.

** Mestrando na área de concentração em Nefrologia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica e Ciências da Saúde da PUCRS.

*** Doutora em Clínica Médica. Especialista em Educação.

INTRODUÇÃO

O indivíduo ao entrar no sistema de saúde para receber algum tipo de atendimento passa a ser paciente, e pode estar sujeito a eventos ou necessidades nunca experimentadas antes. Informações, habilidades e mudanças de comportamento são em geral necessárias para adaptações bem sucedidas, evitando perda de controle que pode ocorrer quando não há um adequado aprendizado. Há muitos anos a enfermagem vem ensinando e aconselhando pacientes numa gama enorme de tópicos, desde higiene e curativos simples até cuidados técnicos mais sofisticados para serem desenvolvidos no domicílio. Com o aumento no interesse de manter e promover a saúde ao contrário de simplesmente tratar a doença, a educação para a saúde tem se tornado um tema central. Devido a base de conhecimento, local de atuação e proximidade com o paciente o enfermeiro é um dos profissionais de saúde mais bem posicionado para prover educação na saúde⁽¹⁾.

A educação do paciente com insuficiência renal crônica começa assim que o diagnóstico é feito e nunca termina. O paciente tem que ser orientado sobre a doença, seu tratamento e especialmente sobre a modalidade de tratamento escolhido. O nível de instrução vai depender do grau de envolvimento do paciente. O paciente que seleciona uma terapia domiciliar dependente do autocuidado necessita aprender exatamente como desenvolver o procedimento da diálise, ao contrário do paciente que escolhe o cuidado hospitalar que precisa somente entender os conceitos sem a prática do procedimento⁽²⁾.

A enfermagem se define como a arte de ajudar as outras pessoas para manter a vida, recuperar-se da doença e/ou adaptar-se a viver de maneira crônica com a doença, tendo como objetivo principal conseguir que os pacientes sejam auto-suficientes em diferentes graus. Por este motivo o trabalho da enfermeira de diálise peritoneal vai consistir em fomentar, motivar e apoiar os pacientes para que possam realizar seu próprio tratamento⁽³⁾. Este trabalho é fundamentado na teoria de enfermagem de Orem.

TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHY OREM

Dorothy Orem, em 1985⁽⁴⁾, define autocuidado como a "prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem estar...", portanto vê a

pessoa como um todo. Este modelo de enfermagem valoriza a responsabilidade do indivíduo com a saúde, enquanto reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspectos importantes nas intervenções de enfermagem. De acordo com Orem a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado. O indivíduo está em constante balanço entre suas habilidades de atingir o autocuidado e as demandas que são feitas nestas habilidades do autocuidado.

Para Orem, existem oito necessidades universais de auto cuidado: ingestão de ar, de água e de alimento suficientes, funções de eliminação satisfatórias, momentos de atividades balanceadas com descanso, tempo despendido só balanceado com tempo despendido com outros, prevenção do perigo contra o eu e ser normal.

Normalmente a pessoa consegue cumprir as necessidades do autocuidado, mas quando em falta de saúde existem os chamados *desvios das necessidades* de autocuidado, sendo esse o momento em que as intervenções de enfermagem se fazem necessárias para restaurar o equilíbrio. O processo de enfermagem é utilizado para avaliar a implementação do cuidado e planejamento do mesmo. Devemos avaliar as exigências feitas para o autocuidado do paciente: as habilidades necessárias para lidar com as demandas; os motivos para a insuficiência do autocuidado (falta de conhecimento, falta de habilidade ou falta de motivação), a capacidade de realizar o autocuidado com segurança e o seu potencial para atingi-lo. A avaliação é contínua e deve ser incrementada à medida que a relação enfermeira/paciente melhora devendo sempre que possível envolver a família. Orem divide as intervenções de enfermagem em três grupos: ação totalmente compensatória, parcialmente compensatória ou educação e suporte.

