

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A Transição para a Terapia de Substituição da Função Renal

The Transition to Renal Function Replacement Therapy

**Autor**

**Pedro Miguel dos Santos Azevedo Moreira**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**

**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A Transição para a Terapia de Substituição da  
Função Renal

The Transition to Renal Function Replacement  
Therapy

**Orientador(es)**

Cecília Maria Rodrigues

**Autor**

Pedro Miguel dos Santos Azevedo Moreira

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## **AGRADECIMENTO**

Este relatório final de estágio espelha o meu caminho ao longo de 3 semestres na aquisição de conhecimentos, habilidades e competências. Reconheço que este percurso de crescimento, tanto profissional quanto pessoal, não teria sido possível sem o apoio de diversas pessoas a quem quero expressar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, um agradecimento à Professora Doutora Cecília Rodrigues, cuja orientação, acompanhamento constante, disponibilidade e partilha de conhecimento foram pilares essenciais em todo o processo.

Aos meus tutores dos dois estágios, Enfermeiro Especialista Edgar Ribeiro, Enfermeira Especialista Carla Santiago, Enfermeira Especialista Liliana Lopes e Enfermeiro Especialista Paulo Pinheiro, expresso o meu profundo agradecimento pela sua valiosa partilha de conhecimento.

Às pessoas que me acompanharam desde o primeiro dia em que iniciamos o curso, e me motivaram ao longos destes meses, amigas e colegas de mestrado, Diana Gonçalves, Tânia Oliveira e Sara Costa, um agradecimento pelo apoio e pelos momentos de diversão.

Aos colegas do Serviço de Nefrologia e Unidade de Diálise, o meu reconhecimento pela forma como me receberam e pelo profissionalismo inspirador.

A todos, expresso a minha mais profunda gratidão.



## RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma patologia complexa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, impondo desafios significativos à pessoa e família/cuidadores. O diagnóstico de DRC e a necessidade de iniciar diálise podem ser eventos traumáticos e disruptivos, com impactos físicos, psicológicos, emocionais e sociais, exigindo uma constante adaptação a novas condições de saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na promoção da saúde, na capacitação para o autocuidado e na facilitação de uma resposta saudável aos processos de transição vivenciados.

Este relatório de estágio, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, aborda a temática da transição para as terapias de substituição da função renal (TSFR), com foco na diálise peritoneal (DP) e na hemodiálise (HD). O estágio decorreu numa Unidade de Diálise de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal, proporcionando uma experiência valiosa no acompanhamento de pessoas com DRC em diferentes fases do tratamento.

O projeto de estágio teve como base a Teoria das Transições de Meleis (2000), e permitiu analisar os desafios e as intervenções de enfermagem neste processo de transição. Através da análise de dois estudos de caso, um sobre a transição para DP e outro sobre a transição para HD, foi possível aprofundar a compreensão da importância da educação da pessoa e família/cuidador, da gestão de sintomas, da promoção da autogestão e do apoio emocional.

Este projeto de estágio contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, com destaque para a capacidade de comunicação e educação para a saúde, a gestão de casos, a liderança e a tomada de decisão. Adicionalmente, o estágio permitiu a participação em projetos de educação para a saúde na comunidade e a criação de materiais informativos, como o guia de acolhimento para pessoas que iniciam HD, demonstrando a capacidade de resposta às necessidades identificadas no serviço.

A Unidade de Diálise proporcionou uma experiência enriquecedora e um desenvolvimento significativo de competências essenciais para a prática de enfermagem especializada em contexto de DRC. A experiência adquirida permitiu uma compreensão mais profunda da DRC e dos seus desafios, bem como a importância do papel do enfermeiro especialista em facilitar a transição da pessoa com DRC para a TSFR, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras chave: Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Doença Renal Crónica, Enfermagem



## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease (CKD) is a complex condition that affects millions of people worldwide, imposing significant challenges on individuals and their families/caregivers. The diagnosis of CKD and the need to start dialysis can be traumatic and disruptive events, with physical, psychological, emotional, and social impacts, requiring constant adaptation to new health conditions. In this context, the specialist nurse plays a crucial role in health promotion, self-care empowerment, and facilitating a healthy response to the transition processes experienced.

This internship report, conducted as part of the Master's in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, addresses the transition to renal replacement therapies (RRT), with a focus on peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD). The internship took place in a Dialysis Unit of a Local Health Unit in the Northern region of Portugal, providing valuable experience in the follow-up of people with CKD at different stages of treatment.

The internship project was based on Meleis' Transitions Theory (2000) and allowed for the analysis of challenges and nursing interventions in this transition process. Through the analysis of two case studies, one on the transition to PD and the other on the transition to HD, it was possible to deepen the understanding of the importance of patient and family/caregiver education, symptom management, promotion of self-management, and emotional support.

This internship project significantly contributed to the development of common and specific competencies of the specialist nurse, with emphasis on communication and health education skills, case management, leadership, and decision-making. Additionally, the internship allowed for participation in community health education projects and the creation of informational materials, such as a welcome guide for people starting HD, demonstrating the ability to respond to the identified needs in the service.

The Dialysis Unit provided an enriching experience and significant development of essential competencies for specialized nursing practice in the context of CKD. The experience gained allowed for a deeper understanding of CKD and its challenges, as well as the importance of the specialist nurse's role in facilitating the transition of the person with CKD to RRT, promoting their well-being and quality of life.

Keywords: Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Chronic Kidney Disease, Nursing



## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

APEDT - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação

CVC - Cateter Venoso Central

DM - Diabetes Mellitus

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DRA - Doença Renal Avançada

DRC - Doença Renal Crónica

ESSNCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FAV - Fístula Arteriovenosa

HD - Hemodiálise

HF - Hemofiltração

HDF - Hemodiafiltração

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

LES - Lúpus Eritematoso Sistémico

MEMCAEPSC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

mL - Mililitro

Min - Minuto

MmHg - Milímetros de Mercúrio

Mg - Miligramas

µg - Microgramas

OE - Ordem dos Enfermeiros

OS - Orifício de Saída

PAV - Prótese Arteriovenosa

PMP - Por Milhão de Pessoa

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SR - Senhor

SR<sup>a</sup> - Senhora

TA - Tensão Arterial

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TMC - Tratamento Médico Conservador

TR - Transplante Renal

TSFR - Técnicas de Substituição da Função Renal

UF - Ultrafiltração

ULS - Unidade Local de Saúde

## ÍNDICE

AGRADECIMENTO .....	3
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	9
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	19
3. TRANSIÇÃO PARA DIÁLISE PERITONEAL .....	25
3.1. Enquadramento teórico .....	25
3.2. Clientes .....	32
3.3. Medicação .....	33
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	33
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	39
3.5. Domínios .....	40
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	41
3.6. Conceção de Cuidados .....	43
3.7. Especificação das intervenções .....	46
3.8. Síntese relativa ao caso .....	49
4. TRANSIÇÃO PARA HEMODIÁLISE .....	55
4.1. Enquadramento teórico .....	55
4.2. Clientes .....	59
4.3. Medicação .....	60
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	60
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	63
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	64
4.5. Domínios .....	66
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	66
4.6. Conceção de Cuidados .....	68
4.7. Especificação das intervenções .....	72
4.8. Síntese relativa ao caso .....	74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	79
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103
ANEXOS .....	111



## **ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Quadro 1 - Estádios da DRC - Página 28



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio insere-se no contexto do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCAEPSC) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP), visando o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas para a prática de enfermagem avançada. O estágio foi realizado numa unidade de diálise de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte do país, proporcionando-me a oportunidade de vivenciar o acompanhamento integral a pessoas com doença renal crónica (DRC) submetidas a técnicas de substituição da função renal (TSFR), com especial destaque na hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP).

A escolha da unidade de diálise como campo de estágio para o meu MEMCAEPSC, representa a concretização de um objetivo profissional que alia o meu fascínio pela complexidade da DRC à vontade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas. O contacto próximo com esta realidade durante a minha experiência profissional suscitou-me alguma admiração pela resiliência e força demonstradas por estas pessoas, e um forte compromisso em contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. O estágio neste serviço representou uma oportunidade de aprendizagem, onde pude desenvolver as minhas capacidades de avaliação e intervenção de enfermagem face aos desafios específicos que a DRC coloca. As particularidades do tratamento de HD, como a gestão de acessos vasculares, a vigilância e controlo de potenciais complicações, exigem um elevado nível de especialização por parte da equipa de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016). Aprender com profissionais experientes nesta área, dominando as melhores práticas e os protocolos de atuação, permitirá não só consolidar a minha formação, como também desenvolver a minha autonomia e confiança enquanto enfermeiro especialista. Para além da vertente técnica, o acompanhamento de pessoas com DRC exige uma abordagem holística que reconheça a individualidade de cada pessoa e as suas necessidades específicas. A unidade de diálise, enquanto cenário de prática especializada, oferece um campo para o desenvolvimento de competências avançadas do enfermeiro. É neste contexto que nos deparamos com a complexidade da DRC, as suas múltiplas implicações físicas e psicossociais.

Segundo os dados mais recentes da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2024), em Portugal, existem 13.087 pessoas em HD e 889 em DP, evidenciando a necessidade crescente de cuidados de saúde especializados e individualizados. O número considerável de novas pessoas que iniciaram diálise em 2023 (2.208 em HD e 281 em DP) reforça a importância da intervenção de enfermeiros com formação avançada nesta área.

A complexidade da DRC e das TSFR exige dos enfermeiros um conjunto de conhecimentos, competências e atitudes que vão além da prática geral. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na gestão da doença crónica, desde a avaliação, monitorização rigorosa da pessoa, gestão do regime terapêutico, aumento da sua literacia em saúde e envolvimento familiar. A sua intervenção contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, a prevenção de complicações e a promoção da adesão ao tratamento (Guerra, 2022).

Em Portugal, com 139 centros de HD e 26 unidades de DP, a presença de enfermeiros com formação avançada em enfermagem é fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (SPN, 2024). Estes profissionais, com a sua expertise clínica e capacidade de liderança, podem atuar em diferentes áreas, como a gestão de unidades de diálise, a consulta de enfermagem, a educação de pessoas com DRC e familiares, a investigação e a coordenação de equipas multidisciplinares. A enfermagem avançada assume, portanto, um papel estratégico na resposta às necessidades de saúde das pessoas com DRC em Portugal, contribuindo para a humanização dos cuidados, a promoção da saúde e a otimização dos recursos.

A escolha do MEMCAEPSC, para mim foi especialmente relevante, principalmente se considerarmos o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas. O estágio na unidade de diálise, foi um campo fértil para o desenvolvimento de competências essenciais a esta especialidade. Como futuro enfermeiro especialista, o meu desenvolvimento profissional foi focado na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, interligadas e complementares. As competências comuns, transversais a todas as especialidades de enfermagem, estão definidas no Regulamento n.º 140/2019 da OE. Para além do pensamento crítico, tomada de decisão ética e comunicação eficaz, este referencial engloba a liderança na gestão de equipas e de recursos, a gestão de riscos e a segurança do doente, a promoção da saúde e o ensino e formação em saúde. No contexto da pessoa em situação crónica, a complexidade e individualidade de cada caso exigem uma avaliação holística e uma intervenção centrada na pessoa e família, considerando as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, capacitam para atuar de forma competente no tratamento de pessoas com problemas de saúde complexos e multissistémicos, como a DRC. O Regulamento n.º 429/2018 da OE define estas competências, que incluem o domínio de conhecimentos avançados, a realização de procedimentos técnicos complexos, como a capacidade de planear, implementar e avaliar intervenções de enfermagem individualizadas e baseadas na evidência. Para além disso, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na educação da pessoa e família para a autogestão da doença crónica, na promoção da adesão ao tratamento, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida.

Como tema para o projeto de estágio escolhi "A Transição para a Terapia de Substituição da Função Renal". Este projeto de estágio mergulha no papel fundamental do enfermeiro especialista no acompanhamento de pessoas com DRC que se encontram no limiar de uma nova fase da sua vida: o início da TSFR. Assume particular relevância no contexto atual, marcado por um aumento preocupante na prevalência da DRC e pela necessidade crescente de assegurar cuidados de enfermagem altamente especializados e personalizados. A escolha da área de especialização em Enfermagem, com foco na DRC e nas modalidades de TSFR, justifica-se pela complexidade e cronicidade desta condição de saúde, que exige do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências específicas. O domínio aprofundado desta área permitirá não só a aquisição de competências profissionais especializadas, como também o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre a prática de enfermagem neste contexto. O objetivo primordial é desenvolver capacidades de diagnóstico e intervenção, permitindo a construção de um plano de cuidados individualizado e centrado nas necessidades da pessoa, considerando as suas dimensões. O projeto visa o desenvolvimento de um conjunto de competências essenciais para a prática de enfermagem especializada em DRC. Entre elas, destacam-se: a capacidade de planear e implementar intervenções individualizadas, com especial destaque para a educação e gestão da doença e autonomia da pessoa, através do empoderamento e do desenvolvimento de estratégias de autogestão.

Para a realização deste relatório de estágio usei uma abordagem metodológica que combina revisão bibliográfica, introspeção e reflexão crítica. A revisão bibliográfica contemplará a análise de literatura científica relevante, como artigos, livros, diretrizes e documentos oficiais, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a DRC, as modalidades de TSFR e o papel do enfermeiro especialista. A introspeção permitirá a análise crítica de experiências no contexto de estágio, identificando lacunas e desafios na intervenção de enfermagem a pessoas com DRC em início de TSFR. A reflexão crítica possibilitará questionar práticas e a formulação de propostas para otimizar os cuidados.

No capítulo 2, será apresentada a caracterização do contexto clínico onde o estágio foi realizado, descrevendo a estrutura e organização da Unidade de Diálise, bem como a equipa multidisciplinar envolvida. No capítulo 3, será abordada a transição para a DP, com foco no estudo de caso de uma pessoa que iniciou este tratamento, explorando os desafios, intervenções avançadas de enfermagem implementadas e os seus resultados. No capítulo 4, será discutida a transição para a HD, com base num estudo de caso, analisando as particularidades deste tratamento e o papel do enfermeiro especialista no acompanhamento da pessoa. Por fim, no capítulo 5, será apresentado o contributo deste estágio para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista, destacando as aprendizagens e reflexões ao longo do processo.



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio final do curso de MEMCAEPSC decorreu entre 20 de setembro de 2024 e 14 de Fevereiro de 2025, com uma carga horária total de 810 horas, sendo 384 horas dedicadas à prática clínica à pessoa em situação crónica, realizadas em contexto de estágio, na Unidade de Diálise do Serviço de Nefrologia do departamento de Medicina de uma ULS do Norte de Portugal.

O Serviço de Nefrologia engloba várias áreas de intervenção, no internamento, com um total de 27 camas, 8 camas pertencem ao serviço de Hematologia e as restantes 19 estão partilhadas entre a Unidade de Transplante Renal (TR) e a Nefrologia Clínica. A Unidade de Diálise é distribuída entre a Unidade de HD, a Unidade de DP e a Consulta Externa.

O enfermeiro gestor é responsável pela gestão do serviço de Nefrologia e Unidade de Diálise, ao abrigo do Regulamento nº101/2015 (2015), que regula o perfil de competências do enfermeiro gestor, assume a liderança da equipa, garantindo que o cuidado seja pautado pela ética e excelência. O enfermeiro gestor garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, especialmente no que se refere à organização dos cuidados. É o responsável pelo desenvolvimento profissional da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado à pessoa.

A equipa de enfermagem do do serviço de Nefrologia é composta por 49 enfermeiros e encontra-se dividida em diferentes áreas de intervenção. Toda a equipa presta cuidados no internamento, à exceção do responsável pela unidade de HD e o responsável pela unidade de DP. O funcionamento da unidade de diálise peritoneal e consulta externa é assegurada por 9 enfermeiros, a HD por 30 enfermeiros e a Aférese 5 enfermeiros. De modo a manter a continuidade de cuidados, a distribuição da equipa é da responsabilidade do enfermeiro gestor. No universo de 49 enfermeiros, 40% da equipa é composta por enfermeiros especialistas, embora apenas 29% sejam enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica (14 enfermeiros). De ressaltar que embora os alunos do MEMCAEPSC tenham tutor atribuído, todos os enfermeiros especialistas demonstram disponibilidade em participar ativamente na formação e colocação em prática das competências inerentes à área de especialização, de acordo com o Decreto-Lei nº71/2019.

A equipa da Unidade de Diálise é também composta por 8 nefrologistas, 5 assistentes operacionais, 1 administrativa, 1 nutricionista, 1 assistente social e 1 psicólogo. A Unidade de Diálise funciona continuamente durante 24 horas, no período noturno mais direcionada para apoiar o serviço de urgência e o serviço de cuidados intensivos.

Fisicamente, o serviço encontra-se no piso 0 da ULS, facilitando o transporte das pessoas em

TSFR para o seu tratamento. Estão disponíveis 15 postos de HD divididos por três salas. Todas as salas estão disponíveis para tratamento em regime de ambulatório e regime de internamento. A sala de HD tem 8 postos, habitualmente a funcionar em pleno nos três turnos, o internamento curto é composto por dois postos, mais dedicados em casos de isolamento, embora não seja exclusiva para o efeito. A sala B, habitualmente dedicada a pessoas em regime de ambulatório é composta por 4 postos funciona apenas no turno da manhã e tarde, e a sala C exclusiva para pessoas em HD com hepatite B. A Unidade de DP é composta por 2 salas de enfermagem, uma dedicada à consulta externa durante a manhã e durante a tarde à consulta de esclarecimento de TSFR, que dá resposta à norma 017/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS) e ao programa de ensino da DP. Na outra sala de enfermagem, é realizada a consulta de Doença Renal Avançada (DRA), criada com o objetivo de dar resposta ao Despacho nº 12635/2023 do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, que visa servir as pessoas com DRC e pessoas em populações vulneráveis com risco de desenvolver DRC, o objetivo é garantir equidade no acesso, segurança e qualidade na prestação de cuidados preventivos e terapêuticos.

Além destes espaços dedicados exclusivamente à área de intervenção do enfermeiro, a unidade conta com mais 3 gabinetes médicos, dois dedicados à consulta externa e um dedicado à gestão do acesso vascular. Uma sala, usada exclusivamente para a realização de biópsias renais e colocação de cateteres centrais (CVC) de HD. Uma biblioteca, onde são realizadas as reuniões de serviço, a sala técnica, onde são armazenados monitores de HD, a sala de tratamento de águas e dois vestiários.

A Norma para o cálculo de Dotações dos cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República em 2 de dezembro de 2014, estabelece o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise. De acordo com esta norma, o número de enfermeiros deve ser adaptado à realidade de cada organização, considerando as atividades de enfermagem realizadas, com a recomendação de, no mínimo, um enfermeiro para cada quatro pessoas a realizar HD. A mesma norma destaca a importância de considerar o número de enfermeiros para o tratamento de pessoas com necessidades especiais, como aqueles com Hepatite B. De acordo com o Regulamento nº743/2019 da OE a Unidade de Diálise cumpre os critérios definidos para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a sala de HD, com 8 postos de tratamento tem sempre um rácio de 2 enfermeiros para 8 pessoas em HD, a sala B, conta com um rácio de 1 enfermeiro para 4 pessoas e sala C com o rácio de 1 enfermeiro para 1 pessoa com cuidados especiais. É ainda de salientar que durante todos os turnos há um enfermeiro responsável para apoiar os cuidados intensivos, o serviço de urgência e a sala de HD (Diário da República, 2019).

A Unidade de Diálise funciona por turnos que vão de encontro ao horário da instituição. No entanto, de modo a poder manter a segurança dos cuidados e a recomendação da OE para a segurança dos cuidados, foram criados turnos com horários modificados. O turno da manhã inicia às 8h00 e termina às 14h30, o turno das tarde inicia às 14h00 e termina às 20h30 e o

turno da noite inicia às 20h00 e termina às 8h30. Apenas um enfermeiro assegura o turno da noite, e na possibilidade de haver pessoas a realizar HD das 19h00 até às 23h00 foi criado o turno que inicia às 14h00 e termina às 00h00, havendo sempre dois enfermeiros a realizar este turno. Para assegurar a consulta de DRA, de segunda a sexta, há um enfermeiro com um horário diferenciado (8h00 às 16h30), dedicando o período compreendido entre as 14h30 às 16h30 à consulta.

No final do estágio, a unidade de HD, em regime de ambulatório contava com 43 pessoas em tratamento regular de HD, garantindo também o tratamento de HD a pessoas em regime de internamento. A média de pessoas internadas a fazer HD durante o estágio foi de 20 pessoas por dia. Relativamente aos cuidados intensivos, onde as TSFR são asseguradas pelos enfermeiros da Unidade de Diálise, em média 5 pessoas realizaram HD por dia. A Unidade de DP conta com 63 pessoas a realizar DP em regime domiciliário, garantindo o seu acompanhamento regular. Apesar das pessoas com DRC em HD habitualmente frequentarem uma clínica de HD próxima do seu domicílio, em muitos casos que determina que se mantenham no regime de ambulatório da ULS. Esses critérios podem incluir a gestão de comorbilidades e a gestão de acessos vasculares com maior potencial de complicação.

A metodologia e organização de prestação de cuidados, na sala de diálise, é o método individual de trabalho, onde o enfermeiro assume a responsabilidade sobre todos os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em HD durante o turno. O método individual de trabalho é um método de prestação de cuidados de enfermagem que se foca no atendimento abrangente e personalizado à pessoa. O objetivo do método individual é que o enfermeiro desenvolva uma relação de maior proximidade com a pessoa, levando à melhoria da personalização dos cuidados e conseqüentemente à maior satisfação da pessoa. No entanto, o método individual também tem desvantagens, não sendo viável em ambientes clínicos com poucos enfermeiros, onde estes têm uma elevada carga de trabalho. Também pode ser difícil coordenar os cuidados entre diferentes turnos, pois cada enfermeiro pode ter sua própria abordagem. Apesar dessas desvantagens, o método individual continua a ter uma abordagem positiva para a prestação de cuidados de enfermagem (Costa, 2016). Contudo, como na maior parte das salas de HD a entreaajuda e o espírito de equipa está presente, há sempre disponibilidade por parte de todos na resolução de problemas.

A organização dos turnos em que as pessoas a realizam HD é da responsabilidade do enfermeiro responsável pela sala de diálise. Esta organização atende à facilidade na deslocação das pessoas até à ULS, de modo a causar o menor transtorno possível, à sua preferência e à sua atividade laboral. Os turnos da manhã e da tarde, são habitualmente ocupados pelas pessoas em regime de ambulatório, dando prioridade no turno da noite às pessoas que exercem a sua atividade profissional durante o dia. As pessoas internadas que fazem HD são distribuídas pelas vagas que surgem durante os turnos atendendo sempre à sua condição clínica e à necessidade de realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento, intervenções cirúrgicas,

reabilitação e outros tratamentos. Sempre que possível há um turno dedicado a pessoas em isolamento, sendo o mais frequente em pessoas internadas, o isolamento de precauções de contacto por *klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos e o *clostridium difficile*.

A DGS em 2017, menciona que as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema crescente em todo o mundo e representam uma ameaça significativa à saúde pública. As IACS aumentam as taxas de morbidade e mortalidade, prolongam as estadias hospitalares e consequentemente aumentam os custos em saúde. Um dos principais objetivos do programa de prevenção e controle de infeções e de resistência aos antimicrobianos é reduzir as taxas de IACS através da prevenção e controle da sua transmissão. A Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção é um programa implementado em Portugal em 2014 com o objetivo de reduzir a incidência das IACS através da adesão a precauções básicas mediante uma abordagem que contempla dez regras de boas práticas. A unidade de diálise cumpre as recomendação do programa criando uma cultura de segurança nos cuidados prestados. A Sala de HD é sempre limpa antes de começar um novo turno, onde se privilegia a descontaminação de todo o equipamento e superfícies. Existe um circuito para o manuseamento seguro de roupas, a gestão dos resíduos é feita regularmente no final de cada turno, sempre que uma pessoa inicia e termina HD são utilizados equipamentos de proteção individual, com uso de etiqueta respiratória e a higienização das mãos é uma prática bem entrosada em toda a equipa, como foi possível verificar através da realização da auditoria à higienização realizada durante o estágio. Relativamente à preparação de medicação intradialítica, como heparinas e primming dos CVC's de HD é realizada por um elemento em condições de assepsia (DGS, 2017).

O serviço tem um compromisso com a investigação e formação, com enfermeiros envolvidos em projetos de investigação e desenvolvimento de protocolos e procedimentos. Há um enfermeiro responsável pela formação do serviço, com supervisão do enfermeiro gestor, que distribui e organiza as formações do serviço de modo a garantir a igualdade no acesso às atividades formativas, atendendo às preferências de cada elemento. O serviço organiza anualmente desde 2024 as "Jornadas de Enfermagem em Nefrologia" que este ano serão organizadas pelos dois elementos que realizaram o estágio de MEMCAEPSC da ESSNCVP. O serviço participa também ativamente em congressos científicos, com a presença regular no "Encontro Renal" promovido pela SPN e pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), através da apresentação de posters, moderação de mesas e palestras. Durante o estágio, um dos projetos realizados no âmbito da consulta de DRA esteve entre os três finalistas do "TOP Health Awards" na categoria tecnologia e dados ao serviço dos resultados em saúde. Esta nomeação surge como resultado de um trabalho interdisciplinar, no projeto "KORE - Kidney Options for Redefined Excellence". O objetivo é promover a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de nefrologia, podendo assim, aumentar a sobrevivência livre de diálise, diminuir o número de internamentos e diminuir a indução não planeada de diálise,

assegurar o acesso personalizado às TSFR e garantir circuitos seguros da cirurgia do acesso de diálise.

A documentação dos cuidados prestados à pessoa é realizada através do SClínico e do Nefrus. O SClínico oferece aos enfermeiros um conjunto de funcionalidades e recursos que facilitam o acesso à informação, a partilha de dados, a sistematização dos registos, a monitorização de indicadores e o apoio à decisão, contribuindo para uma prática de enfermagem mais eficaz, eficiente e centrada no pessoa. Através do projeto BI SClínico Hospitalar são disponibilizados indicadores estatísticos relevantes para a prática de enfermagem, permitindo aos enfermeiros monitorizar resultados em saúde, evolução das condições de saúde, indicadores epidemiológicos e de processo de cuidados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Enquanto que o Nefrus serve como registo clínico inerente apenas ao tratamento dialítico.

O serviço enfrenta desafios como o aumento da incidência da DRC e a necessidade de garantir cuidados especializados e personalizados. No entanto, também apresenta oportunidades de melhoria, como o desenvolvimento de programas de intervenção de enfermagem e a implementação de novas tecnologias.



### 3. TRANSIÇÃO PARA DIÁLISE PERITONEAL

O Senhor PR tem 56 anos, trabalha na área da restauração, gere uma padaria, é casado e não tem filhos. É autónomo nas atividades de vida diária. Como antecedentes pessoais tem amigdalites de repetição até realizar amigdalectomia (com 6 anos), consumo ocasional de haxixe (até aos 18 anos), hábitos etílicos no passado, com consumo diário de bebidas brancas (até 2004), ex-fumador com cessação em 2009, hemangioma hepático, dislipidemia, hipertensão arterial (HTA) e DRC (2008). Por agravamento da DRC, surgiu a necessidade iniciar DP no dia 28 de Outubro de 2024, através da exteriorização do cateter peritoneal. Este tratamento será gerido pelo próprio em contexto domiciliário.

#### 3.1. Enquadramento teórico

##### Epidemiologia e etiologia

A DRC é um problema grave de saúde pública em todo o mundo. Portugal tem uma das maiores prevalências de DRC na Europa, com uma taxa de prevalência de pessoas com DRC em TSFR de 2072,16 por milhão de pessoas (PMP). Existem 26 unidades de DP, e 889 pessoas a realizar este tratamento, um número reduzido, face ao números de pessoas com DRC a realizar HD, cerca de 13087 (SPN, 2024).

Apesar de cerca de 19% das causas da DRC ser de etiologia indeterminada, a Diabetes Mellitus (DM) e a HTA são os principais fatores que levam ao desenvolvimento de DRC, cerca de 39% de todos os casos (SPN, 2024). As causas restantes, cerca de 40% devem-se a, glomerulonefrite, doença renal poliquística, infeções renais, obstrução do trato urinário, uso abusivo de medicação nefrotóxica e doenças autoimunes (Kidney Disease: Improving Global Outcomes[KDIGO], 2024).

Sendo a DRC um doença progressiva e sem cura, é fundamental que o foco seja a otimização da qualidade de vida e o retardar da progressão da doença. É fundamental no tratamento da DRC a gestão das TSFR, que passam a ser indicadas quando existe um agravamento da função renal e não é possível os rins manterem a homeostase do organismo. As principais modalidades de TSFR incluem a HD, a DP e o TR. A escolha da modalidade de TSFR mais adequada deve ser individualizada, considerando fatores como idade, comorbilidades, estilo de vida e preferência da pessoa com DRC. A decisão informada entre a pessoa com DRC, a família e a equipa de saúde é crucial para garantir a melhor adesão e qualidade de vida (KDIGO, 2024).

Em Portugal, segundo o Decreto Regulamentar nº 14 da DGS (2012 ) todas as pessoas com DRC avançada devem ser antecipadamente informadas sobre os tratamentos existentes para a DRC, de modo a garantir a sua escolha livre e informada, podendo optar por uma TSFR ou pelo tratamento médico conservador. Este último é considerado quando o tratamento dialítico não oferece benefícios significativos.

### **Fisiopatologia da Doença Renal Crónica**

A DRC é definida como uma lesão no parênquima renal e/ou diminuição da função renal, presentes por um período igual ou superior a três meses. Habitualmente a lesão renal apresenta algumas anormalidades no sedimento urinário como a presença de albuminúria e proteinúria persistente. Poderá ser detectada através de meios complementares de diagnóstico e posterior realização de biópsia renal, devendo sempre ser considerada a sua pertinência. Algumas pessoas apresentam maior suscetibilidade para a DRC, estando relacionada com fatores hereditários ou comorbilidades, como HTA, DM, idade avançada e doença cardiovascular. O tratamento da DRC visa retardar a progressão da doença e prevenir complicações (KDIGO, 2024; Bastos et al., 2010).

Os rins têm uma importância fundamental na manutenção da homeostase do organismo, sendo responsáveis por uma complexidade de funções. Para além da sua função excretora de produtos metabólicos residuais, como ureia e a creatinina através da filtração do sangue, os rins são essenciais para a regulação do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base. Por meio de um mecanismo de reabsorção e secreção tubular, os rins controlam os níveis de eletrólitos, como o sódio, o potássio e o cálcio, de modo a assegurar o ótimo funcionamento das células e tecidos. Simultaneamente, os rins são responsáveis pela regulação do volume de líquidos e da tensão arterial (TA), gerindo a excreção de água e sódio como resposta a alterações hemodinâmicas e hormonais. (KDIGO, 2024; Bastos et al., 2010).

