

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Papel do Enfermeiro Especialista na Adaptação da Pessoa com
Doença Renal Crónica à Hemodiálise

The Role of the Specialist Nurse in the Adaptation of People
with Chronic Kidney Disease to Hemodialysis

Autor

Diana Cristina Alves Gonçalves

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Papel do Enfermeiro Especialista na Adaptação
da Pessoa com Doença Renal Crónica à
Hemodiálise

The Role of the Specialist Nurse in the
Adaptation of People with Chronic Kidney
Disease to Hemodialysis

Orientador(es)

Cecília Maria Rodrigues

Autor

Diana Cristina Alves Gonçalves

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."

(Leonardo da Vinci)

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais (Deolinda e Fernando) e ao Bruno.

Este trabalho é fruto de muito esforço, perseverança, estudo e dedicação.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais (Fernando e Deolinda) que são o meu porto seguro e a minha fonte de inspiração, pelo apoio e nunca deixarem que esqueça de onde vim e aquilo que consigo alcançar.

Ao Bruno, uma vez que a sua presença foi fundamental para a conclusão deste percurso, pelo amor, paciência, motivação e, por me ensinar o verdadeiro significado da perseverança e resiliência. Um coração cheio de amor é um lar feliz!

À minha orientadora, a Professora Doutora Cecília Maria Rodrigues, pelo incentivo, confiança e, por me motivar, mesmo nos momentos mais desafiadores. A sua orientação foi essencial para o desenvolvimento deste projeto e para o meu crescimento a título profissional.

Aos meus Tutores, o Enfermeiro Especialista Paulo Alexandre Pinheiro e a Enfermeira Especialista Liliana Lopes, um especial agradecimento, pela partilha de conhecimento e por me lembrarem diariamente da importância do cuidado humanizado.

Aos enfermeiros da Unidade de Diálise e em particular às minhas companheiras de trabalho e amigas, a Elisabete, a Cristiana e a Liliana, por me darem a oportunidade de continuar a aprender e crescer ao vosso lado e pelo contributo nesta jornada. A união faz a força, e a persistência realiza a obra!

Aos amigos que este mestrado me trouxe, o Pedro, a Sara e a Tânia, pelos bons momentos e por me acolherem com carinho. A vossa presença e incentivo foi fundamental. Juntos, somos mais fortes!

A todos que, de uma ou outra forma, colaboraram comigo e que estiveram presentes neste percurso, agradeço todo o carinho.

RESUMO

O envelhecimento é o fenómeno mundial mais evidente nos países desenvolvidos, dando origem a transformações profundas na incidência e na prevalência das doenças crónicas.

A doença crónica é apresentada com uma doença de curso prolongado, com desenvolvimento gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, sendo potencialmente incapacitante e afetando de forma prolongada, a função psicológica e fisiológica e repercute-se de forma negativa no contexto social da pessoa por ela afetada.

A doença renal crónica, definida como uma lesão renal progressiva e irreversível é caracterizada por alterações nas funções estruturais e funcionais dos rins, destacando-se como um problema de saúde pública crescente, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas. Face a este cenário, torna-se essencial investir na prevenção da doença renal crónica, através do controlo dos fatores de risco e do diagnóstico precoce da doença.

No contexto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, desenvolvi um projeto de estágio com o principal objetivo de aprimorar as competências especializadas e específicas no cuidado à pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise. Neste sentido, a elaboração deste projeto surgiu como um instrumento essencial para aperfeiçoar a minha prática clínica, levando a perícia e ganhos em saúde. Foi estruturado em torno da elaboração dos objetivos de aprendizagem específicos e gerais e as respetivas atividades a desenvolver, numa unidade de diálise.

Esta experiência proporcionou-me obter, mais detalhadamente, uma nova perspetiva das implicações físicas e emocionais da doença renal crónica, através de uma análise crítica e reflexiva e da realização de dois casos clínicos, com base na ontologia de enfermagem e numa pesquisa científica detalhada, considerando as especificidades de cada pessoa. Além de que, enfatizou a importância do desenvolvimento de competências comuns e específicas, fundamentais para a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica.

Palavras-chave: doença crónica, doença renal crónica, hemodiálise, competências, casos clínicos.

ABSTRACT

Ageing is the most evident global phenomenon in developed countries, giving rise to profound changes in the incidence and prevalence of chronic diseases.

Chronic illness is presented as a disease with a prolonged course, with gradual development of symptoms and multidimensional aspects, being potentially disabling and affecting psychological and physiological function for a long time, with negative repercussions on the social context of the person affected by it.

Chronic Kidney Disease, defined as progressive and irreversible kidney damage, is characterized by changes in the structural and functional functions of the kidneys, and stands out as a growing public health problem with a significant impact on people's quality of life. Against this backdrop, it is essential to invest in the prevention of chronic kidney disease by controlling risk factors and diagnosing the disease early.

In the context of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of nursing for people in chronic situations, I developed an internship project with the main objective of improving specialized and specific skills in caring for people with chronic kidney disease on a regular hemodialysis program. In this sense, this project was an essential tool for improving my clinical practice, leading to expertise and health gains. It was structured around the development of specific and general learning objectives and the respective activities to be developed in a dialysis unit.

This experience allowed me to gain a new perspective on the physical and emotional implications of chronic kidney disease , through critical and reflective analysis and the realization of two clinical cases, based on nursing ontology and detailed scientific research, considering the specificities of each person. In addition, it emphasized the importance of developing common and specific competences, which are fundamental to the specialty in Medical-Surgical Nursing in the Area of the Chronically Ill Person.

Keywords: chronic disease, chronic kidney disease, hemodialysis, skills, clinical cases.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
AV – Acesso Vascular
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BR – Biópsia Renal
CAV – Consulta de Acessos Vasculares
CDRA – Consulta de Doença Renal Avançada
CETSFR – Consulta de Esclarecimento sobre Técnicas de Substituição da Função Renal
C-HDL – Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade
C-LDL – Colesterol Total
C-não-HDL – Colesterol das Lipoproteínas de Densidade Não Elevada
CO₂ – Dióxido de Carbono
CPC – Contexto de Prática Clínica
CVC – Cateter Venoso Central
DM – Diabetes Mellitus
DP – Diálise Peritoneal
DPA – Diálise Peritoneal Automática
DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRC – Doença Renal Crónica
DRPAD – Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante
EAP – Edema Agudo do Pulmão
EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMCPSCR – Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação crónica
ESS⁺ – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
FAV – Fístula Arteriovenosa
FG – Filtração Glomerular
H⁺ – Hidrogénio
HD – Hemodiálise
HDF – Hemodiafiltração
HF – Hemofiltração
HTA – Hipertensão Arterial
IC – Insuficiência Cardíaca
IR – Insuficiência Renal
KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes
LES – Lúpus Eritematoso Sistémico
LRA – Lesão Renal Aguda

MEMCPSCR – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

MS – Membro Superior

NKF – National Kidney Foundation

NM – Nefropatia Membranosa

NTA – Necrose Tubular Aguda

OCDE – Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Prótese Arteriovenosa

PBE – Prática baseada na evidência

PM – Peso Molecular

PNF – Pielonefrite

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

PS – Peso Seco

RCA – Rácio Albumina/Creatinina Urinária

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SN – Serviço de Nefrologia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

STA – South Transplant Alliance

TA – Tensão Arterial

TFG – Filtração Glomerular

TR – Transplante Renal

TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal

TVR – Trombose da Veia Renal

UF – Ultrafiltração

ULS – Unidade Local de Saúde

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO I NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE ...	
27	
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	46
3.3. Medicação	47
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	
.....	47
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	49
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e	
terapêutica médica.	50
3.5. Domínios	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
3.6. Conceção de Cuidados	53
3.7. Especificação das intervenções	58
3.8. Síntese relativa ao caso	60
4. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO II NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE ...	
65	
4.1. Enquadramento teórico	65
4.2. Clientes	66
4.3. Medicação	66
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	
.....	66
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	69
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e	
terapêutica médica.	70
4.5. Domínios	71
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	71
4.6. Conceção de Cuidados	74
4.7. Especificação das intervenções	81
4.8. Síntese relativa ao caso	84

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	89
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	121

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1: Classificação da Função Renal – (Página 33)

Figuras

Figura 1: Circuito da HD (Fonte: SAÚDEBEMESTAR, 2019) – (Página 38)

Figura 2: Circuito da DP (Fonte: SAÚDEBEMESTAR, 2019) – (Página 39)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica são cuidados contínuos e podem ser oferecidos tanto em ambiente hospitalar, domiciliar, como comunitário, incidindo sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida e de processos de adaptação e a adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família/cuidador a vivenciar a doença crónica. Exigem um profissional com um vasto leque de competências, que vão desde o conhecimento científico e técnico especializado à capacidade de liderança, gestão e investigação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Neste contexto, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCPSCR), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESS+), integra a unidade curricular *“Estágio de natureza profissional com relatório final”*, que é essencial para o desenvolvimento de competências especializadas, na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica. Esse estágio, foi realizado numa unidade de diálise e permitiu a elaboração deste relatório de estágio, que será discutido, à posteriori, perante um júri, numa prova pública.

O presente relatório faz uma análise dos desafios inerentes a esses cuidados, prestados às pessoas com doença renal crónica (DRC) em hemodiálise (HD), enfatizando a importância do enfermeiro especialista na prática de enfermagem, munido de competências técnicas e científicas avançadas, capaz de tomar decisões complexas e implementar intervenções eficazes.

A investigação científica assume um papel crucial neste contexto, permitindo que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática baseada na evidência (PBE). Além disso, segundo o Código Deontológico da OE (2015, pp.3), o enfermeiro deve sempre *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos...”*, através da investigação, tendo a possibilidade de identificar a melhor prática, avaliar a eficácia das intervenções e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Sendo assim, a investigação científica, aliada às competências comuns e específicas definidas pela OE (2018), permite que o enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com doença crónica, especificamente na área da DRC, que exige cuidados avançados devido à sua complexidade, desenvolva uma prática de excelência, fundamental para a otimização da qualidade de vida e do bem-estar dessas pessoas.

Relativamente às competências comuns e específicas, destaca-se principalmente, a capacidade de identificar as necessidades e prestar cuidados de alta qualidade, centrados na pessoa e na família, que devem ser individualizados e corresponder às necessidades específicas dessas

peçoas, bem como a aptidão para gerir casos complexos. Além disso, realça a importância da implementação de intervenções de enfermagem que visem a promoção de saúde, a prevenção de complicações e o alívio de sintomas (OE, 2018, 2019).

É imperativo a prática de acordo com a melhor evidência científica, com o objetivo de prestar cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados na pessoa, respeitando o regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE) e tendo em consideração os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista: *“Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (OE, 2019).

O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica processa-se de forma gradual e estruturada, integrando duas fases complementares: o ensino teórico, que fornece a base concetual e científica, e o ensino clínico, que permite a aplicação e consolidação dos conhecimentos em cenários reais de prática (Serrano, 2008).

A OE, veio ainda regular as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica (EMCPSCR), através do Regulamento nº 429/2018 (2018), publicado no Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16, que são: *“cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”* (OE, 2018).

Enquanto enfermeiros especialistas, devemos realizar planos de intervenção para responder às carências das pessoas e das famílias, com vista à deteção, monitorização e tratamento precoce, que carecem de meios avançados de vigilância, tais como, investir na promoção e prevenção da saúde (OE, 2017).

Segundo o REPE, a prática de enfermagem, enquanto pilar fundamental dos cuidados de saúde, exige uma constante atualização e aprimoramento dos conhecimentos, fundamentados na melhor evidência científica e em estrita observância do regulamento do exercício profissional.

Considerando a complexidade inerente à DRC e a necessidade de intervenções de enfermagem especializadas para promover a qualidade de vida das pessoas, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na prestação de cuidados individualizados e seguros (OE 2018, pp.19368-19369). Deve assumir um papel de liderança na implementação da PBE e na avaliação da qualidade dos cuidados. A gestão dos cuidados é uma competência chave para o enfermeiro especialista, uma vez que este deve ser responsável pela otimização dos recursos e pela liderança da equipa de enfermagem. Este aspeto é crucial, num contexto de crescente pressão sobre os sistemas de saúde, onde a eficiência e a qualidade dos cuidados são fundamentais.

O desenvolvimento destas áreas de expertise, pressupõem desta forma, a aquisição e

consolidação das competências profissionais especializadas, conforme preconizado no Regulamento nº 429/2018 (2018), publicado no Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16. No contexto da DRC, como já se tem vindo a referir, estas competências são essenciais para o exercício de enfermagem especialista, com foco nas necessidades individuais e adaptação da pessoa com DRC, nomeadamente no que se refere ao pensamento crítico e à capacidade de tomar decisões autónomas.

De forma a compreender e desenvolver essas áreas de expertise, foi realizado um estágio, com o desenvolvimento de um projeto. A elaboração deste projeto decorreu enquanto se realizou o estágio de 384 horas numa unidade de diálise, o que permitiu compreender, numa vertente de enfermeira especialista, as diferentes fases de adaptação da pessoa à DRC e ao Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR), identificando as principais necessidades e o impacto que este tratamento tem na qualidade de vida das pessoas, de modo a conseguir uma abordagem mais centrada na pessoa. Teve como objetivos gerais demonstrar as competências do enfermeiro especialista na transição e adaptação da pessoa com DRC ao TSFR (HD); desenvolver competências no cuidar da pessoa com DRC em estágio 5 numa abordagem individualizada, atendendo às suas necessidades e desenvolver competências no domínio da melhoria contínua das práticas de qualidade. Em relação aos objetivos específicos, estes foram delineados de forma a abranger as várias dimensões para a transição para a HD, nomeadamente:

- Compreender e colmatar as necessidades da pessoa e família acerca do processo de adaptação à HD;
- Desenvolver competências na promoção de intervenções facilitadoras do processo de transição saúde-doença da pessoa quando inicia a HD;
- Desenvolver o autoconhecimento enquanto enfermeira especialista, de forma a prestar um cuidado diferenciado à pessoa, num momento crucial da sua vida, que é a escolha pelo TSFR (HD);
- Desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com DRC à adaptação à HD;
- Dominar os cuidados de enfermagem especializados relacionados com a HD;
- Identificar as necessidades psicossociais da pessoa, avaliando o impacto da doença e do tratamento na sua qualidade de vida, bem-estar emocional e relações interpessoais;
- Disponibilizar suporte emocional à pessoa, promovendo mecanismos de coping e adaptação à doença crónica e à HD;
- Capacitar a pessoa para a autogestão da DRC.

Em conformidade com estes objetivos, foram delineadas as respetivas atividades

concretizadoras, cuja descrição detalhada consta no Anexo I. Estas atividades foram estruturadas com base na teoria das transições de Afaf Meleis, que conceitualiza a transição como um processo dinâmico e complexo, influenciado por fatores pessoais, situacionais e sociais (Meleis, 2010).

A transição saúde-doença, em particular, é definida como um período de mudança no estado de saúde da pessoa, que pode ser desencadeado por diversos eventos, como o diagnóstico de uma doença crónica ou o início de um tratamento. Esta transição é acompanhada por um conjunto de adaptações que a pessoa necessita, para lidar com a nova situação.

A teoria destaca ainda a importância de considerar as influências pessoais, situacionais e sociais, na forma como a pessoa vivencia a transição. No caso da DRC, a rede de apoio familiar, a disponibilidade de informações sobre a doença e o acesso aos serviços de saúde são cruciais para uma transição bem-sucedida.

Neste âmbito, foram elaborados dois casos clínicos, ilustrativos da diversidade de processos de transição para a HD, com recurso à plataforma e4nursing. Os casos clínicos encontram-se divididos por várias fases, em que a fase inicial remete o enquadramento teórico, que é semelhante em ambos os casos, uma vez que se centra na conceção de cuidados à pessoa em programa regular de HD, seguidamente de uma fase de análise dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, descrição dos respetivos domínios e das respetivas intervenções de enfermagem. Na fase final, encontra-se a síntese acerca da evolução das duas sessões efetuadas. Na primeira sessão procedeu-se à avaliação inicial através da recolha de dados perante a pessoa, seguido da criação dos diagnósticos de enfermagem e por fim as prescrições de intervenções de enfermagem. Na segunda sessão, procedeu-se à análise da resposta às intervenções anteriormente selecionadas e a uma reformulação do plano de cuidados.

Este relatório encontra-se organizado estruturalmente com o resumo; abstract; introdução; caracterização do contexto clínico da Unidade Local de Saúde (ULS); contribuição para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSCR, segundo o regulamento da OE; síntese final do relatório; referências bibliográficas e por fim, os anexos.

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

Este estágio visou proporcionar a oportunidade de acompanhar de forma individualizada as pessoas com DRC em tratamento de TSFR, no qual se destacam a HD e diálise peritoneal (DP). Possibilitou a identificação precoce de sinais e sintomas das complicações agudas e crónicas da DRC e a aquisição de competências na avaliação, monitorização e preservação dos acessos vasculares. Permitiu igualmente, desenvolver competências de comunicação, capacitando a pessoa com DRC para a autogestão da doença, adesão ao tratamento e promoção da qualidade de vida.

A imersão no contexto prático da unidade de diálise, sob a orientação de profissionais peritos, permitiu a construção de um repertório de experiências consideráveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia, pensamento crítico e confiança na tomada de decisão. Permitiu ainda, articular os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste percurso com a prática clínica, promovendo a consolidação das competências específicas, nomeadamente no âmbito do planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem especializadas.

A escolha deste estágio foi motivada pela minha experiência profissional prévia de uma década e pelo meu interesse na complexidade da DRC, permitindo-me obter outra perspetiva das implicações físicas e emocionais que as pessoas com DRC sofrem. A qualidade de vida dessas pessoas é afetada por diversos fatores, como a relação com a própria doença, as modificações nos hábitos alimentares e de vida, as atividades sociais, o trabalho e a necessidade do uso crónico de medicamentos. As mudanças, quer a nível físico e emocional que advêm com a DRC e os efeitos do TSFR podem levar a que a pessoa deprecie a sua autoestima, além de contribuir de forma marcante para o sofrimento, discriminação e isolamento social (Macedo & Teixeira, 2016).

A realização do estágio de enfermagem ocorreu numa unidade de diálise de uma ULS, integrada no Serviço de Nefrologia (SN), de um hospital da região norte de Portugal e decorreu no período de 19 de Setembro de 2024 a 14 de Fevereiro de 2025, perfazendo um total de 384 horas de contacto na tipologia de estágio.

Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023, pp.4-7), este hospital passou a integrar o modelo de ULS, a partir do dia 1 de janeiro de 2024. Este modelo surge, devido ao *“aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença...”*, permitindo ganhos em saúde e assegurando que todos os beneficiários do Sistema Nacional de Saúde (SNS) tenham acesso aos cuidados que mais se adequam às suas necessidades.

O SN constituiu-se como um serviço independente em 1975 com as valências de nefrologia clínica (consulta interna de nefrologia e internamento de nefrologia) e a unidade de diálise (unidade de HD e unidade de DP). Em 1983 individualizou-se com o TR e, em 1985, iniciou o programa de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). Em 1998 iniciou o programa de TR de dador vivo. Está certificado desde 2006 pela norma ISO 9001 e atualmente é incorporado em quatro centros de referência nacionais: o TR em adultos, o TR pediátrico, o TR de Pâncreas e Paramiloidose Familiar e integra com Itália e Espanha a South Transplant Alliance (STA) para TR cruzado.

Atualmente, a unidade de diálise engloba, para além do serviço de HD e DP, a Consulta de Acessos Vasculares (CAV), a Consulta de Esclarecimento sobre Técnicas de Substituição da Função Renal (CETSFR) e a Consulta de Doença Renal Avançada (CDRA).

O SN dá ainda suporte ao serviço de urgência, aos serviços de cuidados intensivos e intermédios e aos serviços de internamento e consulta externa, assegurando tanto a prestação de cuidados a pessoas em regime de ambatório como internamento e em situações de urgência. A sua missão é assegurar que a população tenha acesso a cuidados de excelência, começando no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças renais até à antecipação das suas complicações, investindo na qualidade, ensino especializado e na investigação clínica com PBE.

Desta forma, este serviço, oferece todas as condições para promover a prática de enfermagem avançada e especializada, centrada no melhor cuidado para a pessoa, onde o pensamento crítico, as competências do enfermeiro especialista e a PBE se unem para proporcionar cuidados de excelência às pessoas com DRC. A PBE permite uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e proporciona maior segurança na pessoa, além de que ajuda a disseminar o conhecimento e a promover a inovação na prática clínica (Sousa et al., 2018).

A equipa da unidade de diálise é constituída por um enfermeiro gestor e um diretor clínico, 30 enfermeiros, dos quais oito possuem a especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) e quatro a especialidade em outras áreas distintas; seis médicos nefrologistas; um nutricionista; cinco técnicos auxiliares de saúde e um assistente técnico. Cumprindo assim, as normas exigidas, segundo a Portaria nº 347/2013 (2013), publicado em Diário da República nº 231, Série I de 2013-11-28, artigo 29º, pp. 6599), o qual refere que as unidades de diálise para além do diretor clínico, devem dispor de pessoal técnico como médicos, enfermeiros e nutricionistas.

Neste contexto, considerando o cálculo das dotações seguras para os cuidados de enfermagem estabelecido no Diário da República nº 233, Série II de 2014-12-02, o número de enfermeiros numa unidade de diálise deve ser ajustado conforme a organização. Recomenda-se um enfermeiro para quatro postos de HD, além de incluir enfermeiros adicionais para pessoas com necessidades específicas, como é o caso dos portadores de Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC) ou Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Assim, a unidade de diálise consegue cumprir os requisitos das dotações seguras. É ainda referido que o número mínimo de

enfermeiros por turno não deve ser inferior a dois, e que as dotações devem refletir acerca da qualificação necessária dos enfermeiros, como a titulação de enfermeiro especialista, o que, neste caso em específico não se verifica, uma vez que no total de 30 enfermeiros que esta unidade possui, apenas 12 possuem esse título.

Já no contexto específico da DP, e uma vez que não está implícita na secção do regulamento de dotações que diz respeito às unidades de diálise, esta integra-se no cálculo de dotações seguras da consulta externa e segundo o guia orientador de boas práticas da DP da OE (2020, pp.50), recomenda-se 1 enfermeiro para cada 25 pessoas em programa regular de DP, além disso, sugere que cada unidade tenha no mínimo um enfermeiro especialista na área de EMCPSCR. A equipa de DP possui nove enfermeiros, dos quais dois têm a especialidade de EMCPSCR e dois têm noutra área específica. Assim, considerando as fórmulas de cálculo de dotações seguras, segundo o Diário da República nº 233, Série II de 2014-12-02 (pp. 30250) e o guia orientador de boas práticas, era importante existir reforço da equipa, com pelo menos um enfermeiro por turno.

Em termos estruturais, a unidade de HD é composta por 15 postos de tratamento fixos, distribuídos por quatro salas, em que, oito postos estão acoplados numa sala, quatro noutra sala independente, todas destinadas aos tratamentos em regime de ambulatório ou em regime de internamento. Para além disso, dois postos encontram-se noutra sala para tratamentos de HD de urgência ou para situações em que se tenha de recorrer às precauções baseadas nas vias de transmissão e um posto numa sala, usada apenas para a realização de tratamento a pessoas portadoras do VHB, cumprindo as orientações do manual de boas práticas de diálise crónica, que refere que *“Os doentes em hemodiálise ou técnicas afins portadores de VHB, com ou sem hepatite, devem efetuar o seu tratamento depurativo em sala dedicada de uso exclusivo para este grupo de doentes.”* (Ordem dos Médicos [OM], 2017, pp.66). Dispõe ainda, de uma sala para a realização de procedimentos invasivos, como biópsias renais (BR) e colocação de cateteres venosos centrais (CVC).

As sessões de HD realizam-se três vezes por semana, com sessões de 4h00, podendo este período ser ajustado consoante as necessidades individuais de cada pessoa. Estas sessões ocorrem de forma programada e estão distribuídas por três turnos (manhã, tarde e noite). No período noturno, a unidade mantém-se operacional apenas para situações urgentes, assegurando igualmente o apoio ao serviço de cuidados intensivos e intermédios.

Já em relação às sessões de DP, estas são realizadas diariamente, em diferentes horários, dependendo da modalidade de DP, isto é, existem dois tipos: a DPCA que é realizada de forma autónoma três a quatro vezes/dia e a Diálise Peritoneal Automática (DPA) que é efetuada com o auxílio de uma máquina (cicladora) durante a noite. A escolha da modalidade de tratamento deve ser feita pela pessoa, depois de informada, com suporte da equipa profissional (o enfermeiro e médico), considerando o seu estilo de vida e capacidade. Mas iremos aprofundar

detalhadamente este tratamento mais à frente. Esta unidade de DP detém um consultório médico e dois consultórios de enfermagem e funciona apenas em dias úteis, permitindo dar apoio às pessoas em regime de consulta, incluindo a CETSFR e a CDRA, além da urgência e do internamento.

A CDRA foi criada com intuito informativo e de esclarecimento, no sentido de evitar a progressão da doença e minimizar complicações, principalmente em situações de lesão renal aguda (LRA), através da educação para a saúde, de forma que a pessoa seja incentivada a participar ativamente nas decisões sobre o seu tratamento e a adotar comportamentos que promovam a saúde renal.

Esta abordagem centrada na pessoa está em concordância com as diretrizes da National Kidney Foundation (NKF) (2021) e da European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (2022), que enfatizam a importância do envolvimento da pessoa na gestão da sua saúde e na tomada de decisão informada.

Durante a consulta, o enfermeiro avalia ainda a capacidade da pessoa para realizar a técnica de forma independente no domicílio, munindo-a de ferramentas para que seja realizada sem intercorrências, através de um programa de ensino e treino, com a duração de cinco dias. Este treino ocorre após a exteriorização do cateter de DP e é liderado por um dos enfermeiros da equipa de DP, que acompanha a pessoa durante aqueles dias de ensino.

Além disso, o enfermeiro deve assumir uma abordagem holística, reconhecendo a importância de cuidar da pessoa e dos seus familiares como um todo. Como referem Martínez & Gamboa (2011), é imperativo que o enfermeiro esteja equipado de ferramentas que proporcionem um apoio mais direcionado durante o processo de adaptação à nova situação que a pessoa enfrenta.

Com o aumento da prevalência das doenças crónicas, como é o caso da DRC, surge a necessidade de adaptação dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, com especial ênfase na necessidade de cuidados especializados e individualizados. No contexto da diálise, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de excelência e o seu conhecimento aprofundado sobre a doença, as suas complicações e as diferentes modalidades de tratamento, aliado às suas competências específicas, permite-lhe oferecer um acompanhamento diferenciado, contribuindo para uma abordagem integrada e holística dos cuidados (OE, 2016).

Neste sentido, a PBE é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem em diálise, de forma que seja possível a tomada de decisões clínicas informadas e adequadas a cada pessoa (Pinto et al., 2023).

3. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: CASO CLÍNICO I NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

O Sr A.B tem 73 anos, ourives reformado, casado e tem uma filha. É independente nas atividades de vida diária. Foi diagnosticado com DRC secundária a nefropatia membranosa (NM) primária por síndrome nefrótica grave com hipoalbuminémia, confirmada histologicamente em 2015. Apresenta como antecedentes pessoais: hipertensão arterial (HTA); fumou até aos 40 anos; Dislipidemia; Neoplasia basocelular pré-auricular á esquerda, submetido a cirurgia em 2017, com recessão completa da massa. Já era seguido em consulta de Nefrologia desde 2015 e por agravamento da DRC e sintomas de uremia (diminuição apetite e fadiga), iniciou HD em Outubro de 2024, com recurso a Fístula Arteriovenosa (FAV) rádio-cefálica esquerda. A FAV foi construída em Agosto de 2024 e desde então realiza TSFR três vezes por semana na unidade de HD.

3.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo será explanada a contextualização teórica, com o objetivo de fundamentar o juízo clínico para a conceção de cuidados à pessoa com DRC a vivenciar o seu processo de transição saúde/doença.

ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC tem vindo a aumentar, sendo que Portugal é considerado o país europeu com maior prevalência de pessoas em TSFR. Em contrapartida, a taxa de mortalidade das pessoas em TSFR diminuiu 11,9% (Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], 2023).

Um fator importante que tem contribuído para o aumento da DRC é o envelhecimento da população e como resultado disso, a DRC tornou-se uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Neste sentido, prevê-se que a DRC se torne a quinta causa mais comum de anos de vida perdidos até 2040 (Hahn & Strutz, 2024).

A DRC é uma condição progressiva e irreversível que afeta uma percentagem considerável da população global e pode ocorrer devido a distúrbios nos vasos sanguíneos, nos glomérulos, nos túbulos, no interstício renal e no trato urinário inferior, associada maioritariamente à DM, HTA, dislipidemia, Insuficiência Cardíaca (IC) e obesidade. Além de que, possui um grande impacto sobre a vida da pessoa e dos seus familiares (Lins et al., 2018).

A DRC é definida, quando existem anomalias da estrutura ou da função renal há mais de 3 meses, com implicações para a saúde (Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO], 2022, 2024).

A etiologia da DRC inclui a glomerulonefrite, a doença renal poliquística autossômica dominante (DRPAD), a trombose da veia renal (TVR), a nefrite intersticial, a necrose tubular aguda (NTA) ou a acidose tubular renal (Guyton & Hall, 2017).

O diagnóstico surge devido a uma diminuição sustentada, por mais de 3 meses da taxa de filtração glomerular (TFG) como inferior ou igual a 90 ml/min/1,73m² ou através da evidência de anomalias estruturais realizadas por exames imagiológicos e Biópsia Renal (BR).

FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A principal função dos rins consiste em eliminar do corpo as substâncias tóxicas que são ingeridas ou produzidas pelo metabolismo, além disso, também são responsáveis por controlar o volume e a composição dos líquidos corporais, permitindo dessa forma, manter o ambiente interno estável, imprescindível às células para a realização das várias funções (Guyton & Hall, 2017).

Resumindo e segundo Guyton and Hall (2017), os rins desempenham várias funções que são fundamentais para a manutenção da homeostase, como:

- Eliminação de substâncias tóxicas e químicas estranhas;
- Regulação do balanço hídrico e dos eletrólitos;
- Regulação da tensão arterial (TA);
- Regulação do equilíbrio ácido-base;
- Regulação da produção de eritrócitos e vitamina D;
- Síntese da Glicose.

Eliminação de substâncias tóxicas e químicas estranhas

Os rins são fundamentais na eliminação de produtos como a ureia, creatinina, ácido úrico e bilirrubina, os quais, devem ser eliminados do corpo o mais rapidamente quanto são produzidos. Além disso, são ainda responsáveis pela eliminação de outras substâncias estranhas produzidas e ingeridas pelo nosso organismo, como pesticidas, fármacos e aditivos alimentares (Guyton & Hall, 2017).

Regulação do balanço hídrico e dos eletrólitos

Os eletrólitos sanguíneos, mais propriamente, o sódio, potássio, cloreto e bicarbonato, auxiliam na regulação das funções dos nervos e músculos e na manutenção do equilíbrio ácido-base e do

equilíbrio hídrico, que devem ser mantidos dentro de níveis normais para que o organismo consiga funcionar.

A excreção da água e eletrólitos deve ser ajustada com os respectivos ganhos, isto é, caso o ganho exceda a excreção, a quantidade de água e de eletrólitos no corpo vai aumentar e o mesmo vai funcionar em ordem inversa, ou seja, caso o ganho seja menor que a excreção, a quantidade de água e de eletrólitos no corpo vai diminuir (Guyton & Hall, 2017).

Desta forma, os rins ajudam a manter o equilíbrio entre os eletrólitos que a pessoa ingere diariamente, ao consumir alimentos e bebidas, e os eletrólitos e a água que saem do corpo pela urina são excretados (Lewis, 2023).

Regulação da TA

Os rins têm um papel importante na regulação da TA a longo prazo, devido à excreção de quantidades variáveis de sódio e água, e a curto prazo, pela secreção de substâncias como a renina (enzima proteica libertada pelos rins quando a TA desce para níveis demasiado baixos), que levam à formação de produtos vasoativos como a angiotensina II (Guyton & Hall, 2017).

A angiotensina II pode aumentar a TA através da vasoconstrição, uma vez que, a constrição das arteríolas aumenta a resistência periférica total e através da diminuição da excreção de sal e de água pelos rins, pois faz com que o volume do líquido extracelular aumente de forma lenta e dessa forma a TA fique elevada durante as horas e os dias seguintes.

Regulação do equilíbrio ácido-base

A regulação do equilíbrio ácido-base refere-se à regulação da concentração de hidrogénio (H^+) no organismo.

Os rins são os únicos órgãos capazes de eliminar certos ácidos do corpo, como o ácido sulfúrico e fosfórico e controlam ainda o equilíbrio ácido-base quando excretam urina ácida ou base, através da reabsorção do bicarbonato filtrado e da regeneração do bicarbonato através da excreção de H^+ (Guyton & Hall, 2017; Neves et al., 2021).

Os rins em conjunto com os pulmões contribuem desta forma, para a regulação do equilíbrio ácido-base, de forma a evitar a acidose e a alcalose, permitindo manter o pH sanguíneo normal entre 7.34 e 7.44 (Neves et al. 2021).

A alcalose metabólica resulta no aumento do bicarbonato, levando a que o pH do sangue se torne mais básico do que deveria, ou seja, acima de 7.44 e a uma elevação do Dióxido de Carbono (CO_2). As principais causas devem-se ao uso de diuréticos (Furosemida), consumo excessivo de bicarbonato de sódio, défice de potássio e magnésio no sangue, consumo excessivo de laxantes e efeitos colaterais de antibióticos (Penicilina).

A acidose metabólica é uma das complicações da DRC, sendo caracterizada por excesso de

acidez, levando a um pH abaixo de 7.34. Há um aumento na concentração de ácidos no líquido extracelular e consequentemente uma queda na concentração do bicarbonato e no CO₂. O principal tratamento consiste na correção das causas do distúrbio, uma vez que, rapidamente pode evoluir para uma diminuição da TA severa, choque e paragem cardiorrespiratória (Neves et al., 2021).

Regulação da produção de eritrócitos e vitamina D

Os rins são essenciais na secreção e produção da eritropoetina, que tem a função de regular a produção de glóbulos vermelhos e da renina, que é responsável pela regulação da pressão sanguínea a partir do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Neste sentido, as pessoas com DRC e que estão em programa de HD desenvolvem anemia grave, como resultado da diminuição da produção de eritropoetina.

Os rins produzem a forma ativa de vitamina D, que é essencial para a absorção de cálcio pelo trato gastrointestinal e pela deposição normal de cálcio nos ossos, tendo um papel importante na regulação do cálcio e do fósforo (Guyton & Hall, 2017).

Síntese da Glicose

Os rins têm a capacidade de sintetizarem a glicose a partir de aminoácidos, mas na DRC essa função é interrompida, levando a um défice do volume e da composição do líquido corporal, por isso a importância da HD, para restaurar o balanço corporal dos líquidos e dos eletrólitos (Guyton & Hall, 2017).

CAUSAS E COMPLICAÇÕES DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Existem várias causas que conduzem à DRC, nas quais as mais importantes passam por alterações a nível metabólico, vascular, imunológico, urinário, congénito e infeccioso.

- Metabólicos: DM, HTA;
- Vasculares: Aterosclerose;
- Imunológicos: Glomerulonefrite, poliartrite nodosa e lúpus eritematoso;
- Infecciosos: Pielonefrite (PNF), tuberculose;
- Urinário: Cálculos renais, hipertrofia da próstata e compressão uretral;
- Congénitos: DPAD.

A DM e HTA em Portugal, continuam a ser das causas de DRC mais elevadas nas pessoas em TSFR, sendo 31,3% superior à média europeia, seguidas da glomerulonefrite e da DRPAD, que conduziram a uma deterioração lenta e irreversível da função renal (SPN, 2023).

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

Em Portugal, cerca de 1 em cada 3 portadores de DM poderão desenvolver complicações renais ao longo da sua vida. A longo prazo, os elevados níveis de glicose no sangue poderão evoluir para uma das mais comuns causas da DRC, a nefropatia diabética (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais [APIR], 2024).

Esta doença afeta aproximadamente 120 milhões de pessoas e mais de 90% das pessoas que induzem diálise por nefropatia diabética têm DM tipo 2 (APIR, 2024)

Na DM, existe uma degradação progressiva dos vasos sanguíneos renais, o que faz com não consigam eliminar os resíduos que se acumulam no sangue corretamente. Consequentemente, o corpo retém mais água e sódio do que deveria e pode levar a edema dos membros, aumento de peso, nictúria, albuminúria (presença de albumina, uma proteína que circula no sangue na urina) e hematuria, sendo estes os principais sinais da nefropatia diabética (considerada a complicação mais comum da DM), a par da HTA (NKF, 2023).

Sendo uma complicação associada à DRC, a nefropatia diabética resulta numa sobrecarga renal, que compromete a capacidade de Filtração Glomerular (FG). A longo prazo, os vasos envolvidos na micro e macrocirculação degradam-se, originando complicações que podem levar à doença renal terminal, o último estágio (estádio 5) da DRC.

A HTA está profundamente relacionada com a função renal, uma vez que sobrecarrega os rins e consequentemente danifica os vasos sanguíneos e os glomérulos, tornando-os mais espessos e estreitos. Os rins quando entram em disfunção libertam maiores quantidades de renina (hormona que controla a TA), que consequentemente leva à HTA (NKF, 2024; Tkachuk, 2019).

Encontra-se presente em cerca de 70% a 80% das pessoas com DRC e aumenta exponencialmente com o declínio da função renal, tornando-se de difícil controlo à medida que os estádios avançam.

Em pessoas com estádios mais precoces da DRC, há uma relação direta entre os níveis de pressão arterial e a mortalidade cardiovascular, independentemente de outros fatores de risco e o controlo da HTA, acaba por se tornar mais difícil no estágio 4, devido à retenção de sódio e água e a uma crescente desregulação da função renal (Bortolotto, 2008). O sódio é o principal ião extracelular, sendo essencial para o volume sanguíneo extracelular e o rim é o principal regulador da homeostase do sódio e dos líquidos corporais (Tkachuk, 2019).

Na DRC, a capacidade de expelir o sódio vai diminuindo de forma progressiva, à medida que a função renal deteriora. A retenção do sódio e água leva a expansão do volume do líquido extracelular, e consequentemente a um aumento do débito cardíaco, sendo crucial na fisiopatologia da HTA na DRC.

Nefropatia membranosa

É uma glomerulopatia membranosa ou glomerulonefrite membranosa, no qual os filtros sofrem

lesões, e conseqüentemente, conduzem à perda de grandes quantidades de proteínas urina. Com a progressão da doença, os rins podem perder a sua função, o que pode levar à DRC, necessitando de TSFR ou Transplante Renal (TR) Além disso, a NM é a principal causa de síndrome nefrótica em adultos (Dantas et al., 2023; APIR, 2017; Pinheiro, 2024).

Na maioria dos casos, desconhecem-se as causas da NM, chamada de NM idiopática, mas ainda assim a NM pode ser dividida em duas formas: forma primária e secundária (Pinheiro, 2024).

A NM primária é aquela que surge sem que haja uma causa. A pessoa não tem nenhuma outra doença, apresentando apenas essa lesão glomerular. Já a NM secundária, por sua vez, é obrigatoriamente provocada por alguma outra doença, tais como doenças autoimunes: lúpus eritematoso, sarcoidose; neoplasias, mais frequentemente de órgãos (pulmão, mama, cólon e rim); infecções: sífilis, HIV e hepatite B e C ou secundária a medicação, drogas e toxinas (NKF, 2021; Pinheiro, 2024).

A NM primária é uma doença imunológica, já que, o sistema imunológico passa a produzir anticorpos contra a estruturas presentes na membrana basal, provocando concludentemente a deposição de complexos imunes que provocam danos à membrana filtradora.

A NM ocorre em cerca de 2 em cada 10.000 pessoas e pode surgir em qualquer idade, mas é mais comum em indivíduos com mais de 30 anos e do sexo masculino (APIR, 2017; Guyton & Hall, 2017; NKF, 2021).

Inicialmente os sintomas passam por edema que afeta principalmente os membros inferiores, proteinúria (eliminação de proteínas na urina é superior a 3,5 gramas por dia), hipoalbuminemia e dislipidemia. Em situações esporádicas, podem surgir hematúria microscópica, HTA e alteração de TFG (Dantas et al. 2023; Pinheiro, 2024). Pode ainda existir uma perda de apetite, nictúria e urina espumosa, devido aos elevados níveis de proteínas. Estas características tendem a desenvolver-se lentamente e podem passar despercebidas durante meses (NKF, 2021; Pinheiro, 2024).

A hipoalbuminemia ocorre como consequência direta da proteinúria, já que, se mais proteínas estão a ser excretadas do corpo e se a albumina é a proteína mais abundante no plasma, os níveis de albumina vão ser reduzidos. O edema ocorre devido a dois mecanismos, isto é, o primeiro relaciona-se com a hipoalbuminemia, uma vez que essa manifestação leva à redução da pressão oncótica do sangue, já o outro mecanismo proposto refere-se à hiperatividade dos túbulos renais na reabsorção de sódio e água, levando a um quadro de hipervolemia. O aumento do volume circulante aumenta a pressão hidrostática dos vasos sanguíneos, promovendo edema (SANAR, 2020; Pinheiro, 2024).

A dislipidemia é uma resposta à proteinúria. A redução dos níveis de pressão oncótica estimula a proteção de lipoproteínas pelos hepatócitos (SANAR, 2020).

Portanto, pessoas com níveis baixos de proteinúria (< 4 g/dia) pelo menos durante 6 meses, são considerados de baixo risco, apresentando um bom prognóstico e não necessitam de tratamento com imunossuppressores. Proteinúria entre (4-8g/dia), que não apresentam resultados após os 6 meses de observação, são considerados de risco moderado e neste caso o tratamento passa pelo uso de imunossuppressores. Quando a proteinúria (> 8 g/dia) ou existe elevação da creatinina, são considerados de alto risco e neste caso é usado logo numa fase inicial terapia imunossupressora (Pinheiro, 2024).

As complicações desta doença aumentam o risco de trombofilia, que se manifesta comumente como TVR e embolia pulmonar. (APIR, 2017; SANAR, 2020; Pinheiro, 2024).

CLASSIFICAÇÃO E SINTOMAS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC é classificada com base na causa, na categoria da TFG (estádio 1 ao 5) e pode ainda manifestar-se clinicamente de forma inespecífica, de acordo com o estágio da função renal da pessoa, conforme a tabela 1 (NKF, 2022; KDIGO, 2024).

Classificação da Função Renal	TFG (ml/min/1,73m²)	Considerações
Estádio 1	≥ 90 ml/min/1,73m²	Fase inicial da lesão renal com TFG preservada.
Estádio 2	60-89 ml/min/1,73m²	Começa a existir uma perda da função renal e os níveis de ureia e creatinina plasmáticos estão mais elevados do que o normal e surge proteinúria, HTA. Há evidência de lesão renal detetada através de Ressonância Magnética (RMG), TAC, ecografia ou Raio-X de contraste.
Estádio 3	30-59 ml/min/1,73m²	Diminuição ligeira a moderada da TFG e apresenta sinais de anemia e/ou o aparecimento de doença óssea precoce.
Estádio 4	15-29 ml/min/1,73m²	Diminuição grave da TFG. Surgem sinais de uremia.
Estádio 5	<15 ml/min/1,73m²	Falência renal com necessidade de início de TSFR ou TR.

Quadro 1- Classificação da Função Renal

No estágio 1 não há lesão renal propriamente dita e neste sentido não existem alterações clínicas ou laboratoriais, dado que a perda de nefrônios não implica um comprometimento dos parâmetros laboratoriais, enquanto no estágio 2, embora clinicamente seja assintomática, já se nota a presença de albuminúria, hematúria, anomalia patológica ou anomalia estrutural. Existe ainda um maior risco de desidratação e sensibilidade medicamentosa (Fresenius Medical Care, 2011; APIR, 2024).

No estágio 3, surge uma deficiência de calcitriol e eritropoetina, assim como alterações da hormona paratiroideia e HTA, além do aumento dos valores da ureia e creatinina, aparecimento

de poliúria, devido à incapacidade de concentrar a urina. São também retidos outros componentes que normalmente são eliminados pelo rim, incluindo fósforo, ácido úrico e as valências ácidas. Nesta fase, pode surgir a anemia, ainda que de uma forma incipiente (Fresenius Medical Care, 2011).

No estágio 4, as alterações tornam-se mais evidentes, a anemia é frequente, os valores de cálcio sérico podem estar reduzidos devido à alteração do metabolismo da vitamina D e os valores do fósforo podem subir, aumentando a acidose metabólica, secundária ao défice da secreção dos protões nos túbulos renais. Neste estágio, o controlo da HTA torna-se mais difícil, devido à retenção de sódio e água e a uma progressiva desregulação da função renal incipiente (Fresenius Medical Care, 2011).

No estágio 5, o rim entrou em falência e os sintomas tornam-se mais intensos, o que leva a alterações na diurese, isto é, as pessoas começam a apresentar sintomas de oligúria. Além disso, surgem alterações bioquímicas acentuadas e a quantidade de proteínas na urina aumenta, tais como os níveis de creatinina e de potássio no sangue. Nesta fase existe indicação urgente para a TSFR incipiente (Fresenius Medical Care, 2011).

Existem casos de algumas pessoas que chegam ao estágio 5 sem sintomatologia, enquanto outras começam já os sintomas nas fases mais precoces da doença renal (APIR, 2024).

A doença renal, como já descrito, numa fase inicial não tende a causar sintomas, e isto deve-se ao facto de o corpo ser capaz de lidar com uma redução significativa da função renal, neste sentido em muitos casos só é detetada através de análises clínicas, através da avaliação da creatinina sérica para estimar a TFG e do rácio albumina/creatinina urinária (RCA) como marcador de lesão renal (KDIGO, 2017, 2024).

Numa fase mais tardia, estágio 3 e 4, os sintomas mais comuns da DRC, incluem a sobrecarga de volume, poliúria, prurido, fadiga, diminuição de apetite, perda de peso, halitose, vómitos, insónias, acidose metabólica, HTA, anemia e distúrbios minerais e ósseos (SANAR, 2021; NKF, 2023).

Quando a doença renal já se encontra num estágio mais avançado e irreversível, o chamado estágio 5, predominam um conjunto de sintomas clínico-laboratoriais, que se designam por síndrome urémica. A uremia consiste na acumulação de produtos metabólicos tóxicos no sangue. Estes sintomas, segundo as guidelines de KDIGO (2024) e de acordo com Fresenius Medical Care (2011), dividem-se em:

- Neurológicos: défice cognitivo, fadiga, insónia, tremores, irritabilidade, dificuldades na concentração, encefalopatia urémica, desorientação, neuropatia periférica;
- Cardiovasculares: arritmias, pericardite, HTA sistémica; IC congestiva;
- Metabólicos: deterioração progressiva do estado nutricional refractária à intervenção dietética,

diminuição apetite, polidipsia;

- Gastrointestinais: náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, anorexia, hemorragia digestiva;
- Urinários: noctúria; oligúria; poliúria; edema, hipercaliemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipermagnesemia;
- Hematológicos: anemia e consequentemente fadiga, coagulopatias;
- Músculo-esqueléticos: osteodistrofia renal, miopatia proximal;
- Endócrinos: diminuição da tolerância à glucose, infertilidade, amenorreia, impotência, hiperuricemia, dislipidemia.

Assim sendo, as várias manifestações da DRC passam pela sobrecarga hídrica, hipercaliemia, acidose metabólica, défices no metabolismo do cálcio, fósforo e vitamina D, e anemia (Hahn & Strutz, 2024).

TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O tratamento da DRC concentra-se essencialmente no controlo das comorbilidades, na restrição e administração adequada de proteínas, sódio, fósforo, fosfato, potássio, cálcio e líquidos, no uso de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona e nas modificações do estilo de vida (Figueiredo et al., 2024; Tkachuk, 2019). Em casos mais avançados, o TSFR como a HD, DP e o TR são as alternativas (Malkina, 2023).

A ingestão da quantidade destes nutrientes, pode ajudar a controlar a acumulação de resíduos e líquidos no sangue e prevenir a progressão para uma desnutrição calórico-proteica (NKF, 2024; Fresenius Medical Care, 2011). Além disso, o controle da hiperglicemia e da HTA nas pessoas com nefropatia tornam substancialmente mais lenta a redução da TFG.

Estudos recentes demonstram ainda que medicação como anti hipertensores, especialmente os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, a restrição de proteínas na dieta e um excelente controlo glicémico em pessoas com DM, podem retardar a progressão da DRC (Hahn & Strutz, 2024).

Assim, segundo NKF (2024) e Fresenius Medical Care (2011) devemos adaptar cada um dos nutrientes de forma individualizada a cada pessoa:

- Sódio: a quantidade de sódio deve depender do volume e da diurese. Nas pessoas com oligúria ou anúria a restrição de sódio é essencial, já que pode levar a um maior ganho de peso interdialítico, edema, HTA e IC. É recomendado uma ingestão de sódio de 2,0-2,3g/dia (NKF, 2024; Fresenius Medical Care, 2011);
- Potássio: na DRC, quando a pessoa entra em oligúria ou anúria, os rins diminuem a capacidade de eliminação de potássio e como consequência, este acaba se ir acumulando no

corpo, por isso a importância da restrição de alimentos ricos em potássio. A recomendação diária deve ser personalizada, sendo aconselhável a ingestão de 1,5-2,7g de potássio por dia;

- Fósforo: à medida que a função renal diminui, surge a hiperfosfatemia que contribui para o hiperparatireoidismo secundário e para a osteodistrofia. Quando este está alterado, pode levar à formação de depósitos de fosfato de cálcio, que consequentemente depositam-se no coração, pulmões, vasos sanguíneos, articulações e outros tecidos moles. A ingestão adequada é de 0,8g-1.0g/dia;

- Cálcio: o défice de vitamina D a nível do sistema gastrointestinal aumenta a necessidade de cálcio das pessoas em HD. Os alimentos que são boas fontes de cálcio são da mesma forma ricos em fósforo, logo a ingestão tem de ser limitada. Por este motivo, o total da ingestão não deve exceder 2.0g/dia;

- Proteínas: são fundamentais para na formação muscular e no combate de infeções. Tendo em conta que durante a HD existe uma perda de aminoácidos e proteínas significativa, os valores recomendados para a ingestão na dieta são de 1,1g/kg peso/dia;

- Líquidos: devem ser restritos, tendo em conta a diurese da pessoa, a TA e as doenças cardiovasculares. A ingestão em demasia juntamente com o ganho de peso interdialítico, pode levar a hipotensão, câibras, náuseas, vômitos e cefaleias. Em algumas situações, pode surgir edema agudo do pulmão (EAP). Deve corresponder à soma da ingestão hídrica de 500 ml com a diurese, nas 24 horas;

- Vitaminas: podem ser necessárias devido às perdas existentes durante a HD e à ingestão inadequada por restrição de potássio. O défice de vitamina B12, B6 e ácido fólico estão associados a níveis séricos elevados de homocisteína, que tem sido relacionada com a doença vascular precoce. Os suplementos à base de vitamina D estão indicados para aumentar a absorção de cálcio a nível intestinal e desta forma, prevenir e tratar o hiperparatireoidismo e melhorar o metabolismo ósseo;

- Fibras: a obstipação é frequente nas pessoas que fazem HD e deve-se à pobre ingestão de alimentos ricos em fibras, devido à restrição que esta pessoas têm de potássio e líquidos na dieta. A recomendação é de 20-25g/dia.

TIPOS DE TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

A HD é o TSFR mais utilizado a nível mundial, quando as pessoas se encontram no estágio mais avançado da DRC, o estágio 5. Corresponde ao processo em que se altera a composição de uma solução, quando esta é colocada em contacto com outra, através de uma membrana semipermeável. As moléculas de água e os solutos de baixo peso molecular (PM) (<500 dalton) têm a capacidade de atravessar a membrana, já os solutos de PM médio a elevado (500-10.000 dalton), como as proteínas, não conseguem atravessar a membrana semipermeável (Fresenius

Medical Care, 2011).

Na HD, o processo de filtração ocorre fora do organismo através de um acesso vascular (AV). O sangue é filtrado por um dialisador com o objetivo de retirar todas as toxinas, seguidamente os solutos atravessam os poros da membrana semipermeável do dialisador (preenchidas pelo dialisante) para o corpo, através de dois mecanismos: difusão e UF (convecção), conforme mostra na Figura 1 (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda 2022).

Na difusão, existe circulação das moléculas de uma zona com maior concentração de solutos, para uma zona de menor concentração de solutos, e a velocidade de difusão depende sempre do tamanho da molécula. Isto é, quanto maior a molécula, mais lenta é a difusão através da membrana (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda 2022).

A UF, ocorre quando a água tem de atravessar a membrana através da força osmótica ou hidrostática. Já na convecção, ocorre a perda de solutos de baixo PM da UF, e substâncias como a creatinina e ureia passam sem dificuldade pelos poros da membrana. Quanto maior for a permeabilidade da membrana, maior será o volume de líquido removido (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda 2022).

O dialisante ou fluxo de diálise, que corresponde à quantidade de solução que circula pelo exterior dos capilares do dialisador, normalmente medida em ml/min, tem na sua constituição vários compostos como água e eletrólitos, como o sódio, potássio, magnésio, cálcio e cloreto, e ainda bicarbonato de sódio e glucose. A água tal como o dialisador, são partes fundamentais para o tratamento dialítico e utiliza-se em média 120 litros de água durante uma sessão de HD. O dialisador é constituído por fibras ocas, celulose e polímeros (Fresenius Medical Care, 2011).