Quando se fazem necessárias ações totalmente compensatórias deveremos fazer tudo pelo paciente, nas ações parcialmente compensatórias iremos junto com o paciente determinar quais atividades do autocuidado ele possa desempenhar e qual necessitará ajuda ou conhecimento para que possa realizar sozinho. Nas ações de cunho educativo e de suporte, o paciente tem condições de manter suas atividade de autocuidado, sendo-lhe oferecido suporte educacional para o melhor entendimento da tarefa a ser desempenhada e supervisão na execução destas até que se atinja a proficiência. O planejamento das ações de enfermagem tem como objetivo restau-

rar as falhas no autocuidado. Planejando e implementando o cuidado centrado no paciente, a enfermeira pode avaliar o que o paciente alcançou no final de um intervalo e replanejar o cuidado quando necessário⁽⁴⁾.

PROGRAMA EDUCACIONAL EM DIÁLISE PERITONEAL

O programa educacional de diálise peritoneal do HSL-PUCRS, existe desde 1984, quando os primeiros pacientes de diálise peritoneal ambulatorial contínua foram treinados. A partir de 1986 passou a ser baseado na teoria de enfermagem de Orem, onde o objetivo é conseguir a máxima independência e segurança para o paciente.

Os pacientes encaminhados para orientação sobre modalidades de substituição da função renal recebem informações sobre os dois métodos mais comuns, hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP), com visita guiada à unidade. Oferece-se a oportunidade para que o paciente converse com outros pacientes de ambas as modalidades.

Quando decide pela terapia de diálise peritoneal, o paciente então será avaliado com relação a: motivação para aprender os auto cuidados, habilidade manual para realizar o procedimento, destreza cognitiva para realizar balanços hídricos e detecção de complicações.

Após ser avaliado, o paciente participa de sessões de treinamento, com durações médias de trinta minutos. Dependendo do paciente o enfoque inicial do treinamento vai ser para a habilitação de troca de bolsa ou teoria. Utilizam-se aventais de simulação de troca de bolsa colocados no próprio paciente. Durante o processo são simuladas também as complicações mais frequentes do método e suas respectivas soluções. O treinamento é individual podendo o paciente ser acompanhado por um familiar ou amigo. Caso o familiar também precise ser treinado, horários diferentes serão agendados, tendo em vista que o paciente urêmico tem limitações de memorização e aprendizagem podendo ficar constrangido com a desenvoltura do familiar saudável.

Um plano de treinamento que aborda conhecimento teórico e prático é seguido, mas individualizado para cada paciente já que as necessidades e níveis de conhecimento são diferentes. Durante o treinamento, o paciente recebe um manual de orientação com informações sobre a

doença, o tratamento e possíveis complicações com as respectivas soluções⁽⁶⁾.

Nunca se deve assumir que o paciente sabe algo ou realiza determinada tarefa pelo fato de ter mais anos de educação formal, o que muda, isso sim, é o tempo necessário para o treinamento. Pacientes mais idosos ou sem educação formal levarão mais tempo para alcançar a proficiência técnica não impedindo, no entanto, o aprendizado para o autocuidado. Nestes casos, ajustes devem ser feitos para saber que tarefas o paciente realizará só ou se necessitará ajuda de terceiro.

Mesmo após o treinamento completo o paciente receberá supervisão direta da enfermeira nos primeiros procedimentos realizados. É de extrema importância que o paciente saiba a quem contatar em casos de necessidade real ou mesmo em crises de ansiedade.

Não devemos esquecer que DP é uma técnica domiciliar que pode ser ensinada no hospital e não uma técnica hospitalar realizada no domicílio⁽³⁾. Viver com uma doença crônica implica num enorme esforço de adaptação. A educação parece ser a via para ajudar a adaptação e aceitação da diálise através da participação ativa no tratamento⁽⁷⁾.

Já foram descritos os aspectos positivos da educação do paciente. Educação provê os pacientes com informações necessárias para se sentirem mais sob controle da situação. O aumento da sensação de controle já foi correlacionado com a melhora na qualidade de vida. Correlação positiva também já foi descrita entre educação do paciente e reabilitação vocacional, diminuição de sintomas e custo benefício⁽⁸⁾.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO

O treinamento do paciente pode ser definido como qualquer interação entre o paciente e o profissional de saúde, que intencionalmente reconhece as necessidades de saúde, permitindo que o paciente tenha um maior conhecimento da sua condição e necessidade de cuidados.