O rim é altamente eficiente na remoção de produtos residuais e na remoção de excesso de líquidos no organismo. O sangue circula até aos rins pela artéria renal, que se vai ramificando em vasos menores até ao nefrónio, a unidade funcional do rim, onde por efeito da pressão arterial a água e pequenas moléculas são removidas. Após este processo, o produto de remoção está sujeito à reabsorção tubular, que em resultado de um complexo mecanismo de transporte, permite que sejam reabsorvidas substâncias necessárias para o nosso organismo (Guyton & Hall, 2017).

Embora numa fase mais tardia da doença a sintomatologia seja considerável, como cansaço fácil, dispneia para pequenos esforços, aparecimento de edemas, dificuldade em dormir, perda de apetite e algumas vezes alterações neurológicas, no período inicial é uma doença silenciosa, pois é assintomática. As principais complicações da DRC são a HTA, a anemia, a acidose metabólica, a hipercaliémia, a hiperfosfatémia, o défice de vitamina D e a urémia (KDIGO, 2024;

Guyton & Hall, 2017).

Na atividade normal da função renal, o rim consegue equilibrar de forma eficiente a quantidade de água e sódio no organismo. A partir do momento em que há compromisso da função renal, a água e o sódio vão de forma excessiva permanecer em circulação. A retenção de ambos, vai aumentar o volume de sangue e conseqüentemente aumentar a TA. O sistema renal controla a TA através do sistema hormonal renina-angiotensina-aldosterona, cuja função é equilibrar os níveis de sódio e potássio no organismo, sendo essencial para a normal atividade celular, gerir a taxa de filtração glomerular (TFG), equilibrando a quantidade de líquidos e eletrólitos que são eliminados e está associado a processos inflamatórios e ao crescimento celular. O sistema renina-angiotensina-aldosterona envolve vários órgãos, os rins, o fígado, os pulmões e as glândulas supra-renais. É um sistema de *feedback* negativo que se inicia quando a TA baixa, os rins excretam na corrente sanguínea a renina, uma enzima que atua numa proteína produzida no fígado, o angiotensinogénio, convertendo-o em angiotensina I. Os pulmões produzem a enzima conversora da angiotensina, que converte a angiotensina I em angiotensina II. A angiotensina II funciona como um potente vasoconstritor, levando ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo, conseqüentemente aumentando a TA. A angiotensina II também tem como função estimular as glândulas supra-renais para excretarem a aldosterona. A aldosterona é uma hormona que influencia os rins a aumentar a reabsorção de sódio e água, levando ao aumento do volume de fluidos do organismo, aumentando a TA (Guyton & Hall, 2017).

A ureia é o produto final do metabolismo das proteínas, sendo o resultado da degradação da amónia no fígado. Esta é transportada pelo sistema circulatório até ao rim, onde está sujeita ao processo de filtração e posterior eliminação. A creatinina e o ácido úrico, estão também sujeitos a este processo, embora a creatinina seja excretada em maior quantidade que o ácido úrico. A creatinina é o resultado da degradação da creatina fosfato, do metabolismo dos músculos, e o ácido úrico é a consequência da degradação dos ácidos nucleicos, como o DNA. Além destas substâncias, outras toxinas estão sujeitas à filtração e eliminação por parte do rim, como produtos de degradação da hemoglobina, metabólitos de algumas hormonas (Guyton & Hall, 2017). A urémia é o resultado da aglomeração destas toxinas, particularmente a ureia e a creatinina, na circulação sanguínea. Aparece quando os rins não conseguem filtrar eficientemente estes resíduos. A urémia torna-se num estado com alguma gravidade, podendo conduzir a diversos sintomas como o cansaço fácil, náuseas, vômitos, estados de confusão e convulsões. Esta condição em situações desadequadas pode ser fatal (Cohen, 2020).

A Eritropoetina é uma hormona responsável pela produção de eritrócitos, através de estimulação da medula óssea, aumentando a capacidade do organismo para realizar o transporte de oxigénio até às células. Quando há diminuição da oxigenação celular, há uma detecção de hipoxia por parte do rim e ocorre a secreção de eritropoetina na corrente sanguínea, até chegar à medula óssea, onde estimula a proliferação de eritrócitos. Na DRC, na

qual a produção desta hormona está comprometida, associada ao défice de ferro, faz com que a anemia seja uma complicação habitual desta doença (Guyton & Hall, 2017).

A vitamina D é maioritariamente obtida através da exposição solar e pela alimentação, é essencial para a manutenção dos níveis de cálcio no organismo. Apesar de numa primeira fase ser convertida no fígado, necessita de ser novamente convertida no rim numa hormona denominada calcitriol. O calcitriol atua a nível intestinal, aumentando a absorção de cálcio dos produtos da digestão e absorção óssea e normalizando a sua libertação para o sangue. Na DRC, com capacidade de produção de calcitriol diminuída há uma incapacidade de absorção de cálcio, que pode conduzir ao aparecimento de doenças ósseas e algumas disfunções metabólicas (Guyton & Hall, 2017).

A manutenção do equilíbrio ácido-base envolve o sistema renal, o pulmonar e sistemas de tamponamento e é essencial para a manutenção do equilíbrio do pH. O pH ideal para o bom funcionamento do organismo é de 7,4, ligeiramente alcalino. Enquanto os pulmões regulam os níveis de dióxido de carbono e oxigénio, os rins são responsáveis pela eliminação de substâncias ácidas ou básicas na urina. Através de mecanismos de reabsorção, os rins reabsorvem uma parte importante do bicarbonato filtrado para a corrente sanguínea. Esta substância alcalina atua como uma solução tampão para neutralizar os ácidos e elimina iões de hidrogénio em excesso através da urina. Na DRC o risco de acidose metabólica está aumentado devido à diminuição dos níveis séricos de bicarbonato. O aumento dos iões de hidrogénio, ativam um mecanismo de compensação celular através da troca de iões, levando as células a absorver o hidrogénio e libertar potássio para o meio extracelular, levando à hipercaliémia (Guyton & Hall, 2017; Leon & Tangri, 2020).

### Classificação da DRC

A DRC encontra-se dividida em 5 estadios, e cada um deles está associado ao nível de função renal existente, bem como ao aparecimento de determinada sintomatologia, a sua classificação vai permitir ajustar o tratamento relativamente à progressão da doença, como se pode observar no seguinte quadro (KDIGO, 2024):

Estadio da DRC	TFG	Características
Estadio 1	≥ 90 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Há evidência de dano renal
Estadio 2	60-89 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Há evidência de dano renal, com diminuição da TFG
Estadio 3	30-59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Diminuição moderada a grave da TFG com o aparecimento de alguma sintomatologia
Estadio 4	15-29 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Diminuição grave da TFG. Sintomatologia e complicações mais evidentes
Estadio 5	< 15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Função renal gravemente comprometida

Quadro 1 - Estadios da DRC.

No estadio 1, a TFG é normal, com valores  $\geq 90$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. No entanto, já há evidência de lesão renal através de imagiologia ou biópsia renal. Uma elevada percentagem de pessoas no estadio 1 não apresentam qualquer sintomatologia e o mais comum nesta fase é a HTA (KDIGO, 2024).

O estadio 2, apresenta semelhanças ao estadio 1, no entanto há alteração na TFG. Neste estadio, também caracterizado por ser assintomático poderão começar a aparecer alterações urinárias e cansaço. Tanto neste estadio como no anterior o objetivo primordial é retardar a progressão da doença, exigindo mudanças no estilo de vida das pessoas, como realizar uma dieta saudável, realização de exercício físico de forma regular e cessação tabágica (KDIGO, 2024).

Quando ocorre uma diminuição maior na TFG em relação ao estadio anterior, estamos na presença do estadio 3. Este estadio pode dividir-se em dois, o estadio 3A e o estadio 3B, estando relacionado com a TFG. A sintomatologia torna-se mais evidente e maioritariamente começa a notar-se o aparecimento de edemas, cansaço, alterações urinárias e insónia. O risco de complicações aumenta de forma considerável, especialmente a anemia, HTA, distúrbios minerais e ósseos e complicações cardíacas. Neste estadio é necessário intervir a nível do controlo de sintomatologia e gestão das complicações de modo a preservar a função renal e consequente melhoria da qualidade de vida (KDIGO, 2024).

Após a entrada no estadio 4, a TFG está bastante comprometida. Uma grande percentagem de pessoas apresenta uma série de sintomas como fadiga intensa, edema persistente, náuseas e vómitos, perda do apetite, prurido, distúrbios do sono, alterações no paladar e mau hálito e dificuldade de concentração. O risco de complicações aumenta consideravelmente e além dos referidos anteriormente, é acrescido o risco de distúrbios eletrolíticos. Nesta fase a pessoa deve ser preparada para a fase seguinte onde o tratamento conservador ou uma TSFR deve ser equacionada. Além de toda a terapêutica medicamentosa instituída, caso a opção seja HD ou DP a gestão de um acesso deve começar a ser planeada com antecedência (KDIGO, 2024; DGS, 2014).

O estadio 5 da DRC, marca o estadio mais avançado da DRC, também chamado de DRC terminal, é caracterizada por uma perda da função renal grave, onde os rins perdem a capacidade quase total de filtrar o sangue, levando à acumulação de toxinas urémicas e desequilíbrios químicos no organismo. Os sintomas tornam-se debilitantes e podem ser fatais quando não tratados. Exige uma TSFR e é uma condição complexa e tem graves reflexos na qualidade de vida da pessoa (KDIGO, 2024).

## **Tratamento da DRC**

Numa fase terminal da DRC há necessidade de opção por uma modalidade de tratamento que

inclui o tratamento médico conservador ou uma TSFR. O tratamento médico conservador trata-se de uma abordagem que prioriza o bem-estar da pessoa DRC e a gestão dos seus sintomas. Esta opção tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, envolvendo uma equipa multidisciplinar para dar resposta às necessidades físicas, emocionais e sociais da pessoa. Uma prioridade é o controlo de sintomatologia, diminuindo o desconforto através de medicação, controlo dietético, acompanhamento psicológico e apoio dos cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar sua qualidade de vida e da família (Martinez-Urbano, et al., 2022; KDIGO, 2024).

As TSFR disponíveis são a DP, a HD e o TR. A DP é uma técnica que usa a membrana do peritoneu como um filtro. Esta modalidade é realizada de forma autónoma pela pessoa com DRC contemplando a introdução de uma solução de diálise no abdómen através de um cateter peritoneal. Após a permanência desta solução no abdómen por algumas horas, é removida e o produto drenado é o resultado de um processo de filtração e eliminação de líquidos pelo organismo. A HD requer um acesso vascular de alto calibre e através de um dialisador e um circuito extracorporeal, ocorre um processo de difusão, onde é feita a remoção de toxinas. O TR é considerado o tratamento *gold standart* da DRC e trata-se de um procedimento cirúrgico no qual um rim saudável é transplantado para a pessoa com DRC. (Ethier, et al. 2024).

### **Diálise Peritoneal**

A DP é uma modalidade das TSFR que usa o peritoneu como filtro. O peritoneu é uma membrana semipermeável e altamente vascularizada, que reveste as paredes da cavidade abdominal e pélvica (Guyton & Hall, 2017). As características desta membrana criam um ambiente ótimo para o processo de difusão e de osmose que ocorre durante a DP. A difusão é o processo de movimento de moléculas de uma área de alta concentração para uma área de baixa concentração enquanto a osmose apresenta o mesmo mecanismo, mas apenas através de água. Quanto maior a concentração de glicose no dialisante, maior será o movimento de água (Leone, et al. 2021). Para realizar este tratamento, é necessário realizar um procedimento cirúrgico para implantar o cateter peritoneal na cavidade peritoneal até haver necessidade de iniciar a técnica, e realizar a exteriorização da extremidade do cateter (Leone, et al. 2021; Pires, et al. 2023; Martínez-Urbano, et al., 2022).

Existem diferentes tipos de tratamento dentro da DP, a diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) e a diálise peritoneal automatizada (DPA). A DP ocorre em três etapas, a infusão, a permanência e a drenagem, o que se denomina por "troca de DP". Na infusão é infundido dialisante no peritoneu, durante a permanência, o dialisante permanece durante algumas horas na cavidade peritoneal de modo a que possa ocorrer a difusão e a osmose. Após este período é feita a drenagem do dialisante, agora com substâncias tóxicas e água em excesso eliminadas pelo organismo. Na DPCA é necessário realizar 3 a 4 trocas por dia, enquanto na DPA, a pessoa

fica durante a noite conectada a uma cicladora que realiza várias trocas (Leone, et al. 2021; Pires, et al. 2023; Martínez-Urbano, et al., 2022).

Segundo o estudo de Pasqualotto (2023), a DP apresenta diversos benefícios em relação à HD: contribui para uma melhor preservação da função renal residual, mesmo num estadio avançado da DRC, ajuda a preservar essa função renal durante mais tempo, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o risco de complicações; melhor gestão e controlo de líquidos no organismo, um fator determinante para pessoas com DRC que apresentam sérias dificuldade neste controlo; redução do número de hospitalizações, pois oferece a oportunidade de realizar o tratamento em contexto domiciliário, evitando o contacto com instituições de saúde, onde o risco de infecção hospitalar é aumentado; melhoria da saúde cardiovascular, permitindo um melhor controlo da tensão arterial, mediante o controlo de volume intracorporal; melhoria da qualidade de vida, pois há maior flexibilidade e autonomia da pessoa, ao realizar o tratamento em casa, mantendo a sua rotina diária habitual; e mantém também a preservação do acesso vascular, numa possibilidade futura de ser utilizado noutros contextos.

### **A Transição da DRC para DP**

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, (2000) é uma estrutura conceitual que descreve o processo pelo qual a pessoa passa ao vivenciar uma mudança significativa na sua vida, podendo ser de natureza desenvolvimental, saúde-doença, organizacional ou situacional, exigindo uma adaptação a uma nova rotina e a novos desafios. A transição pode ter vários padrões: simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado, influenciado por propriedades individuais, como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal em que ocorre e eventos críticos. Meleis (2000) define a transição como um processo que ocorre ao longo do tempo e inicia-se com a necessidade de mudança, até que um novo estado de equilíbrio seja alcançado. Cada pessoa atribui um significado único à sua situação de saúde e doença, tendo em consideração os seus valores e crenças.

O diagnóstico de DRC, agravado com o início da técnica de DP, são eventos significativos, que causam uma alteração profunda na vida da pessoa. A Teoria das Transições de Meleis é uma estrutura útil para entender a experiência da pessoa que inicia DP. Ao reconhecer os diferentes tipos de transição, padrões e fatores que influenciam a transição, é possível dirigir os cuidados, de forma a atingir os objetivos de uma forma mais tranquila e eficaz (Meleis et al., 2020).

A natureza da transição neste caso é uma transição de saúde/doença, dado que o Sr. PR está a vivenciar uma progressão na DRC para estadio 5, levando ao início da TSFR, tendo optado por DP, através de um padrão simples. Embora o Sr. PR tenha tido acesso a toda a informação de forma antecipada, sobre o seu tratamento e todas as suas implicações, o processo de consciencialização ainda necessita ser trabalhado, pois ainda não refletiu sobre as implicações

de realizar este tratamento de forma diária. Desde o momento em que iniciou o treino de DP, procurou obter informação sobre o tratamento, incluindo informação em grupos de apoio e experiências de outras pessoas na internet. Relativamente à mudança e diferença, é uma pessoa que viaja regularmente por lazer, para países africanos e da América do Sul, já refletiu que as suas férias terão que ter outro planeamento, relativamente ao seu emprego, ainda terá que haver um ajuste, pois tem horários que coincidem com o período de tratamento. O espaço temporal entre a progressão da DRC estadio 5 e o início de DP, o evento crítico, foi cerca de duas semanas, embora o Sr. PR já tivesse consciencializado para a início da técnica a muito curto prazo.

Relativamente às condições da transição, as condições facilitadoras são largamente ultrapassadas pelas inibidoras, o apoio da família, nomeadamente da esposa, o seu estatuto sócio económico favorável, uma vez que é o proprietário de um negócio, a existência de um enfermeiro permanentemente disponível para fornecer ajuda durante a técnica, a procura antecipada por grupos de apoio e a frequência regular nas consultas hospitalares tornaram-se as condições necessárias para facilitar esta transição. As principais condições inibidoras acabaram por ser a imagem corporal afetada pela presença de um cateter peritoneal e a impossibilidade de adotar o estilo de vida que tinha relativamente ao período de férias. Outros fatores possivelmente inibidores acabaram por ser desmitificados durante as várias consultas de enfermagem de doença renal avançada (DRA) que foi frequentando ao longo dos últimos meses, tendo ocorrido uma preparação e consciencialização de forma progressiva. Para lidar com este processo de transição, os indicadores de processo que o Sr. PR usou foi a motivação para aprender. Durante uma semana, foram realizadas consultas de enfermagem, com especial destaque para o ensino da técnica de DP, onde demonstrou uma evolução positiva com capacidade para se tornar autónomo no tratamento, tendo aderido a todas as consultas e treinos com aparente interesse. Tornou-se sócio de uma associação, onde pode obter ajuda diferenciada e o envolveu a esposa no processo de doença. No processo de aprendizagem demonstrou capacidade para identificar sinais e sintomas de alarme e intercorrências frequentes, bem como o domínio da técnica de DP. Procurou implementar estratégias de adaptação de forma a manter-se ativamente a trabalhar e a realizar atividades lúdicas, mantendo um estilo de vida com alguma semelhança ao que tinha antes da doença. Todo este processo teve como resultado final a mestria e o domínio da DP.

### **3.2. Clientes**

## Cliente

Adulto | Idade: 56 anos | Masculino

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-28 08:00:00	Furosemida 40mg - 8h	
2024-10-28 08:00:00	Losartan 50 mg - 8h	
2024-10-28 08:00:00	Amlodipina 5mg - 8h	
2024-10-28 08:00:00	carvedilol 12,5mg - 8h	
2024-10-28 08:00:00	Sinvastatina 10mg - 19h	
2024-10-28 08:00:00	Alopurinol 100mg - 8h (dias alternados)	
2024-10-28 08:00:00	Sevelâmero 800mg - 8h/12h/19h	
2024-10-28 08:00:00	Physioneal 35 Glucose 1,36% p/v / 13,6 mg/ml Solução para diálise peritoneal - 9h	
2024-10-28 08:00:00	Physioneal 35 Glucose 2,27% p/v/ 2,27 mg/ml Solução para diálise peritoneal - 16h	
2024-10-28 08:00:00	EXTRANEAL (icodextrina 7,5 %) Solução para diálise peritoneal. - 22h	

#### 3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

##### Furosemida

Anti-hipertensor - Diurético da ansa.

Indicado na remoção dos edemas e congestão pulmonar causados por IC e por doenças hepáticas ou renais. Está indicada para auxiliar na diminuição dos edemas e congestão pulmonar causados pela doença renal, através do aumento da eliminação de água e sódio, ajudando também a diminuir a HTA. É frequentemente utilizado em situações onde haja uma diminuição do débito urinário em situações de insuficiência renal.

As principais reações adversas para as pessoas DRC são o aparecimento de alguns desequilíbrios eletrolíticos, como a hipocaliemia, devido ao aumento da excreção de cálcio e manifestam-se através de cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrintestinais e câibras.

A dose recomendada para o tratamento da HTA é 40 a 80 mg/dia, por via oral.

### **Losartan**

Anti-hipertensor - Antagonista dos recetores da angiotensina.

O Losartan é um anti-hipertensor, contudo também tem utilidade na prevenção e retardamento da progressão DRC. Atua através do bloqueio da ação da angiotensina II, que contribui para a vasoconstrição e inflamação a nível renal, ao bloquear a angiotensina II, o losartan tem um papel fundamental na proteção renal.

Apesar de ter habitualmente boa tolerância, podem ocorrer reações adversas como cefaleias, tonturas, astenia, dores musculares e hipercaliemia.

Nas pessoas com DRC, periodicamente devem ser monitorizados os valores de creatinina e de potássio.

### **Amlodipina**

Anti-hipertensor - Bloqueador da entrada do cálcio e antianginosos.

A principal indicação é a HTA, através do bloqueio dos canais de cálcio a nível celular, causando vasodilatação e diminuição da TA.

As principais reações adversas que podem ocorrer são cefaleias, tonturas, edemas, rubor, astenia e náuseas. O seu efeito hipotensor pode ser potenciado pelo uso de outros anti-hipertensores.

### **Carvedilol**

Anti-hipertensor - Bloqueador beta.

É um anti-hipertensor eficaz. O carvedilol diminui a pressão arterial através de mecanismos, como a diminuição da frequência cardíaca e do débito cardíaco. O carvedilol bloqueia os receptores beta-adrenérgicos a nível cardíaco e vascular, impedindo que a adrenalina e a noradrenalina, hormonas que aumentam a frequência cardíaca e a contração do miocárdio, executem as suas funções, reduzindo o esforço cardíaco. Também bloqueia os receptores alfa-adrenérgicos a nível vascular, causando vasodilatação, o que diminui a resistência ao fluxo sanguíneo e conseqüente redução da TA.

As principais reações adversas são a bradicardia sinusal, bloqueios auriculoventriculares, tonturas e por vezes episódios de síncope.

### **Sinvastatina**

Antidislipidémico - Estatina.

Tratamento da dislipidemia. A sinvastatina inibe a produção de colesterol a nível hepático, diminuindo principalmente a LDL. O tratamento das dislipidemias deve ser equilibrado com a dieta, prática regular de exercício físico e controlo do peso.

### **Alopurinol**

Medicamentos usados para o tratamento da gota - Inibidor Enzimático

Profilaxia da gota e da litíase renal - Níveis elevados de ácido úrico no sangue podem ser uma característica da DRC, a hiperuricemia. O alopurinol bloqueia a ação da enzima que faz a conversão do ácido úrico, diminuindo a sua produção.

As principais reações adversas são exantemas, vasculites, hepatite, nefrite intersticial, alterações da visão e do paladar, parestesias, neuropatia, alterações hematológicas.

### **Sevelâmero**

Medicamentos captadores de iões - Fixador de Fósforo

Está indicado em caso de hiperfosfatemia em pessoas em TSFR. O sevelâmero atua como um quelante, ligando-se ao fósforo a nível intestinal, impedindo sua absorção pelo organismo.

As principais reações adversas são perturbações gastrintestinais, cefaleias, hipotensão, dores, hipertermia e prurido.

### **Soluções de DP**

A physioneal 35 e a solução extraneal destinam-se apenas para administração intraperitoneal. As soluções de DP estão indicadas para remover os resíduos e o excesso de volume do organismo. A glicose é o principal agente osmótico na solução physioneal, enquanto a icodextrina é o principal agente da extraneal, permitindo a remoção do excesso de líquido no sangue. As soluções têm diferentes concentrações de glicose de modo a permitir a personalização do tratamento, quanto maior a sua concentração, maior a sua capacidade osmótica.

Os eletrólitos presentes nas soluções são o sódio, cálcio, magnésio, bicarbonato e o lactato para manter o equilíbrio eletrolítico adequado do organismo. A icodextrina é um agente osmótico de longa duração, e deve ser usado em pessoas que precisam de mais tempo de permanência. geralmente usado na troca noturna.

As principais reações adversas são a desidratação/hiperhidratação, hiperglicemia, desconforto abdominal, alterações metabólicas.

### **3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

#### **Atitudes terapêuticas**

28-10-2024 08:00

#### **28-10-2024 08:00 - Procedimento invasivo**

28-10-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Exteriorização de Cateter

Peritoneal.

28-10-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

**28-10-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Durante a semana de ensinos]*

**28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo**

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador.

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo*

**Sondas, Drenos e Cateteres**

28-10-2024 08:00

**28-10-2024 08:00 - Cateter intraperitoneal**

28-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Cateter Peritoneal.

28-10-2024 08:00 - Presença de dor.

28-10-2024 08:00 - Ausência de calor.

28-10-2024 08:00 - Ausência de rubor.

28-10-2024 08:00 - Ausência de tumefação.

28-10-2024 08:00 - Ausência de exsudado.

**28-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*28-10-2024 08:00 - Otimizar cateter intraperitoneal [Enquanto se mantiver em DP]*

**28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter intraperitoneal [Sempre que fizer uma troca de DP]*

**28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter intraperitoneal**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter intraperitoneal [Sempre que fizer uma troca de DP]*

**28-10-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter intraperitoneal [Diariamente]*

**28-10-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter intraperitoneal**

*28-10-2024 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter intraperitoneal [Enquanto se mantiver em DP]*

**28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal**

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso face a sinais de infeção peritoneal [Durante a semana de ensinios]*

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para otimizar cateter intraperitoneal**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar cateter intraperitoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Instruir a otimizar cateter intraperitoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Treinar a otimizar cateter intraperitoneal [Durante a semana de ensinios]*

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Treinar a otimizar cateter intraperitoneal [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal [Diariamente]*

**28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: diálise peritoneal**

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Capacidade para executar diálise peritoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre diálise peritoneal [RESOLVIDO] 11-11-2024 08:00**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre diálise peritoneal [Durante a semana de ensinios] [FIM] 11-11-2024 08:00*

*11-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: facilitador [MELHOROU].*

*28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre diálise peritoneal [Durante a semana de ensinios] [FIM] 11-11-2024 08:00*

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar**

**diálise peritoneal**

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar diálise peritoneal [Durante a semana de ensinós]

28-10-2024 08:00 - Treinar diálise peritoneal [Durante a semana de ensinós]

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar**

**diálise peritoneal** [RESOLVIDO] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar diálise peritoneal [FIM] 11-11-2024 08:00

11-11-2024 08:00 - Autoeficácia para executar diálise peritoneal: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Treinar diálise peritoneal [Durante a semana de ensinós] [FIM] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Durante a semana de ensinós] [FIM] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Durante a semana de ensinós] [FIM] 11-11-2024 08:00

**3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

**Procedimento invasivo - Colocação/Exteriorização de cateter peritoneal**

A colocação do cateter peritoneal foi realizada a 22 de Fevereiro de 2024, tendo ficado encarcerado no abdómen até dia 28 de Outubro de 2024. O cateter peritoneal tem uma forma circular, microperfurado, que permite a entrada e saída de líquidos para o peritoneu. É feito de silicone e na extremidade oposta é composto por um tubo com 2 cuffs de dacron que impedem a sua exteriorização acidental e facilitam a aderência ao local de inserção, prevenindo a migração bacteriana. É recomendado iniciar DP, no mínimo duas semanas após a colocação do cateter, embora seja possível iniciá-la imediatamente em casos de emergência, com riscos aumentados de infecção e aparecimento de hérnias abdominais (Aguilar, 2023).

No dia 28/10/2024, procedeu-se a exteriorização do cateter peritoneal para dar início à TSFR. O procedimento é realizado durante o período da manhã pelo nefrologista e durante a tarde inicia-se a técnica de DP. A exteriorização do cateter peritoneal trata-se de um procedimento invasivo, onde através da realização cirúrgica de um orifício no abdómen com uma agulha de biópsia cutânea, se exterioriza a porção distal do cateter previamente implantado. O procedimento decorreu sem intercorrências.

**Cateter intraperitoneal**

O cuidado ao cateter peritoneal é fundamental para garantir a prevenção de complicações e

consequente sucesso do tratamento. É importante manter o orifício de saída (OS) do cateter limpo e seco, realizando uma inspeção regular, tendo em atenção possíveis sinais de infeção, como rubor, dor, calor, edema ou exsudado, através de uma troca do material de proteção diariamente (OE, 2020).

As principais complicações associadas à técnica de DP estão relacionadas com processos infecciosos, a peritonite e infeção do OS, havendo necessidade de manter uma série de cuidados rígidos com a otimização do cateter durante o tratamento. A perda de capacidade de permeabilidade da membrana do peritoneu para fazer DP de uma forma eficaz, comumente designada por falência de ultrafiltração (UF), costuma ser uma complicação tardia, e está associada à longevidade do tratamento e ao número de infeções anteriores. A migração ou obstrução do cateter pode ser uma complicação inicial, havendo a necessidade, quando a técnica está comprometida, de realizar uma nova intervenção cirúrgica. (OE, 2020; Pasqualotto, 2023; Müller & Ponce, 2022).

### **Técnica de DP**

O processo de aprendizagem da técnica de DP tem duração de 5 dias, com sessões diárias de aproximadamente 3 horas, podendo em alguns casos ser superior. Estas sessões são divididas em dois períodos de treino intercalados com um momento de pausa, garantindo uma aprendizagem gradual e adaptada às necessidades da pessoa. O ensino à pessoa em DP é individualizado, estando destacado o mesmo enfermeiro durante este período, assegurando um acompanhamento próximo e personalizado.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na educação e na autogestão da pessoa em DP, capacitando-a para realizar a DP de forma segura e eficaz no seu domicílio. O ensino da DP abrange desde noções básicas sobre a doença, a técnica e procedimentos complexos como a gestão de complicações. É essencial que a pessoa compreenda os princípios da DP, domine as técnicas assépticas, reconheça os sinais de alerta e saiba como agir em caso de intercorrências, cuidados com o cateter peritoneal, realização de medições e registos, o tratamento medicamentoso, a alimentação adequada e o equilíbrio hídrico. O investimento na educação e treino é essencial para o empoderamento da pessoa com DRC, tornando-a protagonista de seu tratamento e prevenindo complicações (OE, 2020).

### **3.5. Domínios**

**Início**  
28-10-2024 08:00

**Domínios**  
Volume de líquidos

**Fim**

Início	Domínios	Fim
28-10-2024 08:00	Conservação de energia	
28-10-2024 08:00	Autoconceito	
28-10-2024 08:00	Emoção	
28-10-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
28-10-2024 08:00	Padrão alimentar	
28-10-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
28-10-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

### 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

#### Volume de líquidos

A DRC é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, levando a uma série de complicações, nomeadamente a retenção de líquidos, que se manifesta através do excesso de volume extracelular. A fisiopatologia da retenção de líquidos está relacionada com a diminuição da excreção de água e sódio, e com a ativação de mecanismos compensatórios, como o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que colaboram para a retenção adicional de líquidos. O edema dos membros inferiores é o resultado desta degradação da função renal diminuindo significativamente a qualidade de vida (Fernandes et al., 2015).

