

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa com compromisso renal em programa regular de hemodiálise

**Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas,
na área de enfermagem à pessoa em situação crónica**

The person with renal impairment on a regular hemodialysis program

**Development project of specialized clinical skills, in nursing
area of people in chronic situations**

Autor

Filipa Alexandra Silva Gomes

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Clemente Neves de Sousa
Professor Adjunto, Doutor

Paulo José Parente Gonçalves

Autor

Filipa Alexandra Silva Gomes

Porto, 2024

RESUMO

Viver com doença crónica tem repercussões pessoais, familiares e sociais significativas. Esta realidade muito se deve à complexidade e imprevisibilidade desta condição clínica. A complexidade decorre dos processos corporais e do processo de transição, tornando imprevisível o curso da doença crónica, que é responsável por parte significativa da mortalidade e da morbilidade em todo o mundo, antevendo-se um aumento substancial nos próximos anos. A doença crónica, bem como as respetivas comorbilidades, geram, frequentemente, condições clínicas de grande complexidade responsáveis por um elevado consumo de cuidados de saúde, nomeadamente internamentos (e reinternamentos), seja por agudização, seja por evolução da doença crónica. No contexto das doenças crónicas, o compromisso renal com programa regular de hemodiálise é uma das condições de saúde que desafia diariamente os enfermeiros e os clientes, devido às especificidades da doença e do regime terapêutico subjacente, bem como ao processo de transição saúde-doença que os doentes vivenciam.

No âmbito do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, com o objetivo de desenvolver competências especializadas, concebemos um projeto para o estágio curricular orientado a pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise. Esta escolha baseou-se no nosso interesse por esta área de atuação profissional e da consciência que temos do impacto que esta condição tem na vida das pessoas, no sistema de saúde e na sociedade. Estabelecemos objetivos e definimos as atividades para os alcançar, privilegiando as áreas de conhecimento que pretendíamos desenvolver. As atividades planeadas foram concretizadas numa unidade de nefrologia (internamento) e numa unidade de hemodiálise (ambulatório) que constituem o serviço de nefrologia. Esta experiência permitiu-nos um contacto experiencial aprofundado e uma análise crítico-reflexiva, acompanhada de uma alargada revisão da literatura, com múltiplos casos de pessoas com doença crónica, na qual procurámos desenvolver competências especializadas. Apresentamos, ainda, dois casos clínicos em que procurámos explorar o processo de conceção de cuidados de enfermagem.

Ao longo desta jornada, percebemos que os desafios colocados aos enfermeiros relacionados com a suscetibilidade e a fragilidade da pessoa com doença crónica são maiores do que havíamos percecionado. Para além da velhice, há outros fatores com menos visibilidade, como a autogestão da doença crónica ou o autocuidado, que exigem respostas profissionais adequadas, nomeadamente por parte do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Esta realidade desafia os enfermeiros a alcançarem a *expertise* e a desenvolverem a arte do cuidar.

Palavras-chave: doença crónica, compromisso renal, enfermeiro especialista, competência.

ABSTRACT

Living with a chronic illness has significant personal, family and social repercussions. This reality is largely due to the complexity and unpredictability of this clinical condition. The complexity stems from bodily processes and the transition process, making the course of chronic illness unpredictable. It is responsible for a significant part of mortality and morbidity worldwide, and is expected to increase substantially in the coming years. Chronic disease and its comorbidities often lead to highly complex clinical conditions which are responsible for a high level of health care consumption, namely hospitalizations (and readmissions), either due to exacerbation or to the evolution of the chronic disease. In the context of chronic diseases, renal impairment with a regular hemodialysis program is one of the health conditions that challenges nurses and clients on a daily basis, due to the specificities of the disease and the underlying therapeutic regimen, as well as the health-disease transition process that patients experience.

As part of the Master's degree in medical-surgical nursing, in the area of nursing the chronically ill, with the aim of developing specialized skills, we designed a project for the curricular internship aimed at people with chronic kidney disease on a regular hemodialysis program. This choice was based on our interest in this area of professional practice and our awareness of the impact this condition has on people's lives, the health system and society. We set ourselves objectives and defined the activities to achieve them, focusing on the areas of knowledge we wanted to develop. The planned activities were carried out in a nephrology unit (inpatient) and a hemodialysis unit (outpatient) which make up the nephrology service. This experience allowed us to have in-depth experiential contact and a critical-reflective analysis, accompanied by an extensive literature review, with multiple cases of people with chronic illness, in which we sought to develop specialized skills. We also presented two clinical cases in which we tried to explore the process of designing nursing care.

Throughout this journey, we realized that the challenges for nurses related to the susceptibility and fragility of people with chronic illnesses are greater than we had anticipated. In addition to old age, there are other less visible factors, such as self-management of chronic illness or self-care, which require appropriate professional responses, particularly from nurses specializing in medical-surgical nursing. This reality challenges nurses to achieve expertise and develop the art of caring.

Keywords: chronic disease, renal impairment, specialist nurse, skills.