Na HD, para uma maior eficácia dialítica, deve-se ter em conta a duração e frequência do tratamento, para minorizar os efeitos de uma UF rápida, obtendo desta forma, uma clearance de solutos adequada e evitando uremia; o tipo de dialisador; o fluxo do sangue e dialisante, ótimo funcionamento do AV e uma taxa de UF adequada, que varia de acordo com o Peso Seco (PS) da pessoa (Fresenius Medical Care, 2011).

Portanto, a taxa de UF é ajustada de forma individual, para garantir que a pessoa alcance um equilíbrio hídrico adequado e de forma a evitar complicações durante o tratamento.

O PS é habitualmente definido como o menor peso que a pessoa tolera sem o desenvolvimento de intercorrências, e quando atinge esse peso, a pessoa deve estar normotenso e sem evidência de edema periférico ou congestão pulmonar. Se o PS determinado for superior ao real, a pessoa vai apresentar um estado de sobrecarga hídrica no final do tratamento, podendo apresentar sintomas de HTA e disfunção cardíaca, e consequentemente, desenvolver derrame pulmonar e/ou pericárdico. Caso o PS determinado seja mais baixo que o real, a pessoa poderá também apresentar outros sintomas, que vão desde a hipotensão, câibras, cansaço e mal-estar geral (Fresenius Medical Care, 2011).

Relativamente à duração e frequência da sessão de HD, habitualmente os regimes de HD englobam sessões de 4 horas, 3/semana, em dias alternados. Embora, pessoas com função renal residual significativa ($\text{TFG} > 5\text{ml/min}$) podem eventualmente fazerem 2 sessões semanais, ou então sessões mais curtas, de 3 horas, com a frequência habitual das 3/semana.

Dentro da HD, a estratégia que habitualmente se prescreve, é a hemodiafiltração (HDF). A HDF é uma combinação entre HD e hemofiltração (HF) e utiliza um processo de transporte difusivo, mais particularmente convectivo, sendo capaz de remover moléculas de pequeno e médio tamanhos e proporcionando uma depuração mais eficaz em comparação com a HD convencional. Além de, segundo alguns estudos, é responsável por diminuir a síndrome do túnel cárpico; baixar as doses do fator estimulador da eritropoiese e aumentar a depuração do fosfato. Já a HF é uma técnica de filtração que tem como único princípio a depuração através do transporte convectivo, uma vez que não se utiliza líquido dialisante (Fresenius Medical Care, 2011).

Mas acima de tudo, a principal entrave para o sucesso da HD, é a inexistência de um AV prático, de longa duração e que conceba menos comorbidades à pessoa (Brito et al., 2022).

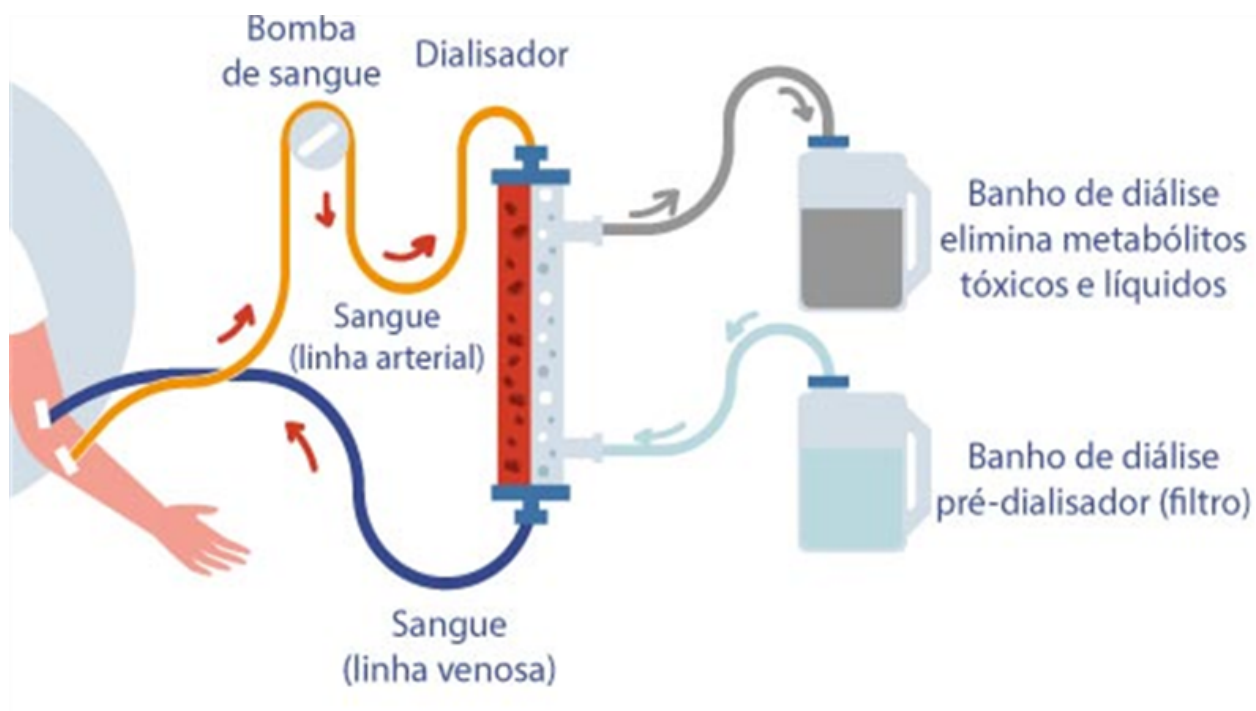


Figura 1 - Circuito da HD (Fonte: SAÚDEBEMESTAR, 2019).

A DP é um dos TSFR e utiliza a membrana peritoneal como filtro, com o objetivo de filtrar as substâncias tóxicas e os líquidos em excesso presentes no sangue. Esta membrana reveste a cavidade peritoneal (abdominal) e circunda alguns órgãos como o estômago, o intestino e a parede interna abdominal, conforme mostra a Figura 2 (APIR, 2018).

Para ser efetuada, carece da colocação de um cateter peritoneal (Tenckhoff), de forma a

permitir a infusão da solução de diálise na cavidade abdominal, onde vai ser efetuada a transferência de solutos (Matos & Fazenda 2022; APIR, 2018).

A solução de diálise é composta essencialmente por glucose em altas concentrações como agente osmótico, que induzem por UF a remoção de fluído do plasma. Quanto maior for a UF, maior o transporte de solutos. A concentração de glucose é adaptada, de forma individualizada para cada pessoa, sendo que no geral são necessárias 3 a 4 trocas de DP por dia (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda 2022).

Existem dois tipos de DP: a DPCA que é o tipo mais utilizado e a pessoa fica com o líquido de diálise dentro do organismo, significando que o sangue está continuamente a ser purificado. Nesta modalidade a pessoa faz as suas próprias trocas de forma manual, 3 a 4 vezes ao dia. A outra modalidade, é a DPA, que é realizada com recurso a uma máquina (cicladora), a qual é responsável por efetuar as trocas de forma automática durante o período noturno (APIR, 2018; Fresenius Medical Care, 2011).

Uma das grandes vantagens da DP, deve-se ao facto de existir a possibilidade de ser executada em contexto domiciliário, pela própria pessoa. Além de que, na maioria dos casos, não existe uma ingestão alimentar e de líquidos tão restrita, como na HD. A desvantagem, deve-se ao facto de que nem todas as pessoas têm a capacidade para a execução dessa técnica, uma vez que, requer prática, assimilação de conhecimentos e mestria (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda, 2022; APIR, 2018).

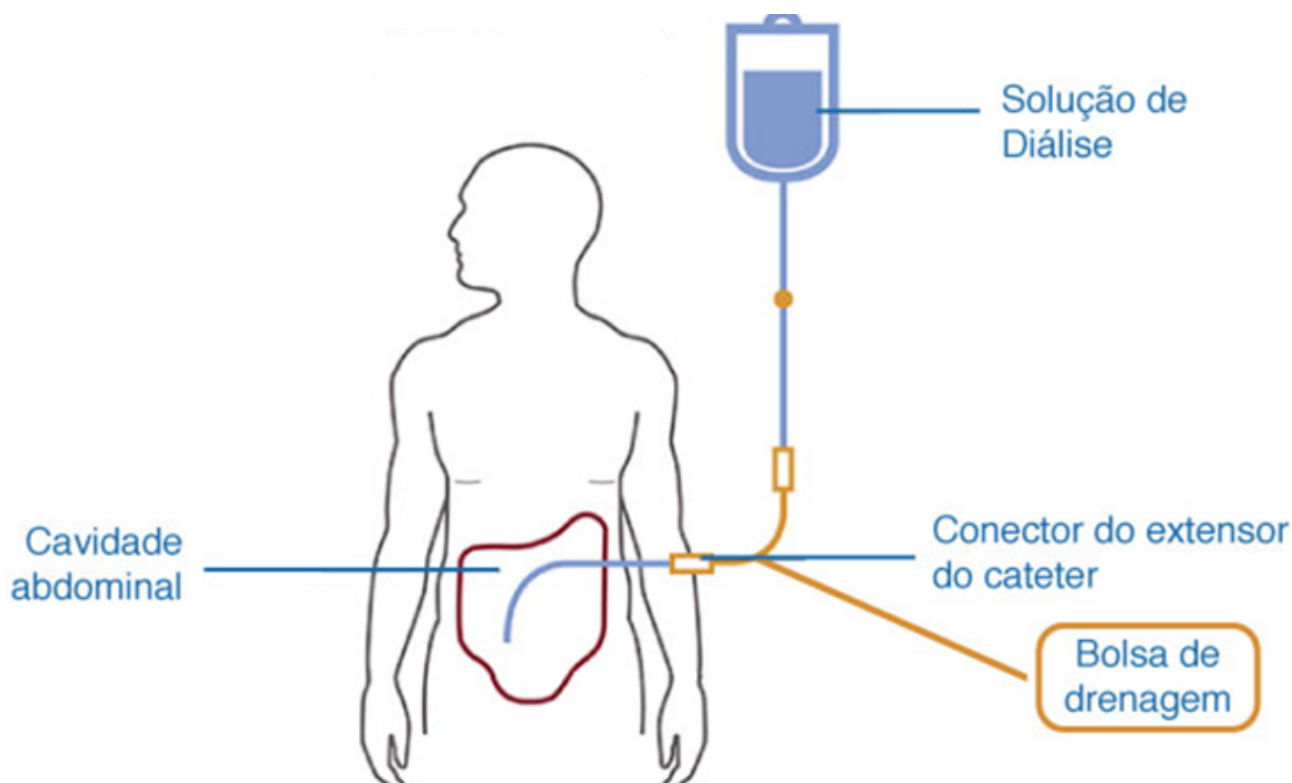


Figura 2- Circuito da DP (Fonte: SAÚDEBEMESTAR, 2019).

O TR é considerado o tratamento de 1ª linha na fase terminal da DRC. Compreende a substituição do rim que apresenta lesões irreversíveis, por um saudável, que possibilite à pessoa obter qualidade de vida. Pode ser realizado através de um dador vivo ou cadáver, mas o recetor tem de reunir condições clínicas estáveis, caso já se encontre em TSFR (HD ou DP) (ASTELLAS, 2021; Fresenius Medical Care, 2011).

Como contraindicações para o TR, detemos da idade avançada, neoplasias, infeções pelos vírus da hepatite, doenças cardiovasculares e do sistema imunitário. Em relação às complicações mais relevantes do TR, para além daquelas que possam aparecer no contexto cirúrgico, pode surgir ainda a HTA, disfunção e rejeição do enxerto e aparecimento de neoplasias (Fresenius Medical Care, 2011; APIR, 2018).

ACESSOS VASCULARES NA HEMODIÁLISE

Para a realização da HD é necessário um AV, que pode ser classificado em dois tipos: AV temporário e AV de longa duração (Fresenius Medical Care, 2011; Matos & Fazenda 2022).

AV temporário: dentro deste tipo de acessos, destaca-se o cateter venoso central (CVC) provisório, usado quando surge a necessidade de induzir HD de forma emergente, que depois vai ser substituído por um acesso permanente, como FAV ou prótese arteriovenosa (PAV).

AV de longa duração: aqui, podemos encontrar o CVC tunelizado, a FAV e a PAV.

- CVC, inserido comumente na veia jugular ou subclávia, é utilizado quando os vasos periféricos são inadequados ou quando existe falência da FAV ou PAV. É constituído por 2 lumens (venoso e arterial), em que um é responsável pelo transporte do sangue para ser filtrado pelo dialisador e o outro, tem a função de devolver o sangue já filtrado para o organismo. Além disso, apresenta vantagens e desvantagens comparando com os outros tipos de AV, uma vez que, depois de colocado, pode ser imediatamente utilizado, enquanto a FAV necessita de passar pelo processo de maturação. Em contrapartida, o CVC tem maior risco de contrair infeções e de obstrução (Fresenius Medical Care, 2011; APIR, 2018).

- FAV consiste na anastomose de uma artéria e de uma veia. A artéria transporta o sangue a uma velocidade elevada e apresenta a parede espessa, enquanto a veia exibe um fluxo sanguíneo mais lento. Dentro dos acessos vasculares, é a escolha de eleição no que diz respeito ao uso por um período longo ou indeterminado, em comparação com os restantes acessos (Brito et al., 2022).

- PAV consiste na criação de um enxerto entre uma artéria e uma veia, através da utilização de material sintético (politetrafluoroetileno). Tem maior risco de infeção, comparado com a FAV, o que significa que só deve ser considerada se efetivamente não existir possibilidade de construção de FAV (Fresenius Medical Care, 2011; Barros, 2017).

COMPLICAÇÕES AGUDAS FREQUENTES NA HEMODIÁLISE

Nos últimos anos, com o avanço da tecnologia no mundo da HD, desde a evolução das máquinas, o controlo da UF e o desenvolvimento de membranas mais biocompatíveis, o tratamento de HD tornou-se um procedimento mais seguro e capaz de oferecer maior qualidade de vida às pessoas. De qualquer forma, durante o tratamento podem surgir algumas complicações (Castro, 2001).

Segundo, Castro (2001) & Fresenius Medical Care (2011), pode surgir:

- Hipotensão arterial

É a complicação mais frequente da HD, ocorrendo em cerca de 20 a 30% das sessões de HD e pode dever-se a uma redução do volume de sangue ou à remoção de líquidos e eletrólitos durante o tratamento. O valor de UF excessivo, a resposta vascular retardada à hipovolémia, níveis baixos de sódio na solução do dialisante, temperatura elevada do dialisante, medicamentos anti-hipertensores, anemia grave, disfunção cardíaca e reações vagais são as principais causas que podem levar à hipotensão.

- HTA

É uma complicação igualmente frequente durante a HD e deve ser bem vigiada, devido ao risco de acidente vascular cerebral (AVC) em pessoas hipocoaguladas. Pode-se dever a vários fatores como aumento do peso interdialítico, incumprimento medicamentoso e concentração de sódio na solução do dialisante elevada.

- Cãibras

Correspondem a cerca de 5 a 20% das complicações do tratamento de HD. São predominantemente sentidas nos membros inferiores e ocorrem geralmente na segunda metade da HD. E na maioria das vezes, são precedidas de hipotensão arterial.

Estão associadas a uma elevada taxa de UF durante o tratamento ou a baixa concentração de sódio na solução do dialisante, mas diminuem após ser restaurado o circuito extracorporal.

- Vômitos e Náuseas

Exibem 5 a 15% das complicações da HD, estando associadas à hipotensão arterial, ingestão alimentar durante o tratamento, níveis urémicos elevados, síndrome do desequilíbrio, intolerância à HD ou a ansiedade nas primeiras sessões.

- Cefaleias

Maioritariamente estão associadas à síndrome do desequilíbrio. As principais causas são a HTA, taxa de UF elevada, medicação vasodilatadora e as alterações na concentração de sódio e de temperatura na solução do dialisante.

- Febre

Deve-se normalmente à existência de um processo infeccioso e estão relacionadas maioritariamente a infeções do AV. Podem também resultar de endotoxemia ou reação anafilática.

- Prurido

É uma complicação comum, intensificando-se durante o tratamento. Pode ser devido a uma hipersensibilidade ao dialisador, aos componentes do circuito extracorporeal ou a alterações do metabolismo do cálcio e fósforo.

- Dor pré-cordial

Está relacionada com a diminuição de volémia no início do tratamento, uma vez que existe um aumento do esforço cardíaco. A causa mais usual deve-se à UF superior ao necessário, queda acentuada de hemoglobina e isquemia do miocárdio.

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA RENAL CRÓNICA

A Gestão do Regime Terapêutico é considerada um tipo de comportamento de adesão à administração da medicação e tem em conta o nível de literacia da pessoa, uma vez que pessoas com baixa escolaridade têm alguma dificuldade em perceber e tomar decisões sobre os cuidados de saúde (Esteves, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao regime terapêutico diz respeito ao comportamento da pessoa quanto à toma de medicação, ao cumprimento dietético e às alterações dos hábitos e estilos de vida.

A sua adesão depende do facto da pessoa ter um papel ativo na planificação e implementação do regime terapêutico, tendo em atenção a capacidade de tomar decisões e assumir responsabilidades, para obter a sua autonomia (Esteves, 2023).

O cumprimento do regime terapêutico nas pessoas com DRC, em programa regular de HD, implica a adoção de determinados estilos de vida, que vão desde as restrições a nível da ingestão hídrica, dietética, regime medicamentoso e exercício (Ferreira & Magalhães, 2023).

Acima de tudo, como enfermeiros especialistas, devemos promover a educação e estabelecer comunicação e vínculo com a pessoa, de forma a conduzir a uma melhor adesão terapêutica. Devemos estabelecer uma relação empática, através da escuta ativa e tendo sempre presente as necessidades de apoio psicossocial.

Regime Medicamentoso

Na DRC, o cumprimento do regime medicamentoso está relacionado com a qualidade de vida, e é essencial para o controlo da própria doença e para a eficácia do tratamento dialítico. A não adesão ao regime medicamentoso, pode aumentar o risco de morbilidade, hospitalização e mortalidade (Ferreira & Magalhães, 2023; Pinto, 2020).

O principal entrave para a não adesão ao regime medicamentoso diz respeito a dois fatores principais:

- Relacionados com a pessoa: falta de literacia, idade avançada, nível de escolaridade mínimo, falta de consciencialização em relação à doença e à medicação;
- Relacionados com a situação social e familiar: falta de suporte familiar.

Nas pessoas com DRC, o regime medicamentoso é complexo, uma vez que envolve quer a medicação interdialítica como a que têm de fazer no domicílio, uma vez que, a maioria destas pessoas com doença crónica, apresentam outras doenças subjacentes, como DM e HTA (Pinto, 2020).

Neste sentido, o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de encontrar estratégias que não coloquem em causa a não adesão ao regime medicamentoso, com o intuito de capacitar a pessoa para uma gestão eficaz da medicação. Com estas estratégias, promove-se a autonomia e o autocuidado para a adesão ao regime medicamentoso (Dias et al., 2011).

Regime Dietético/Hídrico

A DRC coloca imensas restrição ao nível do regime dietético e hídrico, uma vez que o próprio TSFR depende desse tipo de restrições.

À medida que a DRC vai agravando, vão-se acumulando mais substâncias, como sódio, potássio, fósforo, ureia e creatinina, além do défice existente de vitaminas, como a D. Estas alterações vão provocar desequilíbrios metabólicos graves e diminuição da absorção de cálcio e da eliminação do fósforo. Além disso, como existe também falta de eritropoietina, surge a anemia e a redução da filtração da água pode levar a HTA (APIR, 2019).

Sinteticamente, o objetivo é evitar uma sobrecarga hídrica e manter os equilíbrios eletrolíticos, proteicos, vitamínicos, minerais e acima de tudo, melhor os sintomas de uremia. Caso haja uma não adesão, aumenta assim o risco de complicações futuras, como desnutrição e a morbilidade (Martins, 2015).

Neste sentido, é importante seguir as recomendações sobre os alimentos que podem e devem ser consumidos na DRC em programa de HD (Pinheiro, 2024; APIR, 2019).

- Proteínas: Nas pessoas em pré- HD associam as proteínas a uma maior aceleração da perda da função renal, em contrapartida, as pessoas em TSFR podem consumir mais proteínas. Deve-se dar preferência a proteínas animais porque têm um valor biológico. Optar por carnes magras, peixe, ovos. Ainda assim, a oferta de proteínas nestas pessoas pode tornar-se difícil, porque a maioria delas também são ricas em fósforo.
- Hidratos de carbono: deve evitar o consumo de doces, para não aumentar muito o peso entre sessões de diálise.

- **Fósforo:** é essencial para a atividade muscular, mas quando têm hiperfosfatemia, deve-se evitar o seu consumo. Deve-se evitar consumo de alimentos processados (pizzas) e alimentos ricos em fósforo como leite e derivados; biscoitos; cereais; ervilhas; feijão; frutos secos (nozes, amêndoas); chocolate e cacau; sardinha; enchidos; vísceras (fígado, coração, rim, miolos, língua); cerveja e refrigerantes com coca-cola. O consumo máximo no DRC deve ser de 800mg/dia.
- **Potássio:** quando a pessoa com DRC apresenta hipercalemia, a única forma de remover este excesso é através da HD. Os alimentos com maior quantidade de potássio são as frutas, além de que existem vários outros alimentos: batata; abóbora; beterraba; cenoura; cogumelos; bacalhau; cacau; cerveja; espinafres; ervilhas; grão-de-bico; frutos secos como amêndoa, avelãs, castanha; uvas passas; tomate; banana; ameixa; laranja; figos; kiwi; damasco; melão; chá preto. Algumas frutas como maçã; pêssegos; abacaxi; tangerina; morango e uvas têm menor teor de potássio, assim como, as cenouras; alface; arroz e massas.
- **Sódio:** o corpo tem a capacidade de controlar a concentração de sódio no sangue através do rim, eliminando o excesso na urina, algo que nas pessoas com DRC em TSFR não é possível eliminar. Consequentemente, nestas pessoas, o mecanismo que têm para eliminar é através do estímulo da sede, tornando-se assim mais difícil o controlo do peso entre sessões de HD. Assim, deve-se evitar alimentos ricos em sódio como: azeitonas; batatas fritas; beterraba; caldos de carne; enlatados; feijão; manteiga; enchidos e comidas processadas e molhos processados (ketchup, mostarda, maionese). Deve optar por ervas aromáticas e especiarias em substituição do sal (salsa, cebolinho, orégãos aipo, sumo de limão, hortelã, alho, noz-moscada).
- **Líquidos:** o consumo em excesso dos líquidos pode levar a HTA e edema, principalmente porque a maioria das pessoas em TSFR encontra-se em anúria. Nos casos de anúria, os consumos de líquidos não devem ultrapassar os 500ml/dia. Desta forma, deve-se evitar o consumo de sal; evitar refrigerantes; evitar sopa líquida (preferencialmente comer com um garfo); colocar cubos de gelo na boca sem ingerir, para evitar beber água em demasia.

Regime De Exercício

A maioria das pessoas com DRC sofrem de sedentarismo, delimitando a sua atividade física em cerca de 60 a 70% daquilo que é esperado. As pessoas em TSFR têm maior tendência para uma deterioração do sistema músculo-esquelético e desta forma, maior probabilidade de sofrerem fraturas. Além disso, devido ao desgaste dos tratamentos de HD, tendencialmente, apresentam maior taxa de fadiga, que conduz a perda de massa muscular, fraqueza e anemia (Garcia et al., 2020).

Devido a estes fatores, as pessoas vão perdendo a sua autonomia e independência, traduzindo-se em problemas na vida familiar e social (Garcia et al., 2020).

Segundo o que refere Castro (2023), o exercício físico nas pessoas na DRC traduz-se em

menores taxas de mortalidade e morbidade, levando a uma melhoria das condições metabólicas, fisiológicas e psicológicas, além da saúde mental, isto é, menos stress e ansiedade.

Nas pessoas em TSFR (HD), o exercício traduz-se numa redução da atrofia muscular, melhoria da HTA e a DM e a nível dos valores lipídicos no sangue. Contribui também para redução do desequilíbrio e da composição corporal, ou seja, menos massa gorda, mais massa muscular. Acima de tudo, melhora a eficácia dialítica e maior qualidade de vida (Garcia et al., 2020).

O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA PARA HEMODIÁLISE

Conforme preconizado pelas orientações da OE (2016), a transição para a TSFR, exige da pessoa com DRC uma tomada de decisão informada, uma vez que, a transição para a HD representa uma etapa significativa no seu percurso, obrigando a uma adaptação constante e desafiadora. Nesse processo, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial, ao proporcionar cuidados humanizados e centrados na pessoa, alinhados com o modelo da atenção integral à saúde. Ao promover a autonomia, o empoderamento e a independência da pessoa, contribui para uma melhor adaptação às novas demandas terapêuticas e para uma maior qualidade de vida.

A aquisição de conhecimentos e habilidades específicas, fundamentais para a autogestão da doença, é um dos pilares do cuidado da enfermagem nesse contexto (Meleis, 2010).

A teoria das transições considera o processo de transição composto por 3 estágios distintos: a entrada, marcado pela mudança e a separação das experiências anteriores; a passagem, caracterizada por um período de desorientação e busca por novos significados; e a saída, que representa a integração das novas experiências e a construção de uma nova identidade (Oliveira et al., 2020).

Essa perspetiva teórica, é fundamentada em quatro pilares inter-relacionados: a natureza das transições, que inclui os tipos, padrões e propriedades; os padrões de resposta, isto é, os indicadores do processo e resultado; as condicionantes da transição onde inclui os aspetos facilitadores e inibidores e por fim as intervenções de enfermagem (Meleis, 2010).

Segundo a teoria das transições, as propriedades fundamentais para o processo de mudança/transição são: a consciencialização; o envolvimento; a mudança e diferença e o espaço temporal para a transição e os pontos críticos.

No contexto da DRC, a pessoa em programa regular de HD encara estas propriedades de forma própria, isto é, na consciencialização, a pessoa com DRC em HD tem de ter perceção e conhecimento da gravidade da situação, conseguindo encontrar algum sentido para o que se está a passar e reorganizar-se. O seu quotidiano vai sofrer alterações a nível de todas as áreas,

devido às complicações fisiológicas decorrentes da própria evolução da doença, mas sem esta fase, ele não consegue iniciar o processo de transição.

A transição para a HD traz inúmeras mudanças na vida da pessoa, desde a fase inicial, uma vez que tem de existir uma adaptação psicossocial e o enfrentamento de emoções complexas como raiva, medo e ansiedade, decorrentes da perda de autonomia e da interrupção da rotina. Além disso, é importante a adesão ao tratamento e ao regime terapêutico, ajuste nos hábitos alimentares e na ingestão hídrica, além da importância de manter uma certa disciplina nas suas rotinas. A perda, muitas das vezes, dos vínculos sociais e laborais, constituem desafios adicionais que podem impactar significativamente a qualidade de vida dessas pessoas (Matos, 2023).

As pessoas com DRC em HD, atravessam várias condicionantes no processo de transição, quer a nível facilitador como inibidor, que vão desde a negação e o desespero até à aceitação e resiliência. Sentimentos como medo, tristeza, raiva e angústia são na maioria das vezes relatados na fase inicial do tratamento de HD, evidenciando assim, o impacto psicológico que a doença reflete. Por outro lado, o apoio familiar, a construção de relações significativas são fatores que facilitam a adaptação à doença.