#### Conservação de energia

A DRC manifesta-se através da intolerância ao exercício principalmente devido a uma série de fatores como a uremia, através da acumulação de toxinas urémicas, aumentando a fadiga e a sonolência; a anemia, caracterizada pela diminuição dos glóbulos vermelhos devido à produção insuficiente de eritropoetina e consequente diminuição da estimulação da sua produção na medula óssea. Com a redução da capacidade de hematose, a competência muscular fica diminuída, resultando em fadiga, dispneia e intolerância ao exercício; a acidose metabólica, através da acumulação de ácidos no sangue, origina fadiga e mal-estar generalizado; desequilíbrio do metabolismo do cálcio e fósforo e a perda do apetite, náuseas e vômitos que potenciam esta intolerância ao exercício (Fernandes et al., 2023).

#### Autoconceito

A DP é um tratamento para a DRC que exige que a pessoa realize trocas de fluidos na cavidade abdominal regularmente, através de um cateter. Uma das principais preocupações é a presença do cateter peritoneal na parede abdominal, que poderá ser visível sob a roupa e causar

constrangimento ou desconforto. O aumento do perímetro abdominal devido ao fluido de diálise e o aparecimento de hérnias abdominais como complicação deste tratamento também pode afetar a autoimagem. Estes fatores podem provocar o sentimento de repressão e vergonha, perturbando as suas relações interpessoais e a sua autoestima, impedindo a realização de atividades sociais ou momentos íntimos devido à preocupação com a sua aparência (Curtin, Johnson & Schatell, 2004).

## **Emoção**

A ansiedade está presente em todas as fases da DRC, afetando de forma significativa a qualidade de vida das pessoas, desde estadios mais leves até ao estadio 5, onde é necessário iniciar uma TSFR. O tratamento de DP exige que se proceda a uma técnica complexa de forma autónoma, onde a autogestão pode ser desafiante, elevando o sentimento de insegurança e por conseguinte, a ansiedade. Outros fatores como restrições alimentares, alterações do estilo de vida, limitação da ingestão de líquidos, potássio e fósforo, são também potenciadoras da ansiedade (Stasiak et al., 2014; OE, 2020).

## **Autogestão do regime medicamentoso**

A adesão ao regime medicamentoso é um processo imprescindível para retardar a progressão da doença, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida. No entanto, devido à sua complexidade, para controlar sintomas e outras comorbilidades, pode ser um obstáculo significativo para a sua adesão. Fatores como a baixa literacia em saúde, baixo estatuto sócio económico, idade avançada e falta de consciencialização sobre a importância da adesão podem contribuir para a não adesão (Pinto, 2020).

Desenvolver a habilidade de gerir o regime terapêutico na DRC é um caminho gradual e complexo. Esse caminho é percorrido passo a passo e requer suporte constante. Para que isso aconteça, a pessoa precisa entender a sua condição e o porquê de seguir rigorosamente o tratamento prescrito. Além disso, é fundamental estar motivado para aderir ao regime medicamentoso e às mudanças no seu estilo de vida. Ampliar seus conhecimentos sobre saúde, através do aumento da literacia em saúde, aprendendo mais sobre a sua doença, é outro ponto fundamental. Poder obter o apoio da família e de amigos e ter uma relação de confiança com os médicos e enfermeiros e possuir recursos financeiros adequados também são elementos que contribuem significativamente para o sucesso da autogestão do regime medicamentoso (Pinto, 2020).

## **Padrão alimentar**

O padrão alimentar na DRC assume relevância para retardar a progressão da doença, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida, devendo ser considerado o estadiamento da DRC, o tratamento a realizar, como uma TSFR ou o tratamento médico conservador e a presença de comorbidades (Vasconcelos et al., 2021).

Uma dieta variada, rica em frutas, vegetais e grãos tem sido associada a um menor risco de progressão da DRC e mortalidade, enquanto dietas ricas em alimentos processados podem agravar o desequilíbrio metabólico, contribuindo para a diminuição da função renal e para o aumento do risco cardiovascular. Um padrão alimentar saudável na DRC deve ter foco na restrição de sódio, fósforo e potássio. A educação sobre o padrão alimentar é uma ferramenta para capacitar a pessoa a fazer escolhas alimentares informadas (Amaral, 2015).

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Volume de líquidos

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Sinal de Godet

28-10-2024 08:00 - Perna: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

28-10-2024 08:00 - Peso: 80.00 Kg.

#### **28-10-2024 08:00 - Edema**

28-10-2024 08:00 - Localização do edema

28-10-2024 08:00 - Perna

#### **28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos**

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

#### **28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos**

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a semana de ensinios]*

*28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização*

*28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a semana de ensinios]*

#### Conservação de energia

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

**28-10-2024 08:00 - Intolerância à atividade**

**28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: atividade/repouso**

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia**

[RESOLVIDO] 11-11-2024 08:00

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 11-11-2024 08:00*

11-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

*28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-11-2024 08:00*

*28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 11-11-2024 08:00*

**Autoconceito**

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

**28-10-2024 08:00 - Autoconceito comprometido**

**28-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito**

28-10-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador.

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito** [RESOLVIDO] 11-11-2024 08:00

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [FIM] 11-11-2024 08:00*

11-11-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora [MELHOROU].

*28-10-2024 08:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [FIM] 11-11-2024 08:00*

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito*

11-11-2024 08:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

11-11-2024 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

## **Emoção**

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade.

### **28-10-2024 08:00 - Ansiedade**

#### **28-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: ansiedade**

28-10-2024 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

#### **28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade**

*28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade*

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Durante a semana de ensinios]*

## **Autogestão do regime medicamentoso**

28-10-2024 08:00

### **28-10-2024 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

#### **28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]**

11-11-2024 08:00

*28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [Durante a semana de ensinios] [FIM]* 11-11-2024 08:00

11-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

*28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM]* 11-11-2024 08:00

*28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM]* 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso  
[Durante a semana de ensinios]

### **Padrão alimentar**

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.

28-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

28-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

28-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

### **28-10-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético**

#### **28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético**

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos** [RESOLVIDO] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 11-11-2024 08:00

11-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 11-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Durante a semana de ensinios]

## **3.7. Especificação das intervenções**

Treinar diálise peritoneal

- Realizar a técnica de lavagem asséptica das mãos
- Realizar técnica de desinfeção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).
- Realizar técnica non touch para conexão e desconexão, com cateter de treino
- Realizar a sequência da técnica de DP, com cateter de treino
- Realizar treino da sequência da técnica de DP, com cateter da pessoa, assim que esta se sinta segura
- Realizar 3 ou 4 trocas de DP, com auxílio do enfermeiro
- Realizar 3 ou 4 trocas de DP, com supervisão do enfermeiro
- Realizar 3 ou 4 trocas de DP, de forma autónoma

Ensinar sobre diálise peritoneal

- Ensinar sobre hiperhidratação e desidratação: identificação e modo de atuação

- Ensinar sobre autovigilância: avaliação diária de peso, tensão arterial, sinais de desidratação, sinais de hiperhidratação, características do orifício de saída, características do efluente peritoneal e vigilância de complicações
- Ensinar sobre registo e interpretação do balanço hídrico
- Avaliar condições habitacionais
- Negociar local no domicílio e condições para fazer DP
- Apresentar objetivos, conhecimentos e procedimentos a trabalhar
- Negociar plano de ensino, horário, dias de treino, tipo de metodologia facilitadora da aprendizagem
- Fornecer material informativo
- Ensino sobre os princípios básicos de DP
- Apresentar as soluções de DP
- Ensinar sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção
- Demonstrar a técnica asséptica de lavagem das mãos
- Demonstrar da execução da técnica de DP
- Apresentar do programa de apoio domiciliário

#### Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal

- Ensinar sobre atuação em caso de contaminação acidental do circuito de DP
- Ensinar sobre atuação em caso de contaminação acidental do cateter peritoneal
- Identificar sintomatologia específica de peritonite
- Identificar sintomatologia específica de infeção do OS
- Apresentar imagens exemplificativas de infeções
- Fornecer material informativo sobre infeção
- Usar técnica de teach-back
- Ensinar a avaliar o efluente
- Usar material para simular infeção

#### Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso face a sinais de infeção peritoneal

- Ensinar sobre sinais e sintomas de infeção peritoneal
- Ensinar sobre infeções relacionadas com a técnica
- Ensinar sobre soluções de DP
- Ensinar procedimento em caso de infeção peritoneal
- Ensinar a administração de medicação por via intraperitoneal

#### Instruir a otimizar cateter intraperitoneal

- Demonstrar a execução do tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal.
- Ensinar sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).
- Ensinar sobre autovigilância do cateter peritoneal
- Ensinar sobre complicações infecciosas como a infeção do orifício de saída
- Ensinar sobre os cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal.
- Ensinar sobre método de atuação em caso de infeção do orifício de saída

#### Treinar a otimizar cateter intraperitoneal

- Realizar treino da técnica de lavagem asséptica das mãos

- Executar o tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal com supervisão
- Executar o tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal de forma autónoma

Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- Fornecer material informativo
- Explicar a fisiologia renal
- Explicar o motivo da DRC potenciar a retenção de líquidos
- Explicar que a ingestão excessiva de líquidos provoca sobrecarga renal
- Envolver a família no processo

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Criar um espaço de escuta ativa para que a pessoa possa expressar seus medos, preocupações e sentimentos.
- Incentivar a participação em grupos de apoio com outros pacientes em DP
- Envolver familiares no processo
- Auxiliar a pessoa a reorganizar a sua rotina diária
- Tentar adaptar o tratamento à sua rotina
- Capacitar a pessoa para a sua autonomia, melhorando o seu empoderamento

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

- Refletir sobre sinais de alerta para a retenção de líquidos
- Elaborar um plano de gestão das soluções de DP e a retenção de líquidos
- Explicar a relação entre a DP e o papel das soluções de diálise na remoção de líquidos e resíduos.
- Esclarecer sobre o equilíbrio de líquidos
- Refletir sobre a importância da DP
- Refletir sobre o modo de atuação de cada solução de DP no organismo

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Entender os hábitos alimentares da pessoa
- Explicar a relação entre o excesso de líquidos e a HTA
- Explicar a relação entre o sódio, o potássio e a retenção de líquidos
- Demonstrar a importância da dieta no controlo da retenção de líquidos
- Identificar desvios nos padrões alimentares
- Sugerir dieta apropriada

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

- Explicar o cansaço na DRC
- Demonstrar os efeitos benéfico da DP na redução da fadiga
- Avaliar com a pessoa os benefícios DP e a redução do cansaço

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- Refletir como o cateter pode condicionar as atividades de vida
- Inserir dentro do grupo de pessoas em DP da unidade
- Referenciar para grupos de apoio
- Adaptar o vestuário à presença do cateter

- Adquirir material que permite a ocultação do cateter
- Explicar a importância do cateter para o tratamento
- Escutar de forma ativa as preocupações da pessoa
- Incentivar a expressar os seus sentimentos e preocupações
- Avaliar como a pessoa se sente em relação ao seu corpo após a inserção do cateter peritoneal
- Avaliar os possíveis constrangimentos que o cateter peritoneal pode causar

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Negociar dieta
- Negociar Confeção da dieta
- Envolver a família no processo de confecção
- Propor a monitorização diária do peso
- Negociar a diminuição da exposição ao calor
- Propor a monitorização da ingestão de líquidos
- Propor a monitorização da eliminação urinária diária
- Negociar o repouso, em momentos onde o cansaço estiver presente
- Negociar um plano laboral, com menos carga de trabalho

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

A DRC é uma doença complexa, que exige uma abordagem multidisciplinar, onde o papel do enfermeiro se torna imprescindível nas várias áreas de intervenção. Por ser uma doença com uma larga área de atuação foram selecionados os domínios mais relevantes para este estudo de caso: o volume de líquidos, a conservação de energia, o autoconceito, a emoção, a autogestão do regime medicamentoso, o padrão alimentar e as atitudes terapêuticas relacionadas com o cateter intraperitoneal e a DP. Após a seleção dos diagnósticos foi elaborado um plano de cuidados com intervenções baseadas na evidência científica.

Ao longo da progressão da DRC, o Sr. PR, perto do limiar do estadio 5, frequentou a consulta de enfermagem de esclarecimento da DRC, na qual lhe foram apresentados os vários tratamentos possíveis para o futuro. Desde cedo apresentou interesse na DP como uma técnica que seria mais vantajosa para o seu estilo de vida. Após uma decisão informada com a equipa de saúde optou por este tratamento. Através de um procedimento cirúrgico foi implantado o cateter peritoneal, que permaneceu encarcerado durante 4 meses. No momento da recolha de dados, desloca-se à Unidade de Diálise para exteriorizar o cateter peritoneal e dar início à técnica de DP. No primeiro dia tem consulta de enfermagem de Autogestão de DPCA, seguida da exteriorização do cateter e durante a tarde dá-se início ao programa de treino de DP.

Na primeira consulta com o Sr. PR, à avaliação, foi identificado edema ligeiro dos membros

inferiores com sinal de Godet positivo. Foi questionado há quanto tempo já sentia este edema mais visível referindo um agravamento nas últimas duas semanas e que associou à carga de trabalho aumentada. Durante o diálogo foi possível perceber que nos últimos tempos a TA estaria com tendência mais alta, mesmo com a medicação habitual e que apesar estar informado sobre a alimentação e ingestão de líquidos, muitas vezes não cumpria a dieta direcionada para a DRC, nem a recomendação para diminuir a ingestão de líquidos.

Relativamente ao edema, foram planeadas intervenções que pudessem dar resposta a curto prazo para este diagnóstico, de modo a diminuir o edema, como "Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos", "Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos" e numa fase posterior através da gestão do tratamento "Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos". A base fundamental da intervenção foi através da consciencialização, uma vez que o conhecimento já estava presente. Foi percebido que durante a primeira semana o edema foi reduzindo e após quase duas semanas de tratamento de DP já não era visível nenhum edema. O momento inicial da consulta foi fundamental para abordar esta situação, especialmente durante o desenvolvimento da relação que existe entre a alimentação, o consumo de líquidos e a sua retenção. Ao longo da semana foi incrementada a relação que existe entre o tratamento de DP, especialmente sobre as diferentes soluções e a sua função na UF e a diminuição da retenção de líquidos, sendo aplicado mais tarde, pois havia a necessidade de o dotar de conhecimentos sobre a DP e as soluções e posteriormente o processo de consciencialização entre o regime medicamentoso e a retenção de líquidos.

Ao verificar o motivo do incumprimento da dieta, e da ingestão de líquidos, foi possível comprovar, que devido a longos períodos de ausência do domicílio em contexto laboral e viagens para distribuição de produtos alimentares, a solução encontrada era realizar as refeições em restaurantes e por vezes em restaurantes de *fast-food*, aumentando o consumo de ingredientes ricos em sal, potássio e por consequência o consumo de água. Referiu também que ingeria mais água por estar exposto por longos períodos a temperaturas elevadas dos fornos. O envolvimento da família foi importante, pois foi possível negociar uma dieta confeccionada no domicílio, pela esposa, que poderia ser consumida no trabalho. Relativamente à ingestão de água, já seria uma ideia contratar um funcionário para o substituir durante o período noturno, momento em que os fornos estavam ligados, acabando por antecipar essa decisão. A intervenção "contratualizar experiência indutora da consciencialização" foi realizada através da negociação destes aspetos e através de um registo da monitorização do volume de líquidos ingeridos, a monitorização da eliminação urinária e o peso corporal. Foi possível notar uma redução gradual do volume de líquidos ingeridos entre o início o fim da semana (1750ml - 1100ml), o padrão urinário manteve-se (aproximadamente 2000ml) e o peso desceu ligeiramente (80kg - 79,2kg). Após nova avaliação verificou-se que o significado atribuído à consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos foi "facilitador",

beneficiando uma transição saudável.

Outra manifestação clínica visível no primeiro momento foi uma dispneia para pequenos esforços, com recuperação de energia durante o repouso, tendo sido perceptível a recuperação nos primeiros 10 minutos de repouso. Após questionado sobre esta sintomatologia, referiu que na última semana se tem sentido mais cansado e que já deveria ser um sintoma da progressão da doença, especialmente depois de ser abordado pelo edema dos membros inferiores anteriormente, acabando por desvalorizar porque também tem trabalhado muito, pois esta semana iria estar ausente do trabalho. Apesar de estar informado sobre complicações relacionadas com a progressão da DRC, pareceu pouco consciencializado para cumprir as recomendações para quando surgisse esta manifestação, pois no período onde sentiu maior cansaço, não cumpriu os períodos de repouso e diminuição da carga de trabalho mais pesada. Foi necessário avaliar a consciencialização entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia. As intervenções usadas foram "analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia" e "contratualizar uma experiência indutora de consciencialização", onde foram relacionados o cansaço com os benefícios que a DP poderia trazer para diminuir o cansaço e foram negociados períodos de pausa em momentos de maior fadiga, assim como, um plano laboral com mais atenção a esta sintomatologia, apenas trabalhando em locais onde estivesse mais resguardado de "trabalho pesado".

Após uma semana de ensinamentos foi notória uma melhoria significativa do cansaço e da dispneia, também potenciado pelo início da DP. Após cerca de duas semanas de início do tratamento era visível o seu bem estar, sem qualquer tipo de cansaço, completamente adaptado. As atividades contratualizadas foram importantes para a sua compreensão da relação entre a gestão da atividade física/repouso e a conservação de energia, associado ao benefício de ter iniciado DP.

No primeiro dia em que houve necessidade de se deslocar à Unidade de Diálise, para iniciar o programa de treinos de DP, procedeu-se após a consulta de enfermagem à exteriorização do cateter peritoneal. A primeira reação após a exteriorização do mesmo, foi de choque, ocorrendo uma lipotímia por alguns segundos. Apesar de saber que iria necessitar de um cateter que iria ficar exposto no seu abdómen, ter manipulado um, embora em modo de demonstração e lhe terem sido apresentadas fotografias do impacto que causaria no corpo, este procedimento revelou-se bastante significativo, levando-nos para o domínio do autoconceito, novamente atuando no processo de consciencialização sobre o compromisso no autoconceito, nomeadamente na auto-imagem, apesar de não fazer parte da ontologia do E4Nursing. Ao longo dos três primeiros dias, manifestava algum mau estar com o cateter, sendo implementadas as intervenções "assistir a analisar compromisso no autoconceito", onde de uma forma gradual foi exprimindo alguns desconfortos que sentia com a presença do cateter peritoneal e foram definidas estratégias, como o banho, a ocultação do cateter através de acessórios e a adaptação do vestuário e procura de ajuda em associações. Na semana seguinte, verificou-se que se tornou sócio da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), onde lhe foi

fornecido um cinto adaptado ao cateter, que permite que se movimente com maior facilidade e que oculta o cateter no interior da roupa, foi enriquecedor verificar o à vontade com que manipulava o cateter, demonstrando que o desconforto inicial desaparecera e a progressão para mestria.

No primeiro dia de treino de DP, houve uma interrupção por parte do Sr. PR, referindo que está um pouco ansioso com tudo que estava a acontecer e que não seria o momento ideal para iniciar a aprendizagem da técnica. Surge o domínio da Emoção com o diagnóstico de Ansiedade, havendo a oportunidade de atuar no conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, de modo a ser possível diminuir o stress e a ansiedade causadas por toda a mudança que ocorreu naquele dia. Foi implementada a intervenção "ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade" na primeira consulta e prolongou-se durante os dias seguintes. Após explorar o motivo de subitamente ter tido este episódio, através de um momento de escuta ativa, referiu que começou a pensar nas dificuldades de que iria ter quando estivesse sozinho e como nunca tinha feito nenhum tratamento mais complexo, estava a sentir preocupação, não só relativamente ao tratamento, mas também em relação à sua rotina de vida. Contudo aceitou prosseguir o ensino e no mesmo dia conseguiu verificar, que apesar de ser um tratamento complexo, foi-se desmitificando alguns conceitos, que permitiram diminuir a ansiedade. Foi possível após negociação, explorar alguns momentos da sua rotina, que sem grande dificuldade poderiam ser alterados, de modo a facilitar a realização do tratamento sem causar um impacto significativo na sua vida. No dia seguinte, durante um momento na sala de espera, foi possível criar um momento de interação com outras pessoas em tratamento de DP, com um retorno bastante positivo, recebendo algumas mensagens de encorajamento. A presença da esposa durante toda a semana, a pedido do Sr. PR, foi uma mais valia, tendo recebido um suporte importante para diminuir a ansiedade. No final da semana foi visível a diminuição da ansiedade, estando apenas presente pois iria começar a fazer o tratamento de forma autónoma no domicílio. Após duas semanas de tratamento, através da boa adaptação ao tratamento, verificou-se ausência da ansiedade manifestada durante os ensinos e a eficácia de envolver um pequeno grupo de apoio e a família durante o início do tratamento.

O domínio da Autogestão do regime medicamentoso foi abordado de forma direcionada para a gestão farmacológica do tratamento de DP. Foi trabalhada a promoção da autogestão do regime medicamentoso através do processo de consciencialização entre o regime medicamentoso e a retenção de líquidos, após o segundo dia do programa de ensino. O motivo de apenas ser abordado no segundo dia de ensino, prende-se com o facto de que programa de ensino está estruturado de forma a permitir à pessoa adquirir conhecimentos sobre a técnica de DP no primeiro dia. Poderia ter sido abordado o conhecimento, uma vez que ainda não estava presente, mas optamos por relacioná-lo com a técnica de DP e não com o regime medicamentoso e neste domínio trabalhar especialmente a consciencialização após o conhecimento estar adquirido. As intervenções implementadas foram "analisar com o cliente a

relação entre o regime medicamentoso e a retenção de líquidos" e "contratualizar uma experiência indutora de consciencialização". Durante a semana foi observado que de uma forma prática, através da criação de cenários, a progressão para mestria estava alcançada, através da demonstração de um processo de consciencialização facilitador.

O padrão alimentar foi um domínio comum, abordado no domínio volume de líquidos. As estratégias indutoras da consciencialização da relação entre a dieta e a retenção de líquidos foram comuns entre os dois domínios e alcançadas com sucesso, como descrito acima.

Relativamente aos domínios atitudes terapêuticas, sondas, drenos e cateteres, onde se enquadra a DP e o cateter peritoneal, os objetivos foram a promoção da autogestão da DP e da prevenção de complicações relacionadas com o cateter peritoneal.

A promoção da autogestão da DP iniciou-se através da aquisição de novos conhecimentos sobre a DP, onde através do programa de ensino da unidade, como referido anteriormente, com a duração de uma semana, cerca de três horas por sessão, foram transmitidos os conceitos de DP de forma gradual, de modo a poderem ser bem assimilados e a estarem sempre presentes. Diariamente foram introduzidos novos conceitos, intercalados com períodos de treino da técnica, potencializando ao mesmo tempo a capacidade de executar o tratamento e melhorando a autoeficácia do mesmo. Foi possível trabalhar todos estes diagnósticos de enfermagem em conjunto progressivamente. As intervenções realizadas foram o ensinar sobre DP, treinar DP, analisar com o cliente os resultados alcançados e elogiar o desempenho. Os temas chave do programa de ensino, além da técnica, passam por ensinar e identificar sintomatologia e método de atuação, autovigilância do peso corporal, TA, características do líquido peritoneal, complicações comuns, interpretação do tratamento, avaliação das condições no domicílio, ensino sobre precauções básicas de controlo de infeção, técnica de lavagem asséptica das mãos e desinfeção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica. Durante todo este processo, o ensino foi adaptado à capacidade de aprendizagem e foram usadas técnicas de teach-back para validar o conhecimento adquirido.

A promoção da autogestão para prevenção de complicações relacionadas com o cateter peritoneal está inserida no programa de treino da unidade e, tal como a autogestão da DP, assenta nos diagnósticos do conhecimento sobre a prevenção, na capacidade para otimização e na autoeficácia. As intervenções realizadas foram o ensinar sobre infeção peritoneal, ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso face a sinais de infeção, instruir e treinar a otimizar o cateter e analisar os resultados alcançados. Relativamente ao ensino dirigido ao cateter, além da técnica de otimização e de intervenções relacionadas com o controlo de infeção, foram fornecidas imagens típicas de complicações, como infeção do OS e líquidos de efluente típicos de peritonite.

Este estudo de caso, incidiu especialmente durante uma semana, momento concebido para o programa de treino da DP da unidade de diálise, concebido com o foco de capacitar uma pessoa

DRC para a autogestão do tratamento de DP. Enquanto futuro enfermeiro especialista, fui-me questionando sobre outras possíveis áreas de intervenção, não me focando apenas no ensino da técnica de DP em condições de segurança. Foi necessário recorrer por diversas vezes a pesquisas bibliográficas para poder intervir, baseando-me na evidência científica. Foi possível avaliar os resultados das minhas intervenções durante a semana de ensino e na semana seguinte, através de uma consulta de enfermagem de autogestão da DPCA. Os domínios de intervenção foram atingidos, com a progressão para a mestria, e o facto do contacto ter ocorrido ao longo de uma semana possibilitou que houvesse uma transição saúde/doença positiva e tranquila. Os fatores inibidores da transição foram trabalhados através da implementação de intervenções de enfermagem, sendo possível modificar os indicadores de processo e atingir o o resultado traçado, a mestria.

Embora este estudo de caso forneça percepções sobre a transição para a DP, apresenta algumas limitações que merecem ser discutidas. Por se tratar de um estudo de caso único, os resultados aqui apresentados podem não ser generalizáveis para todas as pessoas que iniciam DP. As experiências individuais podem variar significativamente e são influenciadas por uma variedade de fatores, incluindo comorbilidades preexistentes, suporte social e familiar, nível de literacia em saúde e circunstâncias socioeconómicas (Gomes et al., 2019).

A minha experiência enquanto enfermeiro e aluno no mesmo serviço, pode ter introduzido potenciais vieses no estudo. A familiaridade com o caso e a proximidade com o doente podem ter influenciado a recolha e interpretação dos dados. A experiência do doente é multifacetada, envolvendo não apenas a adaptação a um novo tratamento, mas também a redefinição da identidade, a negociação de mudanças no estilo de vida e a gestão da incerteza. O estudo foi realizado num contexto específico, com características próprias do serviço de saúde, da população e da cultura local. Estes fatores contextuais podem limitar os resultados relativamente outros contextos com diferentes configurações e características.

## 4. TRANSIÇÃO PARA HEMODIÁLISE

A Senhora FC tem 39 anos, trabalha como gerente de uma retrosaria, é casada e não tem filhos. É autónoma nas atividades de vida diária. Com obesidade desde jovem, desenvolveu HTA e dislipidemia. Em 2004 foi diagnosticada com lúpus eritematoso sistémico (LES) com atingimento renal e meníngeo. Em 2005 esteve internada por pneumonia e sépsis secundária a infeção urinária. Em 2010 foi diagnosticada nefropatia lúpica estacionária. Em 2023 por agravamento da função renal frequentou a consulta de esclarecimento das TSFR e optou por HD. Em Maio de 2024 construiu fístula arterio-venosa (FAV) úmero cefálica direita e inicia HD no dia 30/12/2024.

### 4.1. Enquadramento teórico

A contextualização teórica do estudo de caso atual, apesar de se tratar da transição da pessoa para HD, apresenta semelhanças com o estudo de caso anterior sobre a transição da pessoa para a DP, podendo ser necessária a sua análise.

#### Especificações teóricas específicas do caso

O LES é uma doença autoimune crónica caracterizada por um processo inflamatório que afeta múltiplos órgãos, incluindo pele, articulações, rins, cérebro, coração e pulmões. O LES é causado por uma combinação de fatores genéticos, hormonais e ambientais que desencadeiam uma resposta imune anormal, levando à produção de autoanticorpos que atacam os tecidos do próprio corpo. A DRC é uma das complicações mais graves do LES. A Nefrite Lúpica ocorre quando o sistema imunológico causa inflamação e danos progressivos nos nefrónios, levando à insuficiência renal e posteriormente à realização de uma TSFR. Outros fatores podem potenciar a DRC em pessoas com LES, como a HTA, medicamentos para o seu tratamento, como anti-inflamatórios não esteróides e imunossupressores (Ferreira et al., 2008; Teixeira & Araújo, 2024).

#### Tratamento da DRC

No estadio 5 da DRC quando sinais e sintomas relacionados com a doença surgem, como a incapacidade de controlar o volume de líquidos ou a TA, deterioração progressiva do estado

nutricional refratária à intervenção dietética, sintomatologia neurológica devido à uremia, pericardite, anorexia, anormalidades ácido-base ou eletrolíticas, prurido intratável surge a necessidade de iniciar uma TSFR (KDIGO, 2024).

Embora haja a possibilidade de opção entre 4 TSFR, a HD, a DP, o TR e o TMC, em 2023, em Portugal 2752 pessoas iniciaram uma TSFR, onde 2208, cerca de 80% optam pela HD (SPN, 2024). Apesar do TR ser das principais opções de tratamento por parte das pessoas com DRC, acabam por ter que aguardar em lista de espera para TR, havendo a necessidade de realizar uma TSFR de imediato, optando pela HD (Batista et al., 2017).

## **Hemodiálise**

A HD é a TSFR mais utilizada em todo o mundo, com o objetivo de restaurar o equilíbrio dos fluidos corporais e remover as toxinas acumuladas devido à DRC. Na HD, uma máquina e um filtro são usados para limpar o sangue. O filtro, conhecido como dialisador, funciona como um "rim artificial", o sangue circula através de um circuito extracorporal, passando pelo dialisador e é devolvido ao organismo. O dialisador possui dois lados separados por uma membrana semipermeável. O sangue flui de um lado e o líquido de diálise, o dialisante, flui do outro. A membrana semipermeável permite a passagem de toxinas e excesso de fluido do sangue para o dialisante. O sangue limpo é então devolvido ao organismo (Fazendeiro, 2011).

O dialisante apresenta concentrações controladas de solutos, que contém electrólitos essenciais em concentrações semelhantes às do soro normal, fazendo com que toxinas urémicas, como ureia e creatinina, se difundam do sangue, onde há uma alta concentração, para o dialisante, onde há baixa concentração. O processo depende do gradiente de concentração, do peso molecular do soluto e da resistência da membrana (Fazendeiro, 2011).

A UF remove o excesso de fluido do sangue através da membrana do dialisador, impulsionada por pressão hidrostática. A taxa de UF depende da pressão transmembranar, que é a diferença entre a pressão do sangue e a pressão negativa no compartimento do dialisante. A UF também remove solutos dissolvidos na água, num processo chamado convecção. A eficácia da remoção depende da permeabilidade da membrana e do volume de fluido removido. Na HD convencional, a difusão e a UF ocorrem simultaneamente. A otimização do processo depende de vários fatores, incluindo o tipo de membrana, o fluxo de sangue e dialisante e o tempo de tratamento (Fazendeiro, 2011).