ABREVIATURAS

ADH — Hormona Antidiurética

CCIRA — Comissão do Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

CO₂ — Dióxido de Carbono

CVC — Cateter Venoso Central

CVVHDF — Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

DGS — Direção Geral da Saúde

DP — Diálise Peritoneal

DRC — Doença Renal Crónica

EPE — Entidade Pública Empresarial

ESEP — Escola Superior de Enfermagem do Porto

FAV — Fístula Arteriovenosa

HD — Hemodiálise

HDF — Hemodiafiltração

HF — Hemofiltração

HTA — Hipertensão Arterial

IACS — Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN — International Council of Nurses

IECA — Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

MEMCPSCR — Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação crónica

NIC — Nursing Intervention Classification

O₂ — Oxigénio

OE — Ordem dos Enfermeiros

PAV — Prótese Arteriovenosa

RCAAP — Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal

REPE — Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIADAP — Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SLEDD — Diálise Diária Sustentada de Baixa Eficiência

SLEDD-F — Diálise Diária Sustentada de Baixa Eficiência com Filtração

SNS — Serviço Nacional de Saúde

SRAA — Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

TFG — Taxa de Filtração Glomerular

TR — Transplante Renal

TSR — Técnica de Substituição Renal

ULS — Unidade Local de Saúde

WHO — World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. A PESSOA COM COMPROMISSO RENAL: CASO CLÍNICO NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	49
3.3. Medicação	50
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	50
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	51
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	52
3.5. Domínios	53
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	54
3.6. Conceção de Cuidados	56
3.7. Especificação das intervenções	62
3.8. Síntese relativa ao caso	65
4. A PESSOA COM COMPROMISSO RENAL: CASO CLÍNICO NA UNIDADE DE NEFROLOGIA	73
4.1. Enquadramento teórico	73
4.2. Clientes	74
4.3. Medicação	74
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	75
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	77
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	80
4.5. Domínios	81
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	81
4.6. Conceção de Cuidados	83
4.7. Especificação das intervenções	89
4.8. Síntese relativa ao caso	93
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	101
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	123
7. BIBLIOGRAFIA	127
ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica são um labirinto de desafios, que vão desde os cuidados relacionados com os processos corporais, até à gestão da doença crónica, ao autocuidado e ao processo de transição. Este relatório explora as complexidades desses cuidados à pessoa com compromisso renal em programa regular de hemodiálise (HD) e destaca o papel central do enfermeiro especialista na prática de enfermagem.

A prática de enfermagem deve ser centrada nas respostas humanas às transições vivenciadas pelas pessoas ao longo da vida, recorrendo os enfermeiros, para a realização de intervenções autónomas, ao conhecimento disciplinar que tem vindo a ser construído através da investigação e das teorias de enfermagem. Não obstante, os enfermeiros continuam a ter um papel, mais tradicional, mas igualmente relevante, realizando intervenções interdependentes em conjunto com outros profissionais, nomeadamente no controlo de sinais e sintomas relacionados à doença, que requerem saberes resultantes de outras áreas do conhecimento, em particular da medicina. Como referia Abel Silva em 2007, numa afirmação que não terá perdido atualidade, apesar da evolução da Enfermagem como disciplina do conhecimento, o modelo biomédico ainda continua a ser dominante nos contextos da prática clínica.

Face a esta realidade, os enfermeiros têm vindo a construir um corpo próprio de conhecimentos capaz de sustentar a enfermagem como disciplina e de, simultaneamente, fomentar uma prática autónoma e diferenciada que dê resposta às necessidades das pessoas em cuidados. Enquanto profissionais de saúde, são, por isso, parte interessada, não só no que diz respeito ao conhecimento de novas necessidades em cuidados de saúde, como sempre que estejam em causa práticas de enfermagem inovadoras (Gonçalves, 2013).

Quer a nível da formação, quer a nível da complexidade e dignificação do exercício de enfermagem, tem-se verificado uma evolução notável desta disciplina que é, atualmente, aceite como uma ciência humana e biológica que se distingue por cuidar da pessoa (REPE, 1996). A prática de enfermagem deixou, há muito, de se focar apenas na “execução” de cuidados que outros profissionais de saúde (habitualmente médicos) prescrevem, passando a ter uma visão mais holística, baseada em evidência e em teorias de enfermagem capazes de alicerçar a conceção dos cuidados de enfermagem (Silva, 2007).

Hoje, é fundamental vincular a prática clínica à investigação em enfermagem. Na verdade, só é possível prestar bons cuidados de enfermagem se estes se basearem na melhor evidência disponível e se tiverem por propósito garantir às pessoas a melhor condição de saúde possível. Cuidados que devem estar alinhados aos diferentes perfis de competências definidos pela

Ordem dos Enfermeiros (OE) para a prestação de cuidados gerais e especializados e que devem ser prestados no respeito do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), entre outros dispositivos legais e regulamentares aplicáveis ao exercício profissional.