Segundo Fernandes (2014), a experiência da HD pode levar a pessoa a atravessar 3 fases diferentes de adaptação psicológica. A fase da euforia, que diz respeito à fase inicial do tratamento da HD é marcada por uma melhora significativa da qualidade de vida, tanto a nível físico como psicológico, além de um sentimento de esperança. Contudo, essa fase pode ser seguida por uma segunda fase, de desilusão, que é caracterizada por sentimentos de tristeza, desespero e frustração, à medida que a pessoa se depara com as limitações impostas pela DRC. A longo prazo, ocorre uma terceira fase, que corresponde ao processo gradual de adaptação, no qual a pessoa desenvolve mecanismos de enfrentamento, embora possa alternar com períodos de depressão, mas acaba por aceitar as mudanças que a doença lhe trouxe, estando mais consciente das limitações por ela impostas.

Assim, tal como Matos (2023), menciona, para que seja possível alcançar um processo de transição saudável, o enfermeiro necessita de atuar como agente facilitador, promovendo o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, que permitam à pessoa assumir um papel ativo na sua própria vida e na sua saúde. Ao incitar a mestria e o empoderamento, o enfermeiro contribui para que a pessoa se torne capaz de lidar com todas as mudanças e desafios da nova realidade, transformando a experiência da doença numa oportunidade de crescimento pessoal.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 73 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-28 08:00:00	Ramipril 5mg ORAL - 1 comprimido (1+0+1)	
2024-10-28 08:00:00	Atorvastatina 40mg ORAL - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-10-28 08:00:00	Bisoprolol 5mg ORAL - 1 comprimido (0+0+1)	
2024-10-28 08:00:00	Ezetimiba 10mg ORAL - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-10-28 08:00:00	Furosemida 40mg ORAL - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-10-28 08:00:00	Colecalciferol 0,5mg/10ml ORAL - 25 gotas (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	
2024-10-28 08:00:00	Ácido Fólico 5mg ORAL - 1 comprimido (1ª sessão de HD da semana)	
2024-10-28 08:00:00	Vitaminas do complexo B + Biotina ORAL - 1 comprimido (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	
2024-10-28 08:00:00	Óxido férico sacarosado 100mg/5mL EV - 20mg (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	
2024-10-28 08:00:00	Calcitriol 0,25mcg ORAL - (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Medicação Extradialítica (Domicílio):

Consiste na medicação que é administrada fora das sessões de HD, sendo a sua gestão da responsabilidade total da pessoa.

• **Ramipril**

IECA: anti-hipertensor de 1ª linha e está indicado na nefropatia diabética, pela presença de microalbuminúria e no controlo da HTA devido á sobrecarga hídrica e retenção de sódio.

Reações adversas: hipotensão arterial, hipercaliemia e aumento dos valores da ureia e

creatinina na DRC.

- **Atorvastatina**
- **Ezetimiba**

Estatinas/Antidislipídicos: são dois compostos hipolipemiantes com mecanismos de ação complementares e como as alterações no metabolismo lipídico são comuns em pessoas com DRC em HD, eles reduzem o colesterol total (C-LDL) e o colesterol das lipoproteínas de densidade não elevada (C-não-HDL), para aumentarem o colesterol das lipoproteínas de alta densidade (C-HDL) através da dupla inibição da absorção e síntese do colesterol.

Reações adversas: cefaleias, dores abdominais e diarreia.

- **Bisoprolol**

BetaBloqueador: é um bloqueador potente dos recetores adrenérgicos beta1 e está indicado para o controlo da HTA, podendo ser usado em combinação com outros medicamentos.

Reações adversas: bradicardia sinusal e alterações metabólicas como a hipercaliemia, na DRC.

- **Furosemida**

Diurético de Ansa: á medida que a DRC progride, a oligúria vai-se tornando mais evidente e pode evoluir até anúria. Isso vai provocar retenção de líquidos e consequentemente edema, aumento exponencial do peso e HTA e como a furosemida tem um início de ação rápido, acaba por ser um adjuvante nestas situações. Pode ainda ser usada para controlo de HTA e hipercalcemia, pois promove a excreção urinária de cálcio. É responsável pela inibição do cotransporte de sódio e potássio.

Reações adversas: pode causar desequilíbrios eletrolíticos como hipocaliemia devido ao aumento da excreção de cálcio no DRC e desta forma manifestar-se com hipotensão e cefaleias.

Medicação Intradialítica (HD):

Consiste na medicação que é administrada durante a sessão de HD.

- **Colecalciferol**
- **Calcitriol**

Vitaminas lipossolúveis/Vitamina D3: usadas na prevenção e tratamento de deficiência de vitamina D, essencial para uma correta absorção do cálcio. O calcitriol é usado para tratar a hipocalcemia e o hiperparatiroidismo na DRC.

Reações adversas: hipercalcemia, hiperfosfatemia.

- **Ácido Fólico**

Antianémico/Vitamina B9: vitamina hidrossolúvel pertencente ao complexo B, importante na formação de proteínas estruturais e hemoglobina. Ajuda o organismo a produzir eritrócitos, leucócitos e plaquetas. Neste caso, na DRC é usado para a profilaxia de deficiência de ácido fólico.

Reações adversas: pode surgir de forma rara anorexia, náuseas, distensão abdominal e flatulência.

- **Vitaminas do complexo B + Biotina**

Associação de vitaminas: vitaminas hidrossolúveis, usadas na prevenção de carência de vitaminas do complexo B. São rapidamente metabolizadas e excretadas pela urina. No caso do DRC, como há uma restrição da alimentação, perda de vitaminas solúveis na água durante a diálise e desequilíbrios metabólicos, há necessidade de complementação vitamínica.

Reações adversas: neuropatia sensorial periférica em casos de administração prolongada de doses elevadas, perturbações gastrintestinais moderadas e reações de hipersensibilidade.

- **Óxido férrico sacarosado**

Antianémico: o ferro é um constituinte essencial no organismo. É utilizado para tratar a anemia por défice de ferro, pois uma das complicações da DRC é anemia, porque há uma eritropoiese deficitária.

Reações adversas: podem surgir fezes escuras, obstipação, náuseas, vômitos e diarreia.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

22-11-2024 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

22-11-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]

28-10-2024 08:00 - Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico [SOS]

28-10-2024 08:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Otimizar fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]

28-10-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador.

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

Fístula Arteriovenosa

A FAV é o melhor AV interno para a realização de HD, uma vez que tem maior longevidade e menos probabilidade de desenvolver infeções e coágulos. Isto traduz-se em menos hospitalizações e taxas de mortalidade e morbilidade muito mais baixas (OE, 2016).

A FAV é concebida através de uma intervenção cirúrgica, no qual se efetua a anastomose subcutânea de uma artéria a uma veia de grande calibre (OE, 2026, pp. 33).

Em relação á localização, preferencialmente, opta-se pela FAV radiocefálica no membro superior (MS) não dominante e caso não seja possível, então sugere-se as veias superficiais do braço ou antebraço proximal.

Após a construção da FAV, é necessário um processo de maturação que pode variar de 4 a 12 semanas, para uma correta cicatrização da anastomose e desenvolvimento da veia, e só á posteriori iniciar as punções (Fresenius Medical Care, 2011; Brito et al., 2022).

A anastomose da FAV pode-se dividir em 4 tipos:

- Latero-lateral: pode causar edema da mão e hipertensão venosa;
- Latero-terminal: apesar de ser uma técnica mais complexa, proporciona um fluxo sanguíneo eficiente e com menor risco de complicações;
- Termino-lateral: resulta num fluxo sanguíneo ligeiramente menor em comparação com a anastomose latero-lateral;
- Termino-terminal: embora mais simples, resulta no menor fluxo sanguíneo entre as outras

opções.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-10-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
28-10-2024 08:00	Eliminação intestinal	
28-10-2024 08:00	Eliminação urinária	
28-10-2024 08:00	Autoconceito	
28-10-2024 08:00	Emoção	
28-10-2024 08:00	Padrão alimentar	
28-10-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
28-10-2024 08:00	Apetite	
28-10-2024 08:00	Padrão de exercício	

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

Sistema cardiovascular

Os rins desempenham funções hemodinâmicas e regulatórias no sistema cardiovascular, comunicando-se com o coração através do sistema nervoso simpático, renina-angiotensina-aldosterona e substâncias vasoativas como vasopressina e peptídeos natriuréticos (Amodeo, 2019).

Pessoas com DRC têm uma taxa de mortalidade cardiovascular até 30 vezes superior à da população geral, devido a fatores como envelhecimento, tabagismo, DM, dislipidemia e HTA. A HTA é a complicação mais comum, associada à hipertrofia ventricular esquerda, enquanto a IC congestiva, causada por retenção de sódio e água, leva a sobrecarga cardíaca (NKF, 2010; Fresenius Medical Care, 2011).

Em suma, no estágio 5 da DRC, além da uremia, podem surgir complicações cardiovasculares graves como enfarte do miocárdio e AVC, aumentando o risco de mortalidade (KDIGO, 2024).

Eliminação intestinal

A DRC é uma condição complexa que não se limita apenas ao sistema renal, mas também afeta o sistema gastrointestinal. A disbiose intestinal, um desequilíbrio da flora bacteriana, é comum nestas pessoas, sendo influenciada por diversos fatores, incluindo a uremia, o aumento da carga proteica no cólon e a dieta restrita associada à HD (Cunha & Stinghen, 2018; Alves, 2017).

A dieta restrita nestas pessoas, necessária para controlar os níveis de potássio e fósforo, limitam

o consumo de frutas e hortícolas, reduzindo a ingestão de fibras e consequentemente, levando à obstipação.

A obstipação por sua vez, pode levar a complicações sérias como recalomas, obstrução intestinal e até cancro do cólon, além de afetar significativamente a qualidade de vida das pessoas.

Eliminação urinária

Os rins desempenham um papel crucial na homeostase hídrica e eletrolítica. Na DRC, no estágio 5, a capacidade dos rins de filtrarem o sangue e eliminarem resíduos, água e eletrólitos diminui, o que impera a necessidade de iniciar um TSFR. Na fase inicial do TSFR, isto é, quando iniciam HD, a presença de diurese residual (oligúria) contribui para a quantificação e controlo da ingestão hídrica e pode estar associada a melhores indicadores inflamatórios e nutricionais. Contudo, a progressão da doença, leva à diminuição da produção de urina, devido à perda progressiva dos néfrons, e consequentemente à anúria (Lee et al., 2019; Fresenius Medical Care, 2011).

Autoconceito

O autoconceito é definido por um conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa desenvolve para si num determinado momento.

As pessoas em HD apresentam sentimentos de tristeza e incerteza. A tristeza está relacionada com a própria doença, o tratamento e as mudanças drásticas que alteram toda a sua vida, como, o cansaço e a incapacidade de ter um papel ativo na vida familiar e social. Além disso, na maioria das vezes, expressam sentimentos de incerteza e de medo relacionados com a vida, a morte e o futuro.

Além disso, as mudanças físicas que sofrem, como a construção do AV e as restrições alimentares, podem levar a sentimentos de vergonha e isolamento social (Frazão et al., 2014).

Emoção

Devido à complexidade da DRC, a situação de vulnerabilidade psicoemocional e a diminuição da autoestima, podem conduzir à depressão e ansiedade. A necessidade de se adaptarem a uma nova rotina, as limitações impostas pela doença, quer a nível alimentar, terapêutico, pessoal, e o impacto na qualidade de vida, podem gerar uma série de emoções complexas e desafiadoras (Frazão et al., 2014).

As pessoas com menor capacidade de lidar com a doença tendem a apresentar um autoconceito mais negativo, o que leva a maior taxa de morbilidade e mortalidade, além de uma redução na adesão ao tratamento. Assim, o cuidado tanto com a saúde mental como com a saúde física, é tão importante para as pessoas em HD, ajudando na preservação da autoconfiança (Schmidt, 2019).

Padrão alimentar e Padrão de Exercício

O sucesso para o tratamento de diálise, depende da adesão às restrições alimentares, como a restrição na ingestão de sódio, potássio, fósforo e líquidos, o que impõe grandes desafios (Fresenius Medical Care, 2011).

As perdas de nutrientes durante a HD podem causar desnutrição, tornando-se essencial uma alimentação equilibrada e personalizada para melhorar o tratamento e prevenir complicações (Sena et al., 2021).

O sedentarismo em pessoas em HD aumenta o risco de mortalidade. O treino aeróbico comprovadamente melhora a resistência cardiovascular, reduz a frequência cardíaca e a pressão arterial, diminui a gordura corporal, aumenta a resistência muscular e facilita atividades funcionais (Filho et al., 2016; Nascimento & Santos, 2022).

Apetite

No contexto de HD, as alterações do apetite são comuns e podem estar relacionadas quer com as restrições alimentares impostas, quer com a uremia, o que afeta o paladar.

Em suma, a identificação e o tratamento precoce do déficit nutricional nas pessoas em HD, são cruciais para a redução do risco de complicações, como infeções e fraqueza (Santos et al., 2017).

3.6. Conceção de Cuidados

Apetite

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Apetite diminuído.

28-10-2024 08:00 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 22-11-2024 09:00

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução do apetite [FIM] 22-11-2024 09:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do apetite [Durante a sessão De HD] [FIM]

22-11-2024 09:00

28-10-2024 08:00 - Melhorar apetite [FIM] 22-11-2024 09:00

28-10-2024 08:00 - Planear dieta [No 1º contacto - Durante a sessão de HD] [FIM]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Apetite conservado [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

28-10-2024 08:00

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

28-10-2024 08:00 - Punho Direita(o)

28-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

28-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

28-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 178 mmHg.

28-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

28-10-2024 08:00 - Hipertensão

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Durante sessão de HD de 60 em 60 minutos]

28-10-2024 08:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Localização do Pulso

22-11-2024 09:00 - Punho Direita(o)

22-11-2024 09:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

22-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-11-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

22-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 160 mmHg.

22-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

Eliminação intestinal

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

28-10-2024 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

28-10-2024 08:00 - Número de defecações por semana: 4.

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Obstipação

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da obstipação

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da obstipação [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: obstipação

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

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

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da obstipação [Durante a sessão De HD]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Número de defecações por dia: 1.

22-11-2024 09:00 - Número de defecações por semana: 5.

Eliminação urinária

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Quantidade de urina: 1000 ml.

28-10-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: diminuída .

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Durante a sessão De HD]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Quantidade de urina: 1000 ml.

22-11-2024 09:00 - Frequência da eliminação urinária: diminuída [MANTEVE].

Autoconceito

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

28-10-2024 08:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

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

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito [Durante a sessão De HD]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MELHOROU].

22-11-2024 09:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

Emoção

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Com indícios de humor depressivo.

28-10-2024 08:00 - Humor depressivo

28-10-2024 08:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Pensamentos recorrentes de morte.

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução do humor

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: humor

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: 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 equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor [Durante a sessão De HD]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

Padrão alimentar

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 6.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

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 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

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

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

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 09:00 - 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 [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em potássio [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão De HD]

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Durante a sessão De HD]

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 6.

22-11-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

22-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

22-11-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Padrão de exercício

28-10-2024 08:00

- 28-10-2024 08:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 2 horas.
- 28-10-2024 08:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.
- 28-10-2024 08:00 - Tempo de exercício físico diário: 20 Minutos .
- 28-10-2024 08:00 - Tempo de exercício físico semanal: 100 Minutos .

22-11-2024 09:00

- 22-11-2024 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 4 horas.
- 22-11-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 120 Minutos .

3.7. Especificação das intervenções

Planear dieta

- Ensinar a dar preferência a alimentos de qualidade, tendo em conta as respetivas restrições da DRC
- Fornecer um folheto com as principais restrições alimentares
- Adaptar as quantidades de fósforo, proteína e sódio nas refeições
- Retirar da alimentação produtos enlatados, que na maioria das vezes têm muito teor de sódio
- Explicar a confeção dos alimentos e a consistência preferencial das sopas
- Restringir a quantidade de líquidos
- Explicar quais as frutas e vegetais a terem em atenção, devido ao teor de potássio

Referenciar hipertensão ao médico

- Avaliar conhecimento sobre a HTA;
- Incentivar a comunicar ao médico qualquer acontecimento em casa, nomeadamente sinais de hipotensão, ou HTA acima dos valores habituais.

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Explicar que deve evitar alimentos como enchidos ou com demasiado sal, enlatados, alimentos pré-confeccionados, fermentos, águas minerais gaseificadas;
- Sugerir pão restrito em sal;
- Capacitar para a escolha de especiarias durante a confeção dos alimentos;
- Alertar que o excesso de sódio contribui para a HTA, edemas ou em situações mais graves, o EAP;
- Ensinar que alimentos salgados vão provocar mais sede, e consequentemente vão fazer com que tenha necessidade de beber mais e aumentar o peso interdialítico.

Ensinar sobre dieta restrita em potássio

- Elucidar acerca dos alimentos que têm elevado teor em potássio, como: maçã, banana, uvas, abacate, frutos secos, tomates, laranjas, melão, batatas, couve-galega, espinafres, brócolos;
- Alertar para os legumes folhosos verdes, de cor escura;

- Incentivar no corte dos vegetais em pequenas porções e deixarem-nos mergulhados 24 horas em água, para reduzir o alto teor de potássio;
- Incentivar a deixar de molho as batatas, e posteriormente cozinhar em duas águas, para reduzir o potássio;
- Reforçar para evitar o uso de cereais integrais que são mais ricos em potássio;
- Alertar que o excesso de potássio (hipercaliemia) pode levar a fraqueza muscular e em situações mais graves a paragem cardiorespiratória;
- Fornecer um folheto informativo com alimentos ricos em potássio e com orientações;
- Incentivar o uso de legumes congelados que têm menos teor de potássio e frutas cozidas, porque ao cozinhar está a reduzir o teor de potássio.

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

- Avaliar conhecimento acerca da dieta na DRC e da relação com a pressão sanguínea;
- Explicar a relação da dieta e da HTA;
- Entender as dificuldades no cumprimento da dieta restrita em sódio;
- Esclarecer acerca das complicações que o excesso de sódio pode trazer durante o tratamento de HD;
- Demonstrar a necessidade de aumentar a ingestão de legumes e fruta, tendo em conta a restrição de potássio;
- Analisar os alimentos mais ricos em sódio;
- Demonstrar através do registo (alimentos ingeridos diariamente) que o consumo de sódio está relacionado com o aumento da pressão sanguínea.

Otimizar fístula arteriovenosa

- Avaliar conhecimento sobre a FAV e principais cuidados e complicações;
- Explicar como deve verificar diariamente o funcionamento da FAV, promovendo a autovigilância;
- Proteger o membro da FAV.

Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico

- Avaliar conhecimento sobre as principais complicações da FAV;
- Incentivar a avaliação diária da FAV;
- Incentivar a comunicação ao médico, caso surja alguma alteração com a FAV, de forma a evitar complicações no futuro como infeções, estenose ou trombose do AV.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Humor depressivo: Propor a procura de grupos de apoio e envolver a família; Encontrar estratégias para promover o bem-estar e a qualidade de vida.
- Padrão alimentar: Negociar a substituição do sal por alternativas mais benéficas (especiarias); Fornecer um folheto acerca dos alimentos preferenciais; Negociar a dieta; Envolver a família na preparação das refeições; Sugerir a avaliação diária da TA; Negociar o aumento da prática diária de exercício; Negociar o registo dos alimentos ingeridos diariamente, para identificar os pontos de melhoria.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Demonstrar que é possível comer bem, mesmo tendo em conta as restrições alimentares;

- Reforçar a importância do aumento do consumo de hortícolas e frutas;
- Informar para manter a restrição hídrica adequada;
- Elucidar acerca das quantidades adequadas de proteína, potássio, fósforo e sódio;
- Restringir o consumo de doces, para evitar o aumento de peso interdialítico;
- Sugerir que opte por carnes magras.

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- Escutar de forma ativa as preocupações da pessoa;
- Referenciar para grupos de apoio, como a APIR;
- Arranjar estratégias de forma a ter uma visão mais positiva acerca de si;
- Incentivar a manter a vida social ativa;
- Negociar a procura de ajuda especializada;
- Envolver a família no processo de adaptação, para esta nova realidade.

Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Incentivar a expressar as suas emoções;
- Disponibilizar um espaço onde se sinta mais confortável para expressar as suas emoções;
- Explicar o quanto é normal sentir diferentes emoções, mas realçar que é possível aprender a lidar com elas;
- Ajudar na perceção do que desencadeou essas emoções negativas;
- Realçar a importância de manter uma vida social ativa;
- Ensinar que os pensamentos negativos podem ser facilmente substituídos por pensamentos positivos;
- Ensinar sobre técnicas de relaxamento para evitar ter pensamentos negativos;
- Incentivar a procura ajuda especializada.

3.8. Síntese relativa ao caso

A DRC e a HD proporcionam mudanças repentinas no estilo de vida das pessoas, requerendo uma nova adaptação, o que pode contribuir para uma dificuldade na adesão ao tratamento.

As pessoas quando submetidas à HD podem experienciar perdas em alguns aspetos das suas vidas e perante este caso clínico, imperou a necessidade de abordar os seguintes domínios: autoconceito, emoção, apetite, sistema cardiovascular, eliminação urinária, eliminação intestinal, padrão alimentar e de exercício.

Posteriormente, a recolha destes dados levou-nos aos diagnósticos de enfermagem, e desta forma, permitiu-nos estabelecer os objetivos para a nossa ação enquanto enfermeiros especialistas e elaborarmos um plano de cuidados, onde constam as intervenções de enfermagem, abordadas com base em evidência científica.

Desta forma, as duas sessões dizem respeito ao contacto estabelecido com a pessoa em

contexto da unidade de HD durante os tratamentos. Sendo que, na segunda sessão apenas foram introduzidos os dados que sofreram evolução em relação à sessão anterior.

Com a progressão da DRC e devido aos sintomas de uremia, imperou a necessidade do Sr. A.B iniciar um TSFR. Neste sentido, teve uma consulta de enfermagem de esclarecimento, onde lhe foram explicadas as diferenças e vantagens/desvantagens de ambos o TSFR (HD ou DP), ao qual, o SR. A.B tomou a decisão informada e ponderada, junto do enfermeiro e médico, da opção por HD. Neste seguimento, foi marcada a construção do AV, a FAV e após dois meses do processo de maturação, iniciou HD.

Ao longo do primeiro contacto, apercebemo-nos que o principal obstáculo estava na opinião mental que tinha de si mesmo e na tristeza que demonstrava, falando de forma negativa e depressiva, o que nos levou ao domínio do autoconceito. Apesar do Sr. A.B ter uma percepção negativa de si mesmo, possuía capacidade e conhecimento para desenvolver uma visão mais positiva das suas qualidades, apenas necessitava de ser consciencializado, o que permitiu chegar ao diagnóstico *"potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito"*.

A imagem que temos de nós mesmos é um aspeto elementar para a saúde mental e para o nosso bem-estar, e a HD provoca de forma impactante diminuição da autoestima e da autoeficácia (Medeiros, 2018).

Depois de definirmos o diagnóstico, em que o objetivo era *"promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito"*, procedemos ao estabelecimento das intervenções de enfermagem baseadas na ontologia de enfermagem *"avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito"* e *"assistir a analisar o compromisso no autoconceito"*. Durante este contacto tentou-se compreender os fatores que contribuíam para a baixa autoestima, e posteriormente, ensiná-lo a desenvolver estratégias para lidar com este desafio, através da participação em grupos de apoio e o envolvimento da família. Como também nos referiu que a HD era uma prisão: *"...é uma prisão muito grande ter uma velhice assim..."* *"...quero partir"*, e segundo Fernandes (2014), a DRC transforma a vida das pessoas, levando à necessidade de lidarem com situações de medo, depressão, perdas reais ou simbólicas e carência afetiva, uma vez que têm de modificar quase na totalidade os seus hábitos de vida, chegou-se ao domínio da emoção.

Relativamente ao domínio da emoção, foram definidos como objetivos *"determinar evolução do humor"* e *"promover autocontrolo: humor"*, sendo que as principais intervenções passaram por *"ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor"* e *"contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização"*, no sentido de empoderar e oferecer estratégias para o SR. A.B lidar com o humor depressivo. No segundo contacto, após terem passado algumas semanas, apercebemo-nos que o SR. A.B. na sala de espera já estabelecia contacto com os outros colegas e que o discurso já estava um pouco diferente: *"...não tem sido fácil esta vida...mas agora a verdade é que já me sinto melhor...sabe, fui-me mentalizando e lá em casa a minha filha também tem insistido mais para eu continuar a fazer as minhas caminhadas e ir ter com os meus camaradas, mas sabe como é, às vezes não tenho muita vontade mas pronto, lá*

vou...". Depois desta abordagem concluímos que, apesar de apresentar uma evolução positiva desde o primeiro contacto e aparentemente estar mais consciencializado, ainda é cedo para fazer uma avaliação final do comportamento a longo prazo.

As intervenções de enfermagem centradas no humor depressivo e na autoimagem, valorizaram as suas emoções e fomentaram as suas relações sociais, o que teve um impacto significativo na saúde mental do SR. A.B, contribuindo para uma maior expressão de aceitação e resiliência face à sua condição.

Ainda no primeiro contacto, percebeu-se que o Sr. A.B apresentava diminuição de apetite e neste sentido, foi questionado quanto à dieta, ao qual referiu que o paladar dos alimentos tinha alterado e que perdeu o prazer de comer. Face ao diagnóstico *"apetite comprometido"* e mesmo tendo estabelecido que o objetivo era *"melhorar o apetite"*, através das intervenções *"planear a dieta"*, de acordo com o conhecimento clínico e a ontologia de enfermagem, importa referir que esta se tratava de uma condição própria da agudização da função renal e do estado de uremia, que se revela entre outros sintomas, através da alteração no paladar, sendo que, com as sessões de HD, este sintoma vai melhorando e após a primeira sessão de HD, houve logo uma melhoria significativa. No entanto, foi reforçada a importância de manter uma alimentação equilibrada, tendo em conta as respetivas restrições da dieta, quer em relação ao sódio como ao fósforo, potássio e líquidos. No segundo contacto, com base no que o Sr. A.B nos descreveu, foi possível compreender que o apetite tinha evoluído positivamente e que inclusive, tinha aumentado o consumo de hortícolas e frutas.

Outra manifestação clínica presente, foi o aumento da pressão arterial durante a HD, que permitiu chegar ao diagnóstico *"Hipertensão arterial"*, e que se encontrava diretamente relacionado com o compromisso *"autogestão do regime dietético"*, em que o objetivo era *"promover autogestão: regime dietético"*. Segundo Bucharles et al. (2019), a HTA está associada ao aumento das doenças cardiovasculares, o que, um ajuste na quantidade ingerida de sódio revela ser a melhor opção para o controlo da HTA.