Uma pessoa submetida a HD, necessita de realizar este tratamento 3 vezes por semana, em dias separados, por um período de 4 horas. Os dias de HD são alternados, por exemplo segunda, quarta e sexta ou terça, quinta e sábado. Em pessoas com menor eficácia dialítica o tempo de tratamento pode ser superior a 4 horas ou pode haver a necessidade de realizar sessões extra. Apesar do tempo de tratamento ser habitualmente 4 horas, as pessoas em HD, com deslocações

até à unidade de diálise, domicílio e tempo de espera, perdem 6 a 7 horas por dia.

### **Acesso Vascular**

O acesso vascular é um dos grandes desafios no tratamento de pessoas em HD, a escolha do tipo de acesso e os cuidados adequados com o mesmo são essenciais para garantir um tratamento eficaz e seguro. A FAV é considerada o acesso vascular primordial para realizar HD, devido à sua durabilidade e menor taxa de complicações em comparação com outras opções, como a prótese arteriovenosa (PAV) ou cateter venoso central (CVC) (Borges et al., 2024).

A FAV é trata-se de uma anastomose entre uma artéria e uma veia superficial, confeccionada através de um procedimento cirúrgico, permitindo a passagem de altos fluxos de sangue, fundamentais para o tratamento de HD. O processo de maturação da FAV pode levar de 4 a 12 semanas e durante esse período, múltiplas alterações ocorrem nos vasos, incluindo dilatação dos vasos sanguíneos, aumento do fluxo sanguíneo arterial e venoso, e espessamento da parede da veia. Os cuidados com a FAV, incluem a vigilância para sinais de trombose, infecção, risco de hemorragia, desenvolvimento de aneurismas e síndrome de roubo. O enfermeiro desempenha um papel fundamental no acompanhamento contínuo e na educação da pessoa na manutenção do acesso. O envolvimento ativo da pessoa no seu próprio cuidado é essencial para o sucesso do tratamento e para a prevenção de complicações, prolongando a vida útil da FAV (Borges et al., 2024).

A observação constante da FAV é importante, pois permite a visualização de sinais inflamatórios. A palpação do frémito e a auscultação do sopro são essenciais para avaliar a permeabilidade da FAV. Para prevenir complicações, a pessoa deve ser orientada a monitorizar regularmente a TA, a hipotensão está associada à trombose da FAV, evitar dormir sobre o braço da FAV, não carregar peso ou usar roupas apertadas, relógio ou pulseiras que possam garrotar o membro, não monitorizar a TA, não permitir a realização de punções no membro e evitar traumas que possam potencialmente danificar o património vascular. (Morais & Ferreira, 2024; Pereira et al., 2024).

A PAV é um tipo de acesso vascular utilizado em pessoas que por défice de acessos não é possível confeccionar uma FAV. É feita de um material sintético e serve para conectar uma artéria a uma veia, criando um segmento puncionável com agulhas de HD, tendo como vantagem em relação à FAV alguns materiais sintéticos possuem características que permitem um período de maturação mais rápido. Os cuidados com a PAV são os mesmo que a FAV, com a maior possibilidade de infecção por se tratar de material sintético (Bernardo & Pereira 2024; Castro-Santos 2022).

Um CVC de HD é inserido em veias de grande calibre, como a veia jugular, veia subclávia ou a veia femoral. São frequentemente usados como acesso vascular a curto prazo em pessoas que

necessitam de induzir HD de imediato, seja uma lesão renal aguda ou um estadio terminal da DRC a aguardar construção de FAV, ou mesmo com um património vascular que não permita a sua construção. O CVC permite que grandes quantidades de sangue sejam removidas e devolvidas ao corpo com alta velocidade. São feitos de material biocompatível com um *cuff* de Dacron para permitir a sua fixação. Existem dois tipos de CVC, os provisórios, com uma duração limitada, entre 1 a 2 semanas, usados habitualmente em contexto hospitalar e os CVC tunelizados, mais usados em pessoas que realizam HD de forma crónica, sendo implantados por via subcutânea usando um túnel para manter o cateter fixo e ajudar a reduzir a infecção (Fazendeiro, 2011).

Em 2006 a National kidney Foundation apresentou as guidelines para a gestão do acesso de HD, onde apresentou a iniciativa "*fistula first*", em que o objetivo é aumentar a percentagem de pessoas que iniciam HD com FAV. O uso de CVC como acesso vascular está associado a um risco aumentado de complicações, incluindo infecções e trombose. A FAV, por outro lado, têm demonstrado ter menores taxas de complicações e melhores resultados a longo prazo para pessoas em HD. Esta iniciativa visa educar pessoas em HD e profissionais de saúde para os benefícios da FAV e incentivar sua construção como acesso vascular primordial para pessoas em HD (National Kidney Foundation, 2006).

Apesar da metodologia "*fistula first*" ser a abordagem atual, alguns autores, como Castro-Santos (2022) defende que a abordagem é válida, mas precisa ser reconsiderada e atualizada à luz de novas evidências e tecnologias, especialmente no aparecimento de novos materiais para cirurgia endovascular. A evolução dos materiais para PAV aumentou a permeabilidade desses acessos, com uma taxa de maturação bastante inferior à FAV, tornando-os uma alternativa mais atraente em alguns casos. Em pessoas com expectativa de vida reduzida ou necessidade de HD a curto prazo, uma PAV pode ser mais adequada do que uma FAV, devido ao menor tempo de maturação e possibilidade de punção precoce. A escolha do acesso vascular deve ser individualizada, considerando as necessidades e características de cada pessoa, para garantir o melhor resultado possível (Castro-Santos, 2022).

### **A Transição da Doença Renal Crónica para Hemodiálise**

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, (2000) é uma teoria de médio alcance na enfermagem que se concentra em compreender e apoiar as pessoas durante as mudanças significativas da sua vida. A transição é uma passagem de um estado relativamente estável para outro, envolvendo mudanças de conhecimento, comportamento e identidade. Há diferentes tipos de transição e são influenciados por diversos fatores, como a idade e o tipo de apoio disponibilizado, podendo atingir o resultado desejado, a mestria. Compreender a experiência da pessoa e centrar o cuidado na mesma permita uma transição saudável. A Teoria das Transições de Meleis permite a avaliação, compreensão e intervenção na pessoa, com o objetivo de

promover adaptações positivas e melhorar os resultados de saúde.

O início da técnica de HD e todas as limitações que provocam na vida pessoal, profissional e familiar, trata-se de evento que causa um impacto extenso e uma alteração no quotidiano da pessoa. A Teoria das Transições de Meleis é uma ferramenta importante para podermos adaptar os cuidados, de forma a atingir os objetivos de uma forma calma e eficiente (Meleis et al., 2020).

A natureza da transição neste caso é uma transição de saúde/doença. A Sr.<sup>a</sup> FC está a vivenciar uma progressão na DRC, havendo necessidade de induzir HD, através de um padrão simples. Apesar do diagnóstico da DRC tenha sido em 2010, sem evolução até 2023, acabou por ter um progressão relativamente rápida até agora. Em cerca de 18 meses surgiram várias mudanças, desde a consulta de enfermagem de esclarecimento das TSFR, opção informada por HD, construção de acesso de HD, e começou a frequentar a consulta de DRA. Durante o período de frequência das consultas foi possível iniciar um processo de ensinamentos sobre os cuidados com o acesso e o sobre o tratamento que iria realizar. O processo de consciencialização foi a principal necessidade de trabalhar durante os primeiros tratamentos de HD, pois, apesar de ter conhecimento sobre alimentação, não estava consciencializada para as mudanças que tinha que realizar na sua dieta. O envolvimento na doença foi trabalhado durante as sessões onde ia questionando sobre o seu tratamento e com o crescente interesse e apoio dos profissionais foi adaptando o seu estilo de vida à doença. O evento crítico desta transição foi o início da TSFR.

Relativamente às condições da transição, as condições facilitadoras passam pelo apoio da família, nomeadamente da marido, que permitiu que a sua vida profissional mantivesse o mesmo rumo, mantendo o seu negócio, mesmo nos períodos de tratamento e o seu estatuto sócio económico favorável. Teve apoio de um amigo que também realizava HD e foi possível através de troca de experiências tornar esta transição mais tranquila. A condição inibidora foi o significado atribuído ao tratamento, pois achava que as TSFR estavam associadas à dependência total nas atividades de vida diárias, sendo possível desmistificar, ao longo dos tratamentos, onde cada vez se foi sentido melhor. O medo de perder o negócio, pois durante o tratamento a sua loja ficaria fechada, foi anulado com o apoio do marido, podendo manter a sua atividade profissional.

Durante o período de indução de HD o apoio emocional oferecido por pessoas próximas e o apoio dos profissionais foi fundamental para que se sentisse acolhida e segura. A interação com pessoas que vivenciaram transições semelhantes, como o amigo, proporcionou a troca de experiências e estratégias para lidar com o início da HD. A interação com a equipa e o facto de expressar as suas dúvidas e medos do tratamento facilitou a sua transição, bem com a sua integração no tratamento. Foi possível observar o desenvolvimento de estratégias de coping de modo a vivenciar uma transição segura, atingindo a mestria.

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-12 08:00:00	Irbesartan 300 mg	
2024-11-12 08:00:00	Nebivolol 5 mg	
2024-11-12 08:00:00	Nifedipina 60 mg	
2024-11-12 08:00:00	Furosemida 40 mg	
2024-11-12 08:00:00	Ácido acetilsalicílico 150 mg	
2024-11-12 08:00:00	Rosuvastatina 20mg	
2024-11-12 08:00:00	Ezetimiba 10mg	
2024-11-12 08:00:00	Cálcio + Vitamina D3 1500 mg + 400 U.I.	
2024-11-12 08:00:00	Sevelâmero 800 mg	
2024-11-12 08:00:00	paricalcitol 1 µg	

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Irbesartan 300 mg

Anti-hipertensor - Antagonistas dos recetores da angiotensina.

São bloqueadores dos recetores da angiotensina II, com efeito anti-hipertensor, com utilidade na prevenção e retardamento da progressão da nefropatia diabética. Pode ocorrer cefaleias, tonturas, astenia, dores musculares e hipercaliemia. O uso deste fármaco com fármacos poupadores de potássio pode agravar o risco de hipercaliemia. Devem ser monitorizados regularmente os valores de creatinina e de potássio séricos.

#### Nebivolol 5 mg

Anti-hipertensor - Bloqueador beta.

Eficaz no tratamento da HTA. Os bloqueadores beta produzem menos bradicardia, menos alterações lipídicas e menos propensos a provocar crises de broncospasmo que outros anti-hipertensores.

Deve evitar-se a suspensão brusca de um bloqueador beta, pelo risco de crise hipertensiva.

### **Nifedipina 60 mg**

Anti-hipertensor - Bloqueador da entrada de cálcio.

Para além do tratamento da HTA, os bloqueadores da entrada do cálcio podem ser utilizados no tratamento da angina de peito. Podem ocorrer cefaleias, tonturas, edemas, rubor, astenia, náuseas e taquicardia. O efeito hipotensor é aumentado pela administração de outros anti-hipertensores.

### **Furosemida 40 mg**

Anti-hipertensor - Diurético da ansa.

Indicado na remoção dos edemas e congestão pulmonar causados por IC e por doenças hepáticas ou renais. Está indicada para auxiliar na diminuição dos edemas e congestão pulmonar causados pela doença renal, através do aumento da eliminação de água e sódio, ajudando também a diminuir a HTA. É frequentemente utilizado em situações onde haja uma diminuição do débito urinário em situações de insuficiência renal.

As principais reações adversas para as pessoas DRC são o aparecimento de alguns desequilíbrios eletrolíticos, como a hipocaliemia, devido ao aumento da excreção de cálcio e manifestam-se através de cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrintestinais e câibras. A dose recomendada para o tratamento da HTA é 40 a 80 mg/dia, por via oral.

### **Ácido acetilsalicílico 150 mg**

Anticoagulantes - Antiagregantes plaquetários.

Usado na prevenção primária e secundária do tromboembolismo arterial. As principais reações adversas são azia, dispepsia, epigastralgias, náuseas, vômitos, sendo a mais grave hemorragia, especialmente a nível gástrico. Deve-se evitar a associação com anti-inflamatórios aumentando o risco de hemorragia.

### **Rosuvastatina 20mg**

Antidislipidémico - Estatina.

Tratamento das dislipidemias, juntamente com a adoção de comportamentos saudáveis, como dieta variada e equilibrada, prática regular de exercício físico e normalização ponderal. São primeira opção farmacológica quando há risco cardiovascular. Quando as estatinas são insuficientes na redução do LDL a adição de ezetimiba, resina permutadora de iões ou niacina pode estar indicada.

### **Ezetimiba 10mg**

Antidislipidémico - Inibidores seletivos da absorção do colesterol.

Inibe a absorção do colesterol e origem biliar ou proveniente da dieta. A ezetimiba, pode ser usada em monoterapia com eficácia limitada, ou com a associação de uma estatina.

### **Cálcio + Vitamina D3 1500 mg + 400 U.I.**

Vitaminas e Sais Minerais

É usado em situações de hipocalcemia ou na sua prevenção. As associações com a vitamina D são usadas como parte da terapêutica da osteoporose. A administração pode causar perturbações gastrintestinais, nomeadamente irritação e obstipação. A hipercalcemia pode ocorrer especialmente em pessoas com insuficiência renal.

### **Sevelâmero 800 mg**

Corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas - Fixador de Fósforo.

Está indicado em caso de hiperfosfatemia em pessoas em TSFR. O sevelâmero atua como um quelante, ligando-se ao fósforo a nível intestinal, impedindo sua absorção pelo organismo.

As principais reações adversas são perturbações gastrintestinais, cefaleias, hipotensão, dores, hipertermia e prurido.

### **Paricalcitol 1 µg**

Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio.

Usado na prevenção e tratamento do hiperparatiroidismo associado á insuficiência renal crónica. Pode provocar anorexia, cansaço, cefaleias, náuseas e vômitos, diarreia, sede, suores, vertigens, aumento das concentrações de cálcio e fosfatos no sangue e urina.

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Atitudes terapêuticas

12-11-2024 08:00

##### **12-11-2024 08:00 - Fístula arteriovenosa**

12-11-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

12-11-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Frémito bem perceptível.

##### **12-11-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa**

12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-11-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00**

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

10-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

*12-11-2024 08:00 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

##### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]**

10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

10-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

*12-11-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

##### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar**

**exercícios de maturação da fístula arteriovenosa** [RESOLVIDO] 10-01-2025  
08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

*10-01-2025 08:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora [MELHOROU].*

*12-11-2024 08:00 - Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa*

*10-01-2025 08:00 - Adota comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa.*

*10-01-2025 08:00 - Refere satisfação com os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa.*

**12-11-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise**

*12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

**12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hemodiálise** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hemodiálise [FIM] 10-01-2025 08:00*

*10-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador [MELHOROU].*

*12-11-2024 08:00 - Ensinar sobre hemodiálise [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de hemodiálise*

*10-01-2025 08:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de hemodiálise.*

*10-01-2025 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de hemodiálise.*

**4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

**Fístula Arteriovenosa**

A FAV desempenha um papel importante no tratamento da DRC em pessoas que necessitam de realizar HD. Trata-se de um acesso vascular permanente que permite a realização eficiente de HD, contribuindo para o aumento da sobrevida e para uma melhor qualidade de vida das pessoas. Para a sua construção cirúrgica é realizada uma anastomose subcutânea entre uma artéria e uma veia, geralmente no braço não dominante, desde que o património vascular o

permita, sendo possível obter o fluxo sanguíneo ideal para a realização de HD (Pereira et al., 2024; Morais & Ferreira, 2024).

A importância da FAV reside na sua capacidade de proporcionar um acesso vascular confiável e duradouro, diminuindo o risco de complicações, como infecções ou trombose, quando comparado com outros tipos de acessos vasculares. A FAV, quando bem conservada, garante a eficácia do tratamento hemodialítico, promovendo a longevidade e o bem-estar da pessoa (Morais & Ferreira, 2024).

Os cuidados de enfermagem e com a FAV são essenciais para a sua preservação e bom funcionamento. É crucial que os enfermeiros avaliem regularmente a FAV, monitorizando a presença do frêmito, assegurando a limpeza e verificando a existência de sinais de infecção. Adicionalmente, devem ser realizadas compressões no braço, exercícios periódicos e curativos, de forma a manter a FAV em condições ideais. A educação da pessoa em HD e da sua família sobre os cuidados com a FAV é igualmente fundamental, devem ser fornecidas orientações claras e precisas sobre a importância da higiene, avaliação regular do acesso, observação de sinais inflamatórios e da prevenção de traumatismos na área da FAV. O acompanhamento e apoio emocional também são aspetos importantes a serem considerados pelo enfermeiro, de forma a promover a adesão ao tratamento e a melhorar a qualidade de vida (Pereira et al., 2024; Morais & Ferreira, 2024).

### **Regime de Hemodiálise**

Nas pessoas com DRC em estadio terminal há a necessidade de iniciar uma TSFR, segundo a SPN (2024), a TSFR preferencial é a HD. Entre o estadio 4 e o estadio 5 da DRC, ao abrigo da norma Norma nº 017/2011 da DGS, as pessoas devem ser devidamente esclarecidas sobre as modalidades terapêuticas disponíveis, permitindo uma tomada de decisão informada.

A HD é um processo extracorporeal que filtra as substâncias urémicas do sangue em pessoas com DRC. Este procedimento envolve a utilização de uma membrana semipermeável, baseia-se nos princípios de difusão. Existem três tipos principais de tratamento de HD: a HD, a hemofiltração (HF) e a hemodiafiltração (HDF) (Fazendeiro, 2011).

A HD é o tipo mais comum de tratamento de HD e envolve dois mecanismos principais: difusão e UF. Na difusão, as moléculas movem-se de uma área de alta concentração para uma área de baixa concentração. As toxinas urémicas no sangue movem-se através da membrana para o dialisante, que tem uma concentração mais baixa dessas toxinas. Na UF, a água é forçada a passar pela membrana por pressão hidrostática (Fazendeiro, 2011).

A HF é uma técnica de filtração de sangue que usa apenas convecção para remover toxinas e fluido do sangue. Ao contrário da HD, não usa dialisante, mas soluções de reposição que são

adicionadas ao sangue, ajudando a diluí-lo e a remover mais toxinas (Fazendeiro, 2011).

A HDF é uma combinação de HD e HF, usando os mecanismos de difusão e convecção para remover uma ampla gama de toxinas do sangue. É considerada mais eficiente do que a HD convencional na remoção de toxinas de médio e alto peso molecular (Fazendeiro, 2011).

Durante a sessão de HD, especialmente numa fase inicial do tratamento, podem ocorrer diversas complicações. Segundo o estudo de Ferreira et al. (2024), a hipotensão arterial é o evento mais prevalente durante as sessões, 30,5%, havendo a necessidade, em alguns casos, de terminar o tratamento para reverter o evento. Outras complicações menos frequentes são a hipoglicemia, câimbras musculares, náuseas e vômitos, cefaleias, calafrios, febre, coagulação do circuito extracorporal, hemorragia, dores no peito e nas costas e complicações relacionadas com o acesso de HD. Os motivos principais para ocorrer complicação estão relacionados com a condição clínica da pessoa, como DM ou doença cardíaca, desequilíbrio hidroeletrolítico, ganho excessivo de peso intradialítico, uso de medicamentos anti-hipertensivos aumentando o risco de hipotensão, altas taxas de UF: a UF é o processo de remoção de líquidos durante a HD, e uma taxa muito alta pode levar à hipotensão, risco acrescido de infecção com os acessos vasculares, especialmente o CVC de HD, uso de anticoagulantes durante a sessão como a heparina, podendo aumentar o risco de hemorragia (Ferreira et al., 2024).

## 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-11-2024 08:00	Emoção	
12-11-2024 08:00	Padrão alimentar	
12-11-2024 08:00	Padrão de exercício	
12-11-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
12-11-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
12-11-2024 08:00	Volume de líquidos	

### 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

#### Emoção

A ansiedade é um dos maiores desafios das pessoas que iniciam uma TSFR, especialmente a HD, com alta prevalência, aumentando ainda mais na população feminina. As causas da ansiedade são multifatoriais, desde o diagnóstico, as mudanças no estilo de vida, a dependência do tratamento e o medo de complicações. A ansiedade em pessoas com DRC em HD pode

manifestar-se através de sintomas como nervosismo, inquietação, preocupação excessiva, insónia e dificuldade de concentração. A ansiedade na DRC pode causar transtornos significativos, incluindo a diminuição da qualidade de vida, o aumento do risco de depressão e a não adesão ao tratamento (Neres et al., 2023).

### **Autogestão do regime Medicamentoso**

A autogestão do regime medicamentoso da pessoa em HD é essencial para o sucesso do tratamento e para uma melhor da qualidade de vida. A HD exige uma readaptação da pessoa em tratamento, implicando mudanças no estilo de vida e uma grande responsabilidade na gestão do regime terapêutico. A autogestão do regime medicamentoso envolve a capacidade da pessoa em tratamento compreender e seguir os ensinamentos clínicos, autoadministrar medicação corretamente e gerir os seus efeitos secundários. Esta capacidade é influenciada por diversos fatores, como a escolaridade, a literacia, a faixa etária, a consciencialização da doença e a vontade para a mudança. Pessoas com níveis mais elevados de escolaridade e literacia tendem a ter uma maior adesão ao regime medicamentoso, pois conseguem compreender melhor a importância do tratamento e as consequências da sua não adesão. A idade é outro fator que influencia a autogestão do regime medicamentoso. Pessoas mais velhas podem ter dificuldades em gerir o seu tratamento devido a problemas de saúde, dificuldades cognitivas ou falta de apoio familiar. A consciencialização da doença e a vontade de mudança são também fatores importantes na autogestão do regime medicamentoso. A pessoa em HD precisa de estar consciente da sua condição de saúde e das implicações da não adesão ao tratamento (Pinto, 2021).

### **Padrão Alimentar - Autogestão do regime dietético**

As restrições alimentares impostas pela DRC podem ser complexas e desafiadoras, dificultando a adesão da pessoa em HD. A dieta para pessoas com DRC em HD tem especificidades quanto às quantidades diárias de proteínas, potássio, fósforo, sódio e líquidos. A ingestão de proteínas deve ser ajustada de acordo com as necessidades individuais, enquanto o potássio, o fósforo e o sódio devem ser controlados para evitar complicações. A complexidade do regime dietético pode dificultar a adesão da pessoa, especialmente quando esta não compreende a importância das restrições ou não sabe como geri-las no dia a dia. A falta de conhecimento sobre a alimentação ideal e a dificuldade em adaptar as suas preferências alimentares à dieta prescrita podem ser obstáculos à autogestão. É fundamental que haja um trabalho conjunto com a pessoa em HD para a capacitar na autogestão do regime dietético. Isso inclui fornecer informações claras e personalizadas sobre a dieta, ensinar estratégias para lidar com as

restrições e adaptar as recomendações às preferências e necessidades individuais (Gomes, 2024; Vasconcelos 2021; Amaral, 2015).

### **Padrão de Exercício**

A DRC pode causar danos significativos no organismo, com consequências particularmente graves na capacidade cardiorrespiratória, provocando alterações a nível físico, relacionado com a atrofia muscular, miopatia e desnutrição. A HD pode condicionar a função pulmonar, resultando em dispneia e função muscular respiratória comprometida. A capacidade de exercício em pessoas em HD é consideravelmente inferior à de indivíduos saudáveis. O consumo de oxigénio em pessoas em HD é tipicamente metade do esperado para indivíduos saudáveis sedentários. Esta redução na capacidade de exercício pode ser atribuída à diminuição da força e resistência muscular, função pulmonar comprometida e alterações na composição corporal, como atrofia muscular e aumento da massa gorda (Coelho et al., 2006).

Apesar dos desafios, a evidência sugere que o exercício físico pode trazer benefícios para pessoas em HD. Programas de exercícios, incluindo treino de resistência e endurance, demonstraram melhorar a capacidade cardiorrespiratória, força muscular e qualidade de vida. No entanto, é essencial que os programas de exercício sejam adaptados às necessidades individuais e tolerâncias de cada pessoa, considerando fatores como comorbidades, estado nutricional e função cardiovascular (Oliveira, 2020; Coelho et al., 2006).

### **Volume de Líquidos**

O volume de líquidos é determinante para pessoas em HD, influenciando diretamente a qualidade e a esperança de vida. A incapacidade de eliminação eficiente de líquidos e o risco de complicações como o edema pulmonar e insuficiência cardíaca tornam a gestão de fluidos um desafio central nos cuidados. A avaliação do volume de líquidos, utilizando indicadores como edema, congestão pulmonar e outros sinais vitais, é essencial para direcionar intervenções eficazes e individualizadas. A importância da educação da pessoa e da comunicação eficaz com a equipa de saúde permite melhorar a adesão ao tratamento e otimizar os resultados (Fernandes et al., 2015).

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Volume de líquidos

12-11-2024 08:00

12-11-2024 08:00 - Sinal de Godet

12-11-2024 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

12-11-2024 08:00 - Peso: 121.90 Kg.

#### **12-11-2024 08:00 - Edema**

12-11-2024 08:00 - Localização do edema

12-11-2024 08:00 - Perna

#### **12-11-2024 08:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos**

12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

12-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-11-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

#### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 10-01-2025 08:00*

10-01-2025 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

*12-11-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 10-01-2025 08:00*

### Emoção

12-11-2024 08:00

12-11-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade.

#### **12-11-2024 08:00 - Ansiedade**

#### **12-11-2024 08:00 - Promover autocontrolo: ansiedade**

12-11-2024 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 10-01-2025 08:00*

10-01-2025 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com

a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

12-11-2024 08:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM]* 10-01-2025 08:00

12-11-2024 08:00 - *Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM]* 10-01-2025 08:00

12-11-2024 08:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade*

10-01-2025 08:00 - *Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.*

10-01-2025 08:00 - *Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.*

### **Autogestão do regime medicamentoso**

12-11-2024 08:00

12-11-2024 08:00 - *Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância*

12-11-2024 08:00 - *Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.*

### **12-11-2024 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

#### **12-11-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

12-11-2024 08:00 - *Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

#### **12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]**

10-01-2025 08:00

12-11-2024 08:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM]* 10-01-2025 08:00

10-01-2025 08:00 - *Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].*

12-11-2024 08:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM]* 10-01-2025 08:00

12-11-2024 08:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM]* 10-01-2025 08:00

### **Padrão alimentar**

12-11-2024 08:00

12-11-2024 08:00 - *Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.*

12-11-2024 08:00 - *Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.*

12-11-2024 08:00 - *Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.*

### **12-11-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético**

#### **12-11-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético**

12-11-2024 08:00 - *Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.*

12-11-2024 08:00 - *Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.*

12-11-2024 08:00 - *Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

12-11-2024 08:00 - *Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

**12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 10-01-2025 08:00*

*10-01-2025 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].*

*12-11-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 10-01-2025 08:00*

**12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [FIM] 10-01-2025 08:00*

*10-01-2025 08:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora [MELHOROU].*

*12-11-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [FIM] 10-01-2025 08:00*

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético*

*10-01-2025 08:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.*

*10-01-2025 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.*

**Padrão de exercício**

12-11-2024 08:00

*12-11-2024 08:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.*

*12-11-2024 08:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 10 horas.*

**12-11-2024 08:00 - Autogestão do regime de exercício**

**12-11-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

*12-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.*

*12-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.*

*12-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

**12-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal** [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:00

*12-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal [FIM] 10-01-2025 08:00*

*10-01-2025 08:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e*

- o peso corporal: facilitadora [MELHOROU].
- 12-11-2024 08:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM]* 10-01-2025 08:00
- 12-11-2024 08:00 - *Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal [FIM]* 10-01-2025 08:00
- 12-11-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício* 10-01-2025 08:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.
- 10-01-2025 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

#### 4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Ensinar sobre a importância da higiene regular no local da FAV
- Ensinar sobre hemorragia
- Ensinar sobre método de atuação em caso de hemorragia ativa no domicílio
- Fornecer material (compressas, penso adesivo, absorvente hemostático) de atuação em caso de hemorragia
- Ensinar sobre hematoma
- Ensinar sobre método de atuação em caso de hematoma
- Ensinar sobre vigilância de sinais inflamatórios
- Ensinar sobre vigilância de frémito e pulso
- Ensinar sobre método de atuação em caso de ausência de frémito e pulso

Ensinar sobre hemodiálise

- Avaliar conhecimento sobre a DRC
- Ensinar sobre DRC
- Avaliar conhecimento sobre TSFR
- Ensinar sobre TSFR
- Avaliar com a pessoa a melhor opção terapêutica para a DRC
- Avaliar conhecimento sobre HD
- Ensinar sobre HD
- Acompanhar a pessoa numa visita à sala de HD
- Fomentar o diálogo e a integração com pessoas que fazem HD na unidade
- Esclarecer dúvidas sobre o tratamento
- Incentivar momentos de reflexão sobre o tratamento

Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Avaliar disponibilidade para realizar exercício
- Garantir conforto da pessoa
- Ensinar sobre possíveis complicações

- Treinar exercícios de preensão com bola anti-stress
- Treinar exercícios de elevação do membro
- Treinar exercícios de rotação do pulso
- Treinar exercícios de flexão do cotovelo
- Aumentar gradualmente o tempo dos exercícios
- Realizar sessões de aproximadamente 10 min, duas a três vezes por dia
- Terminar as sessões com a monitorização do frémito e pulso

Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Ensinar sobre o objetivo de realizar exercícios de maturação da FAV
- Explicar a importância de realizar exercícios de maturação da FAV
- Instruir a realizar exercícios isotónicos
- Monitorizar evolução da FAV

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Ensinar sobre a importância da higienização regular do local da FAV
- Ensinar sobre a importância acrescida da higienização do membro da FAV antes de iniciar HD
- Ensinar sobre a importância de não usar roupas que possam garrotar o membro
- Ensinar sobre os riscos de possíveis traumas no local da FAV
- Ensinar sobre os riscos de monitorizar a TA no membro da FAV
- Ensinar sobre a importância de conservar o património vascular da FAV
- Explicar sobre a importância de manter hábitos saudáveis

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Incentivar a pessoa a identificar o motivo da ansiedade
- Promover momentos de diálogo e esclarecimento de dúvidas
- Auxiliar nas estratégias que promovam a diminuição da ansiedade
- Promover o envolvimento da família
- Promover o diálogo com pessoa em HD

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Explicar a importância de uma dieta saudável
- Explicar a importância da dieta na DRC
- Explicar a importância de manter uma TA controlada
- Explicar as complicações da HTA
- Explicar a relação entre a dieta e a HTA
- Analisar a dieta atual
- Definir metas alcançáveis para modificação de hábitos alimentares
- Monitorizar a TA regularmente
- Explicar a relação entre a HTA e a HD

Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

- Explicar a relação entre hábitos alimentares e o peso corporal
- Avaliar com a pessoa a ingestão calórica por dia
- Incentivar a procura de informação

- Definir metas alcançáveis de forma gradual
- Monitorizar o peso corporal regularmente
- Realizar testes de bioimpedância e composição corporal

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

- Explicar a relação entre o exercício físico e o peso corporal
- Avaliar o histórico de exercício físico
- Explicar a importância de se manter ativa
- Incentivar a prática de exercício físico
- Auxiliar na tomada de decisão para a prática de exercício
- Definir metas na perda de peso
- Elogiar e valorizar o esforço
- Monitorizar progressão

Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- Explicar a fisiopatologia da DRC
- Explicar as complicações da ingestão de líquidos em excesso
- Explicar que a ingestão de líquidos em excesso condiciona a qualidade da HD e da qualidade de vida
- Monitorizar o peso regularmente e relacionar com a quantidade de líquidos ingeridos
- Definir metas alcançáveis para a ingestão de líquidos
- Desenvolver estratégias para diminuir a sede
- Envolver familiares próximos neste processo
- Promover uma alimentação com baixo teor de sódio e açúcares
- Promover o diálogo com outras pessoas em HD

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

- Ensinar a identificar sinais de retenção de líquidos
- Explicar a relação entre a HD e a DRC
- Explicar que a HD não substitui a medicação
- Reforçar a importância da adesão à medicação
- Explicar a importância da reconciliação terapêutica

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

A DRC é uma condição complexa e progressiva que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. A progressão da DRC para o estágio 5, onde a função renal é significativamente comprometida, exige a implementação de uma TSF. Entre as modalidades de TSF disponíveis, a HD destaca-se como a mais utilizada, representando uma mudança significativa na vida das pessoas que a ela recorrem.