A integração com as demais modalidades dialíticas (hemodiálise e transplante), espaço adequado para treinamento, pessoal de enfermagem habilitado, a existência de protocolos de treinamento *check list* e assistência são fundamentais para que o programa de DP atinja o sucesso.

Área física apropriada é quase tão importante quanto à qualificação da equipe, pois esse conjunto permitirá que o processo ensino-aprendi-

zagem ocorra sem interrupções, ou seja, dificultado por ruídos.

A enfermeira que trabalha com DP deve ter características outras que não só habilidade técnica. Além de amplo conhecimento de todas as modalidades de substituição da função renal devem possuir habilidades de ensino, paciência, consistência, flexibilidade, senso de humor, habilidade de comunicação e bom senso para a avaliação do paciente sob seus cuidados⁽⁵⁾.

Coerência na comunicação não verbal com o paciente (falar e agir expressando a mesma coisa) potencializa a capacidade de compreender, de se comunicar e orientar. O treinamento da percepção revela-se, pois, uma necessidade vital para o profissional da saúde. Principalmente porque a rotina do dia a dia faz com que, muitas vezes, olhemos sem ver, escutemos sem ouvir e palpemos sem sentir e estereotipemos nossos pacientes, enquadrando-os em categorias estanques⁽⁹⁾.

O processo de treinamento deve estar devidamente registrado para que a enfermeira que o está realizando, na maioria das vezes sem educação formal para o ensino, se sinta mais segura e protegida para desenvolver o processo ensino-aprendizagem⁽¹⁰⁾.

A educação deve ocorrer sempre que houver um déficit de conhecimento. A pergunta inicial para o educador deve ser: "o que o paciente precisa ser ensinado?" Quando e como ensinar será determinado após a avaliação do educando, nesse caso, o paciente. O processo educativo deve atingir as necessidades individuais de cada educando⁽²⁾.

Para ser um bom educador não basta conhecer profundamente o assunto a ser ensinado é preciso saber as características daqueles a quem estaremos ensinando. Não se pode usar a mesma metodologia para todos os pacientes, quanto mais se conhece a característica do paciente mais fácil será acertar na metodologia.

A maior parte dos pacientes é adulta e está motivada a aprender, e o faz por iniciativa própria. Eles têm uma série de experiências prévias que podem influenciar o aprendizado e a resposta ao treinamento. Para isso se utiliza a premissa de que o adulto aprende melhor o que lhe parece melhor para seu bem estar. Alguns adultos podem tornar-se mais inibidos por estar a muito tempo longe da educação formal, ou não a possuem, e se acharem sem condições de aprender. Podemos evitar ou minimizar estes sentimentos oferecendo um ambiente de confiança

que oportunize a troca de experiência e/a verbalização dos medos, assim como reforçar junto ao paciente de que para realizar o auto cuidado não se faz necessário nenhum tipo específico de educação formal, mesmo o analfabeto pode desempenhar o cuidado com a mesma segurança e destreza desde que abordado da maneira correta⁽¹¹⁾.

Em alguns casos, os pacientes têm suas próprias idéias das coisas, mas nem sempre estes conhecimentos são adequados ou exatos tornando mais difícil a assimilação do procedimento correto. No treinamento o mais importante não é a memorização, mas o entendimento do processo a ser desenvolvido e as possíveis modificações de comportamento a serem adquiridas⁽³⁾.

Devemos ensinar primeiro o que o paciente quer saber para despertar a atenção e estimular o interesse do paciente. Em alguns casos, primeiramente se deve ensinar a técnica, em outros a diminuição do estresse inicial é o mais importante. O estresse pode ser traduzido com falta de atenção, nervosismo, sonolência e imagens perturbadoras do futuro⁽¹⁾.

O sucesso da aprendizagem depende de uma avaliação crítica do nível de conhecimento, habilidade, capacidade, motivação e experiência de cada educando focalizando a individualização da educação⁽²⁾.