Após questionado sobre a alimentação, para se ajustar a conceção de cuidados, o SR. A.B referiu que a principal dificuldade era o controlo do sódio, uma vez que necessitava de usar uma quantidade de sal significativa para a comida ficar saborosa. Embora o conhecimento e a autogestão do regime dietético necessitassem de serem melhorados, o primeiro contacto não foi suficiente para intervir, uma vez que o tratamento de HD terminou.

No segundo contacto, percebeu-se que o SR. A.B apesar de ter conhecimento do quão prejudicial é a ingestão de alimentos ricos em sódio, tinha dificuldade em arranjar alternativas para a sua substituição, além de que, em relação aos alimentos ricos em potássio, não sabia por exemplo, que as bananas e os frutos secos tinham alto teor de potássio e da importância de cozer as batatas em duas águas.

Assim, após a identificação dos diagnósticos *"potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético"*, *"potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime*

dietético" e "potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea", foi definido como objetivo "promover autogestão: regime dietético".

Neste sentido, foi explicada a importância da restrição de sódio, uma vez que o sal está presente numa grande parte dos alimentos e que o potássio em excesso (hipercalemia) pode causar fraqueza, alterações cardiovasculares e gastrointestinais e, em situações mais graves, levar à insuficiência respiratória ou mesmo a paragem cardiorrespiratória (Sandes et al., 2020). Achou-se relevante realizar as intervenções de enfermagem no âmbito do padrão alimentar, no sentido de educar sobre a dieta restrita em sódio e potássio e sobre a autogestão da dieta. De forma a complementar as indicações sugeridas, tentamos contratualizar com o SR. A.B, elaborando um plano de cuidados individualizado com base nas suas necessidades, que a partir daquele momento ia ter especial cuidado em casa quando fosse preparar e escolher os alimentos, uma vez que era ele que cozinhava.

Além disso, como o SR. A.B ainda não se encontrava na fase anúrica, mas em oligúria, despertamos para o facto de o potássio poder acumular-se no organismo e levar às complicações que foram descritas anteriormente.

Como só tivemos dois momentos de sessão com a pessoa, não conseguimos ter a perspetiva da evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime dietético, nem da evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea e nem da evolução da autogestão do regime dietético, que precisavam de ser melhorados. Apesar disso, através dos dados recolhidos, percebemos que mesmo sendo necessário promover a consciencialização, mostrava interesse e vontade de aprender e de forma a dar continuidade aos cuidados, foi transmitido aos colegas da unidade de diálise, para onde o SR. A.B foi transferido, da importância de reforçarem os ensinamentos e encaminharem para a nutricionista da própria unidade de HD. Para desta forma, ter um plano de acompanhamento prolongado.

No que se refere ao domínio da eliminação intestinal, referiu que mantém a obstipação, embora menos frequente, devido ao auxílio da medicação e da dieta, o que permite concluir que o conhecimento e a autogestão vieram a revelar-se "*facilitadores*". A obstipação na DRC é comum, estando associada não só aos fatores patológicos, como também aos alimentares, devido à restrição medicamentosa, de fibras e líquidos, o que acaba por se tornar uma condição normal nas pessoas com DRC (Anzuategui et al., 2008).

Em suma, a intervenção no domínio da consciencialização revelou-se um desafio, dado o curto espaço temporal existente. A consciencialização não é apenas um processo que depende da parte cognitiva, mas também da parte emocional e social e exige uma compreensão profunda das particularidades de cada pessoa, incluindo as suas emoções e contexto familiar e social. Envolve acima de tudo, a aceitação das limitações que a HD impõe e a busca por novas formas de lidar com a doença.

O formato de como as sessões de HD se processam em termos de tempo e espaço, levam a desafios adicionais à implementação de estratégias individualizadas. Mas, no entanto, os

resultados obtidos indicaram que a abordagem adotada, apesar das limitações, foi eficaz em promover a autogestão da doença e o controlo dos sintomas.

Além disso, as intervenções de enfermagem implementadas, incluindo os cuidados individualizados que abordam as necessidades físicas e emocionais; a educação, essencial para a autogestão da doença e o apoio psicossocial para reduzir o estigma e o isolamento, demonstraram eficácia, não só na evolução clínica do Sr. A.B, mas também no seu quotidiano, promovendo a sua dignidade e bem-estar psicossocial. Essa abordagem revelou-se particularmente crucial durante o processo de transição para a HD, fase caracterizada pela perda progressiva de autonomia e por profundas alterações no estilo de vida (Meleis, 2010).

De acordo com a teoria da transição de Meleis (2010), o Sr. A.B, na fase de entrada, manifestou sentimentos de medo e negação, que foram mitigados através da escuta ativa, validação emocional e educação acerca do tratamento e rotina da HD. Na fase de passagem, correspondente à adaptação progressiva, foram implementadas estratégias como encaminhamento para grupos de apoio e o ensino de técnicas de coping, como o relaxamento. Na fase de saída, já com indícios de aceitação e reconstrução da sua identidade, evidenciados na afirmação: "*mas agora ... já me sinto melhor...*" procedeu-se à sua reintegração social. Quanto aos condicionantes, destacam-se como facilitadores o apoio familiar (envolvimento da filha) e literacia em saúde, enquanto como inibidores se identificaram o estigma e isolamento "*...é uma prisão...ter uma velhice assim.*" e as dificuldades na adesão terapêutica.

Nesse contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental como agente facilitador da adaptação, promovendo a autonomia da pessoa através da escuta ativa, validando as suas emoções e reforçando a sua capacidade de autogestão. A sua atuação, baseada em evidência e centrada na pessoa, não só atenua os desafios inerentes à HD, como também consolida a relevância de intervenções holísticas no cuidado à pessoa com DRC.

4. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO II NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A Sr^a A.C tem 39 anos, gerente de uma loja de vestuário, casada e sem filhos. É independente nas atividades de vida diária, com uma vida social ativa. Apresenta como antecedentes pessoais: DM tipo 2 neste momento controlada, sem necessidade de medicação; HTA; obesidade grau II, a aguardar cirurgia bariátrica; Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); Lúpus eritematoso sistémico (LES) com atingimento renal; tumor carcinoide, submetida a lobectomia superior esquerda em 2016. Já era seguida em consulta de Nefrologia desde 2010 por proteinúria e edemas periféricos e em 2012, foi diagnosticada histologicamente com DRC secundária a nefropatia lúpica classe IV. Por agravamento da DRC e sintomas de uremia (fadiga, vómitos e astenia), iniciou HD em Novembro de 2024 e desde então, realiza TSFR três vezes por semana na unidade de HD, com recurso a FAV úmero-cefálica direita, construída em Agosto de 2024.

4.1. Enquadramento teórico

Relativamente a este caso, o respetivo enquadramento teórico apresenta semelhanças com o do caso anterior referente à pessoa com DRC numa unidade de HD, assim optamos por evitar a duplicação de conteúdos.

Especificações aplicáveis no presente caso clínico

O LES é uma doença autoimune que afeta principalmente mulheres (cerca de 90% dos casos) e pode causar inflamação em diversos órgãos do corpo, sendo que uma das complicações mais comuns do LES é a doença renal, mais especificamente a nefropatia lúpica (Mok, 2012; Teixeira & Mateus, 2024).

Neste contexto, a BR é fundamental tanto para o diagnóstico quer para o tratamento. O tratamento precoce e adequado da nefropatia lúpica é essencial para melhorar a qualidade de vida e o prognóstico das pessoas. Além disso, cerca de 10 a 30% das pessoas com nefropatia lúpica evoluem para DRC estágio 5 nos primeiros 15 anos após o diagnóstico (Alves, 2015).

A nefropatia lúpica classe IV é a forma mais grave da doença renal no LES e caracteriza-se, principalmente, pela presença de proteinúria, hematúria e leucocitúria. Essa condição pode levar a um declínio significativo da função renal e, em casos mais graves, à necessidade de

TSFR ou TR (Araújo & Pestana, 2008).

O TR tem se mostrado uma opção mais eficaz, uma vez que proporciona melhores taxas de sobrevida quando comparado ao TSFR antes do transplante (Alves, 2015).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-18 09:00:00	Irbesartan 300mg ORAL - 1 comprimido (0+0+1)	
2024-11-18 09:00:00	Doxazosina 4mg - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-11-18 09:00:00	Plaquinol 400mg 1 comprimido (1+0+0)	
2024-11-18 09:00:00	Rosuvastatina 20mg 1 comprimido (0+0+1)	
2024-11-18 09:00:00	Ezetimiba 10mg 1 comprimido (0+0+1)	
2024-11-18 09:00:00	Idéos (Carbonato de cálcio + Colecalciferol) 1250 mg + 400 U.I. - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-11-18 09:00:00	Tromalyt 150mg - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-11-18 09:00:00	Nebivolol 5mg - 1 comprimido (1+0+0)	
2024-11-18 09:00:00	Furosemida 40mg - 1 comprimido (1+0+1)	
2024-11-18 09:00:00	Colecalciferol 0,5mg/10ml ORAL - 15 gotas (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	
2024-11-18 09:00:00	Ácido Fólico 5mg ORAL - 1 comprimido (1ª sessão de HD da semana)	
2024-11-18 09:00:00	Vitaminas do complexo B + Biotina ORAL - 1 comprimido (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	
2024-11-18 09:00:00	Óxido férrico sacarosado 100mg/5mL EV - 10mg (1ª, 2ª e 3ª sessões de HD da semana)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Extradialítica (Domicílio):

- **Irbesartan**

Antagonista do recetor da angiotensina-II: anti-hipertensor de 1ª linha e está indicado para o tratamento da doença renal em pessoas com HTA e DM do tipo 2.

Reações adversas: cefaleias, tonturas, astenia, dores musculares e hipercaliemia.

- **Doxazosina**

Receptor alfa-1 adrenérgico: indicada na HTA. Tem a função de relaxar os vasos sanguíneos para que o sangue passe através deles com mais facilidade, e consequentemente levar a uma diminuição da pressão arterial.

Reações adversas: tonturas, astenia, sonolência, dor abdominal, azia, náuseas e cefaleias.

- **Plaquinol**

Antimalárico: o princípio ativo é a hidroxicloroquina e é usado no tratamento de LES

Reações adversas: náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais, anorexia, cefaleias, alterações da visão cromática, retinopatias, erupções cutâneas e fotossensibilidade.

- **Rosuvastatina**

Estatina: utilizada na dislipidemia e na prevenção de doenças cardiovasculares. O principal local de ação é o fígado, o órgão alvo para a diminuição do colesterol.

Reações adversas: dispneia, prurido, cefaleias, náuseas, astenia, tonturas, dores musculares e proteinúria.

- **Ezetimiba**

Anti-dislipidémico: usado também na dislipidemia. Inibem de forma seletiva a absorção do colesterol quer seja de origem biliar, ou devido à dieta.

Reações adversas: cefaleias, dores abdominais e diarreia.

- **Idéos (Carbonato de cálcio + Colecalciferol)**

Cálcio: corresponde a uma associação de vitaminas e minerais. O colecalciferol é usado no tratamento e prevenção de deficiência de vitamina D e o carbonato de cálcio no défice de cálcio na dieta.

Reações adversas pouco frequentes: hipercalcemia, obstipação, náuseas, dor abdominal, flatulência e diarreia.

- **Tromalyt**

Antiagregante plaquetário: usado na prevenção primária e secundária do

tromboembolismo arterial.

Reações adversas: náuseas, vômitos, azia, dispepsia, dor epigástrica, gastrite, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, conjuntival e asma.

- **Nebivolol**

Beta bloqueador seletivo: anti-hipertensor que tem a função de exercer uma ação vasodilatadora nos vasos sanguíneos, o que contribui para baixar a TA.

Reações adversas: tonturas, bradicardia sinusal, cefaleias, náuseas, vômitos, insônia e depressão.

- **Furosemida**

Diurético de ansa: diminuição de edemas e em situações de oligúria na insuficiência renal (IR) aguda ou crônica (incluindo o síndrome nefrótico) e no tratamento urgente de hipercalcemia e HTA.

Reações adversas: cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrointestinais e câibras.

Intradialítica (HD):

- **Colecalciferol**

Vitaminas lipossolúveis/ Vitamina D3: é utilizado para tratar ou prevenir doenças causadas pelo déficit de Vitamina D. A vitamina D é essencial para a correta absorção do cálcio.

Reações adversas: hipercalcemia e hiperfosfatemia e muito raro, prurido, exantema e urticária.

- **Ácido Fólico**

Antianémico/ Vitamina B9: vitamina hidrossolúvel que pertence ao complexo B e é importante na formação de proteínas estruturais e hemoglobina. Neste caso, na DRC é usado para a profilaxia de deficiência de ácido fólico.

Reações adversas: muito raramente pode surgir anorexia, náuseas, distensão abdominal e flatulência.

- **Vitaminas do complexo B + Biotina**

Associação de vitaminas: vitaminas hidrossolúveis, usadas na prevenção de carências de vitaminas do complexo B. No caso do DRC, como há uma restrição da alimentação, perda de vitaminas solúveis na água durante a diálise e desequilíbrios metabólicos, há necessidade de complementação vitamínica.

Reações adversas: neuropatia sensorial periférica em casos de administração prolongada de doses elevadas, perturbações gastrintestinais moderadas e reações de hipersensibilidade.

• **Óxido férrico sacarosado**

Antianémico: é um mineral importante para muitas funções do organismo, especialmente no transporte de oxigénio no sangue e na produção de glóbulos vermelhos. É utilizado para tratar anemia por défice de ferro, pois uma das complicações da DRC é anemia, uma vez que há uma eritropoiese deficitária.

Reações adversas: fezes escuras, obstipação, náuseas, vómitos e diarreia.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Fístula arteriovenosa

18-11-2024 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

18-11-2024 09:00 - Antebraço Direita(o): Frémito bem perceptível.

13-12-2024 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

13-12-2024 09:00 - Antebraço Direita(o): Frémito bem perceptível.

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico [SOS]

18-11-2024 09:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

18-11-2024 09:00 - Otimizar fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula

arteriovenosa: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD, no 1º contacto] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD] [FIM]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD, no 1º contacto] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD] [FIM]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD, no 1º contacto] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD, no 1º contacto] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hemodiálise [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hemodiálise [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre hemodiálise [Durante a sessão de HD, no 1º contacto] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de hemodiálise [Durante a sessão de HD]

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

FAV

Como descrito anteriormente, para a realização de HD é necessário um AV temporário ou de longa duração, que pode ser a FAV, CVC ou PAV (Fresenius Medical Care, 2011).

A seleção do local para a construção da FAV é o mais importante, uma vez que deve privilegiar o MS não dominante e ser realizada o mais distal possível (Martins, 2016).

Neste caso em específico é usada uma FAV proximal, isto é, uma úmero-cefálica, que consiste na anastomose latero-terminal entre a artéria umeral e a veia cefálica, uma vez que havia uma elevada probabilidade de falência, caso fosse construída uma FAV distal.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-11-2024 09:00	Sistema cardiovascular	
18-11-2024 09:00	Eliminação urinária	
18-11-2024 09:00	Padrão alimentar	
18-11-2024 09:00	Padrão de exercício	
18-11-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
18-11-2024 09:00	Metabolismo	
18-11-2024 09:00	Volume de líquidos	
18-11-2024 09:00	Autoconceito	
18-11-2024 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Sistema cardiovascular

Além do que já foi descrito acima, as pessoas com DRC têm maior risco de morte por doenças cardiovasculares do que propriamente por uma doença renal e isto deve-se a diversos fatores, nomeadamente, ao facto da DRC provocar uma acumulação de substâncias tóxicas que agredem os vasos e o coração e consequentemente aumentarem o risco de arritmias e ainda devido à HTA, que é o maior fator de risco para o AVC e o segundo, imediatamente atrás do colesterol, para o enfarte agudo do miocárdio (Araújo, 2019).

Estas pessoas quando comparadas com a população em geral, apresentam maior prevalência de doenças cardiovasculares, tais como a doença cérebro-vascular, vascular periférica e IC. Além das alterações hemodinâmicas e metabólicas, como anemia, distúrbios do metabolismo de cálcio e fósforo, a sobrecarga de volume, dislipidemia, desnutrição que têm sido associados a maior mortalidade cardiovascular (Canziani, 2004).

Eliminação urinária

Os rins desempenham um papel fundamental na osmorregulação, através da eliminação urinária, o chamado efeito diurético. No entanto, à medida que a função renal diminui, há um déficit da capacidade de concentração da urina e excreção de solutos como fosfato, ácido e potássio, resultando em alterações significativas no equilíbrio hidroeletrolítico (Sousa et al., 2018).

Padrão alimentar, Padrão de Exercício e Metabolismo

As pessoas com DRC apresentam maior prevalência de anemia, HTA, disfunção cognitiva e DM.

Assim, o exercício físico impacta positivamente a qualidade de vida e a capacidade funcional dessas pessoas, uma vez que, as pessoas depois de iniciarem HD, podem apresentar sarcopenia, alterações musculoesqueléticas como fadiga, diminuição da resistência e câibras, além de influenciar o bem-estar emocional e reduzir sintomas depressivos. (Silva et al., 2024; Radu et al., 2020).

Além disso, os efeitos benéficos do exercício físico, verificaram-se quer ao nível do sistema cardiovascular, como do metabolismo mineral e ósseo (Radu et al., 2020).

Adicionalmente, a nutrição também é de extrema importância, visto que as pessoas quando atingem o estágio 5 da DRC e iniciam HD, estão mais suscetíveis à desnutrição e a perda de proteínas.

Desta forma, a nutrição desempenha um papel essencial na avaliação e no tratamento da DRC. Na fase pré-HD o objetivo passa por controlar os fatores de risco como HTA, hiperfosfatemia e acidose metabólica, retardando a progressão da doença renal. Na fase da HD, a perda de proteínas e vitaminas durante a HD podem ser um fator importante para a desnutrição, assim o tratamento nutricional visa otimizar o estado nutricional, reduzir o risco de complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas, uma vez que a desnutrição está associada a maior morbidade e funcionalidade comprometida (Perusso et al., 2019).

Já a DM, é considerada a principal causa de DRC e em Portugal, cerca de 1 em cada 3 pessoas com DM, têm necessidade de um tipo de TSFR (Fresenius Medical Care, 2011; Sá et al., 2024).

A hiperglicemia leva a um esforço renal, conduzindo a danos irreversíveis nos vasos sanguíneos, que culminam na perda da capacidade de filtração e na acumulação de toxinas (Campos, 2023).

Volume de líquidos

As pessoas em tratamento de HD têm um regime terapêutico complexo, o que faz com que tenham dificuldade em gerir as restrições hídricas e dietéticas aumentando desta forma, o risco de morbilidade e mortalidade. A dificuldade na restrição hídrica pode causar um elevado ganho de peso interdialítico, que consequentemente pode levar a hipervolémia, HTA e risco cardiovascular.

Geralmente, uma pessoa em HD que ainda mantém alguma diurese, podem ingerir 500 ml de líquidos diários, além da sua diurese, já as pessoas em anúria têm de ter um controlo total na ingestão de líquidos, o que gera maior dificuldade em controlar a sede (Radu et al., 2020).

Autoconceito

A DRC pode levar a alterações físicas, como a necessidade da construção de um AV, e a alterações comportamentais e assim, desencadear sentimentos negativos, impactando a aceitação da doença e do próprio tratamento.

A FAV é necessária para a realização de HD, mas para a pessoa representa o primeiro sinal físico da própria doença, influenciando negativamente a autoimagem.

Desta forma, as principais complicações da alteração da autoimagem incluem a baixa autoestima e sentimentos de inferioridade, impactando o bem-estar psicossocial e a capacidade de decisão. Embora a presença da FAV possa gerar algum desconforto e dificuldade inicial na aceitação, com o tempo, as pessoas reconhecem a sua importância, pois dependem dela para se manterem ativos e terem qualidade de vida (Ferreira et al., 2021).

Autogestão do regime medicamentoso

Segundo um estudo realizado por Silva et al. (2019), a educação terapêutica desempenha um papel fundamental na capacitação das pessoas para a autogestão.

A autogestão refere-se à capacidade de gerir a sua condição de saúde de forma autónoma, incluindo a adesão ao regime terapêutico e a monitorização de sintomas (Fonseca, I. et al., 2018).

Neste caso, a autogestão do regime medicamentoso é essencial para o controlo da retenção de líquidos e para a prevenção de complicações associadas. A educação terapêutica e a monitorização regular são estratégias fundamentais para promover a adesão e melhorar os resultados do próprio tratamento de HD.

Neste sentido, a literacia em saúde e o empoderamento são os aspetos-chave para uma gestão eficaz da DRC em HD. O enfermeiro em HD desempenha desta forma, um papel fundamental no processo de adesão ao regime medicamentoso, atuando tanto na avaliação do cumprimento terapêutico como na identificação dos fatores que o influenciam, tais como a falta de

conhecimento sobre a doença, barreiras psicológicas ou dificuldades socioeconómicas (Fonseca et al., 2018).

Em suma, este envolvimento é essencial para melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida das pessoas, uma vez que a adesão ao regime medicamentoso está diretamente relacionada com o controlo de complicações como a retenção de líquidos e a HTA (Pereira et al., 2020).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

18-11-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

18-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 167 mmHg.

18-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 87 mmHg.

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea *[Durante a sessão de HD]*

18-11-2024 09:00 - Referenciar hipertensão ao médico *[SOS]*

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-12-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

13-12-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 160 mmHg.

13-12-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

Eliminação urinária

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Quantidade de urina: 2000 ml.

18-11-2024 09:00 - Urina em grande quantidade.

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária *[Durante a sessão de HD]*

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Quantidade de urina: 2000 ml.

13-12-2024 09:00 - Urina em grande quantidade.

Metabolismo

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Glicemia capilar: 99 mg/dl.

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia *[Durante a sessão de HD]*

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Glicemia capilar: 90 mg/dl.

Volume de líquidos

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Sensação de sede normal.

18-11-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

18-11-2024 09:00 - Tumefação dos tecidos

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): depressível.

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): depressível.

18-11-2024 09:00 - Sinal de Godet

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

18-11-2024 09:00 - Turgor da pele normal.

18-11-2024 09:00 - Peso: 120.00 Kg.

18-11-2024 09:00 - Densidade urinária normal.

18-11-2024 09:00 - Edema

18-11-2024 09:00 - Localização do edema

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o)

18-11-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução de sinais de edema

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [No início e fim da sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Diminuir edema

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos
[Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

Autoconceito

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

18-11-2024 09:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

18-11-2024 09:00 - Autoconceito comprometido

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução do autoconceito

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

18-11-2024 09:00 - Executar reestruturação cognitiva [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

18-11-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

13-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito [Durante a sessão de HD]

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MELHOROU].

13-12-2024 09:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

18-11-2024 09:00 - Organiza a medicação conforme horário.

18-11-2024 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

18-11-2024 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

18-11-2024 09:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

18-11-2024 09:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

18-11-2024 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - 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 [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Durante a sessão de HD]

Padrão alimentar

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 4.

18-11-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

18-11-2024 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

18-11-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

18-11-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

18-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

18-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

18-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

18-11-2024 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

18-11-2024 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

18-11-2024 09:00 - Autogestão do regime dietético

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da

pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - 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 [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [Durante a sessão de HD]

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 4.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

13-12-2024 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

18-11-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

18-11-2024 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 36 horas.

18-11-2024 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

18-11-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

18-11-2024 09:00 - Autogestão do regime de exercício

18-11-2024 09:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Durante a sessão de HD]

18-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: facilitadora.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

18-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora [MELHOROU].

18-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal [RESOLVIDO] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal [Durante a sessão de HD] [FIM]

13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Contraturalizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal [Durante a sessão de HD] [FIM] 13-12-2024 09:00

18-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

[Durante a sessão de HD]

13-12-2024 09:00

13-12-2024 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

13-12-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 90 Minutos .

4.7. Especificação das intervenções

Referenciar hipertensão ao médico

- Avaliar conhecimento acerca da HTA e a importância do controlo da pressão sanguínea durante a HD;
- Incentivar a comunicar ao médico qualquer acontecimento que surja no domicílio ou caso a pressão sanguínea esteja demasiado elevada, acima dos parâmetros habituais.

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Vigiar sinais de alarme como: edemas, dispneia para pequenos esforços, aumento da pressão sanguínea acima dos valores normais, fadiga.

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Avaliar o conhecimento sobre a retenção de líquidos;
- Consciencializar para a importância do controlo de líquidos;
- Explicar quais os sinais de alarme da retenção de líquidos;
- Ensinar a pesar-se diariamente para controlar o excesso de peso.

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

- Esclarecer que manter uma dieta adequada e equilibrada, diminui o risco de ganho de peso interdialítico.

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

- Consciencializar sobre a importância do exercício físico para o controlo do peso corporal;
- Avaliar o nível de exercício físico diário;
- Identificar as principais dificuldades para a prática de exercício;
- Explicar que a prática regular de exercício físico vai melhorar a qualidade de vida, reduzir a fadiga e as doenças cardiovasculares;
- Elogiar a perda progressiva de peso.

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

- Verificar com a pessoa a importância da restrição de sal na dieta, encontrando outros substitutos, uma vez que está diretamente ligada com a HTA;
- Explicar que a HTA aumenta o risco de mortalidade cardiovascular.

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

- Avaliar o conhecimento sobre a medicação da HTA, incluindo nome, dose e frequência de administração;

- Capacitar para a compreensão da importância da adesão ao regime medicamentoso prescrito para o controlo da pressão sanguínea;
- Identificar possíveis dificuldades que possa ter em seguir o regime medicamentoso, como horários, efeitos secundários ou aspetos financeiros;
- Enfatizar que a adesão ao regime medicamentoso é fundamental para prevenir complicações da HTA, assim como doenças cardiovasculares.

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

- Explicar que o consumo exagerado de sal e produtos processados na dieta aumenta o risco de retenção de líquidos, uma vez que, essa retenção leva a um aumento do débito cardíaco.

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

- Discutir com a pessoa, consoante os registos da ingestão hídrica diária, que a ingestão dos líquidos está diretamente ligada com a retenção de líquidos, inclusive com o ganho de peso interdialítico.

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

- Capacitar para a compreensão da importância da adesão ao regime medicamentoso para o controlo da retenção de líquidos;
- Analisar o peso diário, incentivando o registo do mesmo;
- Observar sinais de retenção de líquidos, como edema, dispneia;
- Avaliar a motivação para a adesão ao regime medicamentoso.

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Capacitar para adotar medidas preventivas, para aliviar o edema;
- Explicar a relação entre a HD e o edema e enfatizar a importância do controlo do peso interdialítico;
- Elevar os membros inferiores acima do nível do coração, várias vezes ao longo do dia;
- Recomendar o uso de almofadas para elevar os membros inferiores durante o sono.

Otimizar fístula arteriovenosa

- Explicar os cuidados diários a ter com a FAV;
- Promover a autovigilância da FAV, elucidando dos riscos de trombose da FAV;
- Preservar o membro da FAV.

Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Capacitar para a realização de exercícios que promovam a maturação da FAV;
- Explicar os benefícios da realização de exercícios diários da FAV;
- Esclarecer que os exercícios ajudam a fortalecer a parede da veia, aumentar o seu calibre e melhorar o fluxo sanguíneo;
- Enfatizar que se a FAV estiver bem maturada garante um AV adequado para o tratamento de HD e reduz o risco de complicações;
- Evitar exercícios de alta intensidade ou que causem impacto direto na FAV.

Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Orientar para a realização de exercícios com a bola anti-stress, fazendo várias repetições (10 a 15) ao longo do dia (2 a 3 vezes);
- Exercícios de abrir e fechar a mão;
- Verificar diariamente o frémito da FAV.

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Avaliar conhecimento acerca dos cuidados com a FAV e das principais complicações;
- Capacitar para reconhecer sinais de alerta relativamente às complicações da FAV;
- Explicar a função da FAV no tratamento de HD;
- Explicar quais as complicações mais comuns: trombose; infecção; hemorragia; síndrome de roubo.

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Ensinar a avaliar diariamente a FAV;
- Recomendar o uso de roupas mais largas, para não criar compressão no membro da FAV;
- Incentivar a proteger a FAV durante o exercício físico ou durante atividades mais pesadas;
- Alertar para não permitir que usem aquele membro para colheitas para estudo analítico;
- Ensinar exercícios que ajudem no processo de maturação da FAV como apertar a mão com uma bola de borracha adequada.

Ensinar sobre hemodiálise

- Avaliar o conhecimento acerca da DRC;
- Explicar o que é a DRC;
- Avaliar o conhecimento acerca dos TSFR (HD; DP e TR);
- Explicar em que consiste cada um dos TSFR;
- Avaliar o conhecimento acerca do tipo de AV (FAV; PAV e CVC);
- Explicar em que consiste cada tipo de AV.
- Explicar a função da máquina de HD;
- Indicar grupos de apoio para a pessoa com DRC, de forma a partilharem experiências;
- Fornecer folhetos explicativos acerca da HD e DRC.

Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico

- Incentivar a comunicar ao médico qualquer sinal de alerta ou alteração na FAV ou naquele membro.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Volume de líquidos: Negociar o registo da ingestão hídrica diária, ressaltando os riscos da sobrecarga hídrica e das complicações cardiovasculares.
- Padrão alimentar: Aconselhar a substituição de sal por especiarias; Evitar alimentos industrializados e demasiado salgados.
- Regime medicamentoso: Avaliar diariamente a pressão sanguínea e o peso, definindo uma meta para atingir o peso ideal; Estabelecer um plano para melhorar a adesão ao regime medicamentoso; Fornecer panfletos sobre a dieta e a restrição de líquidos.

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- Perceber como a FAV afeta a sua autoestima;

- Arranjar estratégias para lidar com a aparência da FAV.

Executar reestruturação cognitiva

- Trabalhar com a pessoa, no sentido de ressignificar o seu pensamento acerca da FAV, ressaltando o papel fundamental para o TSFR.

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- Avaliar o impacto da construção da FAV, na autoestima e na imagem corporal;
- Ajudar a lidar com as mudanças na imagem corporal e adaptar-se á nova realidade;
- Explicar a importância da FAV para o tratamento de HD;
- Desmitificar as crenças em relação á FAV;
- Incentivar a procurar apoio na família e em grupos de apoio de DRC, como APIR.

4.8. Síntese relativa ao caso

Perante este caso clínico, tornou-se necessário definir áreas de foco específicas. Para tal, foram recolhidos dados relativos aos seguintes domínios: eliminação urinária, padrão alimentar, padrão de exercício, metabolismo, volume de líquidos, autoconceito e atitudes terapêuticas, com destaque para a FAV.

A recolha destes dados permitiu estabelecer os diagnósticos de enfermagem, definindo, assim, os objetivos da nossa intervenção e a elaboração do plano de cuidados, onde constam as intervenções de enfermagem.

Tal como descrito no caso clínico anterior, as duas sessões dizem respeito ao contacto estabelecido com a pessoa no contexto da unidade de HD durante os tratamentos. Na segunda sessão, foram introduzidos apenas os dados que apresentaram evolução em relação à sessão anterior.

A Sr^a A.C inicialmente teve uma consulta de esclarecimento de enfermagem, onde lhe foram explicadas as diferenças e vantagens/desvantagens dos diferentes TSFR (HD ou DP), ao qual, ela tomou a decisão informada e refletida da opção por HD.

Neste caso clínico, o processo de transição saúde-doença foi marcado por vários momentos, desde a mudança de um estado de saúde para a doença crónica, até à adaptação a um novo estilo de vida dependente de um tratamento de HD três vezes por semana, que inclui restrições na ingestão hídrica e dietética e mudanças no autoconceito e na autoimagem, devido à presença da FAV.

Segundo Meleis (2010), a transição saúde-doença envolve uma reestruturação da identidade e do papel social, e neste caso, a Sr^a A.C acabou por vivenciar uma transição significativa quando foi diagnosticada com DRC secundária a nefropatia lúpica classe IV.

No primeiro contacto, depois da recolha de dados junto da Sr^a A.C, percebeu-se que ainda demonstrava dificuldade na identificação e prevenção de complicações relacionadas com a FAV. Neste sentido, optou-se por intervir neste primeiro contacto, com o objetivo de promover a autonomia e o autocuidado da FAV, planeando as intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção de complicações e a promoção da sua maturação. O comportamento de autocuidado relacionado com a FAV é fundamental para evitar complicações e a falência do AV, além de assegurar a sua maturação adequada, sendo, por isso, crucial que a pessoa adote esses comportamentos o mais precocemente possível (Martins, 2016; Fresenius Medical Care, 2011).

Após a Sr^a A.C ser capaz de identificar as possíveis complicações da FAV e as respetivas medidas de prevenção, procedeu-se ao ensino e treino dos exercícios de maturação da FAV. No segundo contacto, a pessoa já demonstrou que conseguia executar de forma correta esses exercícios, evidenciando a aquisição de conhecimentos e competências essenciais para a autogestão do AV (Araújo & Pestana, 2008; Alves, 2015).

No primeiro contacto também ficou evidenciado a presença de edemas a nível dos membros inferiores, e a necessidade de reforçar a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos e o conhecimento sobre a prevenção de complicações da retenção de líquidos, além do regime medicamentoso e dietético. Desta forma, no primeiro contacto, trabalhou-se a parte do conhecimento, uma vez que, nesta fase era mais pertinente a aquisição deste conhecimento. A Sr^a A.C foi educada acerca dos sinais precoces da retenção de líquidos, como o aumento do peso rápido, presença de edemas, dispneia ou HTA acima dos valores habituais, uma vez que a identificação precoce pode evitar outras complicações graves e melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, foi ainda alertada para sobre as consequências da retenção de líquidos e sobre a importância de manter uma dieta adequada. Posteriormente, foram explicadas estratégias e definidas algumas metas, como a perda de peso, para incentivar e facilitar esta adesão ao regime terapêutico.

No segundo contacto, percebeu-se que já tinha colocado em prática algumas das estratégias sugeridas anteriormente, inclusive, havia uma diminuição gradual do peso. Assim, achou-se relevante a abordagem da consciencialização, onde foram reforçadas as principais complicações associadas à retenção de líquidos e como está interligado diretamente com a pressão sanguínea e à dieta, além de como podem dificultar o tratamento de HD e a possibilidade de ser submetida a TR, uma vez que era o seu objetivo assim que reunisse as condições. Para complementar estes ensinamentos, pediu-se colaboração da nutricionista, para juntamente com a Sr. A.C fazer um ajuste no regime dietético para controlo de peso, ingestão proteica e restrição hídrica adequada, considerando a obesidade e a necessidade de preparação para ser possível o TR.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem acerca dos ensinamentos sobre os cuidados com a FAV, a retenção de líquidos e o regime medicamentoso, capacitaram a Sr. A.C a gerir a sua

condição de forma autónoma. Isso refletiu-se na sua capacidade de reconhecer complicações, aderir de forma eficaz ao tratamento e ajustar os seus comportamentos, como na redução do peso interdialítico.

Outro aspeto relevante abordado nesta primeira sessão foi o autoconceito, dado que a Sr^a A.C., portadora de uma FAV, relatou dificuldades iniciais na adaptação, particularmente no que diz respeito à aparência física *"o maior choque foi quando me disseram que tinha de colocar FAV...é que ter isto no braço faz-me confusão...e ter de estar aqui quieta sem poder mexer o braço."*

A teoria de Roy considera que a pessoa está em constante interação com o meio em mudança e para enfrentar toda essa mudança em questão utiliza mecanismos inatos ou adquiridos (Frota et al., 2020).

Segundo Oliveira (2015), o autoconceito é uma construção psicológica multidimensional que reflete a percepção que a pessoa tem de si mesma, englobando os aspetos cognitivos e afetivos, incluindo a autoimagem, a autoestima e a autoeficácia. Neste sentido, tentou-se reformular o pensamento, focando no facto de que a FAV é essencial para o tratamento de HD e consequentemente para melhorar a sua qualidade de vida, além de que, comparada com os outros acessos vasculares é o mais seguro, com menor risco de infeção e complicações (OE, 2016).

Além disso, foram sugeridas algumas estratégias para disfarçar a presença da FAV, caso se sentisse mais confortável e envolver a família, no sentido de educá-la para a importância da FAV e apoiar a Sr^a A.C., de forma a expressar os seus sentimentos e preocupações. Foi ainda sugerido a colaboração de um psicólogo, com o intuito de apoiar no processo de adaptação emocional e na gestão do autoconceito, além de trabalhar estratégias emocionais para resignificar a presença da FAV como um elemento de sobrevivência e não como uma limitação. Na segunda sessão, foi abordado novamente este tema, para perceber como se estava a adaptar, ao qual refere *"... agora já não me faz muita diferença ... sinto-me melhor ... com mais força para trabalhar."* e referiu que já tinha ido à consulta de psicologia, demonstrando que se encontrava mais adaptada a esta situação. Apresentava também uma melhoria da autoestima e adesão ao tratamento.

Sendo assim, as intervenções de enfermagem, que passaram por criar estratégias de reestruturação cognitiva e envolver a família, foram essenciais para reforçar a autoestima e a resiliência da Sr. A.C.

Durante a recolha de dados, na primeira sessão, foi ainda possível ter a percepção de que tinha deixado de realizar exercício físico, depois de iniciar HD, logo, tornou-se relevante a abordagem da consciencialização em relação à atividade física e como é essencial para a perda de peso e para o controlo da pressão sanguínea, além do impacto negativo que tem para a saúde em geral, uma vez que na HD enfrenta imensos desafios, desde a retenção de líquidos, a HTA e o

risco de doenças cardiovasculares. Assim, foi explicado que a prática de exercício físico é importante para reduzir a HTA, uma vez que, melhora a função vascular, tal como, para a perda de peso que precisa, para conseguir entrar na lista de TR, que é o seu objetivo.

Foi incentivada a estabelecer uma meta gradual, começando por praticar exercício com caminhadas de 15 minutos diariamente e ir aumentando gradualmente o tempo e a intensidade, com o compromisso de que na próxima sessão já conseguisse realizar uma caminhada de 60 minutos diariamente ou pelo menos 3 vezes/semana. No futuro ponderar inscrever-se novamente no ginásio, que integrava a sua rotina prévia. Na segunda sessão percebeu-se que já fazia algumas caminhadas de 30 minutos, 3 vezes/semana, um marco que reflete não só a motivação, mas também a eficácia de estratégias adaptadas à sua realidade.

Globalmente, a Sr^a A.C apresentou uma evolução positiva no processo de adaptação à HD, evidenciando que as intervenções implementadas foram determinantes para uma transição bem sucedida. Este caso reforça a importância do enfermeiro especialista em priorizar mais uma vez os cuidados holísticos, dedicando tempo não apenas no controlo de sintomas, mas também na reconstrução da identidade e autonomia da pessoa.

De acordo com Meleis (2010), a Sr. A.C vivenciou uma transição multidimensional marcada pela mudança abrupta de um estilo de vida ativo e independente para uma realidade de limitações físicas e temporais, impostas pela dependência da HD. Neste processo, as intervenções de enfermagem atuaram como catalisadoras: a educação terapêutica facilitou a preparação para o novo papel de doente crónica; o enfoque no autoconceito e no apoio social promoveu a adaptação emocional, mitigando o impacto da FAV na sua autoimagem e a vinculação do tratamento a metas pessoais, como ser submetida a TR, transformou a transição num processo com significado.

Este caso clínico demonstra como o enfermeiro, ao articular de forma intencional as dimensões clínicas e psicossociais, pode transformar o processo de adaptação à doença crónica numa experiência de crescimento e autonomia.

A evolução clínica e pessoal da Sr. A.C revela que, mesmo face às limitações impostas pela doença, é possível recuperar novamente o controlo da sua vida, quando as intervenções de enfermagem são cuidadosamente adaptadas às necessidades individuais, ao contexto de vida e às prioridades de cada um. Esta abordagem centrada na pessoa, demonstra a importância dos cuidados de enfermagem especializados, na promoção de uma adaptação significativa à situação crónica.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro Especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, centrado nas respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde. Demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, refletidos num conjunto de competências especializadas num campo de intervenção específico. Estas competências resultam do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2017).

De acordo com a OE (2017), o enfermeiro detém formação humana, técnica e científica para prestar cuidados de saúde em qualquer contexto, especialmente em situações complexas. Assim, a competência é definida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que resultam da formação inicial e da experiência adquirida ao longo da prática profissional.

Benner (2001), descreve o modelo de aquisição de competências como aquele que, identifica as características e as necessidades de aprendizagem em cada nível de desenvolvimento. A experiência que o enfermeiro especialista vai adquirindo ao longo do tempo, aliada à perícia profissional, permite-lhe desenvolver uma compreensão intuitiva, que é alcançada através da aprendizagem e reconhecer o que é relevante em cada situação, agindo com excelência e compreendendo as situações de forma holística. O seu conhecimento vai além da mera aplicação de teorias, mas reflete uma integração profunda entre a teoria e a prática.

Neste contexto, a OE veio regular as competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSCR, através do Regulamento nº 429/2018 (2018), publicado no Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16, de forma a transmitir esse conhecimento especializado às pessoas, que são: ***“cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”***.

Com base no perfil de competências comuns e específicas estabelecido pela OE e refletindo sobre as teorias de enfermagem, tendo em prática a evidência científica, procede-se neste capítulo à descrição detalhada dessas competências. O objetivo é garantir que essas competências estão alinhadas com as necessidades atuais dos cuidados de saúde e que o enfermeiro especialista reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades, para conseguir atuar em todos os contextos de vida das pessoas, principalmente a nível da prevenção (OE, 2019, pp. 4745).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), publicado no Diário de República nº 26, Série II de 2019-02-06 (pp. 4745), as competências comuns “*são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados...*”, assim, no domínio das competências comuns, a OE, estabeleceu: “**Responsabilidade profissional, ética e legal**”; “**Melhoria contínua da qualidade**”; “**Gestão dos cuidados**” e “**Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**”.

No domínio da “**Responsabilidade profissional, ética e legal**”, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma “*uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” e deve garantir “*práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”. Assim, o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo uma prática de cuidados humanizada, que respeitem a pessoa e o dever profissional para com ela. Esta competência é fundamental para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, especialmente em contextos no contexto da diálise.

A DRC e o seu tratamento envolvem situações clínicas complexas, exigindo do enfermeiro especialista uma atuação baseada em elevados padrões éticos e legais.

Devido à progressão da DRC, quando chega a altura de iniciar algum tipo de TSFR, a pessoa depara-se com situações complexas, começando logo na fase pré-diálise, na altura que têm de perceber qual o tratamento mais adequado (HD ou DP). Nesta fase, a pessoa enfrenta medos, dúvidas e incertezas, porque as rotinas têm de ser ajustadas e a adaptação a um novo estilo de vida nem sempre é fácil e exige tempo e suporte. Assim, o enfermeiro especialista deve garantir que a pessoa está devidamente capacitada para esta mudança e educar acerca dos riscos e benefícios de cada uma das opções de TSFR, respeitando a sua autonomia na tomada de decisão, por isso a importância da CETSFR.

A principal limitação desta consulta reside na sua realização pontual e na ausência de uma relação terapêutica prévia, fatores que podem comprometer a transmissão e assimilação eficaz da informação. Contudo, a literatura sustenta que a construção progressiva de uma relação terapêutica sólida e a disponibilização de informação adaptada às necessidades individuais potenciam a compreensão e adesão ao tratamento (Martins et al., 2024). Neste contexto e apesar das limitações referidas, esta consulta é conduzida de forma individualizada, mediante escuta ativa e avaliação inicial dos conhecimentos prévios da pessoa, o que permite adequar o seguimento às suas necessidades, opções e crenças, alinhando-se com os princípios de cuidados centrados na pessoa (Serra et al., 2021, pp. 7-9).

Quando a pessoa inicia o TSFR, o enfermeiro especialista deve assegurar que os seus direitos, bem como a sua privacidade e dignidade são respeitados, além de garantir que a pessoa está

confortável e que as suas necessidades físicas e emocionais são respeitadas (Moura et al., 2015).

No caso do Sr^o A.B. e da Sr^a A.C que tiveram acesso à CETSFR, foram-lhes explicados as opções de tratamento e os riscos/benefícios associados a cada um, respeitando as suas crenças e necessidades, o que permitiu tomar uma decisão informada, que neste caso foi a opção por HD.

Segundo a OE (2019), a tomada de decisão informada é um direito da pessoa e um dever do profissional de saúde, garantindo que a pessoa participa ativamente no seu plano de cuidados.

Por outro lado, um dos desafios identificados na sala de HD reside na tendência dos enfermeiros priorizarem os procedimentos técnicos em detrimento das necessidades emocionais da pessoa, as quais são, por vezes, negligenciadas de forma intencional. Esta realidade assume particular relevância no processo de adaptação da pessoa a uma condição crónica, exigindo uma abordagem holística centrada na pessoa (Despacho normativo n.º 2289/2020, 2020). Assim, durante o estágio, com o objetivo de colmatar esta lacuna, optei por direcionar as intervenções de enfermagem para uma perspectiva mais integral, privilegiando o suporte emocional e a humanização dos cuidados.

Tanto no caso do Sr^o A.B como da Sr^a A.C, fui avaliando como se sentiam durante as sessões de HD, tentando mostrar empatia e promover o conforto e privacidade durante a sessão e os procedimentos. A privacidade e a dignidade, são direitos fundamentais, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade, como no caso da HD (Moura et al., 2015).

A relação entre o enfermeiro especialista e a pessoa deve ir além do cuidado físico. Deve ser uma parceria terapêutica, que reconhece e valida as suas necessidades emocionais e psicológicas, através de uma abordagem empática, criando um espaço seguro onde a pessoa se sinta ouvida, compreendida e apoiada (Douglas et al., 2020).

Segundo esta competência, o enfermeiro especialista deve ainda identificar práticas de risco, implementando medidas de prevenção. Durante esta prática clínica, fui fornecendo ferramentas, no sentido de colmatar as necessidades em relação ao cuidado com os acessos vasculares, para capacitar o Sr^o A.B e a Sr^a A.C. na prevenção de complicações e identificação de sinais de alerta.

Esta competência exige reflexão acerca da prática de enfermagem especializada, que deve ser alinhada com os valores individuais de cada pessoa, garantindo um cuidado humanizado, com respeito e dignidade. Assim, é importante, enquanto enfermeiro especialista, a adoção de uma postura ética, que integre os princípios deontológicos e éticos, assegurando que os cuidados prestados são focados nas necessidades da pessoa, consoante o regulamento da OE.

A atuação do enfermeiro especialista deve ser sempre focada numa conduta ética e legal, que promova a confiança, a segurança e o bem-estar da pessoa, reforçando a importância da PBE.

No domínio da competência "**Melhoria contínua da qualidade**", o enfermeiro especialista deve garantir *“um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* e desenvolver *“práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro”*. Nesse sentido, deve colaborar na elaboração de projetos, no sentido da implementação de estratégias, para assim promover uma melhoria contínua nos cuidados de saúde (OE, 2019, pp. 4747).

A qualidade em saúde tem o objetivo de alcançar melhorias nos cuidados de saúde e no bem-estar da pessoa que necessita desses cuidados, nesse sentido, compreende pelo menos, três componentes: gestão técnica da saúde e da doença; gestão do relacionamento interpessoal efetuado entre os prestadores de cuidados e as pessoas e os princípios éticos que regem a conduta em geral (Furtado et al., 2022).

A procura da qualidade na prestação de serviços de saúde é uma necessidade técnica e social, por isso torna-se importante incorporá-la na nossa rotina para a obtenção dos melhores resultados possíveis nas intervenções de saúde (Silva, 2019).

Esta ULS para dar resposta a uma melhoria da qualidade, implementou em 2006 o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), no sentido de os enfermeiros especialistas assumirem várias responsabilidades, como interlocutores nos vários processos que são auditados anualmente, com o objetivo de partilhar informações com a equipa, promovendo a adesão a normas incentivando à adesão e colaboração da própria equipa. Essas responsabilidades, vão desde a gestão da qualidade, da formação, do risco clínico, dos equipamentos, dos sistemas de informação de enfermagem, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), dos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem, da avaliação da dor, do grupo de apoio ao luto até ao grupo de prevenção e tratamento de feridas.

A melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo sistemático, com o objetivo de otimizar os cuidados prestados à pessoa, através da identificação de problemas, implementação de soluções e monitorização dos resultados. Só assim é possível a eficiência dos cuidados de saúde, principalmente no contexto da pessoa em situação crónica (Furtado et al., 2022).

A implementação de programas de melhoria contínua, fundamentados na PBE, permite não só a otimização dos cuidados de saúde, mas também a criação de uma cultura de segurança, promovendo a colaboração interdisciplinar e a reflexão crítica sobre as práticas clínicas, com o objetivo de alcançar os melhores resultados (Marshall et al., 2013).

No âmbito do desenvolvimento da competência em qualidade, estabeleceu-se como objetivo específico, *“analisar o processo de acreditação da idoneidade formativa do Serviço de Hemodiálise, com base nos critérios e diretrizes da OE, visando o desenvolvimento profissional contínuo da equipa de enfermagem”*, conforme as guidelines da KDIGO e o REPE, visando o

desenvolvimento profissional contínuo da equipa. Contudo, face às limitações temporais inerentes ao estágio, não foi possível concretizar esta análise, permanecendo como uma proposta de intervenção futura a ser desenvolvida.

No que diz respeito ao domínio “**Gestão dos cuidados**”, o enfermeiro especialista deve gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Esta competência implica a capacidade de planejar, organizar, coordenar e avaliar os cuidados de enfermagem, garantindo que sejam seguros, eficazes e centrados na pessoa. O enfermeiro deve agir de forma fundamentada, aplicando os conhecimentos e as técnicas adequadas para realizar a melhor prática (OE, 2015).

Numa unidade de diálise, a gestão é essencial para se manter a qualidade dos cuidados prestados, sendo que o enfermeiro gestor deve responder com rigor e eficácia aos desafios da organização e das pessoas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, nos vários níveis de atuação, quer seja na prevenção, promoção como na reabilitação (OE, s.d.).

A gestão da unidade de HD é exercida por um enfermeiro especialista com vasta experiência clínica nesta área, enquanto a unidade de DP é gerida por uma enfermeira perita, igualmente detentora de mais de dez anos de experiência no cuidado à pessoa com DRC. Ambos os profissionais desempenham funções de gestão, abrangendo a supervisão dos recursos humanos e materiais, bem como a coordenação das respetivas unidades. Esta liderança fundamenta-se pelo seu conhecimento técnico-científico e competências clínicas, orientando-as pelos princípios da qualidade, eficiência organizacional e promoção da satisfação da pessoa e dos profissionais (OE, 2019).

A gestão de cuidados na unidade de diálise é complexa, uma vez que engloba várias especificidades, assim compete ao enfermeiro gestor assegurar que os profissionais de enfermagem possuem as competências necessárias para responder às exigências específicas de cada valência, o que implica a existência de grupos com formações e habilidades distintas (Lourenço et al., 2022).

Nesta unidade, os enfermeiros têm um rácio de um para quatro a cinco pessoas e usam o processo de enfermagem para descrever as intercorrências e os cuidados prestados durante a HD, usando o método de trabalho individualizado, tanto na plataforma SClínico como no Nefrus, embora que quando envolvia as diálises em contexto de cuidados intensivos, existia ainda a necessidade de se fazer o registo em papel. Desta forma, como também existia a necessidade de efetuar os mesmos registos em mais de que uma plataforma, gerava alguma insatisfação na equipa, representando um obstáculo na eficácia da gestão. Neste sentido, durante este tempo, as várias plataformas foram acopladas, dando a possibilidade de os registos migrarem

automaticamente, inclusive em contexto de cuidados intensivos, que estava em fase de teste e até ao momento o feedback era positivo.

Já na unidade de DP, inclusive na CETSFR e na CDRA, o rácio é de um enfermeiro para uma pessoa, o que permite um cuidado individualizado e diferenciado e consequentemente uma melhoria na qualidade dos cuidados. Os registos do processo de enfermagem são também realizados na plataforma SClínico, focando-se mais nos diagnósticos de enfermagem e na gestão do regime terapêutico. Desta forma, consegue-se avaliar minuciosamente as capacidades e potencialidades da pessoa, de forma a estabelecer as prioridades no seguimento da consulta, uma vez que estas pessoas realizam o tratamento de diálise de forma autónoma, e nesse sentido têm de ser participativas no seu processo de saúde e de estar preparadas para eventuais intercorrências.

O processo de enfermagem é uma ferramenta importante nestas situações, pois permite a sistematização dos cuidados e a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Com uma PBE, o processo de enfermagem garante que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados na pessoa, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e da qualidade de vida destas pessoas (Fresenius Medical Care, 2011).

Na prática, o processo de enfermagem envolve cinco etapas que estão interligadas: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Durante a avaliação, há a possibilidade de recolher dados e desta forma, identificar os potenciais problemas que a pessoa enfrenta. No diagnóstico de enfermagem, são identificadas as respostas humanas aos problemas de saúde e permite traçar um plano de cuidados individualizado, o que permite que a implementação das intervenções seja realizada em conjunto com a pessoa e a família, com o objetivo de promover a adesão ao tratamento e a autonomia. Por fim, a avaliação permite verificar a eficácia das intervenções e ajustar o plano de cuidados conforme necessário, garantindo uma abordagem dinâmica e adaptada às necessidades da pessoa (Brito et al., 2022).

O processo de enfermagem aliado ao registo nas plataformas, como o SClínico e Nefrus, facilita a partilha de informações entre os profissionais de enfermagem, promovendo uma gestão mais eficiente e segura dos cuidados (Brito et al., 2022).

Neste sentido, a reflexão crítica permite concluir que a complexidade do trabalho nas unidades de diálise exige que o enfermeiro especialista desenvolva competências de gestão, de forma a otimizar recursos, coordenar as equipas e acima de tudo, garantir a segurança da pessoa. A evidência científica tem-nos demonstrado que uma gestão proativa de riscos está diretamente relacionada com a redução de complicações e com a melhoria dos resultados clínicos (Brito et al., 2022).