O início da HD conduz a uma série de desafios para a pessoa com DRC. As sessões de HD,

geralmente realizadas três vezes por semana, exigem um compromisso significativo de tempo e podem interferir com a vida profissional, social e familiar. A necessidade de um acesso vascular, como a FAV, implica um procedimento cirúrgico e cuidados específicos para garantir o seu bom funcionamento. As restrições alimentares e de ingestão de líquidos, bem como a necessidade de gerir a medicação e monitorizar os sintomas, exigem um elevado grau de autogestão. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental no apoio à pessoa com DRC em HD. A intervenção de enfermagem abrange uma vasta gama de domínios, desde a educação da pessoa e família sobre a doença, gestão de sintomas, gestão de complicações, gestão do tratamento, até ao apoio emocional.

A promoção da autogestão é um aspeto central da intervenção de enfermagem na pessoa com DRC em HD. O enfermeiro especialista capacita a pessoa a assumir um papel ativo no seu tratamento, incentivando a participação nas decisões, o autocuidado e a monitorização dos sintomas. A autogestão contribui para uma melhor adaptação ao tratamento, uma maior adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida.

Na unidade de diálise, tendo em vista atrasar a progressão da DRC para TSFR, aumentar a literacia em saúde da DRC, diminuir a taxa de indução de HD não programada, reduzir a taxa de hospitalização e uma gestão adequada do AV para HD foi criada em 2023 a consulta de DRA. Foi neste contexto que se iniciou este estudo de caso. No momento da consulta de DRA a SR<sup>a</sup> FC já tinha realizado consulta de esclarecimento de TSFR e teria optado pelo TR, mas por motivos de excesso de peso foi excluída temporariamente da lista de TR até conseguir diminuir o peso atual. Com o agravar da DRC e a necessidade cada vez mais urgente de iniciar uma TSFR optou por iniciar HD, tendo realizado cirurgia para construção de FAV em Maio de 2024, encontrando-se em maturação. No momento da consulta apresentava sinais de preocupação, verbalizando alguma ansiedade pois já teria sido informada que o início da TSFR estaria iminente devido ao agravamento da função renal.

Durante a consulta foi possível observar que a ansiedade estava relacionada com o início da técnica de HD e com questões profissionais, uma vez que é gerente de uma retrospectiva e o impacto que a ausência causaria no seu negócio e por consequência na sua vida familiar e na perda económica.

Tendo em vista a necessidade de iniciar HD e as dúvidas relativamente ao tratamento, foram realizadas várias sessões de esclarecimento, onde foi possível fazer visitas à sala de diálise, explicar o funcionamento dos monitores, o acesso vascular e fomentar o diálogo com outras pessoas que fazem tratamento há mais tempo. Este tipo de intervenção, que combina sessões de esclarecimento com visitas à unidade de diálise e interação com outras pessoas permitiu-lhe desmistificar o tratamento, reduzir o medo do desconhecido e promover a adaptação à nova realidade. O contacto com outras pessoas em HD proporcionou a oportunidade de criar uma rede de apoio, onde pôde partilhar experiências, dúvidas e emoções com pessoas que

compreendem a sua situação. Ao conhecer o ambiente da sala diálise, os equipamentos e o dia a dia do tratamento, sentiu-se mais informada e empoderada para tomar decisões e participar ativamente no seu tratamento. Numa tentativa de facilitar este processo construí o manual de integração da unidade de HD que pode ser consultado no Anexo I do relatório. A SR<sup>a</sup> FC foi a primeira pessoa a quem pude fazer uma demonstração do manual, tendo demonstrado que seria uma grande ajuda para pessoas em futuras situações clínicas semelhantes.

Um dos objetivos desta consulta é preparar a pessoa para iniciar HD através de FAV como AV, evitando a necessidade de colocação de um CVC para HD. As intervenções implementadas foram dirigidas para a avaliação e monitorização do acesso e para a educação e empoderamento da pessoa. A avaliação regular da FAV para detectar a presença de frémio palpável e de um sopro audível, a monitorização de sinais de infeção, avaliação do membro da FAV, verificação de sinais de estenose ou trombose, que podem comprometer a função da FAV. Foram realizadas várias sessões onde foi possível ensinar sobre as complicações da FAV e a sua prevenção, recorri a imagens para demonstrar algumas complicações. A visualização em fotografia tornou-se mais esclarecedora para a pessoa. Foram realizados treinos de exercícios de maturação da FAV que continuou no domicílio. No dia 30 de Dezembro de 2024 iniciou HD através da FAV sem intercorrências.

Desde que frequenta a consulta de DRA, desde cedo manifestou a vontade em ser transplantada, contudo pelo seu peso corporal, ainda não conseguiu entrar para a lista de TR. Quando questionada sobre essa preferência refere ainda a manter, mas desde 2023 que não consegue diminuir o peso corporal. Foram questionados os motivos que acharia que poderiam estar relacionados com esta situação. A alimentação e o sedentarismo foram identificados, um porque haveria a necessidade de fazer refeições rápidas, acabando por serem muitas ricas em hidratos de carbono, devido à facilidade de preparação e o sedentarismo, associado à atividade laboral. Em duas consultas, nas quais em uma, o marido estava presente, foi efetuado uma educação para a saúde sobre os riscos da obesidade para a saúde em geral e para a elegibilidade para o TR. Foram discutidas as opções de tratamento para obesidade, onde se destacou a importância na mudança no estilo de vida. Foi possível identificar a ansiedade como um fator precipitante para comer em excesso. Quando questionada sobre as coisas que lhe provocam sensação de relaxamento identificou a música e fazer caminhadas. Numa tentativa de negociação ficou combinado sempre que tiver um impulso relacionado com ansiedade, se possível, fazer uma caminhada e/ou ouvir música. Durante a primeira sessão de HD verifiquei que o peso estava ligeiramente inferior, quando perguntei a que se devia, disse que juntamente com o marido se inscreveu no ginásio e estava a fazer treino personalizado com um *personal trainer*. Após a consulta o marido incentivou a ida ao ginásio e acabaram os dois por tentar mudar os hábitos de sedentarismo. Relativamente à dieta tinha andado a evitar alimentos com alto teor calórico, mas algumas vezes sem sucesso.

Após o início de HD, houve uma diminuição franca da diurese (400ml/dia), edema dos membros

inferiores, quando questionada sobre o motivo desta diminuição tão repentina e inesperada foi possível perceber que tinha interrompido a medicação uma vez que estaria a fazer HD. Houve a necessidade de destacar a importância de manter a medicação habitual e que a HD não substitui a medicação. Foi reforçada a necessidade da adesão ao tratamento através da descrição dos riscos da interrupção da medicação e a importância para a sua qualidade de vida em manter a diurese. Após esta intervenção a diurese voltou ao habitual (aproximadamente 1000ml/dia). Este caso clínico evidencia a importância de uma comunicação clara e eficaz entre a equipa de saúde e a pessoa, bem como a necessidade de uma educação contínua sobre o tratamento prescrito. Após o início de HD, interrompeu a medicação habitual por acreditar que a HD substituiria a necessidade de fármacos, o que resultou numa diminuição significativa da diurese, resultando em edema nos membros inferiores. Este episódio destaca a relevância de assegurar que as pessoas compreendam que a HD é um tratamento complementar e não substitutivo da terapêutica farmacológica. A intervenção da equipa, que incluiu a explicação dos riscos associados à interrupção da medicação e na importância da adesão ao tratamento para a manutenção da qualidade de vida, permitiu a normalização da diurese. Este caso reforça a necessidade de monitorização contínua, especialmente após alterações no plano terapêutico, e sublinha o papel da educação da pessoa como ferramenta para promover a adesão ao tratamento e prevenir complicações evitáveis. Além disso, demonstra que o reforço positivo e o apoio emocional são estratégias eficazes para motivar a seguir as recomendações clínicas.

Durante as sessões de HD a HTA tornou-se um foco de atenção prioritário, em todas as sessões apresentava TA sistólica sempre superior a 180mmHg e diastólica entre 90mmHg e 120mmHg. Além da reconciliação terapêutica efetuada, houve necessidade de intervir ao nível da consciencialização para uma dieta saudável. Foi novamente alertada para os riscos de uma alimentação rica em sódio e as consequências que a HTA causariam na DRC e durante o tratamento. Queixas por cefaleias durante o tratamento aumentaram, provavelmente devido à HTA. Na última sessão que esteve presente na unidade de diálise a HTA ainda estava presente embora com tendência de descida TA sistólica entre 150-180mmHg e a TA diastólica entre 70-100mmHg. Não foi possível obter um resultado desta intervenção pois foi transferida para uma clínica de HD na zona de residência, onde lhe seria mais fácil as deslocações para o tratamento e poderia estar mais presente no local de emprego.

Este estudo de caso evidenciou a complexidade do acompanhamento da pessoa com DRC, desde a fase de pré-HD até ao início da TSFR. A abordagem de enfermagem especializada revelou-se importante para as diversas necessidades da pessoa, abrangendo desde a preparação para a TSFR até à gestão de comorbilidades e a promoção da autogestão.

A intervenção precoce na consulta de DRA permitiu um acompanhamento individualizado e a construção de uma relação terapêutica de confiança. Através de sessões de esclarecimento, visitas à unidade de diálise e interação com outras pessoas numa situação clínica semelhante, foi capacitada a lidar com a ansiedade e o medo associados ao início da HD.

A promoção da autogestão foi importante nesta transição, tendo sido incentivada a participar ativamente no seu plano de cuidados, desde a gestão da FAV até à implementação de mudanças no estilo de vida. A identificação de fatores como a ansiedade e o sedentarismo permitiu o desenvolvimento de estratégias personalizadas para as necessidades específicas da pessoa.

É também salientada a importância da monitorização e gestão de comorbilidades, como a HTA e a obesidade. A intervenção de enfermagem, combinando educação para a saúde, reconciliação terapêutica e acompanhamento regular, contribuiu para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida. Demonstra o valor da intervenção de enfermagem especializada no acompanhamento da pessoa com DRC em estadio 5. Através de uma abordagem holística e centrada na pessoa, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na promoção da adaptação à TSFR, na melhoria da qualidade de vida e no sucesso do tratamento.

O estudo de caso apresentado, possui algumas limitações inerentes à sua natureza. A análise deste caso específico pode não representar a diversidade de experiências encontradas na população que inicia HD. A generalização dos resultados para outros contextos e indivíduos deve ser feita com atenção, considerando as particularidades de cada situação. A recolha de dados e a interpretação dos resultados podem ter sido influenciadas por vieses, principalmente devido à relação terapêutica estabelecida com a pessoa, embora fundamental para a compreensão das suas vivências, pode ter condicionado a percepção e o registo de algumas informações.

Durante o estágio, alguns desafios foram encarados, como a necessidade de conciliar o acompanhamento das pessoas com as exigências do relatório de estágio. A gestão do tempo e das tarefas foram fundamentais para garantir a qualidade do trabalho desenvolvido. A complexidade das situações clínicas e a diversidade de respostas individuais à DRC exigiram uma adaptação constante das intervenções e uma atualização contínua dos conhecimentos.

## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A doença crónica representa um desafio crescente para a saúde pública em Portugal. Em 2023, 44,5% da população com 16 ou mais anos de idade referiu ter uma doença crónica, uma percentagem ligeiramente inferior à do ano anterior (44,7%), mas ainda assim preocupante. A doença crónica é mais frequente nas mulheres (47,7%) do que nos homens (40,9%) e afeta duas vezes mais a população idosa (71,1%), em comparação com a população com menos de 65 anos (34,1%). Esta prevalência coloca Portugal numa posição pouco invejável no contexto europeu, sendo um dos países com maior proporção de pessoas afetados por doenças crónicas. Há uma clara disparidade na distribuição das doenças crónicas entre diferentes grupos da população. As mulheres e os idosos são os grupos mais afetados, o que exige atenção particular no planeamento e implementação de políticas de saúde. Verifica-se uma forte relação entre condições socioeconómicas e saúde, com indivíduos com menor escolaridade e em situação de desemprego ou reforma a apresentarem maior probabilidade de diagnóstico de uma doença crónica (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2024).

Estes resultados reforçam a necessidade de uma abordagem abrangente para contornar o desafio da doença crónica em Portugal. As políticas de saúde não devem focar-se apenas no tratamento da doença, mas também em abordar os seus determinantes sociais, promovendo a equidade e o acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos. É importante investir em programas de promoção e literacia em saúde, capacitando as pessoas e as comunidades a fazerem escolhas informadas e a adotarem estilos de vida saudáveis. Só através de uma ação concertada e multifacetada será possível reduzir o impacto da doença crónica e melhorar a saúde e o bem-estar da população. Neste contexto evidencia-se o papel do enfermeiro especialista enquanto promotor da saúde, indo além do tratamento da doença e focando-se nos determinantes sociais, na promoção da equidade e no acesso a cuidados de saúde de qualidade, atuando como agente de mudança, através da capacitação da pessoa e comunidades a fazerem escolhas informadas e a adotarem estilos de vida saudáveis. Segundo o Regulamento nº429/2018 do Diário da República (2018), os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica são um tipo de cuidado contínuo, prestado em ambiente hospitalar, cuidados de saúde primários, domicílio e centros comunitários. Estes cuidados centram-se na prevenção da doença, promoção da saúde, através de hábitos de vida saudáveis, promoção a adaptação à doença e a adesão ao tratamento. O objetivo é capacitar a pessoa, a família e cuidadores a vivenciar a doença e melhorar a sua qualidade de vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2024), a doença crónica, é progressiva e resulta de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. A

progressão de doença crónica pode ter diversas consequências, limitando a saúde e a qualidade de vida da pessoa e família de formas complexas e variadas. É fundamental o papel do enfermeiro especialista no acompanhamento da transição de um estado de saúde para um estado de doença. O enfermeiro especialista ajuda a pessoa com doença crónica e a família a vivenciar a doença de forma mais informada e consciente, capacitando-os para o autogestão da doença, minimizando o efeito negativo na sua vida e promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

O desenvolvimento de competências é um processo gradual, dinâmico e contínuo, que envolve a aplicação de conhecimentos, habilidades e recursos, e que se desenvolve com a experiência prática e a reflexão sobre as melhores práticas. O modelo de aquisição de competências foi significativo na educação e na prática da enfermagem, ajudando a valorizar a experiência dos enfermeiros, a promover o desenvolvimento profissional e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa. O modelo de aquisição de competências de Benner (2001) descreve cinco níveis de desenvolvimento: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O nível de perito é alcançado com a experiência e a capacidade de reflexão crítica da prática clínica. O enfermeiro perito deve ser capaz de lidar com situações complexas e tomar decisões rápidas.

Segundo o Regulamento 140/2019 da OE, os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, possuem um conjunto de capacidades partilhadas, organizadas em quatro domínios. Esses quatro domínios de competências comuns formam a base para a atuação do enfermeiro especialista, capacitando-o a prestar cuidados de qualidade, liderar equipas, e contribuir para o avanço da enfermagem. Os quatro domínios são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O presente curso de MEMCAEPSC ambiciona desenvolver estas competências. Desta forma, o estágio configura-se como um momento fundamental para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.

## **Competências comuns do enfermeiro especialista**

### *Responsabilidade profissional, ética e legal*

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui uma base elementar na prática de enfermagem, em particular para o enfermeiro especialista. Este domínio de competências transcende as especificidades de cada área de especialização, refletindo a importância do enfermeiro especialista atuar de forma íntegra, responsável e em conformidade com os

princípios éticos e legais que regem a profissão. O enfermeiro especialista, enquanto perito na sua área, enfrenta desafios éticos e legais complexos, que exigem uma análise crítica, raciocínio clínico sólido e tomada de decisão informada e responsável. A responsabilidade profissional, ética e legal garante a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo a confiança e o respeito pela dignidade humana (Regulamento 140/2019, 2019).

O Código Deontológico da OE (2015), aborda a responsabilidade profissional, ética e legal dos enfermeiros, onde descreve os seus direitos e deveres, incluindo a obrigação de exercer a profissão com competência, respeito pela dignidade humana e saúde da população. Os princípios gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros incluem a liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Na relação profissional, os valores universais são a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o desenvolvimento profissional (Lei 156/2015 de 16 de Setembro, 2015)

Enfermeiros especialistas, como peritos nas suas áreas, enfrentam desafios éticos e legais complexos que exigem tomada de decisão informada e responsável para garantir a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados na pessoa. O Código Deontológico da OE e o Regulamento 140/2019, fornecem uma estrutura para a prática profissional, promovendo uma cultura de prática segura, eficaz e centrada na pessoa, construindo confiança e respeito pela dignidade humana.

O estágio na Unidade de Diálise, guiado pelo Código Deontológico da OE e o Regulamento n.º 140/2019, proporcionou uma oportunidade valiosa para desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Através da experiência prática na UD, foi possível desenvolver estratégias para lidar com dilemas éticos e tomar decisões informadas em situações complexas, tanto no cuidado direto à pessoa e à sua família, como na interação com a equipa multidisciplinar. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é essencial em todos os contextos da enfermagem, especialmente em áreas como a diálise, onde os avanços técnico-científicos e a complexidade dos cuidados exigem uma profunda reflexão ética, promovendo a excelência no cuidado à pessoa e a defesa da dignidade humana.

A pessoa com DRC vivencia vários momentos de transição saúde/doença, desde o momento do diagnóstico, até ao momento em que inicia uma TSFR. Autores como Pereira et al. (2013), concluem que uma grande parte de pessoas não sabem o que é a DRC nem têm conhecimentos sobre o seu tratamento, embora saibam da existência da HD. Estes dados alarmantes apontam para a necessidade urgente de aumentar a literacia em saúde da população sobre a DRC e as TSFR. A falta de informação pode resultar em diagnóstico tardio, progressão da doença e necessidade de tratamento mais invasivo. A DRC impõe profundas mudanças no estilo de vida das pessoas, incluindo restrições alimentares e de ingestão de líquidos, perda da liberdade e autonomia devido à necessidade de uma TSFR, e consequências financeiras significativas. As mudanças corporais, como alterações na pele, peso e cabelo, e a presença de uma FAV ou CVC

de HD, afetam a autoestima e a imagem corporal, resultando em constrangimento e dificuldades nos relacionamentos ou nas relações afetivas e familiares (Nascimento, 2023). É neste contexto que o enfermeiro especialista desempenha uma função fundamental na tomada de decisão, considerando os aspectos éticos, profissionais e legais intrínsecos aos cuidados especializados.

A pessoa com DRC estadio terminal, vivencia uma transição saúde/doença complexa e desafiadora, especialmente quando há a necessidade de opção por uma TSFR. Pereira et al. (2016), revela a fragilidade das pessoas neste processo de decisão, mencionando que a escolha da TSFR pode ser mais um reflexo de *lifesaving* do que uma opção ponderada da modalidade mais adequada, bem como a ansiedade e a insegurança em relação à TSFR podem ser causadas por medo de complicações e influência de outras pessoas que tiveram experiências negativas. Desta forma, para que as pessoas com DRC possam tomar decisões informadas e esclarecidas sobre seu tratamento, é fundamental que recebam informações claras e adequadas à sua literacia em saúde sobre as diferentes TSFR e suas implicações. A Norma 017/2011 da DGS, atualizada em 2012, destaca a importância de informar a pessoa sobre as diferentes TSFR e obter seu consentimento informado antes de iniciar qualquer tratamento.

Para dar resposta à Norma 017/2011 da DGS, atualizada em 2012, foi criada a Consulta de Esclarecimento sobre TTSFR, uma consulta autónoma com a participação exclusiva de enfermeiros da Unidade de DP. Como parte integrante do tratamento da DRC, tem como objetivo primordial capacitar a pessoa/família com o conhecimento necessário para tomar uma decisão informada e autónoma quanto à TSFR a ser seguida. Ao longo da consulta, além de se realizar uma avaliação global do conhecimento da pessoa sobre a doença e a TSFR, é delineado o panorama completo das opções terapêuticas disponíveis, detalhando cada técnica e as suas nuances. Isso inclui o TR, HD, DP e o TMC, elucidando os seus mecanismos de ação, benefícios, riscos e potenciais complicações. A informação é individualizada e tem em consideração o contexto clínico específico de cada pessoa. As vantagens, desvantagens e contraindicações de cada técnica são ponderadas em relação ao estado de saúde da pessoa e as suas comorbilidades, estilo de vida e preferências. A Consulta de Esclarecimento procura empoderar o pessoa com DRC, fornecendo-lhe as ferramentas para tomar decisões conscientes e alinhadas com seus valores e objetivos de vida, otimizando seu tratamento, adaptando-o às suas necessidades individuais.

Dada a complexidade desta consulta, quer pelo nível de conhecimento técnico-científico, quer pela capacidade comunicacional adaptada à individualidade de cada pessoa, surge o contributo do enfermeiro especialista, como promotor da autonomia da pessoa, da tomada de decisão informada e da educação em saúde. O enfermeiro especialista com um domínio profundo das diferentes modalidades de tratamento para DRC, incluindo os seus procedimentos, benefícios, riscos e potenciais complicações e sua capacidade de comunicar informações complexas de forma clara e acessível é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com a

pessoa/família. A identificação das necessidades individuais são essenciais para que se possa atuar de forma ética e profissional, respeitando a autonomia da pessoa/família e o seu direito à tomada de decisão, influenciando de forma positiva os resultados em saúde.

Durante a realização desta consulta, foram identificadas várias barreiras, que dificultam o acesso a todos os DRC em progressão para estadios terminal, nomeadamente o facto do acesso depender de uma referência médica. A partir do momento do diagnóstico, as pessoas com DRC são seguidas em consulta de nefrologia, sendo referenciadas para a consulta no momento em que é expectável a evolução da doença para estadios terminal, culminando muitas vezes em referências tardias e em consultas em que a pessoa já tem uma opinião previamente formada e por vezes enviesada pela opinião clínica. Para Rodrigues (2020), a concentração da oferta em HD em clínicas privadas e a falta de investimento no setor público pode indicar que a infraestrutura pública não está suficientemente desenvolvida, o que pode atrasar o encaminhamento de pessoas, refere também a necessidade de integrar as várias modalidades de tratamento, como a DP, se as pessoas com DRC são referenciadas apenas para HD devido à concentração de oferta nessa modalidade. A falta de investimento na DP assistida e no estatuto de cuidador informal pode levar à opção pela HD. Outra barreira é o excesso de informação que ao abrigo da Norma 017/2011 da DGS, atualizada em 2012, é fornecida à pessoa/família para um único momento de consulta, comprometendo a retenção de informação. O facto de a Consulta de Esclarecimento se tratar de um momento único pode comprometer a construção de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/família. O desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz entre enfermeiro e a pessoa DRC é fundamental para criar um ambiente de confiança e respeito mútuo, onde podem trabalhar e partilhar experiências em conjunto para atingir os melhores resultados em saúde e a uma melhor qualidade de vida da pessoa (McCormack & McCance, 2006).

A consulta de esclarecimento, embora com limitações, procura a individualização, de modo a compreender as necessidades, crenças e preferências de cada pessoa, impulsionando a qualidade, a humanização dos cuidados e o empoderamento (Melo et al., 2023). Num ambiente onde a privacidade, a confidencialidade e a transparência são garantidas, inicia-se com a avaliação do conhecimento da pessoa sobre sua condição de saúde, o que permite identificar necessidades de esclarecimento e oferecer respostas específicas, adaptando a comunicação à sua literacia, através de uma linguagem clara e fácil de entender. De forma a garantir a eficácia da transmissão de conhecimento é usada a técnica de *teach-back*, abrindo espaço para a partilha de dúvidas. A técnica de *teach-back* ajuda a pessoa a interiorizar informações importantes sobre seu diagnóstico ou tratamento, através da repetição e demonstração daquilo que reteve e o significado que lhe atribuiu, promovendo uma melhor compreensão e adesão ao tratamento (Fonseca, 2021).

Fonseca (2021), citando Shankar (2003), refere que entre 40% a 80% das informações fornecidas por profissionais de saúde são esquecidas pelas pessoas, adicionando o facto desta

consulta se realizar num momento único, com duração entre 60 a 90 minutos, surge a necessidade de colmatar esta lacuna na retenção de informação e garantir que a pessoa compreenda todo o processo e informações relevantes para a sua saúde e tratamento. Para tal, é realizada uma consulta telefónica com um intervalo de aproximadamente de uma semana. Além deste contacto telefónico é sempre sugerido que em qualquer momento pode regressar à unidade para esclarecer dúvidas que vão surgindo. Foi visível durante o estágio após a consulta e a posterior consulta telefónica as pessoas com DRC mantinham dúvidas sobre as diferentes modalidades de tratamento. Para tentar limitar este problema, nas primeiras consultas de DRA começamos por abordar questões relacionadas com a consulta de esclarecimento e as dúvidas ainda presentes. Este processo é conduzido de forma humanizada e ética, promovendo a tomada de decisão informada.

O atraso na referenciação para a consulta de esclarecimento será provavelmente a barreira com maior dificuldade em contornar, pois a sua referenciação depende exclusivamente do nefrologista. Alguns dos casos de referenciação tardia estão também relacionados com facto das pessoas desconhecerem a DRC, recorrerem aos serviços de saúde, por vezes numa estado avançado da doença sem seguimento médico prévio, as pessoas com DRC *crash landing*. O Despacho n.º 3618-A/2016 (2016), sobre o O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, tem como foco a educação para a saúde, literacia e autocuidados para capacitar os cidadãos a tomar decisões informadas sobre a saúde, com o intuito de tornar as pessoas mais autónomas e responsáveis pela sua própria saúde, pela saúde de quem delas depende e pela saúde da sua comunidade, promovendo acesso à informação qualificada sobre boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados. Neste contexto, tive a oportunidade de me envolver num projeto de educação para saúde na comunidade (Anexo I), onde a susceptibilidade para a DRC é maior, num lar de idosos (Fernandes et al., 2023), onde o objetivo é a educação e prevenção da DRC na comunidade, alertando para a importância da identificação precoce dos fatores de risco, sintomas iniciais e medidas preventivas para evitar a progressão da doença e as suas complicações.

Outra lacuna identificada foi a privacidade de uma pessoa em programa regular de HD. As salas de HD, são projetadas num ambiente de *open space*, o ideal para uma vigilância constante de várias pessoas em tratamento, no entanto a estrutura física não permite a privacidade, dificultando a manutenção da intimidade. De modo a minimizar este problema, existe uma grande preocupação e cooperação entre toda a equipa para criar estas condições, desde a utilização de barreiras físicas, à possibilidade de usar uma sala onde apenas existem dois postos de diálise.

A responsabilidade profissional, ética e legal, alicerçada no Código Deontológico da OE e no Regulamento nº 140/2019, assume-se como um fator fundamental na prática do enfermeiro especialista, especialmente em áreas complexas como a diálise. A atuação íntegra, a tomada de decisão informada e o respeito pela dignidade humana garantiram a prestação de cuidados

seguros, eficazes e centrados na pessoa. A complexidade da DRC e a TSFR exigem um enfermeiro especialista capaz de empoderar a pessoa/família na tomada de decisões informadas. A Consulta de Esclarecimento sobre TSFR, apesar de desafios representa um passo para a autonomia da pessoa. A superação de barreiras, como a referenciação tardia, exige um esforço conjunto na educação para a saúde e na promoção da literacia. Projetos de educação na comunidade e a adaptação dos espaços de diálise, como o projeto mencionado, demonstram o compromisso em melhorar a qualidade de vida das pessoas com DRC. Ao aliar conhecimento técnico-científico à comunicação eficaz e à ética profissional, o enfermeiro especialista, desempenha um papel importante na promoção da saúde, na defesa da dignidade humana e na otimização dos resultados em saúde das pessoas com DRC.

### *Melhoria contínua da qualidade*

Com base no Regulamento das competências comuns do enfermeiros especialista (2019), o enfermeiro especialista domina a melhoria da qualidade dos cuidados e deve assumir um papel ativo no apoio e desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governança clínica. Isso implica implementar práticas de qualidade, participar em programas de melhoria contínua e assegurar um ambiente terapêutico e seguro para as pessoas (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde é um plano estratégico que visa reduzir os danos evitáveis nos cuidados de saúde e melhorar a segurança das pessoas em todo o mundo. O Plano procura fortalecer a segurança da pessoa em todos os níveis de cuidados de saúde, desde o diagnóstico até o tratamento e o acompanhamento, com o objetivo de reduzir a probabilidade de danos durante a prestação de cuidados, oferecendo uma direção estratégica através de ações políticas sobre segurança e qualidade dos serviços de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Em consonância com este objetivo, a DGS elaborou o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026. O plano tem como objetivo principal a segurança da pessoa, com foco numa cultura de segurança, comunicação clara e práticas seguras em ambientes complexos. O Plano está estruturado em cinco pilares que sustentam os seus objetivos estratégicos. Os pilares representam áreas de foco para a melhoria da segurança da pessoa, e cada pilar engloba objetivos específicos que são alcançados pela implementação de ações definidas no plano. Os cinco pilares do PNSD 2021-2026 são a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Uma cultura de segurança robusta é fundamental para reduzir incidentes em ambientes de

saúde, criando um ambiente seguro para pessoas e profissionais. Esta cultura encoraja a aprendizagem com os erros e uma abordagem não punitiva, promovendo a responsabilidade. Uma análise eficaz de incidentes depende de notificações adequadas, e os líderes devem enfatizar a importância da notificação para os profissionais de saúde. O medo de culpa e retaliação, juntamente com a falta de tempo, excesso de trabalho e falta de experiência, podem impedir a notificação de incidentes (Alves & Albuquerque, 2019).