Implementado o processo ensino-aprendizagem a pacientes portadores de insuficiência renal crônica, é importante lembrar de algumas características específicas que ocorrem resultantes da doença que irão influenciar o aprendizado, tais como:

- os pacientes renais em geral têm uma memorização mais lenta necessitando mais repetições;
- tempo de atenção reduzido em geral tolerando sessões de treinamento entre 10 e 15 minutos;
- necessitam que as informações sejam demonstradas de diferentes formas audiovisuais, pela alteração no sistema sensorial;
- possuem diminuído grau de concentração necessitando estímulos, repetições e frequentes reforços positivos.

Portanto, a educação para o paciente adulto deve ser de curta duração, ter metas claras para serem atingidas em cada sessão de treinamento estimulando as participações ativas, oferecendo sempre reforços positivos, minimizando o emprego da negação (os "nãos"). Procurar sempre

ir do fácil para o difícil e do concreto para o abstrato, não oferecendo informações complexas até que o paciente esteja preparado para compreendê-las. A segurança em cada etapa é fundamental para o desenvolvimento do treinamento.

O treinamento do paciente para DP utiliza os conceitos de 3 teorias de aprendizagem: comportamental para ensinar os procedimentos técnicos; cognitiva na exploração das relações dos fatores de risco e tendência para desenvolver a doença - exemplificar com a associação de fatores de risco e aparecimento de peritonites; e humanístico explorando a promoção de comportamento específico da saúde para manter-se saudável⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

A técnica do autocuidado é uma realidade, possível de ser ensinada praticamente a todos os pacientes urêmicos.

Nossa experiência com educação para o autocuidado é gratificante. Vivenciar as mudanças de atitudes dos pacientes passando da dependência total decorrente do déficit de conhecimento para o autocuidado seguro com posterior divulgação do método é um dos prazeres da profissão de educador-assistencial.

Compartilhar com os pacientes relatos de melhora da qualidade de vida, sensação de controle sobre seu próprio tratamento com consequente aumento da adesão ao tratamento faz-nos acreditar que o tratamento domiciliar é a melhor solução para estes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wick G, Robbins K. Patient education. In: Parker J, editor. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses' Association; 1998. p.837-52.
2. Ulrich B. Educating nephrology staff and patients. In: Ulrich BT, editor. Nephrology nursing: concepts and strategies. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange; 1989. p.279-90.
3. Castro MJ, Sánchez S, Celadella O, et al. Enseñanza de las técnicas dialíticas peritoneales. In: Montenegro J, Olivares J, editores. La diálisis peritoneal. Madrid: Dibe SL; 1999. p.181-99.
4. Aggleton P, Chalmers H. Orem's self-care model of nursing. In: Aggleton P, Chalmers H, editors. Nursing models and the nursing process. London: MacMillan Education; 1990. p.59-70.
5. Uttley L, Prowant B. Organization of the peritoneal dialysis program - the nurses' role. In: Gokal R, Nolph K, editor. The textbook of peritoneal dialysis. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers; 1994. p.335-56.
6. Figueiredo A. Diálise peritoneal ambulatorial contínua: manual de orientação. Porto Alegre: Foletras; 1999.
7. Picoli G, Mezza E, Iadarola A, et al. Education as clinical tool for self-dialysis. Adv Perit Dial. 2000;16:186-90.
8. King K. Educational factors affecting modality selection: a National Kidney Foundation study. EDTNA ERCA J. 1998;24:27-9.
9. Silva MJP. Aprendizagem da comunicação não verbal. In: Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ª ed. São Paulo: Gente; 1996. p.97-106.
10. Norcott J, Taylor J. Introducing assessment criteria into patient training. EDTNA ERCA J. 1998;24:13-5.
11. Baer C. Principles of patient education. In: Lancaster L, editor. Core curriculum for nephrology nursing. 3ª ed. Pitman, N.J.: American Nephrology Nurses' Association; 1995. p.141-50.

Endereço para correspondência:

ANA E. FIGUEIREDO
Hospital São Lucas da PUCRS - Secretaria da Hemodiálise
Av Ipiranga 6690, 3º andar - Jardim Botânico
CEP 90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone: 0xx51 3320-3174 - Fax: (0xx51) 3336-7700