Além disso, a liderança centrada nas pessoas é fundamental para promover um ambiente de trabalho onde a comunicação é clara e assertiva, facilitando a partilha de informações. Assim, a

comunicação assume um papel essencial na prática de enfermagem, funcionando como uma ferramenta estratégica para estabelecer relações de confiança com a pessoa e a família (Marshall et al., 2013).

No domínio da competência de “**Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**”, o enfermeiro especialista “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” e “*baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*”.

A DRC representa um desafio de saúde em Portugal, com implicações profundas na qualidade de vida da pessoa. A sua complexidade exige uma abordagem multidisciplinar, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de excelência (Olim et al., 2021).

Sendo a DRC uma condição complexa e desafiadora e existindo baixos níveis de literacia em saúde, que estão relacionados com as dificuldades da pessoa na compreensão dos processos da doença, do prognóstico, do tratamento. O que, consequentemente, pode levar a uma deteção tardia da própria doença, a problemas na adesão e na gestão do regime terapêutico, assim como ao uso indevido dos serviços de saúde e a uma maior taxa de morbilidade e de hospitalização. Nesse sentido, é relevante que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro em diálise, tenha adquirido conhecimento suficiente para melhorar a literacia em saúde (Olim et al., 2021).

O conhecimento é crucial para que o enfermeiro especialista consiga estabelecer relações terapêuticas eficazes, com a pessoa em diálise, que na maioria das vezes enfrenta desafios emocionais e físicos significativos. Desta forma, o cuidado de enfermagem prestado à pessoa, requer conhecimento científico, habilidade psicomotora e a utilização de ferramentas adequadas (Almeida et al., 2023).

Complementarmente, a assertividade emerge como competência fundamental no processo assistencial, permitindo ao enfermeiro identificar as necessidades da pessoa, estabelecer relações de confiança e promover adesão ao regime terapêutico (Awate & Rukumani, 2021).

Neste contexto, consciente da necessidade de desenvolvimento profissional contínuo, participei em ações de formação especializadas sobre a DRC, com o objetivo de consolidar uma PBE. Esta abordagem corrobora com a premissa defendida por Machaly et al. (2020), que enfatizam a necessidade dos enfermeiros especialistas se manterem atualizados acerca das melhores práticas, para otimizar a qualidade de vida das pessoas com DRC.

Numa perspectiva de alargamento e partilha de conhecimento, foi proposto a realização de um evento científico, as II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS, com o tema “*Influenciar o Saber, Potenciar o Cuidar*”, cujo programa se encontra no Anexo II.

Uma parte significativa do estágio foi dedicada ao planeamento e organização deste evento

científico. Inicialmente, o objetivo seria que, a realização das Jornadas fossem durante o período do estágio, mas como não foi possível arranjar disponibilidade no local do evento para as datas sugeridas, ficou agendado para o dia 29 e 30 de Maio de 2025, e neste momento já se encontra aprovado.

No dia 29 de Maio vão-se realizar três workshops: Workshop I - Acessos vasculares com ecodoppler; Workshop II - Carpe Diem; Workshop III - Técnica de Hemoperfusão. No dia 30 de Maio, irão existir quatro mesas ao longo dia, com temas interessante acerca da saúde renal, sendo que este ano, iremos inovar com uma mesa dedicada à nefrologia pediátrica. Até ao momento o *feedback* tem sido positivo e esperamos uma forte adesão, semelhante à do ano anterior.

Esta competência é essencial para o cuidado da pessoa em diálise, influenciando o contexto clínico e a qualidade do cuidado prestado (Younas et al., 2020).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

No que constam as competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSCR, a OE estabeleceu como primeira ***“cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”*** (OE, 2018).

Tendo como preocupação a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados exigem *“a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados”*, com o objetivo de identificar precocemente alterações, preservar a saúde e promover uma recuperação eficaz. O enfermeiro especialista assume um papel preponderante na minimização de complicações (OE, 2018, pp. 19360).

O domínio desta competência, pelo enfermeiro especialista envolve o cuidado holístico à pessoa e à sua família, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também as crenças, as necessidades emocionais e sociais, assim, como o impacto da doença na vida familiar e profissional (Younas et al., 2020).

Em Portugal, em 2020, a esperança média de vida era de seis meses superior à média da UE, embora na maioria dos países da Europa Ocidental, a esperança de vida fosse mais elevada, sendo que as doenças crónicas são as que mais contribuem para o aumento dos custos hospitalares e para a mortalidade em Portugal (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde [OCDE], 2021).

A doença crónica pode-se caracterizar pelo estado patológico permanente, que cause incapacidade e produza alterações a nível da saúde não reversíveis. Pelas suas características, requer cuidados contínuos e especializados e a pessoa necessita de acompanhamento crónico

(Souto, 2020).

No sentido de adquirir o domínio dessa competência, durante o estágio, fui dando atenção mais detalhada às intervenções relacionadas com as complicações durante o tratamento de HD, uma vez que o enfermeiro especialista deve ter um papel ativo no bem-estar da pessoa e no desenvolvimento de estratégias para o autocuidado de complicações que possam surgir, e desta forma, promover uma melhoria da qualidade de vida.

Orem (1991) conceptualiza o autocuidado como a prática de atividades deliberadamente realizadas pela pessoa para manutenção da vida, saúde e bem-estar, assente em três pilares fundamentais: o autocuidado, em que as ações que a pessoa realiza são de forma deliberada para manter a sua própria vida, saúde e bem-estar, o déficit de autocuidado, que se deve à incapacidade de realizar essas atividades devido a limitações físicas, emocionais ou cognitivas e os sistemas de enfermagem, uma vez que a enfermagem atua no sentido de fornecer apoio a nível da educação, atendendo às necessidades da pessoa.

Posteriormente, Orem (2001) amplia esta perspetiva, enfatizando o papel destas práticas no amadurecimento pessoal, enquanto Queirós (2010) destaca a sua universalidade, argumentando que este transcende as atividades de vida diária para englobar todas as dimensões da experiência humana.

No âmbito deste estágio, em contexto da DRC em TSFR, o autocuidado revela-se fundamental para uma gestão eficaz da doença, particularmente na adesão ao regime terapêutico e nos cuidados com o AV. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista assume um papel primordial na avaliação sistemática dos défices do autocuidado, com vista o desenvolvimento de competências que permitam à pessoa gerir a sua condição de saúde de forma autónoma.

O caso clínico da Sr^a A.C ilustra esta realidade, tendo a aplicação da ontologia de enfermagem permitido identificar as necessidades específicas na monitorização da ingestão hídrica e na prática do exercício físico. Para operacionalizar as competências especializadas definidas no Regulamento n.º 429/2018, 2018, pp. 19369, nomeadamente no *“Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica”* e *“Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica”*, implementou-se um programa de educação para a saúde.

No caso da Sr^a A.C, este focou-se na restrição hídrica e na importância da atividade física, visando a redução do edema e o excesso de peso, a prevenção de complicações cardiovasculares e melhoria na adesão ao tratamento de HD.

A análise dos casos clínicos evidenciou ainda déficit no autocuidado em relação à gestão

dietética e á gestão emocional (humor depressivo e autoconceito negativo), imposta pela doença. Como estratégias de intervenção de forma a promover uma adequada adesão ao tratamento, sugeriu-se a substituição na dieta por alternativas nutricionais mais adequadas. Já no contexto emocional, através da escuta ativa, encorajou-se a expressarem os seus sentimentos e preocupações, e posteriormente ajudou-se a trabalhar na reformulação do pensamento, incentivando o envolvimento da família e a participação em grupos de apoio.

Relativamente à unidade de competência *“Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos”* do Regulamento n.º 429/2018, 2018 (pp. 19369), nos dois casos clínicos, foram perceptíveis a presença de algumas dificuldades na gestão de estratégias, para evitar as complicações com o AV. Para dar resposta a essa falha, foram facultadas estratégias e realizados ensinios em relação á monitorização e prevenção da FAV. Assim como, na monitorização da pressão sanguínea e no encorajamento para manterem uma rotina de atividade física, como caminhadas, para melhorar a saúde cardiovascular e o bem-estar emocional.

Como resultado, foi observado uma melhoria efetiva no contexto emocional, após as intervenções e uma maior consciencialização sobre a importância da gestão do regime terapêutico, e embora ainda não fossem peritos, estavam no caminho certo. O meu papel durante este processo, acabou por ser facilitador de aprendizagem e permitiu concluir que a abordagem centrada na pessoa com PBE é essencial para o sucesso da adesão ao tratamento da pessoa com DRC.

As complicações associadas ao AV constituem um desafio clínico significativo na HD, com impacto profundo na qualidade de vida das pessoas (OE, 2016). Estas complicações, nomeadamente trombose, infeção, estenose, síndrome de roubo, aneurismas e pseudoaneurismas representam uma das principais causas de hospitalização, contribuindo não apenas para o aumento da morbilidade, mas também para custos adicionais significativos para o sistema de saúde (KDIGO, 2024).

Tendo em conta, a unidade de competência *“Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica”*, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, 2018 (pp. 19369), foi apenas possível avaliar os resultados com base no acompanhamento e nas respostas da pessoa que vivencia a doença crónica. Além disso, durante o processo, tentou-se envolver a família, mesmo não tendo ligação direta com ela, uma vez que não estão presentes na unidade de diálise, e monitorizar a evolução da pessoa na gestão dos cuidados. Só assim, compreendendo as necessidades da pessoa é que podemos melhorar a nossa atuação na prática clínica.

Na segunda competência ***“maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”*** o enfermeiro especialista

promove o bem-estar a nível físico, emocional e social da pessoa e da família, facilitando a adaptação à doença e ao tratamento.

No cuidado à pessoa com a DRC, o enfermeiro especialista deve ter como foco principal, a prevenção, a progressão e o tratamento da doença, respeitando as necessidades individuais da pessoa (OE, 2015).

Para ir de encontro ao domínio desta competência, o foco foi dedicado à unidade de competência *“Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica”* (OE, 2018). Desta forma e para ir de encontro às necessidades das pessoas com DRC em programa de HD, optou-se por abordar a gestão do regime terapêutico, mais especificamente o regime dietético, hídrico, de exercício físico e medicamentoso.

No caso do Sr^o A.B., uma vez que este demonstrava sinais de tristeza persistente, perda de interesse em atividades e principalmente, pensamentos negativos recorrentes, foi incentivado a expressar as suas preocupações e emoções e foram trabalhadas estratégias de coping, como a participação em grupos de apoio e o envolvimento da família, que ajudaram a melhorar o seu humor e a sua autoestima.

Além disso, foi elaborado um plano de cuidados individualizado tanto para o Sr^o A. B. como para a Sr^a A.C, adaptado aos estilos de vida, com o objetivo de estabelecer metas realistas, e acima de tudo, ajustado às suas necessidades e limitações, quer em relação ao regime dietético, ao controlo da pressão sanguínea como à promoção de atividade física.

Acima de tudo, foi criado um ambiente de suporte emocional e físico, facilitando a autonomia e a adaptação à doença crónica. Esta abordagem é essencial para ajudar a pessoa com DRC, a lidar com as limitações impostas pela doença e a manter uma vida ativa (Santos, 2015).

Ainda para dar resposta a este domínio da competência e de forma a cumprir o objetivo a que me tinha proposto: *“Elaborar um guião orientador tendo por base a pessoa no sentido de avaliar o nível de conhecimento sobre a DRC e a HD; investigar o impacto emocional, social e familiar da doença e do tratamento; identificar as expectativas, receios em relação ao tratamento; analisar os hábitos de vida; identificar as necessidades de educação da pessoa sobre o tratamento, o regime terapêutico, complicações e estratégias de coping”*, foi criado um guião no âmbito da educação, apoio psicológico a apoio social, com o propósito de facilitar a adaptação da pessoa à DRC e ao TSFR (Anexo III). Reúne várias questões para compreender as principais dificuldades que a pessoa sente quando inicia o tratamento e assim realizar uma prática clínica, criando um ambiente seguro e confortável, com o foco principal, na pessoa.

A análise crítico-reflexiva da prática clínica é um pilar essencial para o desenvolvimento do conhecimento, do pensamento crítico e da tomada de decisão fundamentada. Neste âmbito, assumi um papel proativo, orientando a minha intervenção na PBE.

Este estágio permitiu-me consolidar e ampliar as minhas competências profissionais, essenciais para uma prática especializada de excelência. A formação contínua e a atualização permanente são imperativas para que se consiga responder de forma eficaz, às exigências cada vez mais complexas do nosso contexto de trabalho, principalmente no cuidado à pessoa com DRC, que é uma área com diversas especificidades.

Durante este processo recorremos à plataforma e4nursing para a conceção de cuidados, baseada na ontologia de enfermagem. Considero que consegui atingir os objetivos a que me propus, que tinham como principal ênfase a aquisição de competências profissionais direcionadas para o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório pretendeu relatar a execução do projeto individual de desenvolvimento de competências e acima de tudo, realizar uma reflexão crítica sobre a obtenção e desenvolvimento das competências especializadas, segundo a OE. Permitiu também a apresentação de dois estudos de caso.

Nos domínios dos cuidados de enfermagem, a educação, o diagnóstico, a prevenção, o acompanhamento e a monitorização, tendo sempre presente uma comunicação eficaz, são deveras importantes para o acompanhamento da pessoa com doença crónica.

A crescente prevalência de doenças crónicas, particularmente a DRC, constitui um dos principais desafios atuais para os sistemas de saúde, exigindo uma abordagem multidisciplinar e especializada. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em EMCPSCR assume um papel crucial, não apenas pela complexidade clínica inerente a estas patologias, mas também pela necessidade de uma intervenção holística centrada na pessoa e família. A aquisição e aplicação das competências comuns e específicas definidas pela OE revelam-se assim fundamentais para assegurar uma prática clínica excelente, baseada numa PBE e orientada para a promoção da autonomia, qualidade de vida e adesão terapêutica.

A prática clínica desenvolvida durante este estágio, permitiu-me consolidar as competências essenciais, como a capacidade de maximizar o ambiente terapêutico e promover a autogestão da doença. Através da análise e intervenção nestes casos clínicos, foi possível aplicar na prática conhecimentos teóricos, desenvolvendo um plano de cuidados individualizado e reflexivo. Estes casos clínicos foram determinantes para a conceção de cuidados fundamentados, permitindo-me integrar as dimensões físicas, emocionais e sociais, sempre tendo em atenção as necessidades específicas da pessoa.

A abordagem centrada na pessoa com doença crónica exige do enfermeiro especialista uma atualização contínua e uma reflexão crítica sobre a sua prática, para assim responder de forma eficaz às exigências complexas e específicas desta área em particular. O apoio emocional e a promoção da autonomia são pilares fundamentais para o sucesso e uma boa adesão ao tratamento, contribuindo para uma redução das complicações associadas à doença, e consequentemente melhor adesão ao regime terapêutico.

Em suma, a aquisição destas competências, permitiram-me não só melhorar a minha prática clínica, mas também contribuíram para melhorar os cuidados prestados à pessoa em situação crónica e para ter uma visão mais holística da pessoa.

A experiência adquirida durante este estágio permitiu consolidar o papel do enfermeiro especialista como agente facilitador no processo de adaptação à doença crónica, evidenciando como a reflexão sistemática sobre casos clínicos e a implementação de um modelo de cuidados baseado em evidência científica se revelaram fundamentais para a conceção de um processo assistencial estruturado, reflexivo e orientado para a otimização da qualidade de vida das pessoas em HD.

Permitiu ainda, tomar mais consciência na importância de desenvolver estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de HD, e nesse sentido, proponho a implementação de programas de educação terapêutica contínua, adaptados às necessidades específicas de cada pessoa, com enfoque na relevância da adesão ao regime terapêutico, incluindo medicação, dieta e restrição hídrica. Paralelamente, sugiro a criação de sistemas de acompanhamento ativo, como contactos telefónicos periódicos (mensais), para reforçar orientações e esclarecer dúvidas, promovendo uma maior adesão ao tratamento.

Para mitigar o impacto psicossocial da HD, recomendo a organização de sessões de partilha de experiências em pequenos grupos, mensais, facilitando a redução do isolamento social e auxiliando as pessoas em HD a gerirem sentimentos como tristeza, ansiedade ou perda de autonomia.

No âmbito da implementação de PBE, é fundamental desenvolver programas de treino estruturados para a autovigilância da FAV, abrangendo exercícios de maturação e identificação precoce de complicações. Esta necessidade foi identificada durante o estágio, ao constatar que a maioria das pessoas em HD desconhece estes aspetos e que, por norma não são abordados.

As recomendações apresentadas visam não só otimizar o processo de adaptação à HD, mas também destacar o papel do enfermeiro como agente facilitador desta transição. A conjugação de programas educativos estruturados, suporte emocional e intervenções com PBE, podem transformar a experiência da pessoa em HD, promovendo autonomia e reduzindo complicações ao tratamento. Futuros estudos deverão focar-se na avaliação destas intervenções em contextos reais, garantindo a sua eficácia e sustentabilidade.

Como destacou Meleis (2010) *“A enfermagem é uma arte e uma ciência que se baseia na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, visando promover a saúde, prevenir a doença e facilitar a adaptação às transições da vida.”* Esta perspectiva reforça a importância da implementação de estratégias de intervenção especializada que facilitem a adaptação da pessoa ao tratamento de HD, principalmente no que concerne à gestão emocional, à adesão terapêutica e à manutenção da qualidade de vida.

Os resultados obtidos no presente estágio permitem constatar que os objetivos foram alcançados, e que se espera uma prática mais enriquecedora, com mais atenção às necessidades da pessoa.

Apesar das mais variadas dificuldades vividas durante este estágio, principalmente no que consta à gestão do tempo; a dificuldade muitas das vezes em conciliar o estágio com as responsabilidades pessoais e profissionais; não termos experiência na elaboração de plano de cuidados com a plataforma e4nursing; o caminho traçado até então demonstrou ser o mais pertinente para conseguir alcançar o grau de mestre em EMCPSCR.

Desta forma, esta experiência possibilita não só a conclusão do MEMCPSCR, mas a certeza de que serei uma enfermeira com mais capacidade para colocar em prática uma enfermagem avançada e holisticamente orientada para a pessoa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. G.P. C. A., Takashi, M. H., Lucena, A. M. S. R., Lopes, K. V., Neto, F. P. L. (2023). Intervenção de enfermagem frente ao paciente de hemodiálise. *Revista* 12(4), 747-56. <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p747a756>
- Alves, C. F. B. (2017). *Microbiota Intestinal e Doença Renal Crónica*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. file:///C:/Users/bruno/Downloads/CarinaAlves_up201303232_TrabalhoComplementar_correcoes.pdf
- Alves, M. (2015). *Doença Renal Crónica: Abordagem Multidisciplinar* (1nd ed.). Lidel.
- Alves, R. J. M. (2015). *Nefrite lúpica: revisão*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/26043/1/RicardoJMAlves.pdf>
- Amodeo, C. (2019). Doença renal e hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 26(4), 137-139. http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/26-4/04_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_26_n4.pdf
- ANADIAL. (2024). *Doença Renal Crónica*. <https://www.anadial.pt/doenca-renal-cronica/>
- ANGIOVASC. (s.d.). *Acessos Vasculares*. <https://angiovascrj.com.br/acessos-vasculares/>
- Anzuategui, L. S. Y., Hoffmann, K., Martins, C., Maciel, M. A. R. M., Anzuategui, R. R., Riella, M. C. (2008). Prevalência de Obstipação Intestinal em Pacientes em Diálise Crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 30(2), 137-143. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/08/jbn_v30n2a11.pdf
- ARAÚJO, C.S., PESTANA, M. (2008). TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 259-272. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/783/460/1337>
- Araújo, F. (2019). *Doença renal crónica e doença cardiovascular: uma relação duplamente prejudicial*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/doenca-renal-cronica-e-doenca-cardiovascular-uma-relacao-duplamente-prejudicial/>

- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2014). *A Alimentação na Insuficiência Renal Crónica*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2016/05/Livro-Alimentacao.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2016). *Opções de Tratamento*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Op%C3%A7%C3%B5es-de-tratamento.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2017). *Nefropatia Membranosa*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Nefropatia-Membranosa.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2017). *Tensão arterial e Doença Renal Crónica*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Tens%C3%A3o-Arterial-e-Doen%C3%A7a-Renal-Cr%C3%B3nica.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2018). *A Doença Renal Crónica e os seus Tratamentos*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2019/03/Manual-IRC.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2019). *A Alimentação na Insuficiência Renal Crónica*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2020/02/Brochura-Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2024). *Nefropatia Diabética*. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. <https://www.apir.org.pt/nefropatia-diabetica/>
- ASTELLAS. (2021). *Transplantes Renais - Tudo o que precisa de saber*. <https://www.astellas.com/pt/therapy-areas/transplantation/artigo-transplante>
- Awate, S. K., Rukumani, J. (2021). Assertiveness in nursing. *International Journal of Advanced Psychiatric Nursing*. 3(2), 20-23. <https://www.psychiatricjournal.net/article/view/58/3-2-3>
- Barros, A. O. (2017). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica na Manutenção da Fístula Arteriovenosa à Pessoa Hemodialisada* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21096/1/RELATORIO%20ENSINO%20CL%C3%8DNIC%202016-2017..pdf>
- Bastos, M. G., Bregman, R., Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248-253. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302010000200028>

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (3rd ed.). Quarteto Editora. <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Bortolotto, L. A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 152-155. <https://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/82/2021/07/Hipertens%C3%A3o-e-Doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica.pdf>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr, & Pereira, W. a. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista De Saúde Pública*, 29(5), 359-363. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000500004>
- Brito, V. R. de, Figueiredo, M. B. G. de A., Santos, R. L. dos, Sobral, J. S. R. C., Albuquerque, A. T., Oliveira, L. G. de, Araújo, B. S. A. P., Munaretto, G. F., Guimarães, M. G. V. (2022). Vascular access for hemodialysis: analysis of clinical data Diaverum in Sergipe. *Research, Society and Development*, 11(16), e221111638181. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38181>
- Bucharles, S. G. E., Wallbach, K. K. S., de Moraes, T. P., Pecoits-Filho, R. (2019). Hypertension in patients on dialysis: diagnosis, mechanisms, and management. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(3), 400-411. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0155>
- Campos, A. (2023). *Diabetes e doença renal: aposte na prevenção!*. Anadial. <https://www.anadial.pt/2023/11/07/diabetes-e-doenca-renal-aposte-na-prevencao/>
- Canziani, M. E. F. (2004). Doenças cardiovasculares na doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(3), 20-21. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n3s1a08.pdf
- Carvalho, A. R., Barbosa, M. R. (2016). A depressão nos doentes hemodialisados: o papel da satisfação corporal e da sexualidade. (2016). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 144-153. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.02.002>
- Carvalho, M. F., & Coelho, R. A. (1991). Lupus band test: diagnostic value in disseminated lupus erythematosus. *Acta Médica Portuguesa*, 4(5), 242-8. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/3369/2695>
- Castro, M. C. M. (2001). Atualização em Diálise: Complicações agudas em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 23(2), 108-113. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v23n2a05.pdf
- Castro, S. M. (2023). *Exercício físico no doente renal crónico em hemodiálise – intervenções de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50186/1/MEMCNefro_8400_original.pdf

Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, D. (2020). *Potter & Perry's fundamentals of nursing* (6nd ed.). Elsevier Health Sciences. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=BXv_DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Renal+Nursing:+Care+and+Management+of+People+with+Kidney+Disease,+5th+Edition+Nicola+Thomas+\(Editor\)&ots=aZffijqQ7K&sig=TfZXZ-f62eQ92WH8-wssoew6Dvc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=BXv_DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Renal+Nursing:+Care+and+Management+of+People+with+Kidney+Disease,+5th+Edition+Nicola+Thomas+(Editor)&ots=aZffijqQ7K&sig=TfZXZ-f62eQ92WH8-wssoew6Dvc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Cunha, R. S., & Stinghen, A. E. M. (2018). The intricate relationship between gut and kidney. *Brazilian Journal of Nephrology*, 40(3), 215-216. <https://doi.org/10.1590/1678-4685-jbn-2018-00020001>

Dantas, M., Lázaro, B. B. S., Pontes, B. T. M., Reis, M. A. dos., Lima, P. S. N. de, Neto, M. M. (2023). Nefropatia membranosa. *Brazilian Journal of Nephrology*, 45(2), 229-243. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2023-0046pt>

Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 215, Série I de 07-11-2023. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 205, Série I de 04-09-1996. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Despacho n.º 12635/2023 do Gabinete da Secretária do Estado da Promoção da Saúde. Diário da República n.º 237, Série II de 11-12-2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>

Despacho n.º 2289/2020 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República n.º 34, Série II de 18-02-2020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2289-2020-129295742>

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219. <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/826db923-a2e2-4ebf-bbed-a83792c7cebe>

Esteves, S. L. (2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1, 98-119. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/98.pdf>

European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). (2022). *Guideline on Peritoneal Dialysis Nursing*. https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/publications/2022-pub-Peritoneal_dialysis.pdf

Fajardo, J., & Veludo, F. (2023). O cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 15(2), 31-36. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11775>

- Fernandes, A. M. C. O. (2014). *Saúde Mental e Qualidade de Vida em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=30858&codigo=347
- Ferreira, A. M., & Magalhães, C. P. (2023). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crônica em programa de hemodiálise. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVI22039>
- Ferreira, B. C. A., Vianna, T. A., Barbosa, J. S. dos S., Duarte, A. C. da S., Chicharo, S. C. R., Silva, K. C. F. da. (2021). Nursing actions and interactions in the recovery of patients with chronic renal failure: Integrative review. *Research, Society and Development*, 10(7), e49710716861. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16861>
- Ferreira, M., Salgueiro, A. B., Estrada, J., Ramos, J., Ventura, L., Vale, M. C., & Barata, D. (2008). Lúpus erythematosus. *Acta Médica Portuguesa*, 21(2), 199-204. <https://doi.org/10.20344/amp.768>
- Figueiredo, A. L. F., Silva, A. C. M. C. e, Massote, B. de B., Araújo, J. P. de A., Pereira, L. B., Morais, L. R. G. A., ... Guerra, G. T. (2024). Doença Renal Crônica: uma revisão abrangente acerca do diagnóstico e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Health and Biological Science*, 1(1), 1-15. <https://bjhbs.com.br/index.php/bjhbs/article/view/36>
- Filho, J. C. de A., Amorim, C. T. de, Brito, A. C. N. de L., Oliveira, D. S. de, Lemos, A., Marinho, P. É. de M. (2016). Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. *Fisioterapia E Pesquisa*, 23(3), 234-240. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14160723032016>
- Fonseca, I., et al. (2018). Autogestão em Doentes com Doença Renal Crônica: Um Desafio para a Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão*, 32(2), 89-97. https://www.spnefro.pt/assets/revista_spn_news/spn-news-34.pdf
- Frank O'Brien. (2023, Junho). *Nefropatia membranosa*. Manual MSD para profissionais de Saúde. <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BARbios-geniturin%C3%A1rios/doen%C3%A7as-glomerulares/nefropatia-membranosa>
- Frazão, C. M. F. Q., Bezerra, C.M.B., Paiva, M. G. M. N., Lira, A. L. B. C. (2014). Alterações no modo autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo. *Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 219-226. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4209>
- Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (1nd ed.). Edições Almedina
- Frota, S. S., Lopes, L. V., Onofre, M. R., Dodou, H. D., & Guedes, M. V. C. (2020). Aplicabilidade

do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético / Applicability of the Roy adaptation model in care for diabetic patients. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 10699-10709. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-330>

Furtado, C. F. do C., Jorge, M. S. B., Junior, D. M. G., Moreira, T. M. M. (2022). *Gestão de qualidade em saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde*. Amplia. <https://ampliaeditora.com.br/books/2023/03/GestaoQualidadeSaude.pdf>

Garcia, D., Sousa, L., Bico, I. (2020). Exercício físico no doente renal crónico de estágio 5 submetido a hemodiálise: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 56-62. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.7.5781>

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). *Tratado de Fisiologia Médica* (13th ed.). Elsevier. <https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/2019/Abril/Tratado%20de%20Fisiologia%20M%C3%A9dica.pdf>

Hahn KM, Strutz F. (2024). The early diagnosis and treatment of chronic renal insufficiency. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121, 428-35. <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/239994>

Índice Toda a Saúde (s.d.). *Medicamentos*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/IGR>

Infarmed (s.d.). *Prontuário Terapêutico Online*. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>

Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(3), 1-3. <https://www.bjnephrology.org/article/doenca-renal-cronica-definicao-epidemiologia-e-classificacao/>

Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]. (2013). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]. (2017). *Controversies Conference on Definition, Classification, and Prognosis in CKD*. <https://kdigo.org/conferences/definition-classification-and-prognosis-in-ckd/>

Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]. (2022). Clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 102(5), 1-127. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(22\)00507-5/pdf](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(22)00507-5/pdf)

Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]. (2024). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 105,

117-314.