Portugal possui o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - o NOTIFICA, uma plataforma confidencial e não punitiva para notificação e gestão de incidentes em saúde, permitindo que cidadãos e profissionais relatem incidentes e promovam a aprendizagem e melhorias. O NOTIFICA é uma plataforma online desenvolvida pela DGS, com o objetivo de otimizar a notificação e gestão de incidentes de segurança do doente. O sistema permite que cidadãos e profissionais de saúde reportem incidentes de forma voluntária e anónima, com a garantia de confidencialidade e não punibilidade. Os dados recolhidos são utilizados para análise e gestão de incidentes, com o intuito de implementar medidas de melhoria e prevenir a ocorrência de novos incidentes (Norma n.º017/2022, 2022).

Embora a notificação de incidentes seja crucial para a segurança da pessoa e melhoria do sistema, os profissionais de saúde podem-se deparar com obstáculos que diminuem seu entusiasmo em participar desse processo. A falta de reconhecimento pelo tempo dedicado à notificação, a demora na análise dos casos reportados, a ausência de feedback sobre as medidas tomadas e as dificuldades em implementar as recomendações geradas a partir dessas análises podem gerar frustração e desmotivação (Almeida, 2024).

A notificação permite a identificação de falhas e erros nos processos de cuidados de saúde, possibilitando a implementação de medidas para evitar a repetição de incidentes. Através da notificação, é possível aprender com os erros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a segurança do pessoa, promovendo a transparência, incentivando uma cultura de segurança (Almeida, 2024).

Durante o estágio, tive a oportunidade de participar ativamente no sistema de notificação de incidentes da instituição, identificando potenciais riscos, através da notificação de incidentes e incentivando os colegas a fazerem o mesmo, através da divulgação da sua importância, de modo a promover a fortalecer uma cultura de segurança na equipa.

As auditorias são um componente essencial para a gestão eficaz e para a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde. Atuam como mecanismos de controlo e avaliação, assegurando a conformidade com as normas e regulamentos, otimizando o uso de recursos financeiros e promovendo a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. Ao identificar falhas nos processos e oportunidades de melhoria, as auditorias fornecem informações valiosas para que as instituições de saúde possam implementar medidas corretivas e preventivas, melhorando a qualidade e a segurança do pessoa. Ao analisar criticamente os resultados, as

auditorias estimulam uma cultura de segurança e qualidade dentro das organizações de saúde, incentivando a procura contínua por melhorias e a adoção de melhores práticas (Meira et al., 2021).

Na instituição, é prática recorrente em vários períodos ao longo do ano, a realização de auditorias internas à higiene das mãos. A auditoria é realizada por um enfermeiro especialista, interlocutor do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que dinamiza e atua como elo de ligação da equipa com a PPCIRA, possuindo as competências e o conhecimento necessários. O objetivo principal desta auditoria é promover a consciencialização e a adesão dos profissionais de saúde às práticas recomendadas de higiene das mãos, com o intuito de reduzir a disseminação de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. As principais vantagens da auditoria incluem a reflexão sobre as práticas individuais, o desenvolvimento de um ambiente de responsabilidade e a influência positiva entre a equipa (Carvalho et al., 2024). Tive a oportunidade de participar numa auditoria à higiene das mãos, onde a principal barreira encontrada foi o facto da equipa estar sensibilizada para este momento e saber que a presença de mais um elemento significa que a mesma esta a ocorrer, para minimizar foi feita a rotação entre o internamento e a unidade de diálise. Os resultados foram posteriormente comunicados à equipa em reunião de serviço, servindo como momento de reflexão sobre as melhores práticas.

A comunicação, surge como um pilar do PNSD 2021-2026, e destaca a sua importância na segurança da pessoa. O PNSD 2021-2026 visa otimizar a comunicação intra e interinstitucional, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados e adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e cuidador. A comunicação eficaz é essencial para garantir a segurança do doente, facilitando a coordenação entre profissionais de saúde e a transferência de informação.

As falhas de comunicação são apontadas como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos, especialmente durante a transição de cuidados, seja nas passagens de turno ou transferências de pessoas entre unidades. A comunicação ineficaz entre profissionais de saúde ou entre profissionais e pessoas, pode levar a erros, incidentes e, conseqüentemente, danos para a pessoa. A comunicação clara, completa e padronizada garante a segurança da pessoa e a qualidade em saúde (Pena & Melleiro, 2018).

A Norma nº 001/2017 de 08/02/2017, da DGS, tem o objetivo de definir e padronizar a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, garantindo a segurança do pessoa durante a transferência de responsabilidade de cuidados e informação entre profissionais de saúde. De forma a garantir a eficácia na comunicação a norma refere que deve ser aplicada a técnica *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation* (ISBAR), a mnemónica em inglês de Identificação, Situação, Antecedentes/Anamnese, Avaliação e Recomendações. A ISBAR é uma ferramenta de comunicação padronizada usada em saúde para

melhorar a clareza e eficácia na transmissão de informações sobre a pessoa e é especialmente útil em momentos de transição de cuidados, como admissão hospitalar, mudança de turno ou transferência entre serviços, para garantir que informações críticas sejam transmitidas de forma completa e concisa, minimizando o risco de erros e falhas de comunicação.

Várias barreiras podem dificultar a comunicação eficaz durante a transição de cuidados: enfermeiros com diferentes níveis de conhecimento e experiência podem ter dificuldades em comunicar eficazmente entre si, especialmente devido ao uso de vocabulário técnico; falta de confiança, enfermeiros com menor experiência ou conhecimento podem hesitar em fazer perguntas ou esclarecer dúvidas; competências de comunicação, a comunicação eficaz requer habilidades de comunicação oral e escrita; distrações e interrupções, o ambiente de trabalho é frequentemente sujeito a interrupções; a necessidade de transmitir informações de forma rápida e eficiente pode levar a omissões ou falta de clareza na comunicação; a ausência de um formato estruturado para as passagens de turno pode contribuir para a desorganização e a falta de clareza; uma cultura de trabalho que não valoriza a comunicação aberta pode dificultar a comunicação eficaz; a fadiga e o stress podem afetar a capacidade dos enfermeiros de se concentrarem (Alves & Veiga-Branco, 2024).

A realização da passagem de turno dentro da unidade de diálise apresenta dificuldades devido a interrupções frequentes, como alarmes de monitores de HD, a presença de outros profissionais, pedidos das pessoa a realizar tratamento. Apesar disso, a equipa de enfermagem manteve o compromisso de transmitir todas as informações relevantes, de forma clara, utilizando a técnica ISBAR de forma a garantir a continuidade e segurança dos cuidados.

O estágio permitiu participar ativamente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, em consonância com as competências do enfermeiro especialista e os objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026. A participação no sistema de notificação de incidentes e em auditorias internas à higiene das mãos, juntamente com a promoção de uma comunicação eficaz durante a transição de cuidados, contribuíram para fortalecer a cultura de segurança e a qualidade dos serviços prestados. A experiência adquirida durante o estágio permitiu o desenvolvimento de competências essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, em alinhamento com as diretrizes nacionais.

### *Gestão dos cuidados*

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), que define as competências comuns do enfermeiro especialista, refere-se ao enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados como aquele que faz uma gestão dos “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às

situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

Para a OE (2017), sobre a atribuição da responsabilidade de turno a um enfermeiro, destaca a importância da gestão de cuidados e competências de liderança, sugerindo que o enfermeiro especialista é o profissional mais qualificado para assumir esta função, devido à sua formação e competências em gestão. Na sua ausência, o parecer sugere que um enfermeiro de cuidados gerais possa ser designado como responsável de turno, desde que comprovada a sua competência para a função. O parecer conclui que a designação do enfermeiro responsável de turno deve ser clara, equitativa e baseada em competências, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Parecer Conjunto nº 01/2017 de 14 de junho, 2017, p.2).

O enfermeiro gestor é responsável por designar o enfermeiro responsável de turno, seguindo os critérios mencionados. Durante o período de estágio, essa prática geralmente era seguida, mas em situações onde não era possível designar o enfermeiro especialista, a responsabilidade era atribuída a um enfermeiro generalista experiente. Segundo o Regulamento nº101/2015 (2015), O enfermeiro gestor além das suas responsabilidades clínicas, assume um papel de liderança, supervisionando equipas de enfermagem e assegurando a qualidade dos cuidados prestados. A sua função estende-se para além da gestão de recursos humanos. É também responsável por implementar políticas e estratégias que promovam a melhoria contínua dos serviços de saúde, atuando como um elo entre a administração, os profissionais de saúde e as pessoas, assegurando a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento nº101/2015, 2015).

Dada a natureza especializada e complexa da intervenção do enfermeiro numa unidade de diálise, o desempenho de funções de gestão assegura a qualidade e a segurança da prática profissional. O Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro de 2018, destaca que uma gestão eficaz contribui para a melhoria dos cuidados e que consequentemente se reflete em ganhos em saúde. Para garantir essa efetividade, a OE define que essas funções devem ser exercidas por um Enfermeiro Especialista com, no mínimo, cinco anos de experiência profissional geral e dois anos de experiência específica em unidade de diálise (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

A unidade de diálise enfrenta vários desafios de gestão, devido a uma variedade de tratamentos específicos altamente especializados, como a HD, a DP, técnicas dialíticas contínuas, técnicas de aférese, apoio na colocação de CVC's de HD. O enfermeiro gestor tem o papel rigoroso de alocar profissionais com as competências adequadas a cada posto de trabalho, o que resulta na formação de equipas com competências específicas. A expertise em determinados procedimentos técnicos é concentrada em grupos específicos de profissionais, que são solicitados quando necessário. Alguns procedimentos, como as técnicas de aférese, são pouco frequentes e complexos, exigindo o desenvolvimento de competências avançadas de enfermagem. A atuação do enfermeiro especialista na gestão de procedimentos técnicos

complexos garante a qualidade, segurança e personalização do cuidado, além de supervisionar boas práticas, gerir riscos e promover a satisfação do pessoa e disseminação do conhecimento e desenvolvimento de competências na equipa.

A OE reconheceu a complexidade inerente à prática de enfermagem em diálise e, em 2023, criou a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise através do Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023). Esta competência acrescida vem reforçar a importância da especialização e do desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem para a prestação de cuidados de excelência neste contexto. Ainda durante o período de estágio foi-me atribuída esta competência pela OE (Anexo III).

O modelo de trabalho da unidade de diálise assenta numa filosofia de cuidados de saúde centrada no indivíduo, onde a pessoa é o foco principal da atenção e intervenção, onde o enfermeiro faz a gestão dos cuidados prestados. Este modelo proporciona uma assistência personalizada e adaptada às necessidades específicas de cada pessoa, reconhecendo a sua autonomia e promovendo a sua participação ativa no processo de cuidado. No método individual, um único enfermeiro assume a responsabilidade total por todos os cuidados pelas pessoas que lhe são distribuídas. O processo inicia-se com a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem, definição de prioridades, planeamento e implementação das intervenções e posterior avaliação das mesmas (Parreira et al. 2021). Na unidade de HD, a equipa de enfermagem utiliza o processo de enfermagem como guia para os cuidados prestados durante o tratamento dialítico. Cada enfermeiro é responsável pelos cuidados prestados a quatro pessoas em tratamento. O sistema de registo de intervenções de enfermagem é o SClínico, Nefrus e o suporte de papel. A necessidade de utilizar múltiplas plataformas para registo gera insatisfação e frustração na equipa de enfermagem, sendo percebida como um entrave à eficiência da gestão. Como resposta às diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2020-2030 e com o objetivo de solucionar esta questão, está em implementação um projeto de desmaterialização do papel. Neste contexto, participei no desenvolvimento de um sistema físico integrado, que consolida a prescrição médica da HD e o cartão de monitorização do tratamento em suporte informático. Esta iniciativa permitiu a eliminação integral de registos em papel, reduzindo não apenas o consumo de recursos físicos, mas também mitigando riscos associados à impossibilidade de desinfeção adequada de documentos em suporte físico, o que contribui para a prevenção de infeções.

O Plano Nacional de Saúde 2020-2030 é o primeiro plano de saúde em Portugal a abranger um horizonte temporal de uma década. Com foco na saúde sustentável, visa melhorar a saúde e o bem-estar da população ao longo da vida, através de um compromisso social para a saúde que preserva o planeta e não compromete a saúde das gerações futuras. O enfermeiro especialista pode liderar e implementar práticas sustentáveis, incluindo a gestão de resíduos, o uso eficiente de energia e a escolha de materiais ecológicos, com foco na educação e consciencialização da equipa sobre sustentabilidade ambiental. A colaboração entre enfermeiros, líderes e gestores

hospitalares é essencial para o desenvolvimento de um ambiente mais sustentável (Teixeira, 2024).

A gestão dos cuidados em diálise é uma área complexa e especializada, com impacto direto na saúde das pessoas. A OE reconhece a importância da especialização e define requisitos específicos para o exercício de funções de gestão neste contexto, nomeadamente o contributo de enfermeiro especialista. O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na gestão de cuidados, na garantia da qualidade e segurança da prática profissional, na personalização do cuidado, na gestão de riscos e na disseminação do conhecimento. Ao concluir este estágio, sinto que adquiri conhecimento sobre estratégias de liderança e gestão de cuidados, ferramentas essenciais para a busca da excelência no meu futuro exercício profissional.

### *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista procura desenvolver o conhecimento de si e a habilidade de comunicar de forma clara e objetiva, fundamentando sua prática clínica especializada de acordo com a prática baseada na evidência, conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019 (2019).

O investimento no desenvolvimento de competências individuais é fundamental para a atualização constante de conhecimentos e o fortalecimento do raciocínio crítico e reflexivo. A educação continuada deve ser priorizada, pois capacita o profissional a tomar decisões baseadas em evidências, contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem.

A DRC limita significativamente a vida das pessoas, desencadeando diversas mudanças. A necessidade de tratamento de TSFR restringe a autonomia e a liberdade, além de impor desafios financeiros e alterações físicas, afetando a autoestima e a imagem corporal, gerando constrangimento e dificuldades nos relacionamentos familiares e afetivos (Nascimento, 2023). Cuidar destas pessoas é desafiante, impondo uma dificuldade acrescida para dar resposta às necessidades emocionais da pessoa e família. Na DRC o enfermeiro especialista, precisa desenvolver competências aprofundadas na sua área de atuação, que inclui o conhecimento especializado e atualizado sobre a doença, procedimentos e tratamentos específicos, bem como o desenvolvimento de habilidades de comunicação e educação para fornecer informações claras e precisas à pessoa e família. A capacidade de liderar e gerir equipas, tomar decisões complexas e lidar com situações desafiadoras. O desenvolvimento profissional contínuo, através de formação, prática baseada na evidência e participação em eventos científicos, é fundamental para manter a atualização e desenvolver as competências do enfermeiro especialista (Rosa et al., 2022).

A realização de dois estudos de caso impulsionou o desenvolvimento de competências

profissionais ao promover uma análise profunda de situações de transição saúde/doença, o que permite desenvolver o pensamento crítico e a capacidade de resolução de problemas. Através de um caso prático, foi possível aprender a aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, a tomar decisões informadas e avaliação dos ganhos em saúde. A análise dos estudos de caso permitiu uma avaliação crítica da conceção de cuidados adotada, revelando os seus pontos fortes e áreas que precisam ser melhoradas nos cuidados à pessoa com DRC.

Um dos objetivos que me propus foi a realização de um evento científico denominado "II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia", um evento que teve início em 2024, com os alunos do MEMCAEPSC, no qual tive a oportunidade de colaborar. De forma a manter o evento foi meu objetivo de estágio organizar novamente este evento. A organização de um evento científico como as II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia faz parte do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista através da promoção e a atualização de conhecimentos técnicos e científicos. A partilha de pesquisas e práticas inovadoras, essenciais para a melhoria contínua dos cuidados em nefrologia constitui um elemento fundamental para a prática baseada em evidência, fomentando o desenvolvimento profissional e a excelência no cuidado ao pessoa com DRC.

Fortalece também, as habilidades de comunicação e *networking*, permitindo aos participantes interagir com especialistas e colegas, trocando experiências e estabelecendo colaborações. A organização deste tipo de eventos exige competências de planeamento, gestão e liderança, desde a conceção do programa científico (Anexo IV), até à logística do evento, proporcionando aos profissionais envolvidos um desenvolvimento holístico, consolidando a importância da formação contínua.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista é um processo contínuo, que abrange o conhecimento técnico e científico, habilidades de comunicação, liderança e gestão, bem como a capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão. A participação em eventos científicos como as "II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia" e a análise de estudos de caso são ferramentas valiosas para o desenvolvimento profissional, promovendo a atualização de conhecimentos, a partilha de experiências e a melhoria contínua da prática clínica. O investimento na educação continuada e na prática baseada na evidência é essencial para garantir a excelência dos cuidados de enfermagem e o bem-estar das pessoas com DRC.

### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica**

O aumento da esperança de vida potencia o aumento de doenças crónicas, o que acaba por ter uma repercussão significativa. Em Portugal, mais de 80% das mortes resultam de doenças

crónicas, como doenças cardiovasculares, HTA, DRC, DM e neoplasias. A doença crónica inclui doenças de longa duração associadas a diferentes graus de incapacidade. Essas doenças exigem adaptação física, mental, social, psicológica, emocional e espiritual. As pessoas afetadas necessitam diariamente de cuidados para manter a qualidade de vida. A prática de enfermagem especializada na pessoa em situação crónica oferece cuidados contínuos em diversos ambientes, como hospitais, domicílios e comunidades. Estes cuidados focam-se na prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis e adaptação ao regime terapêutico, onde o objetivo é capacitar pessoas, famílias e cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º429/2018, 2018).

### *Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica*

Face às dificuldades geradas pela vivência da doença crónica, o enfermeiro especialista tem uma posição fundamental, caracterizada pela necessidade de uma gestão eficaz face às limitações impostas pela condição de saúde. Ao mobilizar um conjunto de conhecimentos e habilidades especializadas, torna-se um elemento chave na resposta às complexidades inerentes à doença crónica. A sua intervenção inicia-se na identificação precisa das necessidades da pessoa e família/cuidador, onde a experiência lhe permite adotar as intervenções mais adequadas. Esta análise reconhece a natureza multidimensional da doença crónica. O enfermeiro especialista dedica-se à conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção individualizados. Estes planos são desenvolvidos em colaboração com a pessoa, adaptando-se às suas necessidades específicas, assegurando um acompanhamento contínuo e personalizado. A avaliação regular dos resultados obtidos é um aspeto fundamental, permitindo ao enfermeiro ajustar as estratégias de intervenção e garantir a sua máxima eficácia. Este processo dinâmico de avaliação e ajuste contínuo reflete a natureza progressiva da doença crónica. O enfermeiro especialista estabelece uma parceria de cuidado com a pessoa e família/cuidador, promovendo um ambiente de cuidado seguro e de qualidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com o intuito de desenvolver esta competência, foi definido o objetivo geral de estágio desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com DRC em processo de transição para TSFR, com os objetivos específicos de capacitar a pessoa e família/cuidador na tomada de decisão do seu tratamento e adquirir competências de comunicação e educação para a saúde, direcionadas para a pessoa e família/cuidador.

Para concretizar estes objetivos, a estratégia adotada foi concretizada através da realização das atividades concretizadoras: participar na consulta de esclarecimento, participar na consulta de DRA, desenvolver materiais informativos adaptados à literacia em saúde da pessoa com DRC,

criar um guia de recursos sobre apoios existentes na comunidade (anexo V), acompanhar pessoas com DRC e família/cuidador em visitas à unidade de diálise, acompanhar a pessoa com DRC nas primeiras sessões de HD, participar em reuniões multidisciplinares de discussão de casos clínicos.

A DRC é definida como a presença de lesão renal por um período igual ou superior a três meses, com ou sem diminuição da TFG, apresentando anormalidades estruturais ou funcionais dos rins (KDIGO, 2024). É classificada em 5 estadios tendo em conta a TFG e é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, que pode progredir para a fase terminal ou estadio 5, exigindo uma TSFR. As opções de tratamento incluem alteração de hábitos no estilo de vida, TR, HD, DP ou TMC (KDIGO, 2024). Segundo a SPN (2024) em 2023, a incidência de novos doentes a iniciar TSFR foi de 262,91 PMP, e a prevalência de doentes em TSFR foi de 2072,16 PMP, a região Norte de Portugal teve 657 novos doentes a iniciar TSFR, o que corresponde a 25% do total nacional, dados alarmantes, especialmente porque o local de estágio decorreu numa ULS da região Norte de Portugal, onde a incidência de novos casos de DRC é significativa.

A DRC exige mudanças nos hábitos e estilos de vida da pessoa, incluindo não fumar, fazer exercícios regularmente e seguir uma dieta saudável (KDIGO, 2024). Estas mudanças podem ter consequências emocionais e psicossociais significativas na pessoa com DRC. O acompanhamento e apoio contínuos à pessoa e à famílias/cuidador promove o autocuidado e fomenta a educação sobre a doença, opções de tratamento, decisão informada e processos posteriores, como o acesso de diálise (KDIGO, 2024).

O percurso de uma pessoa com DRC é frequentemente marcado por uma série de transições, que exigem uma adaptação constante e um acompanhamento especializado. Desde o choque inicial do diagnóstico, passando pelas fases de agudização que podem culminar em internamentos, até ao início de uma TSFR, ocorrem cenários complexos com desafios únicos, acentuando a necessidade do desenvolvimento de competências especializadas.

As mudanças significativas no estilo de vida e a adaptação a potenciais complicações e tratamentos podem representar um desafio considerável para a pessoa com DRC. A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis (2010), fornece uma ferramenta valiosa para compreender como as pessoas com DRC vivenciam e se adaptam a essas mudanças. A teoria descreve a transição como um processo que envolve a mudança de um estado de saúde para um estado de doença, desencadeada por vários eventos, incluindo mudanças na saúde. No contexto da DRC, as pessoas passam por múltiplas mudanças no estilo de vida, encarar complicações e tratamentos complexos. Essas transições podem ser desafiadoras e levar a sofrimento emocional, mas também podem levar ao crescimento e adaptação. A Teoria das Transições enfatiza que as transições são influenciadas por vários fatores, incluindo características individuais, recursos e apoio social. Ao aplicar a Teoria das Transições à DRC, o enfermeiro pode ter uma melhor compreensão dos desafios enfrentados pela pessoa e

desenvolver intervenções direcionadas para promover uma adaptação saudável. Isso pode incluir fornecer educação e aconselhamento, promover o autocuidado e garantir acesso a recursos de apoio. Ao reconhecer as várias transições vivenciadas pelas pessoas com DRC, o enfermeiro pode ajudá-los a vivenciar a sua condição e a melhorar a sua qualidade de vida. Os enfermeiros especialistas desempenham um importante papel para facilitar uma transição saudável para a pessoa com DRC. É essencial identificar estratégias para cuidar e apoiar as pessoas a alcançar resultados positivos durante as transições de saúde/doença, de modo a atingir a mestria. Sem o acompanhamento adequado, a pessoa com DRC pode desenvolver complicações devido à gestão inadequada do seu regimes terapêutico (Meleis, 2010).

Na Unidade de Diálise, as pessoas com DRC recebem apoio na tomada de decisão sobre o melhor tratamento de acordo com as suas crenças, valores e estilo de vida. A Consulta de Esclarecimento é uma consulta de enfermagem especializada, autónoma, que é realizada após encaminhamento médico. Durante o estágio tive a oportunidade de estar presente em várias consultas. O enfermeiro especialista atua como um educador e facilitador, fornecendo informações detalhadas sobre cada TSFR, os seus benefícios e desafios, e as potenciais consequências na qualidade de vida da pessoa. Este processo de educação e esclarecimento contribui para que o doente e a família se sintam empoderados e confiantes para tomar uma decisão informada sobre o tratamento mais adequado à sua situação.

O enfermeiro especialista utiliza as suas competências avançadas para promover a consciencialização da pessoa em situação crónica e a sua participação ativa no processo de tomada de decisão. A capacidade de comunicar de forma clara e empática, de adaptar a informação às necessidades da pessoa, e de criar um ambiente de confiança e respeito são essenciais para o sucesso de qualquer consulta. A comunicação deve ser adaptada à individualidade da pessoa, valorizando as suas crenças, e promovendo o diálogo e a troca de informações, estimulando a participação e partilha de sentimentos e preocupações (Pimentel et al., 2022). Com base nestes ideais, os enfermeiros especialistas explicaram a progressão da DRC, sintomas e sinais de alerta, opções de tratamento. A comunicação foi clara, adaptada à pessoa, mostrando empatia, aceitação e respeito. Durante a conversa, os enfermeiros mostraram interesse e disponibilidade para ouvir e entender as preocupações da pessoa. Isso criou um ambiente que encorajou a pessoa a partilhar seus sentimentos, dificuldades e medos, que foram reconhecidos como válidos, e permitiu que dúvidas fossem esclarecidas.

O envolvimento ativo da família/cuidador no processo de cuidado influenciam positivamente a recuperação e a qualidade de vida da pessoa. A educação em saúde direcionada a pessoa e à família/cuidador é fundamental para que possam adotar hábitos saudáveis, quando ambos estão informados e conscientes sobre a importância dos cuidados em saúde, tornam-se aliados no tratamento e na promoção da saúde. Além do ambiente familiar acolhedor e de apoio emocional, contribui para o bem-estar psicológico da pessoa, diminuindo o medo e a ansiedade, auxiliando na recuperação (Pimentel et al., 2022) e numa transição saudável. Na consulta de

esclarecimento, sempre que seja a vontade da pessoa, um familiar ou cuidador pode acompanhá-lo. Faz parte da consulta a demonstração prática da técnica de DP e a visita à sala de HD, onde há a possibilidade de diálogo e partilha de experiência com pessoas em TSFR.

A partilha de experiências entre pares de pessoas com DRC, é muito importante, pois as vivências são partilhadas, promovendo reflexões e discussões sobre o dia a dia com a doença. Essa troca de experiências contribui para a prevenção de comportamentos de risco, facilita a aproximação entre a equipa de saúde e a pessoa e cria um espaço de acolhimento e suporte para o esclarecimento de dúvidas ou medos (Souza et al., 2022).

No sentido de dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na DRC 2023-2026, através do Despacho 12635/2023, a unidade de diálise foi pioneira na criação da Consulta de DRA em 2023. A Consulta tem como objetivo primordial o retardar a progressão da DRC, prevenir complicações e conseqüentemente programar atempadamente uma transição para uma TSFR, permitindo uma transição saudável.

A consulta pretende melhorar a qualidade do cuidado através do aumento de tempo livre de diálise, diminuir o número de internamentos e reduzir as induções não planeadas de diálise em pessoas com DCR terminal e assegurar acesso individualizado ao tratamento, garantido que a pessoa tenha acesso personalizado às diferentes TSFR. Outra preocupação é a gestão do acesso para TSFR, desde o circuito para cirurgia de acesso para diálise, a sua vigilância e o início do tratamento.

A consulta de DRA destina-se à pessoa com DRC que já passou pela consulta de esclarecimento, com agravamento da função renal e se prevê que a curto prazo haja necessidade de iniciar uma TSFR. A consulta pretende melhorar a qualidade do cuidado através do aumento de tempo livre de diálise, diminuir as complicações e por sua vez o número de internamentos. Reduzir as induções de diálise não planeadas e assegurar acesso individualizado ao tratamento, garantido que a pessoa tenha acesso personalizado às diferentes TSFR. Outra preocupação é a gestão do acesso para TSFR, desde o circuito para cirurgia de acesso para diálise, a sua gestão e o início de tratamento. A pessoa com DRC é preparada para uma transição segura para HD, DP, TR ou TMC.

O enfermeiro especialista atua na implementação de intervenções direcionadas à transformação de comportamentos de risco através da promoção da literacia em saúde, capacitação da pessoa para o autocuidado e autogestão da sua doença. Este processo de educação é personalizado, o que pode ser desafiador devido às características individuais de cada pessoa, os seus sintomas, e possíveis declínios cognitivos e funcionais (KDIGO, 2024). O acompanhamento da implementação dessa consulta permitiu o desenvolvimento de competências avançadas de gestão da doença e liderança no cuidado integral e centrado na pessoa com DRC e a sua família/cuidadores.

A ausência de uma consulta de acolhimento à pessoa com DRC que inicia HD foi uma das lacunas identificadas na unidade de diálise, apesar do normal circuito de seguimento do DRC, consulta de nefrologia, consulta de esclarecimento e posteriormente a consulta de DRA ser uma etapa importante para o processo de transição da doença e tratamento. O sentimento mais comum que antecede a HD é o medo, como resposta natural a situações desconhecidas e potencialmente perigosas, como da agulha, do monitor, de complicações e até da morte (Braga et al., 2021). É importante que a pessoa que inicia HD tenha acesso a informações claras e precisas sobre o procedimento, no momento certo, para que possa vivenciar de forma saudável este processo. Para minimizar esta lacuna, desenvolvi um guia de acolhimento para pessoas que iniciam HD (Anexo I).

O guia aborda diversos aspetos importantes, como a equipa multidisciplinar, o turno de tratamento, informações sobre o monitor de HD, orientações sobre alimentação e restrição hídrica. Também fornece informações detalhadas sobre os cuidados com a FAV e o CVC de HD, além de abordar tópicos como a importância do controle do potássio, fósforo e sódio na dieta. As informações são apresentadas de forma clara e concisa, com ilustrações que facilitam a compreensão. O guia foi partilhado com um grupo de pessoas em HD com maior literacia em saúde, que o analisaram e forneceram *feedback*, considerando uma mais-valia para o serviço, elogiando a sua clareza, organização e abrangência. Eles destacaram a importância de ter acesso a informações detalhadas sobre o tratamento de HD de uma forma acessível e fácil de entender. Algumas pessoas em HD sublinharam a importância de acrescentar alguns aspetos do tratamento que no início do seu percurso suscitou dúvida, tendo sido aceites e acrescentadas no guia. O *feedback* positivo das pessoas com DRC reforça o valor, como um ferramenta de acolhimento e educação para pessoas que iniciam HD. Como material informativo para acesso à pessoa que inicia HD foi também validado pela equipa de enfermagem. Este projeto está em linha com as competências específicas do enfermeiro especialista em doença crónica, que incluem a capacidade de educar e aconselhar pacientes e familiares sobre a doença e o seu tratamento. Ao desenvolver este guia, procurei contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes com DRC no meu local de estágio. O guia de acolhimento foi implementado com sucesso e tem sido uma ferramenta valiosa para os pacientes que iniciam HD.

O estágio realizado na unidade de diálise permitiu o desenvolvimento de competências específicas para o acompanhamento da pessoa com DRC, nomeadamente na fase de transição para a TSFR. A participação ativa nas consultas de esclarecimento e DRA, a criação de materiais informativos e o acompanhamento próximo da pessoa com DRC e sua família/cuidador, contribuíram para a consolidação de conhecimentos e habilidades no cuidado a esta população. O desenvolvimento do guia de acolhimento para pessoas que iniciam HD demonstra a capacidade de intervenção e resposta às necessidades identificadas no serviço. A experiência adquirida permitiu uma compreensão mais profunda da DRC e dos seus desafios, bem como a

importância do papel do enfermeiro especialista em facilitar a transição da pessoa com DRC para a TSFR, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

*Maximiza o Ambiente Terapêutico em Articulação com a Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica*

Para desenvolver esta competência específica, implica que o enfermeiro especialista saiba gerir o risco e o ambiente de forma a proporcionar cuidados especializados, ajustando as suas ações para garantir a segurança da pessoa sob seus cuidados. Isso inclui diagnosticar precocemente complicações, promover planos de adaptação e transição, incentivar a adesão ao regime terapêutico e controlar os sinais e sintomas da doença crónica. O enfermeiro especialista também deve gerir o ambiente para evitar eventos adversos, promover a cultura de segurança e tomar medidas para prevenir riscos clínicos e não clínicos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A doença DRC é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, levando a múltiplas complicações que afetam a saúde da pessoa (Pinto, 2020). No estadio 5 ou estadio terminal, a TFG cai para <15 mL/min, e a pessoa geralmente precisa de uma TSFR para sobreviver (Ethier, et al. 2024). O enfermeiro especialista é essencial na gestão e tratamento de pessoas com DRC, intervém na avaliação e monitorização da pessoa, incluindo sinais vitais, função renal e ingestão de fluidos, gestão medicamentosa, educação do pessoa sobre a DRC, o seu tratamento, autogestão da doença e como suporte psicossocial para pessoas e famílias para vivenciar a doença (Pinto, 2020).

No contexto da doença crónica, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na maximização do ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores. Esta competência específica implica a capacidade de gerir riscos e o ambiente de forma a proporcionar cuidados especializados e seguros. Isso inclui o diagnóstico precoce de complicações, a promoção de planos de adaptação e transição, o incentivo à adesão ao regime terapêutico e o controlo dos sinais e sintomas da doença crónica.

Várias complicações podem surgir com a DRC, desde a acidose metabólica, anemia, doença óssea, calcificação vascular, doença cardiovascular, HTA, infeções e problemas de saúde mental. Estas complicações podem resultar em múltiplos internamentos, ou em casos mais graves, em morte (Leon & Tangri, 2020). Isto reflete a importância de intervenção precoce na identificação de complicações, intervindo na transição da saúde/doença, de forma a promover empoderamento da pessoa na doença e no tratamento.

De forma a adquirir competências na maximização do ambiente terapêutico em articulação com

a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica foram delineados os objetivos específicos aprofundar conhecimentos sobre as diferentes TSFR, de desenvolver competências enquanto agente facilitador no processo de transição saúde/doença na fase de indução de uma TSFR. De forma a cumprir estes objetivos foram realizadas dois estudos de caso, ambos os casos envolvem um DRC em início de uma TSFR, o que permitiu acompanhar de forma integral a transição saúde/doença e atuando na maximização do ambiente terapêutico.

O primeiro estudo de caso descreve a experiência um homem de 56 anos com DRC que inicia o tratamento com DP. O estudo detalha o processo de transição do Sr. PR, desde o diagnóstico da DRC até o início da DP, destacando os desafios físicos, psicológicos e sociais que ele enfrenta, descrevendo as intervenções avançadas de enfermagem implementadas para o ajudar a vivenciar o processo de saúde/doença para uma nova a sua condição e a adaptar-se ao tratamento com DP. O segundo estudo de caso descreve a experiência de uma mulher de 39 anos com DRC que inicia o tratamento em HD. O estudo detalha o processo de transição, desde o diagnóstico da DRC até o início da HD, destacando os desafios físicos, psicológicos e sociais que ela enfrenta. O estudo também descreve as intervenções de enfermagem implementadas para a ajudar a adaptar-se ao tratamento com HD.

Através de uma avaliação abrangente e da implementação de intervenções individualizadas, fui capaz de ajudar na transição, ultrapassando os desafios da DP e adaptando-se ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida. O segundo estudo de caso, que acompanha a Sra. FC, de 39 anos, na sua transição para a HD, demonstra como pude atuar na maximização do ambiente terapêutico, intervindo em diversos domínios, como emoção, padrão alimentar, padrão de exercício e volume de líquidos.

Os dois estudos de caso demonstram a importância da atuação do enfermeiro especialista na maximização do ambiente terapêutico para a pessoa DRC em transição para uma TSFR. Através de uma intervenção abrangente e individualizada, o enfermeiro pode ajudar a pessoa e família/cuidadores a lidar com os desafios da doença e do tratamento, promovendo a sua adaptação, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O estágio realizado na Unidade de Diálise desta ULS proporcionou uma experiência rica e valiosa, com um enorme desenvolvimento de competências essenciais para a prática de enfermagem especializada em contexto da DRC. A unidade de diálise permitiu-me contactar com a realidade complexa e multifacetada da DRC, aprofundar conhecimentos sobre as diferentes TSFR e desenvolver as minhas capacidades de intervenção e apoio à pessoa com DRC e a sua família/cuidadores.

A participação ativa nas consultas de esclarecimento e consulta de DRA permitiu-me desenvolver competências de comunicação e educação para a saúde, essenciais para capacitar a pessoa com DRC e família/cuidadores na tomada de decisão informada sobre o tratamento, bem como, a criação de materiais informativos, como o guia de acolhimento para pessoas que iniciam HD, demonstra a minha capacidade de resposta às necessidades identificadas no serviço e o meu compromisso em contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O acompanhamento próximo da pessoa com DRC nas primeiras sessões de HD e a participação em reuniões multidisciplinares de discussão de casos clínicos contribuíram para a consolidação de conhecimentos e habilidades no cuidado a esta população. A análise de estudos de caso permitiu-me aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, tomar decisões informadas e avaliar os resultados das minhas intervenções, promovendo uma compreensão mais profunda da DRC e dos seus desafios.

A experiência na unidade de diálise permitiu-me desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do contacto com dilemas éticos e da necessidade de tomar decisões complexas em situações desafiadoras. A participação no sistema de notificação de incidentes e em auditorias internas à higiene das mãos, juntamente com a promoção de uma comunicação eficaz durante a transição de cuidados, contribuíram para fortalecer a cultura de segurança e a qualidade dos serviços prestados.

O estágio proporcionou também uma oportunidade valiosa para desenvolver competências de gestão de cuidados, através da observação e participação na gestão da unidade e na organização da equipa de enfermagem. A organização das "II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia" permitiu-me desenvolver competências de planeamento, gestão e liderança, consolidando a importância da formação contínua e da partilha de conhecimentos.

O estágio na unidade de diálise desta ULS proporcionou-me uma experiência enriquecedora e um desenvolvimento significativo de competências essenciais para a prática de enfermagem

especializada em contexto de DRC. Sinto-me mais confiante e preparado para exercer a minha profissão com um elevado nível de profissionalismo, ética e compromisso com a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, A., & Antunes, B. (2021). Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a ajuda decisional e os apoios de tomada de decisão. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 10(1), 203-223  
<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.621>

Almeida, B. (2024). *Notificação de Incidentes de Segurança: Percepção dos Enfermeiros de Perioperatório* [Tese de Mestrado, ESSCVPN]. Repositório Comum  
<http://hdl.handle.net/10400.26/53336>

Alves, M., & Albuquerque, G. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895-2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>

Alves, C. & Veiga-Branco, A. (2024). Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência: percepção dos enfermeiros. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*. ISSN 0873-3015. 14e, p. 1-9  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/7ea260cb-db48-44ff-a51a-57dc303729f4>

Amaral, A. (2015). *Avaliação da Ingestão Alimentar de Idosos em Hemodiálise*. [Dissertação de Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde - Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/7279>

Bastos, G., Bregman, R., Kirsztajn, M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da associação médica brasileira*, 56, 248-253.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>

Batista, M., Moreira, L., Pessoa, E., Ferraz, S., Roza, A. (2017). Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 280-286. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700042>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (3ª edição). Quarteto Editora.

Bernardo, C. & Pereira, G. (2024). Doença renal crônica e hemodiálise: desafios e impacto na qualidade de vida. *Ciências da Saúde: Investigação e Prática*. Vol II 69-92  
[http://doi.org/10.37572/EdArt\\_2910242845](http://doi.org/10.37572/EdArt_2910242845)

Borges, G., Júnior, L., Silva, G. (2024). Acesso vascular usado na hemodiálise e seus principais

cuidados. *Revista ibero-americana de humanidades, ciências e educação*, 10(9), 2907-2918.

<https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15723>

Braga, H., Borges, P., Silva, T., Vitor, R., Gomes, J., Paula, M. (2021). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Terra & Cultura: Cadernos De Ensino E Pesquisa*, 37(especial), 157-174 <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>

Carvalho, C., Moitinho, B., Ravagnani, F., Urquiza, S., Schweller, A., Silva, L., Psaltikidis, M. (2024). Auditoria de higiene das mãos: refletindo para refletir. *SIMTEC-Simpósio dos Profissionais da UNICAMP*, (9), <https://doi.org/10.20396/simtec.n9.11351>

Castro-Santos, D. (2022). Abordagem fistula first: ainda válida?. *Brazilian Journal of Nephrology*, 44, 608-608 <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-U001>

Coelho, M., Castro, M., Tavares, A., Abreu, B., Glória, D., Duarte, H., Oliveira, D. (2006). Efeitos de um programa de exercícios físicos no condicionamento de pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 28(3), 121-7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-608330>

Cohen, G. (2020). *Immune dysfunction in uremia 2020*. *Toxins*, 12(7), 439. <https://doi.org/10.3390/toxins12070439>

Cortés Aguilar, M. (2023). Catéter Tenckhoff para el cirujano general: aspectos teóricos y técnica quirúrgica abierta. *Acta médica Grupo Ángeles*, 21(2), 146-150 <https://doi.org/10.35366/110261>

Costa, S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 234-251 <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>

Cunha Pires, M., Mâcedo, H., Villegas, S. (2023). A rotina do enfermeiro na assistência ao paciente em diálise peritoneal: Uma revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico - ISSN 2525-8508*, 9(2). Recuperado de <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/pkcroraima/article/view/2132>

Curtin, B., Johnson, K., Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: insights from long-term patients. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(6), 615-624. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15686325/>

Decreto-lei n.º 26/2019, de 6 de fevereiro, da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: Série 2. Acedido a 3 Outubro 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Decreto-lei n.º 35/2018, de 16 de julho, da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: Série 2. Acedido a 3 Outubro 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Decreto-Lei n.º 71/2019 da Presidência de Conselho de Ministros. (2019). Diário da República: I Série, n.º 101/2022. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Despacho nº12635/2023 de 11 de Dezembro do Gabinete da secretária de estado da promoção da saúde. (2023). Diário da República: II Série, nº237/2023. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>

Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República n.º 49/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-03-10, páginas 8660-(5) a 8660-(6). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3618-a-2016-73833508>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para todo@s*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt>

Ethier, I., Hayat, A., Pei, J., Hawley, C., Francis, R., Wong, G., Craig, J., Viecelli, A., Htay, H., Ng, S., Leibowitz, S., Johnson, D., Cho, Y. (2024). Peritoneal dialysis versus haemodialysis for people commencing dialysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 6. Art. No.: CD013800. DOI: 10.1002/14651858.CD013800.pub2.

Fazendeiro, J. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (2011). Coimbra, Almedina, Fresenius Medical Care.

Fernandes, A., Duarte, D., Lima, Q., Barbosa, B., Rodrigues, F., Lopes, B., Oliveira, G. (2023). *Epidemiologia, alterações metabólicas e recomendações nutricionais na Doença Renal Crônica*. Editora Licuri, 81-104 <https://doi.org/10.58203/Licuri.202735>

Fernandes, D., Silva, A., Dantas, M., Paiva, N., Araújo, A., Lira, C. (2015). Pacientes em hemodiálise com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo: aspectos socioeconômicos e clínicos. *Cogitare Enfermagem*, 20(1), 161-70. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i1.37627>

Ferreira, M., Salgueiro, A. B., Estrada, J., Ramos, J., Ventura, L., Vale, M. C., & Barata, D. (2008). Lúpus Eritematoso Sistémico. *Acta Médica Portuguesa*, 21(2), 199-204. <https://doi.org/10.20344/amp.768>

Ferreira, R., Sampaio, C., Castro, S., Lima, C., Mendonça, N., Lopes, N. (2024). Complicações intradialíticas e motivos da suspensão da sessão de hemodiálise. *Cadernos ESP*, 18(1), e1871-e1871. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v18i1.1871>

Fonseca, M. (2021). As Competências dos profissionais de saúde ao serviço do envelhecimento saudável: O uso da técnica Teach-back como promotor de literacia em saúde. *Jornal De Investigação Médica (JIM)*, 2(2), 077-093. Pereira, L. (2024). <https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.422>

- Galvão, A. (Coord.) (2024). Registo nacional de doença renal crónica 2023. Gabinete de registo da doença renal crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.  
[https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento\\_doenca\\_terminal/registo-nacional-de-doenca-a-renal-cronicav4-apresentacao-dmr.pdf](https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/registo-nacional-de-doenca-a-renal-cronicav4-apresentacao-dmr.pdf)
- Gomes, F. (2024). *A pessoa com compromisso renal em programa regular de hemodiálise: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. [Tese de Mestrado, ESEP]. Repositório Comum.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/52141>
- Guerra, M. (2022). *A intervenção do enfermeiro especialista na promoção da viabilidade tecidual da pessoa com doença renal crónica*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum. Disponível em:  
<http://hdl.handle.net/10400.26/43287>
- Guyton, A. & Hall, J. (2017). *Tratado de Fisiologia Médica (13th ed.)*. Elsevier.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplement*, 105(4S), S117-S314.  
<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Proceda à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I serie*, n.º 181 (16-09-2015) (8059-8105).  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Leon, S. & Tangri, N. (2020). Acidose metabólica em pacientes com doença renal. *Brazilian Journal of Nephrology*, 42, 266-267.  
[https://www.scielo.br/pdf/jbn/2020nahead/pt\\_2175-8239-jbn-2020-0139.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbn/2020nahead/pt_2175-8239-jbn-2020-0139.pdf)
- Leone, D., Neves, A., Prado, R., Castro, E. (2021). Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem-estudo de método misto. *Escola Anna Nery*, 25(3), e20200334. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0334>
- Martínez-Urbano, J., Rodríguez-Durán, A., Parra-Martos, L., & Crespo-Montero, R. (2022). Análisis del tratamiento conservador en el paciente con enfermedad renal crónica terminal: revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 25(2), 114-123.  
<https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022012>
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 472-479. <http://doi.org/10.1111/j.13652648.2006.04042>

- Meira, S., Oliveira, A., Santos, C. (2021). A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. *Brazilian Journal of Business*, 3(1), 1021-1033.  
<https://doi.org/10.34140/bjbv3n1-058>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Melo, M., Silva, I., Freitas, L., Mesquita, S., Sonenberg, A., Costa, I. (2023). Enfermeiro de Prática Avançada da Família: estudo exploratório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20220362. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0362en>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Disponível em:  
[https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- MOTTA, V. T. (2009). *Rim e Função Renal. Bioquímica Clínica: Princípios e Interpretações*, volume 16, 246-271. Disponível  
<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-castelo-branco/bioquimica-clinica/rim-e-funcao-renal/4402405>
- Müller, J. & Ponce, D. (2022). Complicações infecciosas e mecânicas relacionadas à diálise peritoneal de início planejado vs. não planejado: um estudo de coorte. *Brazilian Journal of Nephrology*, 45, 27-35. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0287pt>
- Nascimento Morais, C. & Ferreira, S. (2024). Cuidados de enfermagem com a fístula arteriovenosa em pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Liberum accessum*, 16(2), 122-131. <http://doi.org/10.29327/2417778>
- Nascimento, B. (2023). *Implicações da doença renal crônica na vida do paciente após o diagnóstico* [Tese de Doutorado, ESSCVPN]. Repositório Apps. Disponível em:  
<https://repositorio.apps.uern.br/xmlui/handle/123456789/376>
- Norma n.º 017/2011 atualizada a 14 de junho. (2012). *Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Direção-Geral da Saúde. (14-06-2012). (1-35).  
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>
- Oliveira, A. (2020). *Efeito do Treinamento Aeróbico na Qualidade de Vida de Pacientes em Terapia Renal Substitutiva* [Tese de Mestrado, Universidade de Franca].  
<https://repositorio.cruzeirosul.edu.br/handle/123456789/1876>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. *Cadernos OE*, Série 1, n9. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal – um passo*

para a autonomia da pessoa. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia\\_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf)

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pasqualotto, A. (2023). *Indicações de diálise peritoneal no século XXI: uma revisão sistemática*. [Tese de Especialização em Nefrologia - HCPA] <http://hdl.handle.net/10183/255782>

Pereira, E., Chemin, J., Menegatti, C. L., & Riella, M. C. (2016). Escolha do método dialítico-variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. *Brazilian Journal of Nephrology*, 38, 215-224. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160031>

Pereira, L. (2024). *Necessidades dos Cuidadores Informais da Pessoa em Hemodiálise*. [Tese de Mestrado, ESSCVPN]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/53323>

Pereira, L., Santos, S., Mesquita, A., Bêco, F., Aguiar, E., Elmiro, F., Paiva, J. (2024). Cuidados de enfermagem com fístula arteriovenosa. *Research, Society and Development*, 13(4), e5113445514-e5113445514. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45514>

Pimentel, V., Sousa, M., Mendonça, A. (2022). Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32, e320316. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>

Pinto, N. (2020). *Regime Medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: contributos dos enfermeiros para a adesão* [Tese de Mestrado, ESEP]. Repositório Comum. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/36037>

Prontuário terapêutico online. Infarmed.pt. Obtido 26 de Novembro de 2024, de <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>

Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 48/2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>

Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023). Cria o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise e estabelece o respetivo regime de atribuição. Diário da República II serie, n.º 221 (15-11-2023) (142-154). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/1226-2023-224292442>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros. (2014). Diário da República: II Série, n.º 233/2014. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/12/233000000/3024730254.pdf>

Rodrigues, A. (2020). *Consulta pública a relatório sobre as condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal*. Autoridade da Concorrência. Disponível em: <https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-media/Contributo%2520Dra.%2520Anabela%2520Rodrigues.pdf>

Rosa, C., Carvalho, A., Barja, P. (2022). Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57).  
<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. SCLínico. Obtido 26 de janeiro de 2025, de . ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0685-2. Disponível em:  
<https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Silva Neres, L., Lima, F., Xavier, P., Machado, V. (2023). Hemodiálise e sofrimento psíquico: ansiedade e depressão em pacientes com doença renal crônica. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 11(2). <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v11i2.1647>

Souza, K., Oliveira., Aparecida P. (2022). A sala de espera com a psicologia como lugar de suporte ao familiar cuidador do paciente renal crônico em hemodiálise: um relato de experiência. *HU Revista*, 47, 1-7. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2021.v47.35562>

Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Brazilian Journal of Nephrology*, 36, 325-331.  
<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>

Teixeira, M. (2024). *Sustentabilidade ambiental no bloco operatório: contributo dos enfermeiros perioperatórios*. [Tese de Mestrado, ESSNCVP] . Repositório Comum. Disponível  
<http://hdl.handle.net/10400.26/51397>

Teixeirenses, M. & Araújo, V. (2024). Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(10), e75290-e75290. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n10-187>

Vasconcelos, M., Fernandes, H., Silva, E., Oliveira R., Sena, D., Lopes, V., Firmino, L. (2021). Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. *Research, Society and Development*, 10(6), e28610615891-e28610615891. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15891>

Vascular Access Work Group. (2006). Clinical practice guidelines for vascular access. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 48, S248-S273.  
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.04.029>

World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. Geneva, 2024. Disponível em:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> , acedido 17

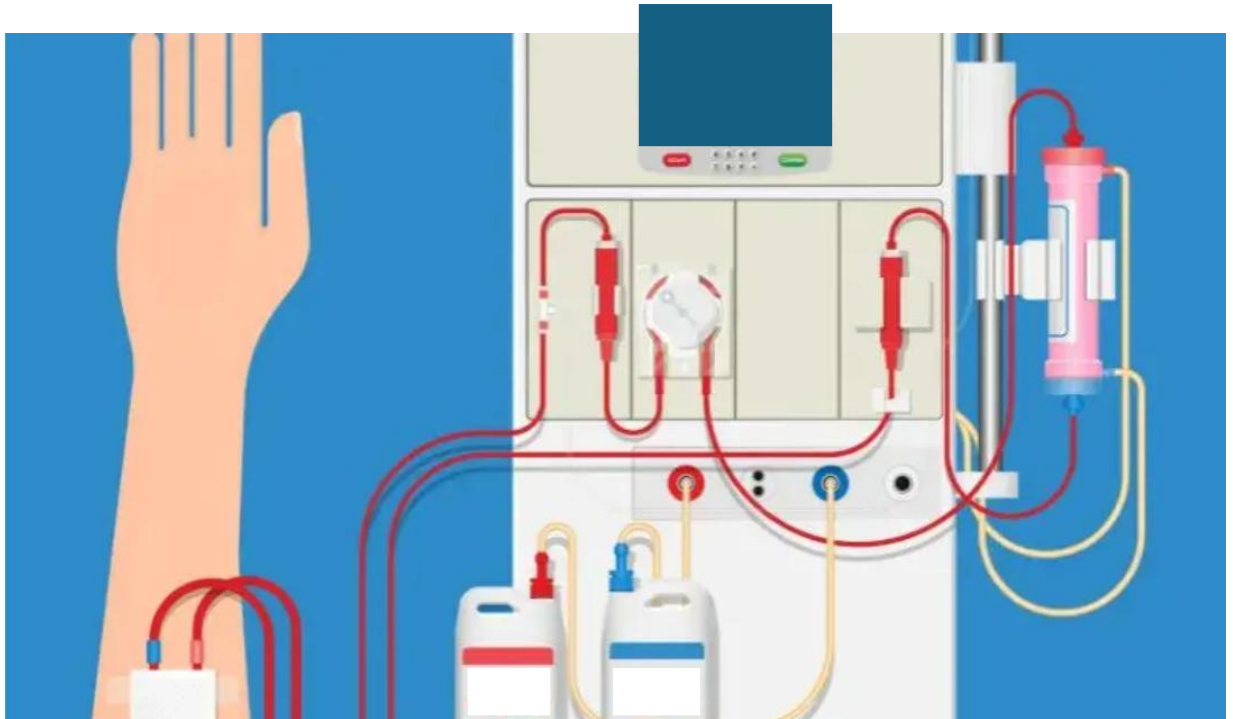
janeiro 2025.

## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**





## Guia de Acolhimento

---

Unidade de Hemodiálise

Unidade Local de Saúde [REDACTED]

**ESS**  Norte

# Bem-Vindo(a)

Começar o tratamento de hemodiálise representa uma grande mudança na sua vida.

É natural que gradualmente se vá adaptando às sessões de hemodiálise, e nós estamos aqui para ajudar neste processo.



O nosso objetivo é garantir um tratamento de qualidade, com uma boa comunicação entre si e a nossa equipa.

Esclareça todas as suas dúvidas e preocupações. A sua participação é fundamental. Seguir o tratamento, tomar os medicamentos e a dieta prescrita é essencial para que o tratamento seja eficaz.

Estamos à sua disposição para ajudar em tudo o que precisar.

## Guia de Acolhimento

# A nossa Equipa

A nossa equipa é constituída por administrativas, auxiliares de ação direta, enfermeiros, médicos e nutricionistas! São profissionais altamente qualificados e treinados para cuidar de si!



A Unidade de Hemodiálise está situada no Piso 0 do Edifício [REDACTED] e está englobada no serviço de Nefrologia. Também fazem parte do Serviço de Nefrologia, o serviço de Hematologia e a Unidade de Diálise Peritoneal. É provável que encontre caras familiares desde que lhe foi diagnosticada a Doença Renal.

## Guia de Acolhimento

Unidade de Hemodiálise [REDACTED]  
Unidade Local de Saúde [REDACTED]

## O seu turno

Dependendo do estado de saúde, o seu tratamento será adaptado a si. Habitualmente a hemodiálise é realizada 3 vezes por semana por um períodos de 4h. O transporte até à Unidade de Diálise é gratuito e adaptado à sua condição e ao seu horário.

Manhã: 8h – 12h

Tarde: 14h – 18h

Noite: 19h – 23h

2<sup>a</sup> 3<sup>a</sup> 4<sup>a</sup> 5<sup>a</sup> 6<sup>a</sup> SAB DOM

M	M	M	M	M	M	
T	T	T	T	T	T	T
N	N	N	N	N	N	



### Guia de Acolhimento

Unidade de Hemodiálise  
Unidade Local de Saúde

## Durante o Tratamento

Durante o seu tratamento, terá à sua disposição uma equipa completa dedicada ao seu bem-estar:

A Equipa de enfermagem estará sempre presente para garantir uma assistência rápida e eficaz, com um rácio de 1 enfermeiro para cada 4 pacientes.

Um médico estará sempre disponível para si durante todo o tratamento.

Um nefrologista acompanhará a sua evolução e ajustará o tratamento conforme necessário.



As auxiliares de ação direta estarão disponíveis para ajudar em tudo o que precisar durante o tratamento.

Antes ou após o tratamento estará ao seu dispor uma administrativa que o ajudará na organização do seu transporte.

### Guia de Acolhimento

# Recomendações

Se algo acontecer e não puder vir para a sessão de diálise, por favor, avise-nos com a maior antecedência possível.

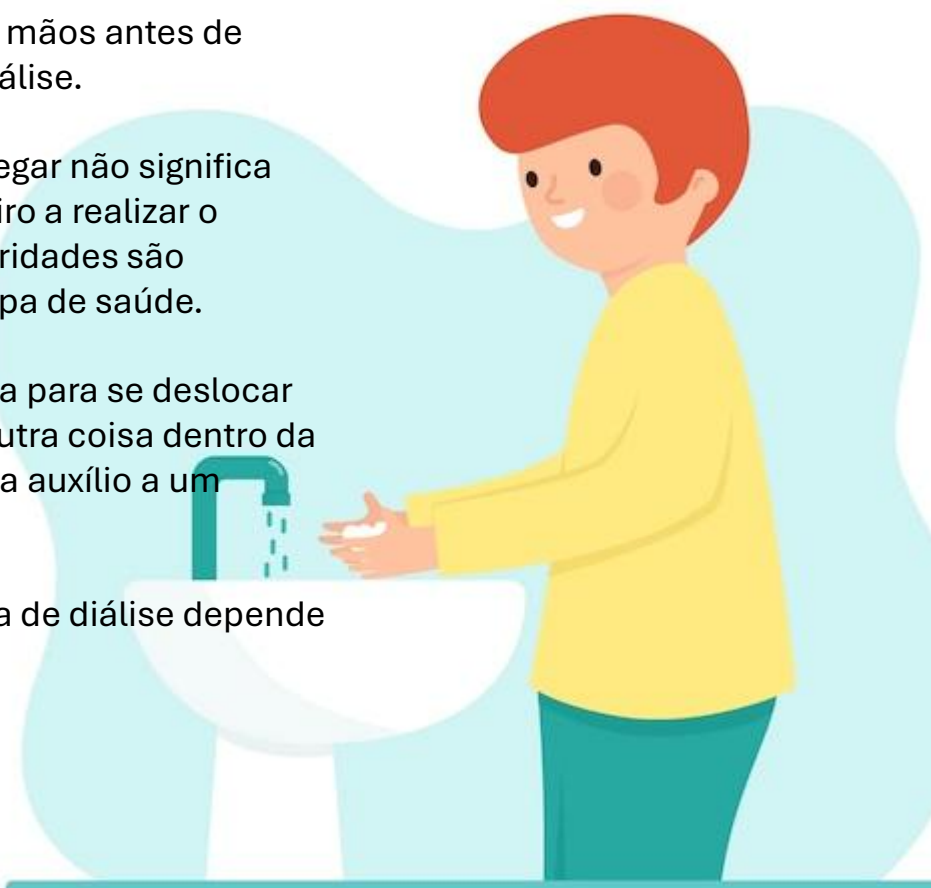
Não entre na sala de diálise sem permissão.

Lave e desinfete as mãos antes de entrar na sala de diálise.

Ser o primeiro a chegar não significa que vai ser o primeiro a realizar o tratamento, as prioridades são definidas pela equipa de saúde.

Se precisar de ajuda para se deslocar ou com qualquer outra coisa dentro da sala de diálise, peça auxílio a um funcionário.

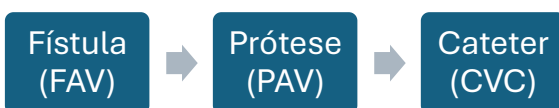
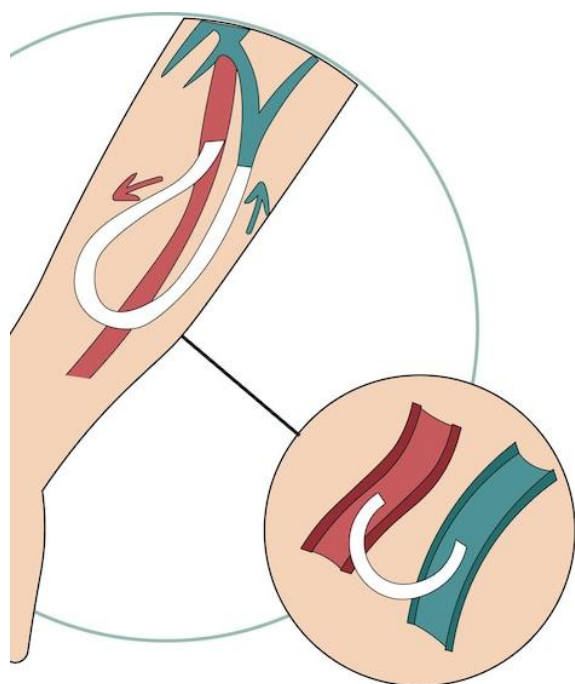
O bem estar na sala de diálise depende de todos nós!