<https://www.kidney-international.org/action/showPdf?pii=S0085-2538%2823%2900766-4>

Lee, Y., Okuda, Y., Sy, J., Kim, S. R., Obi, Y., Kovesdy, C. P., Rhee, C. M., Streja, E., & Kalantar-Zadeh, K. (2019). Ultrafiltration Rate Effects Declines in Residual Kidney Function in Hemodialysis Patients. *American Journal of Nephrology*, 50(6), 481-488. <https://doi.org/10.1159/000503918>

Lewis, J. L. (2023). Considerações gerais sobre eletrólitos. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/equil%C3%ADbrio-eletrol%C3%ADtico/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-eletr%C3%B3litos>

Lins, S. M. de S. B., Leite, J. L., Godoy, S. de, Tavares, J. M. A. B., Rocha, R. G., Silva, F. V. C. e. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 54-60. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009>

Lopes, C. (s.d.). *A importância do potássio na diálise*. Pelo Rim. <https://pelorim.pt/blog/2017/08/26/a-importancia-do-potassio-na-dialise>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Macedo, L. D. O. S. & Teixeira, M. D. G. F. D. (2016). Alterações vivenciadas na doença renal crônica: impacto na percepção da autoimagem e sexualidade. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 9(5), 165-177. <https://revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/529>

Machaly, E. R., Bahgat, R., Hassan, H. H., Kafl, H. R. (2020). Effect of Implementing Evidence Based Nursing Guidelines on Nurses' Performance Regarding Care Provided for Children Undergoing Hemodialysis. *Journal of Nursing and Health Science*, 9(3), 21-28. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol9-issue3/Series-3/E0903032128.pdf>

Malkina. (2023, Outubro). *Doença renal crônica*. Manual MSD para profissionais de Saúde. <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-geniturin%C3%A1rios/doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica/doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica>

Marshall, M., Pronovost, P., & Dixon-Woods, M. (2013). Promotion of improvement as a science. *The Lancet*, 381(9864), 419-421. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61850-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61850-9)

Martínez, C., & Gamboa, C. (2011). Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería Global*, 24, 103-109. ISSN 1695-6141

- Martins, V. L. dos S. (2015). *Gestão do regime dietético no Doente Renal Crónico em Hemodiálise: influências socioculturais Micaelenses*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16441>
- Martins, P. (2016). Cuidados com a Fístula Arteriovenosa. *Research, Society and Development*, 13(4),1-9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45514>
- Martins, R. R. dos R. do V. (2016). *Caracterização vascular pré-operatória como fator preditor de sucesso nas fístulas arteriovenosas proximais*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/29445/1/RitaRMartins.pdf>
- Martins, A. J., Martins, J. P., & Santos, S. A. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 9-16. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- Martins, P. R., & Pinto, C. C. (2024). *A comunicação eficaz na base da educação terapêutica*. <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/940>
- Matos, J. P. de, Fazenda, J. (2022). Mecanismos da hemodiálise e diálise peritoneal. *Research, Society and Development*, 11(14), e237111436213. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36213>
- Matos, L. I. R. L. de. (2023). *A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50738/1/MEMCNef_11030_reformulado_%20aceite.pdf
- Medeiros, E. S. (2018). *Autoestima e estado de saúde de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23919/3/AutoestimaEstadoSaude.pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: an emerging middle- range theory. In A. Lankas (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer N.º 10/2017 - *Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*.

Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Miranda-Camarero, M. V. (2010). Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 12-16.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1886284510700059>

Mok C. C. (2012). Understanding lupus nephritis: diagnosis, management, and treatment options. *International journal of women's health*, 4, 213-222.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S28034>.

Moura, C. M. M. G. F., Martins, M. M., Lobo, A., Ribeiro, C. R., & Sequeira, C. (2015). Preservação da privacidade em hemodiálise: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 53-62. <https://doi.org/10.12707/RIV14053>

Nascimento, F. W. Á. do, Santos, A. A. dos. (2022). Os Benefícios do Exercício Físico em Pacientes com Doença Renal Crônica: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências E Educação*, 8(1), 1446-1455. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i1.3989>

National Kidney Foundation [NKF]. (2010). *Vascular Dysfunction, Atherosclerosis, and Vascular Calcification*.
https://www.kidney.org/sites/default/files/12-10-0210_LBA_Vascular_bklt_LowRes.pdf

National Kidney Foundation [NKF]. (2021). *KDOQI-Clinical Practice Guideline for Diabetes and Chronic Kidney Disease*. <https://kdigo.org/guidelines/diabetes-ckd/>

National kidney foundation [NKF]. (2021). *Membranous Nephropathy: Core Curriculum*.
[https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(20\)31133-1/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(20)31133-1/fulltext)

National kidney foudation [NKF]. (2022). *Stages of Chronic Kidney Disease (CKD)*.
<https://www.kidney.org/kidney-topics/stages-chronic-kidney-disease-ckd>

National kidneyf foudation [NKF]. (2023). *Chronic Kidney Disease (CKD)*.
<https://www.kidney.org/kidney-topics/chronic-kidney-disease-ckd>

National kidneyf foudation [NKF]. (2023). *Diabetes - A Major Risk Factor for Kidney Disease*.
<https://www.kidney.org/kidney-topics/diabetes-major-risk-factor-kidney-disease>

National kidney foudation [NKF]. (2024). *What Is High Blood Pressure?*.
<https://www.kidney.org/kidney-topics/what-high-blood-pressure>

National Kidney Foundation [NKF]. (2024). *Nutrition and Kidney Disease, Stages 1-5 (Not on Dialysis)*.
<https://www.kidney.org/kidney-topics/nutrition-and-kidney-disease-stages-1-5-not-dialysis>

Nephrocare. (s.d.). *A nutrição para doentes com doença renal crónica (DRC)*. <https://www.nephrocare.pt/doentes/a-sua-alimentacao/a-nutricao-para-doentes-com-doenca-renal-cronica-drc>

NephroCare. (s.d.). *Nutrição para doentes em diálise: como superar a sede*. <https://www.nephrocare.pt/quem-somos/noticias/noticias/nutricao-para-doentes-em-dialise-como-superar-a-sede>

Neves, E. I. da Silva; Nascimento, F. de A. do V.; Leal, M. A. C.; Olegário, R. G (2021). Papel dos rins na regulação do ph sanguíneo. *Brazilian Journal of Development*, 7(9), 90149-90159. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/36026/pdf>

Nopsopon, T., Kantagowit, P., Chumsri, C., Towannang, P., Wechpradit, A., Aiyasanon, N., Phaichan, R., Kanjanabuch, T., & Pongpirul, K. (2022). Nurse-based educational interventions in patients with peritoneal dialysis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100102. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100102>

Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde [OCDE]. (2021). *Estado da Saúde na EU-Portugal: Perfil de Saúde do País*. Bruxelas. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

Olim, M., Guadalupe, S., Daniel, F., Carvalho, M., Rocha, S., & Macário, F. (2021). A Complexidade da intervenção social segundo gênero e escolaridade do doente renal crónico. *O Mundo Da Saúde*, 45, 120-129. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145120129>

Oliveira, A. E. de M., Martins Teixeira, M., Pires Barra, I., Medeiros Tavares, J. M. de, Costa, P., N. R., Pennafort, V. P. dos S. (2020). Autocuidado do paciente renal com a fístula arteriovenosa. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 181. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3078>

Oliveira, D. A. S. (2015). *Autoconceito, Autoestima e Rendimento Académico em Alunos do 11º ano de Escolaridade nos Cursos de Ciências e Tecnologias e Cursos Profissionais* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa] Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5014/1/DM_DianaOliveira.pdf

Oliveira, F. A. de, Almeida, A. R. L. P. de, Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., Silva, R. S. da. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018049203581>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República nº 233, Série II de 02-12-2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 188/2015/OE: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Diário da República n.º 78, Série II de 22-04-2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/188-2015-67050991>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parecer sobre a Gestão dos Cuidados de Enfermagem no Seio da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_GestaoCuidadosEnfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Matriz de competências específicas do enfermeiro de cuidados médicos e enfermeiro de cuidados médico-cirúrgicos - Diferenciação de intervenções de enfermagem no serviço de urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Regulamento n.º 429/2018. Diário da República n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República n.º 26, Série II de 06-02-2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.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-peritonal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf

Ordem dos enfermeiros. (s.d.). *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>

Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. Colégio da Especialidade de Nefrologia.

<https://pt.scribd.com/document/389794744/Boas-Praticas-de-Dialise-Cronica-OM-2017>

Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6nd ed.). Mosby

Pereira, M., et al. (2020). Impacto da Autogestão no Controlo da Hipertensão em Doentes em Hemodiálise. *Acta Médica Portuguesa*, 33(4), 234-241. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6714/4618/19208>

Perusso, F. Werneque, I. C., Neto, W., Farias, L., Junior, W., & Silva, F. (2019). Alimentação e hábito de vida na doença renal crônica. *Cadernos da Medicina*, 2(2), 123-133. <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396>

Pinheiro, P. (2024). *Dieta adequada para pacientes em hemodiálise*. MD. Saúde. <https://www.mdsaude.com/nefrologia/dieta-hemodialise/>

Pinheiro, P. (2024). *Metabolismo cálcio-fósforo na insuficiência renal*. MD. Saúde. <https://www.mdsaude.com/nefrologia/insuficiencia-renal-metabolismo-osseo/>

Pinheiro, P. (2024). *Nefropatia Membranosa: sintomas e tratamento*. MD. Saúde. <https://www.mdsaude.com/nefrologia/nefropatia-membranosa/>

Pinto, A. C. P., Tavares, M. A. S., Pinto, R. A. dos S. C., & Pereira, R. P. G. (2023). Enfermagem baseada na evidência: Atitudes e barreiras em contexto de hemodiálise. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22119>

Pinto, N. F. (2020). *Regime medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: Contributos dos enfermeiros para a adesão*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36037>

Portaria n.º 347/2013. Diário da República n.º 231, Série I de 28-11-2013. <https://files.dre.pt/1s/2013/11/23100/0659406607.pdf>

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7. https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar

Radu, A. G., Garcia, D., Mota, M., Bico, I., Frade, M. A., Marques, M. C. (2020). Gestão de volume de líquidos e da intolerância à atividade na pessoa submetida a hemodiálise: relato de caso. *RIASE*, 6(3), 348-348. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\).464.348-364](https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3).464.348-364)

Regulamento n.º 533/2014. Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 233, Série II de 02-12-2014.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>

Sá, J. R., Canani, L. H, Bevilaqua, E. R., Bauer, A. C., Escott, G. M., Zelmanovitz, T., Silveiro, S. P., Betónico, C. de C., Lauria, M. W., Lamounier, R. N., Moraes, T. P. (2024). Avaliação e tratamento da doença renal do diabetes. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. <https://doi.org/10.29327/5412848.2024-6>

SANAR. (2020). *Resumo de síndrome nefrótica*. <https://sanarmed.com/resumo-de-sindrome-nefrotica-ligas/>

SANAR. (2024). *Resumo de doença renal crônica: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento*. <https://sanarmed.com/resumo-de-doenca-renal-cronica-epidemiologia-fisiopatologia-diagnostico-e-tratamento/>

Sandes, A. A. V., Vale, C. C. do, Dias, D. J. S., Teixeira, G. A., Silva, H. F. de L., Diniz, L. L., Pacheco, M. E. M., Araruna, M. R. T., Maciel, M. M. S., & Figueiredo, N. de B. (2020). Diagnósticos diferenciais das causas de hipercalemia em paciente admitida no Hospital Regional Dom Moura: Um relato de caso/Differential diagnosis of the causes of hyperkalemia in a patient admitted to Hospital Regional Dom Moura: A case report. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 86731-86737. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-192>

Santos, C. A. L. dos. (2015). *Qualidade de Vida em Diálise*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29744/1/Mestrado%20Sa%c3%bade%20P%c3%blica_QV%20em%20Di%c3%a1lise.pdf

Santos. K. B., Costa, L. da G. da, Andrade, J. M. de L. (2017). Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Temas livres free themes*, 1189-1197. <https://www.scielo.br/j/csc/a/q7bzNbC5pKbc6HsmX55rYXd/?format=pdf&lang=pt>

SAUDEBEMESTAR. (2019). *Diálise*. <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/nefrologia/dialise/>

Schmidt, D. B. (2019). Qualidade de vida e saúde mental. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(1), 10-11. <https://www.scielo.br/j/jbn/a/7njRXVwBrHv77d4NHBBJfH/?format=pdf&lang=pt>

Sena, J. F., Lima, M. A. de, Costa, L. L. da. (2021). Complicações nutricionais em pacientes renais crônicos durante sessão de hemodiálise: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(15), 10-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23649>

Serra, A., Simões, A., Fernandes, J., Ferreira, M. (2021). *O cuidado centrado na pessoa*. Escola Superior de Saúde Egas Moniz. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JEEESSEM%202020.pdf>

- Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://repositorio.ipsantarem.pt/entities/publication/91444906-c08a-4d92-967a-c3c83e2c92f0>
- Silva, A., Pereira, L., & Costa, F. (2019). Educação terapêutica em doentes em hemodiálise: impacto na adesão ao regime medicamentoso. *Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão*, 33(2), 123-130. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000100007>
- Silva, C. A. da. (2019). *Qualidade nas organizações de saúde*. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/26904/1/Doc%2001%20-%20CASilva%20-%20Qualidade...%20-%20D%26S%2006%20v2%20-%20pp%20135-156-final.pdf>
- Silva, E. R. da, Brito, M. de M. P., Vale, L. P., Araújo, L. F. C., Monteiro Macedo, M., & Amorim, C. E. N. (2024). Exercício e doença renal crônica: uma revisão sistemática atualizada. *Revista Brasileira De Prescrição E Fisiologia Do Exercício*, 18(116), 340-348. Recuperado de <https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2880>
- Sociedade Portuguesa De Nefrologia. (2023). *Registo nacional de doença renal crónica*. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er-2024---registo-atualizado.pdf
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2013). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1796-1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>
- Sousa, F. B. N. de, Pereira, W. A., & Motta, E. A. (2018). Pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: tratamento e diagnóstico. *Revista de Investigação Biomédica*, 10(2), 203-13. <https://doi.org/10.24863/rib.v10i2.239>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 31-39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações / Quality of Life and Chronic Diseases: Possible Relationships. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8169-8196. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
- Teixeira, J. M. da Silva. (2018). *Fadiga nos Doentes Renais Crónicos em Programa Regular de Hemodiálise*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <file:///C:/Users/bruno/Downloads/MEEMnefrologia.relatorio%20de%20estagio.JoanaTeixeira.pdf>
- Teixeirense, M. D., & Araújo, V. P. de. (2024). Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

com Tacrolimo e Ciclofosfamida: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(10), e75290. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n10-187>

Tkachuk, O. (2019). *Fisiopatologia da Hipertensão Arterial na Doença Renal Crónica*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório institucional da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89738/1/Olga%20Tkachuk%20tese%20.pdf>

Vaz, C. E. M. (2023). *Em busca das palavras: Mediadores expressivos e expressão das emoções nos adolescentes*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/28504/1/Catarina%20Eufe%CC%81mia%20Martins%20Vaz.pdf>

Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>

8. ANEXOS

Anexo I

OBJETIVO GERAL 1

- **Demonstrar competências como enfermeiro especialista na transição e adaptação da pessoa com DRC ao TSFR (HD).**

Objetivos Específicos:

- Compreender e colmatar as necessidades da pessoa e família acerca do processo de adaptação à HD.
- Desenvolver competências na promoção de intervenções facilitadoras do processo de transição saúde/doença da pessoa quando inicia a HD.
- Desenvolver o autoconhecimento enquanto enfermeira especialista, de forma a prestar um cuidado diferenciado à pessoa, num momento crucial da sua vida, que é a escolha pelo TSFR (HD).
- Desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com DRC á adaptação à HD.

Atividades Concretizadoras:

- Participar na consulta de esclarecimento do TSFR.
- Pesquisa bibliográfica com PBE, acerca das intervenções de enfermagem especializadas que promovam a adaptação das pessoas à HD.
- Conceber cuidados de enfermagem especializados utilizando a plataforma e4nursing, sempre que possível.
- Acompanhar a pessoa nas primeiras sessões de HD, prestando apoio e esclarecendo dúvidas.
- Elaborar um guião orientador tendo por base a pessoa no sentido de avaliar o nível de conhecimento sobre a DRC e a HD; investigar o impacto emocional, social e familiar da doença e do tratamento; identificar as expectativas, receios em relação ao tratamento; analisar os hábitos de vida; identificar as necessidades de educação da pessoa sobre o tratamento, o regime terapêutico, complicações e estratégias de *coping*.

OBJETIVO GERAL 2

- **Desenvolver competências no cuidar da pessoa com DRC em estadio 5 numa abordagem individualizada, atendendo às suas necessidades.**

Objetivos Específicos:

- Dominar os cuidados de enfermagem especializados relacionados com a HD.
- Identificar as necessidades psicossociais da pessoa, avaliando o impacto da doença e do tratamento na sua qualidade de vida, bem-estar emocional e relações interpessoais.

- Disponibilizar suporte emocional à pessoa, promovendo mecanismos de *coping* e adaptação à doença crónica e à HD.
- Capacitar a pessoa para a autogestão da DRC.

Atividades Concretizadoras:

- Participar em ações de formação.
- Assistir a consulta de acessos vasculares.
- Participar na organização das II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia.
- Elaboração de um relatório final, integrando 2 estudos de caso clínicos, acerca das intervenções de enfermagem especializadas no cuidado da pessoa com DRC em HD.

OBJETIVO GERAL 3

- **Desenvolver competências no domínio da melhoria contínua das práticas de qualidade.**

Objetivo Específico:

- Analisar o processo de acreditação da idoneidade formativa do Serviço de Hemodiálise, com base nos critérios e diretrizes da OE, visando o desenvolvimento profissional contínuo da equipa de enfermagem.

Atividades Concretizadoras:

- Avaliação dos requisitos exigidos pela OE, que sustentam a acreditação da Idoneidade Formativa.

Anexo II

II JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

Influenciar o Saber, Potenciar o Cuidar

1º DIA – 29 de maio de 2025

08h30 – 18h00 **WORKSHOP DE ACESSOS VASCULARES COM ECODOPPLER**

09h00 – 10h30 **WORKSHOP FRESENIUS 6008**

11h00 – 12h30 **WORKSHOP CARPE DIEM**

14h00 – 16h30 **TÉCNICA DE HEMOPERFUSÃO**

10h30 – 11h00 *Coffee Break* livre

12h30 – 14h00 *Almoço* livre

2º DIA – 30 de maio de 2025

08h30 – 09h00 **Abertura de Secretariado**

09h00 – 10h15 **MESA 1 –**

Tertúlia: 50 anos de Nefrologia

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

10h45 – 11h15 *Coffee Break*

11h15 – 11h45 **Conferência Inaugural: Influenciar o Saber, Potenciar o Cuidar**

11h45 – 13h00 **MESA 2 –**

Nefrologia pediátrica: desafios e oportunidades

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

A diálise peritoneal em “*Liliput*”

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

13h00 – 14h30

Almoço Livre

14h30 – 15h30

Apresentação de trabalhos científicos

15h30 – 16h45

MESA 3

Saúde Renal –

Conscientização para a Saúde Renal nas Escolas

Promoção de Saúde Renal nas USF

16h45 – 17h45

MESA 4

Inovação e Futuro –

Hemodiálise no domicílio

17h45 – 18h00

Atribuição de prêmios

Sessão de Encerramento

PRESIDENTE DAS JORNADAS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Enfermeiros do Serviço de Nefrologia da ULS

COMISSÃO CIENTÍFICA

Enfermeiros Especialistas do Serviço de Nefrologia da ULS

Anexo III

Guião orientador tendo por base a pessoa no sentido de:

- Avaliar o nível de conhecimento sobre a DRC e a HD;
- Investigar o impacto emocional, social e familiar da doença e do tratamento
- Identificar as expectativas, receios em relação ao tratamento
- Analisar os hábitos de vida
- Identificar as necessidades de educação da pessoa sobre o tratamento, o regime terapêutico, complicações e estratégias de *coping* (ANEXO I).

Intervenções de Enfermagem:

- **Educação:**
 - Explicar a doença e o tratamento de forma clara e concisa.
 - Informar sobre os cuidados que deve ter com o acesso vascular.
 - Informar sobre as possíveis complicações e como as prevenir.
 - Oferecer material educativo (Panfletos).
- **Apoio psicológico:**
 - Escutar ativamente a pessoa.
 - Validar os seus sentimentos.
 - Oferecer apoio emocional.
- **Apoio social:**
 - Envolver a família no processo.
 - Oferecer informações sobre grupos de apoio (APIR).

QUESTIONÁRIO

1. Sabe o que é a Doença Renal Crónica?

2. Sabe a causa da sua Doença Renal Crónica?

3. Sabe o que é a Hemodiálise e quais as possíveis complicações?

4. Tem alguma dúvida sobre o tratamento de Hemodiálise?

5. Como se sentiu face à necessidade de ter de iniciar Hemodiálise?

6. Quais os principais medos e ansiedades que tem em relação á hemodiálise e à sua doença?

7. A doença está a afetar a sua qualidade de vida?

a. Sim ☐

b. Não ☐

10. A doença está a afetar as suas relações sociais?

a. Sim ☐

b. Não ☐

11. A doença está a afetar a sua vida familiar?

a. Sim ☐

b. Não ☐

12. Recebe apoio da sua família e amigos?

a. Sim ☐

b. Não ☐

13. Está a ter algum tipo de cuidado com a alimentação, ou seja, faz alguma restrição na dieta?

a. Sim ☐

b. Não ☐

14. Tem alguma dúvida em relação aos alimentos que tem de ter mais cuidado?

a. Sim ☐

b. Não ☐

Se Respondeu sim, diga quais são as suas dúvidas:

15. Pratica alguma atividade física?

a. Sim ☐

b. Não ☐

16. Tem medo ou algum trauma com agulhas?

a. Sim ☐

b. Não ☐

17. Preencha por favor este questionário simples e rápido, de forma a ajudar-nos a perceber como se tem sentido na última semana. Leia com calma cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço que vem a seguir à resposta, que melhor descreve a forma como se tem sentido.

1. Sinto-me tenso/a ou contraído/a			
Nunca ()	De vez em quando ()	Boa parte do tempo ()	A maior parte do tempo ()
2. Ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes			
Já não sinto mais prazer em nada ()	Só um pouco ()	Não tanto como antes ()	Sim, do mesmo jeito que antes ()
3. Sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa má fosse acontecer			
Não sinto nada disso ()	Um pouco, mas isso não me preocupa ()	Sim, mas não tão forte ()	Sim e muito forte ()
4. Sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa má fosse acontecer			
Nunca ()	Muito menos agora ()	Não tanto como antes ()	Tanto como antes ()
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações			
Raramente ()	De vez em quando ()	Boa parte do tempo ()	A maior parte do tempo ()
6. Sinto-me alegre			
Nunca ()	Poucas vezes ()	Muitas vezes ()	A maior parte do tempo ()
7. Consigo ficar sentado/a à vontade e estar relaxado/a			
Nunca ()	Poucas vezes ()	Muitas vezes ()	Sim, quase sempre ()

8. Estou mais lento/a para pensar e fazer as coisas			
Nunca ()	De vez em quando ()	Muitas vezes ()	Quase sempre ()
9. Tenho uma sensação de medo, que até sinto um frio na barriga ou um aperto no estômago			
Nunca ()	De vez em quando ()	Muitas vezes ()	Quase sempre ()
10. Perdi o interesse em cuidar da minha aparência			
Tenho o mesmo interesse que antes ()	Talvez cuide menos que antes ()	Não dou a atenção que devia ()	Completamente ()
11. Sinto-me inquieto/a, como não pudesse estar parado/a em algum lado			
Não me sinto assim ()	Um pouco ()	Bastante ()	Sim, de mais ()
12. Fico à espera animado/a com as coisas boas que estão para vir			
Quase nunca ()	Bem menos que antes ()	Um pouco menos que antes ()	Do mesmo jeito que antes ()
13. De repente tenho a sensação de entrar em pânico			
Nunca ()	De vez em quando ()	Várias vezes ()	Muitas vezes ()
14. Sinto prazer quando assisto a um programa de rádio/televisão e quando leio um livro			
Quase nunca ()	Poucas vezes ()	Várias vezes ()	Quase sempre ()

Escala adaptada de: Botega et al., 1995.

BIBLIOGRAFIA

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr, & Pereira, W. a. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista De Saúde Pública*, 29(5), 359–363. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000500004>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

ANEXO I

Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)

- A escala HADS é formada por 14 questões, sendo 7 questões relacionadas com a ansiedade e as outras 7 com a depressão.
- Atribui-se uma nota de 0 a 3 para cada questão, sendo o 0 (nenhuma gravidade) e 3 (maior gravidade). Assim, quanto maior for o resultado, maior será a morbilidade psicológica.
- A pontuação total do HADS está entre 0 a 21 pontos.

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir:			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]

Score:

0 a 7 - ausência de sintomatologia.

8 a 10 - sintomatologia considerada leve.

11 a 14 - sintomatologia considerada moderada.

15 a 21 - sintomatologia considerada severa.

Total de Pontos Ansiedade - Soma das questões: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
Total de Pontos Depressão - Soma das questões: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14