## Guia de Acolhimento

# Acesso Vascular

Para realizar hemodiálise é necessário um acesso vascular. Este acesso pode ser através um cateter de hemodiálise ou através de uma fístula (ou prótese) arteriovenosa. A nossa prioridade e tendo em conta as suas expectativas, é ter uma fístula arteriovenosa para realizar o tratamento.



A fístula arteriovenosa é considerada a melhor opção para realizar hemodiálise pois é a que proporciona um tratamento mais eficaz e com menos risco de complicações, como a infeção, seguida da prótese e em último o cateter.

Se tem uma fístula ou prótese deve ter os seguintes cuidados:

**Limpeza do braço:** É necessário que diariamente seja feita a sua limpeza com sabonete neutro.

**Hidratação da pele:** A pele deve ser hidratada com creme regularmente.

**Verificar sinais de alerta:** identifique precocemente sinais de infeção ou lesão na área de punção, como ardor, calor e rubor.

## Guia de Acolhimento

# Acesso Vascular

Verificar o pulso e frémito: O frémito são tremores durante a união do sangue venoso e arterial e é sinal de que a fístula está a funcionar corretamente, por isso deve senti-lo diariamente.

Compressão da área de punção: A braço da fístula deve estar livre de pressão, por isso recomenda-se o uso de roupas largas e não usar pulseiras ou relógios.

Proteção: A fístula deve ser protegida do calor e do frio. Evite realizar atividades físicas que envolvam a movimentação do braço e não carregar peso. Evite dormir sobre o braço da fístula arteriovenosa.

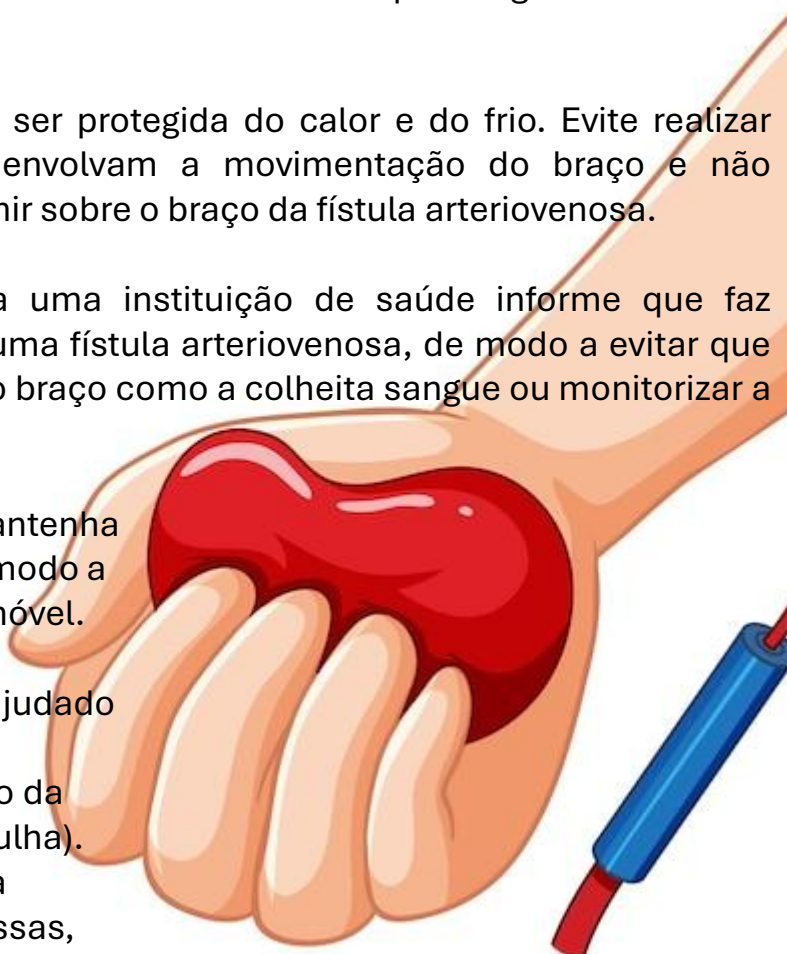
Sempre que se dirija a uma instituição de saúde informe que faz hemodiálise e que tem uma fístula arteriovenosa, de modo a evitar que façam procedimentos no braço como a colheita sangue ou monitorizar a tensão arterial.

Durante o tratamento mantenha o seu braço apoiado de modo a sentir-se confortável e imóvel.

Após o tratamento será ajudado a realizar a hemostase (processo de cicatrização da lesão provocada pela agulha). No regresso a casa tenha sempre consigo compressas, pois a hemorragia, apesar de rara, é uma possível complicação.

Se houver alguma alteração comunique à equipa de saúde.

## Guia de Acolhimento



# Cateter Venoso Central

Se neste momento tem um cateter venoso central de hemodiálise, há alguns cuidados que deve ter:

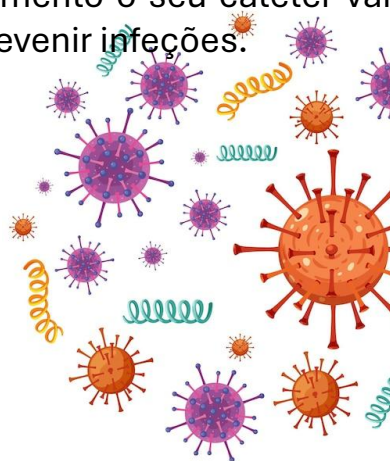
**Banho:** Apesar do penso que protege o cateter ser impermeável, a exposição longa ou com um jato de água na sua superfície pode permitir a entrada de água.

**Atividade Física:** Deve evitar atividades de contacto, ou realizar exercícios que possam potencialmente danificar o cateter.

**Sinais de alerta:** Se sentir dor, ardor, rubor e o penso de proteção estiver sujo, deve comunicar à sua equipa de saúde, pois pode ser um sinal de infeção.

**Cuidados com o cateter:** Não deve manipular o cateter em casa, exige prática e cuidados que apenas o seu enfermeiro está habilitado a realizar.

**Durante o tratamento:** No início e final do tratamento o seu cateter vai estar exposto. Deve usar máscara, de modo a prevenir infeções.



## Guia de Acolhimento

# Monitor de Hemodiálise

O monitor de hemodiálise é a máquina que permite que seja realizado o seu tratamento. É composto por uma série de módulos que permitem que enquanto está a fazer tratamento tenha segurança.

No ecrã é onde os profissionais introduzem os parâmetros do seu tratamento, desde o tempo (habitualmente 4h) e a quantidade de líquidos que vai remover. Enquanto está em tratamento, se observar, é possível ver o tempo que falta até terminar e a quantidade de líquidos eliminadas no tratamento. Não deve manusear o ecrã, pois pode estar a ocultar ou a modificar algum parâmetro importante na sua estratégia dialítica.

No interior da máquina é possível observar várias roldanas, são as responsáveis por levar o sangue até à máquina e o devolver ao seu organismo, em média o sangue circula numa velocidade entre 350 a 400ml/minuto.

Enquanto o sangue está no circuito extracorporeal vai passar por um filtro, habitualmente conhecido por “rim artificial” e é neste momento em que o sangue está exposto a fluído que se chama dialisante e irá permitir que haja eliminação de toxinas e líquidos. Em cada tratamento é dialisado aproximadamente 80 a 100l de sangue.



## Guia de Acolhimento

# Alimentações

A alimentação tem um papel importante na nossa vida, mas para quem faz hemodiálise assume uma importância ainda maior. É essencial entender que uma dieta adequada não significa abrir mão do prazer de comer. Pelo contrário, com o conhecimento certo, é possível desfrutar de uma alimentação saborosa e, ao mesmo tempo, promover o bem-estar.



Quando sabemos o que nosso organismo precisa, podemos fazer escolhas alimentares mais conscientes e nutritivas. Pequenas mudanças na dieta podem ter um impacto significativo na qualidade de vida, tornando o dia a dia mais leve e prazeroso, especialmente para quem enfrenta os desafios da diálise.

Controlar a quantidade de líquidos que ingerimos pode ser um desafio, especialmente quando estamos habituados a beber à vontade. Uma dica útil é usar uma garrafa ou copo de água mais pequeno, que nos permite monitorizar o consumo ao longo do dia.

Comece por reduzir a quantidade de líquidos gradualmente, em vez de tentar uma mudança drástica de um dia para o outro.

Evite refrigerantes, sumos de fruta industrializados e bebidas energéticas, contêm muito açúcar.

Anote a quantidade de líquidos que ingere ao longo do dia para ter uma noção do progresso.



## Guia de Acolhimento

# Sede

Dicas para diminuir a sensação de sede:

**Bocheche com água morna:** Pode ajudar a aliviar a sensação de boca seca.

**Chupar fatias de limão:** O limão tem um sabor ácido que pode ajudar a estimular a salivação.

**Evite o sal:** O sal retém líquidos, o que pode piorar a sede.

**Troque copos de água por uma pedra de gelo.**

**Mastigue pastilhas elásticas sem açúcar:** A mastigação pode ajudar a distrair a mente e diminuir a vontade de beber.

**Use um hidratante para os lábios,** evitando que fique com a sensação de lábios secos

**Evite o consumo de álcool e café**



## Guia de Acolhimento

# Potássio



O potássio é um mineral essencial para o bom funcionamento do corpo, contudo pode ser um problema para pessoas com doença renal, uma vez que os rins perderam capacidade para a sua eliminação. O potássio em excesso no sangue pode originar sérios riscos de saúde, especialmente no coração.

Como diminuir a quantidade de potássio nos alimentos:

Antes de cozinhar legumes e batatas, corte-os em pedaços pequenos e deixe-os de molho em água fria por pelo menos duas horas. Este processo ajuda a remover parte do potássio.

A água utilizada para cozinhar legumes e batatas absorve grande parte do potássio. Por isso, não a utilize para preparar sopas ou molhos. Cozinhe os alimentos em água fresca para garantir a máxima remoção do potássio.

Frutas como banana, kiwi, melão e laranja são ricas em potássio. Opte por maçã, pêra, morango e mirtilo, sempre com moderação.

Alimentos processados, como enlatados e molhos prontos, geralmente possuem alto teor de sódio e potássio.



## Guia de Acolhimento

# Fósforo

Um alto nível de fósforo no sangue pode levar a problemas de ossos e articulares.

Pessoas com doença renal devem controlar a ingestão de fósforo. Isso significa evitar alimentos como carnes, laticínios, nozes e grãos.



Como diminuir o consumo de fósforo:

Infelizmente não há alimento isentos de fósforo, e não deve evitar comer carne e peixe pois são importantes para a sua saúde.

Substituir leite de vaca por leite de soja ou amêndoas.  
Cozinhar alimentos a vapor ou assar em vez de fritar.  
Usar ervas e especiarias para adicionar sabor aos alimentos sem adicionar sal.  
Evitar alimentos processados.  
Evitar sobremesas que usam leite em pó.

Em alguns casos, pode ser necessário tomar medicamentos para controlar o fósforo. Estes medicamentos podem ajudar a remover o excesso de fósforo do corpo.



## Guia de Acolhimento

# Sódio

Os rins são responsáveis por filtrar o sangue e eliminar o excesso de sódio e fluidos através da urina. Quando os rins não funcionam corretamente, o sódio acumula-se no corpo e provoca hipertensão arterial, retenção de líquidos, sobrecarga cardíaca para bombear o sangue, enfraquecendo o coração.

Como posso diminuir a ingestão de sal:

Preparar as suas refeições permite controlar a quantidade de sal adicionado. Use ervas, especiarias e temperos naturais para dar sabor à comida.

Evite alimentos processados, como frutas, legumes, carnes magras e grãos integrais.


Alguns substitutos do sal podem conter potássio, outro mineral que precisa ser controlado.

Procure por produtos com rótulos "sem sal adicionado", "baixo teor de sódio" ou "reduzido em sódio".

Evite adicionar sal à comida durante as refeições.



## Guia de Acolhimento



*A hemodiálise exige  
adaptação! Mas a cada sessão,  
a força e a esperança  
renovam-se para continuar a  
lutar pelo nosso bem-estar!*


Unidade de Diálise



## **Guia de Acolhimento**

---

Unidade de Hemodiálise  
Unidade Local de Saúde



**Anexo II**





**DIAVERUM**

RENAL SERVICES GROUP

## DECLARAÇÃO

C.M.D.R. - Centro Médico de Doenças  
Renais, S.A.  
Av. Dr. Antunes Guimarães, nº 112  
4100-072 Porto  
Portugal

Tel.: [+351] 226 199 650  
Fax: [+351] 226 100 809

Para efeitos curriculares, declaramos que **Pedro Miguel Moreira** portador da cédula profissional nº63541, presta serviços de Enfermagem no Centro Médico de Doenças Renais S.A, a doentes Insuficientes Renais Crónicos em tratamento de hemodiálise desde 01-03-2001.

No âmbito da Responsabilidade Social da nossa empresa , foi orador de uma ação de formação e sensibilização no dia 17/10/2024, pelas 15h00 com duração de 2 horas, na Obra Diocesana de Fonte da Moura, na valência de Centro de Dia com o tema:

-Doenças Civilizacionais, sinais de alerta (Doença Renal Crónica, Diabetes e Hipertensão).

-Medidas de Autocuidados (Prevenção de Quedas e Risco de Quedas).

CMDR . Centro Médico de Doenças Renais S.A.  
Av. Dr. Antunes Guimarães, 112 R.C.  
Tel. 226 199 650 - Fax. 226 100 809  
Porto, 12/12/2024  
C.N.º 581 631 233 - Cap. Social: 50.000€  
Matr. na Cons. Reg. Comercial do Porto nº 39191

**Maria Olivia Santos**  
Enf. Chefe

**Ricardo Neto**  
Diretor Clínico



## **Anexo III**





## DECLARAÇÃO

Luís Filipe Cardoso Barreira, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros, declara, para efeitos requeridos, que PEDRO MIGUEL DOS SANTOS AZEVEDO MOREIRA, portador do Documento Identificação com o número 13104422, com a Cédula Profissional número 63541, membro desta Ordem desde 12-01-2009, se encontra legalmente habilitado e autorizado para o exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal, com o título de Enfermeiro e com a(s) Competência(s) Acrescida(s): Diferenciada em Enfermagem em Diálise desde 19-02-2025.

Esta declaração é válida mediante apresentação do Documento de Identificação.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai por mim datada e assinada.

Lisboa, 25 de Fevereiro de 2025

O Bastonário



Luís Filipe Cardoso Barreira



### Ordem dos Enfermeiros

**Pessoa Colectiva de Direito Público**  
**Contribuinte :** 504190407  
**Morada :** Av. Almirante Gago Coutinho, 75 | 1700-028 Lisboa  
**Telefone :** 210 138 888  
**Fax :** 218 455 259  
**Email :** [contactcenter@ordemenfermeiros.pt](mailto:contactcenter@ordemenfermeiros.pt)  
**Site :** [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)



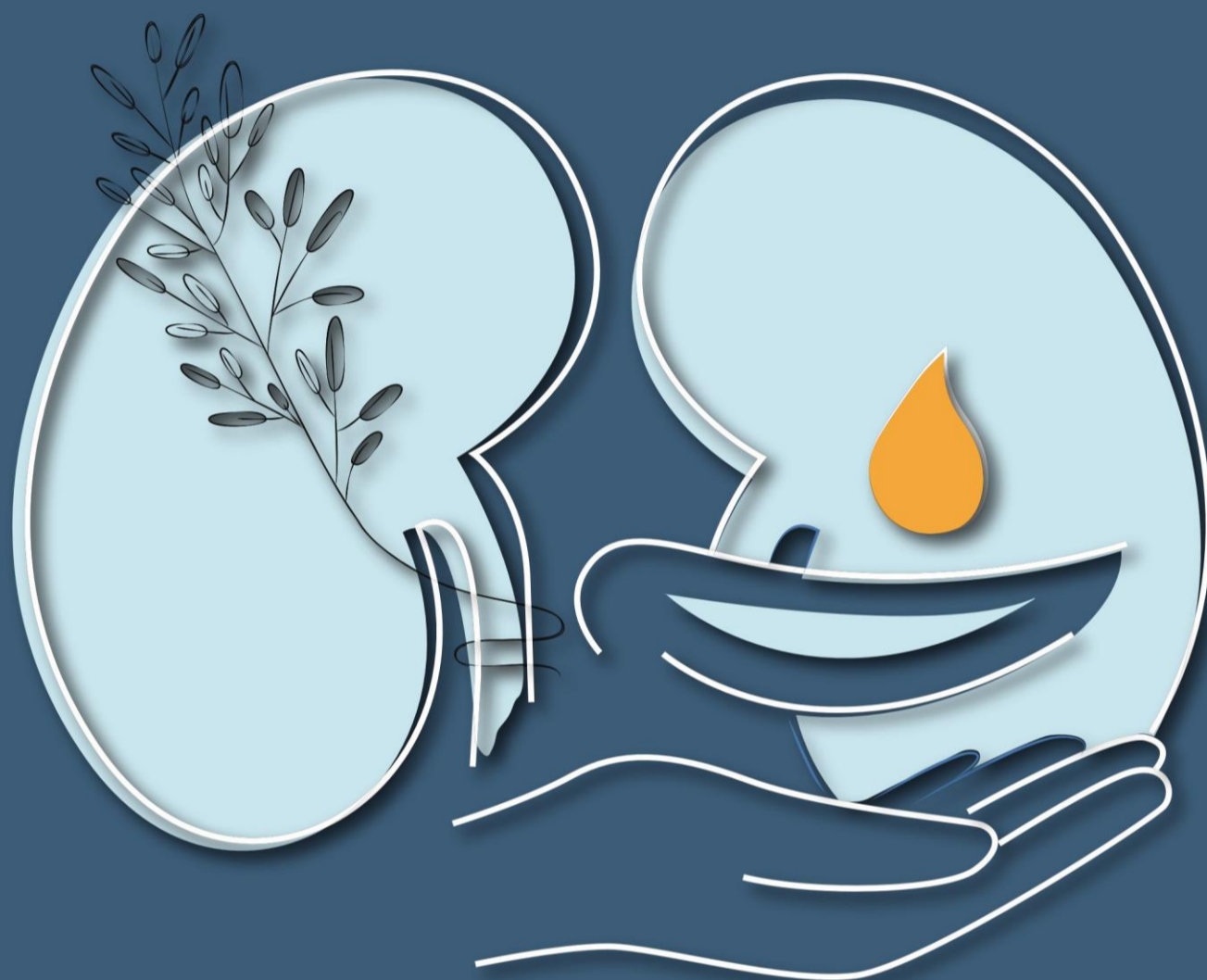
## **Anexo IV**



# PROGRAMA

---

---



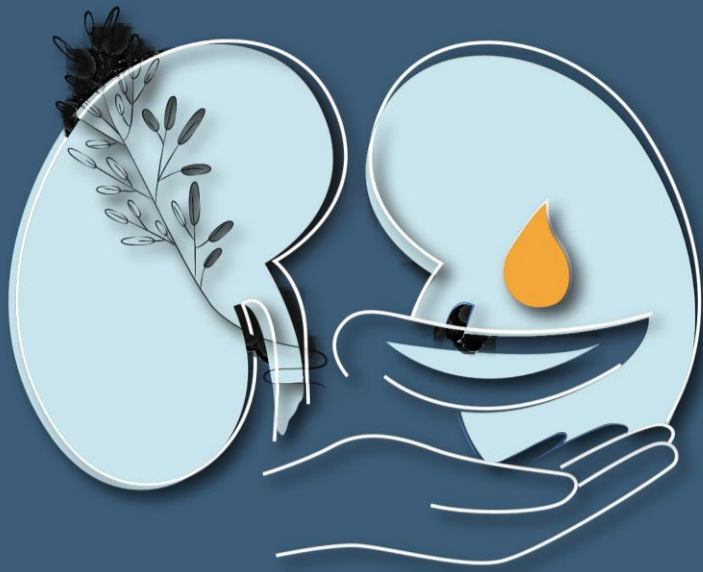
## II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS de [REDACTED]

---

---

29 e 30 de maio

Auditório [REDACTED]



# II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS

29 e 30 de maio |

## INFLUENCIAR O SABER, POTENCIAR O CUIDAR

29 de maio de 2025

8h30 - 18h00 **WORKSHOP I - ACESSOS VASCULARES COM ECODOPPLER**  
Formador: Enf.º Tiago Sá  
Local: Edifício da Administração [redacted] Sala de Reuniões e Biblioteca  
Link: [redacted]

8h30 - 18h00 **WORKSHOP II – *Brevemente disponível***

30 de maio de 2025

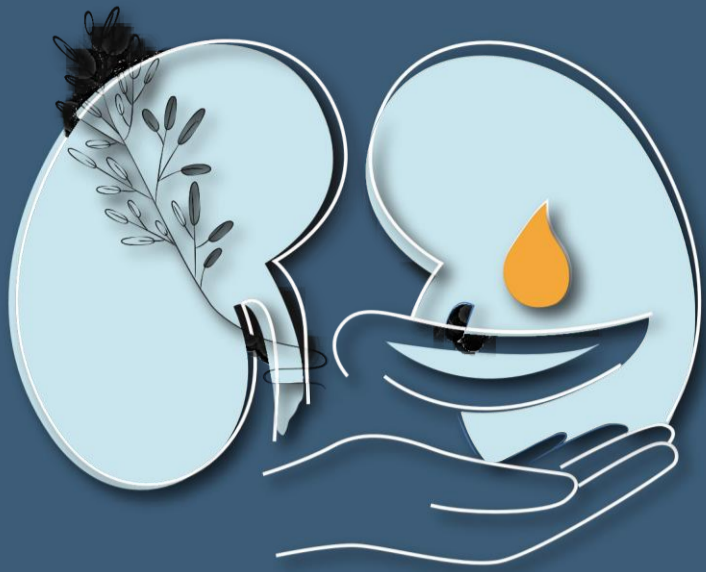
8h30 - 9h00 **Abertura de Secretariado**

9h00 - 10h15 **MESA 1 - Tertúlia: 50 anos de Nefrologia da ULS** [redacted]  
Moderador: Enf.º Miguel Sousa - [redacted]

10h15- 10h45 **Sessão Solene de Abertura**

10h45- 11h15 **Coffee Break**

11h00 - 12h00 **Conferência inaugural – Transplante Renal: Dador Cadáver com Lesão Renal Aguda**  
Moderador: Enf.º Cristiana Sarmento - [redacted]  
Palestrante: Dra. Catarina Ribeiro - [redacted]



# II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS

29 e 30 de maio |

## INFLUENCIAR O SABER, POTENCIAR O CUIDAR

### 11h45 – 13h00 **MESA 2 – Nefrologia pediátrica: desafios e oportunidades**

Moderador: Enf.º Ricardo Pinto –

Hemodiálise pediátrica: desafios e especificidades no cuidado a crianças com doença renal crónica

Palestrante: Enf.ª Anabela Fidalgo –

A diálise peritoneal em “Liliput”

Palestrante: Enf.ª Ilda Teixeira –

Educação e empoderamento parental: programa de intervenção e acompanhamento em transplante renal pediátrico

Palestrante: Enf.ª Fátima Couto –

### 13h00 – 14h30 **ALMOÇO LIVRE**

### 14h30 – 15h15 **Apresentação de trabalhos científicos**

Moderador: Enf.º José Pedro Cardoso -

### 15h15 – 16h15 **MESA 3 - Saúde Renal**

Moderador: Enf.ª Helena Lobo -

Consciencialização para a Saúde Renal nas Escolas

Palestrante: Enf.ª Mariana Almeida -

Promoção de Saúde Renal nas USF

Palestrantes:

Enf.ª Ana Fernandes –

Enf.ª Lucinda Pacheco –

16h15 – 17h15

### **MESA 4 - Inovação e Futuro: Hemodiálise no domicílio** Moderador:

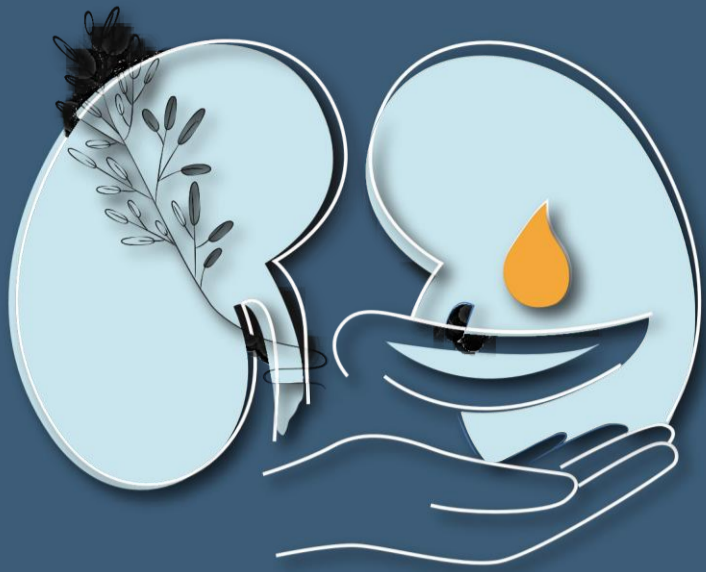
Enf.º Pedro Moreira -

Palestrantes:

Enf.º Luís Estevão

Enf.ª Cláudia Vinhas –

Enf.º Hugo –



# II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS

29 e 30 de maio |

## INFLUENCIAR O SABER, POTENCIAR O CUIDAR

17h15 – 17h45 **Conferência - Prevenção de infeção numa sala de diálise: utilização da metodologia Kamishibai**

Moderador: Enf.º Anselmo Madureira -

Palestrante: Enf.ª Vera Gomes -

17h45 -18h00 **Atribuição de prémios**

**Sessão de Encerramento**

### PRESIDENTE DAS JORNADAS

Enf. Gestor Anselmo Madureira

### COMISSÃO ORGANIZADORA

Enf.ª Alice Ferreira; Enf.º José Pedro Cardoso;  
Enf.ª Mariana Almeida; Enf.ª Liliana Lopes;  
Enf.º Ricardo Pinto; Enf.ª Brenda Santos;  
Enf.ª Tânia Gomes; Enf.ª Daniela Ribeiro;  
Enf.ª Helena Lobo; Enf.ª Vítor Silva;  
Enf.ª Daniela Domingues; Enf.ª Sara Silva;  
Enf.ª Daniela Brandão; Enf.ª Paula Campos;  
Enf.ª Tânia Santos; Enf.ª Sara Ribeiro;  
Enf.º Ricardo Mendes

### COMISSÃO CIENTÍFICA

Enf.º Miguel Sousa; Enf.ª Cristiana Sarmento;  
Enf.ª Elisabete Delgado; Enf.ª Madalena Gama;  
Enf.ª Edgar Pereira; Enf.º Pedro Moreira; Enf.ª Diana Gonçalves;  
Enf.º César Lobo;  
Enf.ª Carla Santiago; Enf.ª Marta Gonçalves;  
Enf.ª Felicidade Pacheco; Enf.ª Patrícia Alves;  
Enf.º José António Pinho; Enf.ª Susana Oliveira

**Anexo V**



A procura de informação e interação em comunidades online de pessoas com Doença Renal Crónica pode ser um recurso complementar de grande valor.

Fóruns, redes sociais e plataformas de partilha de experiências proporcionam processos de aprendizagem sobre a doença, tratamentos e desafios, além de promoverem a conexão entre pessoas que vivenciam situações semelhantes.

Existem sites direcionados para o ajudar a vivenciar a DRC

A minha Jornada Renal:

<https://mykidneyjourney.baxter.pt/pt-pt>

Viver com a Doença Renal Crónica

<https://www.freseniusmedicalcare.pt/pt/doentes-familiares/doentes-familiares-visao-geral>

## Guia de Recursos na Comunidade Doença Renal Crónica

Em caso de dúvida, a sua equipa  
estará sempre disponível para o  
ajudar



# ESS+

A Doença Renal Crónica é uma condição complexa que se caracteriza pela perda progressiva e irreversível da função renal ao longo do tempo. A ajuda de outros é importante nesta etapa. Esta informação poderá ser útil para ultrapassar todos os desafios

Estão disponíveis para si, vários apoios, desde associações, equipa de enfermagem, equipa médica, nutrição e psicologia.

Para além do tratamento hospitalar, a participação em grupos de apoio é fundamental, pois permite a compreensão, informação e apoio mútuo para lidar com os desafios da doença, combatendo o isolamento e promovendo o bem-estar emocional. A partilha de experiências, o acesso a informação e a interação social ajudam a aumentar a confiança, a motivação e o empoderamento para gerir a sua saúde.



A APiR é uma instituição sem fins lucrativos que apoia pessoas com doença renal.

Os seus objetivos são:  
Oferecer apoio moral, físico, social e informativo aos doentes renais.  
Defender os direitos e interesses dos doentes renais, como o direito à vida, ao trabalho e à reintegração social.

Promover a solidariedade e colaboração entre os doentes renais e suas famílias.

Lutar pela justiça social e pelos direitos humanos dos doentes renais.

Representar os doentes renais junto a entidades governamentais e outras organizações.

#### **Norte**

Morada: Rua do Cerco do Porto,  
Edifício 2, Loja 6 / 4300-117 Porto  
**Telefone:** 222 032 112/926 515 459  
**E-Mail:** [porto@apir.org.pt](mailto:porto@apir.org.pt)  
[www.apir.org.pt](http://www.apir.org.pt)



A Associação de Doentes Renais de Portugal (ADRP), é uma instituição sem fins lucrativos, foi a pioneira no apoio a pessoas com insuficiência renal crónica no país. Fundada há mais de 40 anos no Hospital Geral de Santo António, a ADRP teve um papel crucial na expansão do tratamento nefrológico em Portugal, abrindo centros de hemodiálise e possibilitando o regresso de pessoas que tiveram que emigrar para poderem efetuar tratamento. A ADRP continua a ser uma voz importante na defesa dos direitos e no apoio aos doentes renais.

Rua Antero Quental, 162/164  
4050-052 Porto  
Portugal  
Telefone: 225 022 851  
E-Mail: [adrnpsede@gmail.com](mailto:adrnpsede@gmail.com)  
[www.adrp.pt](http://www.adrp.pt)