Neste contexto, também para o enfermeiro especialista é imprescindível o desenvolvimento de competências que garantam uma resposta apropriada às necessidades das pessoas. Para tal, é necessária uma prática clínica cada vez mais diferenciada, que envolva a aplicação de conhecimentos especializados em enfermagem e o desenvolvimento do pensamento crítico na tomada de decisão (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para a OE, o enfermeiro especialista apresenta um perfil de competências clínicas, que conjuga competências que são comuns a todas as áreas de especialidade, com competências específicas. As competências «comuns», partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Já as competências «específicas» são as que resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

No processo para o desenvolvimento de competências é fundamental associar o ensino teórico à prática clínica. Como refere Serrano (2008), a prática clínica potencia uma reflexão acerca do desenvolvimento profissional, proporcionando a aquisição de novos conhecimentos fomentado por uma supervisão dinâmica e crítica.

Com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a condição de saúde das pessoas, emergiram os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Estes cuidados especializados requerem a conceção de cuidados de enfermagem em resposta às necessidades das pessoas e dos seus familiares “com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos”, como acontece na promoção da saúde e na prevenção das doenças, em vários contextos de atuação. Esses cuidados exigem a intervenção especializada dos enfermeiros não só em ambiente hospitalar, mas também em contexto domiciliário e comunitário (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360).

Neste âmbito, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCPSCR), a funcionar na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), integra a unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório — Módulo II”. Esta unidade curricular, que funcionou no primeiro semestre do ano letivo 2023/2024, é primordial para o desenvolvimento de competências especializadas na

prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, e pressupõe a realização de um estágio em duas tipologias de unidades de saúde e a elaboração do respetivo relatório de estágio, que será, posteriormente, discutido perante um júri, numa prova pública.

A doença crónica é, geralmente, definida como uma situação de duração prolongada e habitualmente com progressão lenta, na qual os clientes necessitam de acompanhamento de profissionais de saúde ao longo desta condição (WHO, 2010).

A esperança média de vida tem vindo a aumentar e, conseqüentemente, a incidência de doenças crónicas. Doenças estas que geram complicações, exigindo uma maximização do cuidar em saúde. Apesar de cada pessoa ser única e as doenças de que padecem também, existem problemas e complicações comuns. Assim, os cuidados a prestar em situação de doença crónica são essenciais, nomeadamente, a assistência contínua — disponível, quer em ambiente hospitalar, quer em domiciliário e comunitário — focada na prevenção de doenças, na promoção de estilos de vida saudáveis, na promoção de processos de adaptação e no incentivo à adesão ao tratamento. O objetivo é capacitar a pessoa em situação de doença crónica, bem como os familiares cuidadores, para enfrentar a experiência da doença, possibilitando a redefinição de um plano de saúde alinhado às implicações específicas da respetiva condição, visando melhorar a qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Enquanto enfermeiros, consideramos necessária a procura e a aquisição de competências de diagnóstico e de intervenção em enfermagem. O exercício destas competências permitirá contribuir para que os clientes dos cuidados, no nosso caso particular, as pessoas em situação de compromisso renal em programa regular de HD, alcancem mais ganhos em saúde. Assim, e tendo em vista o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, desenhámos, a partir dos conhecimentos adquiridos no curso de MEMCPSCR, um projeto que resultou das experiências decorrentes da imersão (num período anterior de estágio) nos contextos clínicos, dos nossos interesses pessoais e da reflexão sobre a ação.

A doença crónica, pela sua natureza continuada, desencadeia uma série de desafios que transcendem as fronteiras físicas, impactando significativamente as dimensões emocionais e sociais da vida das pessoas.

Perante estes desafios associados à doença crónica, a elaboração do referido projeto veio a demonstrar-se particularmente útil, tendo-nos ajudado a organizar e a sistematizar o nosso processo de aprendizagem.

A elaboração do projeto decorreu enquanto realizávamos um estágio de 180 horas no serviço de nefrologia (90 horas na unidade de nefrologia e 90 horas na unidade de hemodiálise). Esta realidade permitiu-nos estabelecer o objetivo central do projeto, bem como delinear os objetivos específicos que pretendíamos alcançar, por forma a desenvolvermos as competências do

enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Estabelecemos como objetivo geral o desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica, com compromisso renal, mais especificamente em programa regular de HD. Já como objetivos específicos, delineámos:

- Desenvolver competências no planeamento das intervenções à pessoa com compromisso renal, inerentes ao programa regular de HD;
- Desenvolver competências na promoção de intervenções facilitadoras do processo de transição saúde-doença da pessoa com compromisso renal, em programa regular de HD;
- Desenvolver capacidades na promoção do desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção em pessoas com compromisso renal em programa regular de HD;
- Desenvolver competências na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação da pessoa com compromisso renal ao programa regular de HD, avaliando os resultados com base nas respostas da pessoa;
- Desenvolver capacidades na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos, visando a cultura de segurança, à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;

Para cada um destes objetivos, desenhámos atividades que nos permitissem à sua concretização, como é possível constatar no Anexo 1. A seleção de grande parte das atividades baseou-se em pesquisas realizadas no agregador de conteúdos EBSCOHost, no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), no Google Scholar e no site da OE.

Com base no projeto elaborado e no estágio realizado, desenvolvemos as competências inerentes ao MEMCPSCR, aproveitando as oportunidades que a prática clínica nos foi proporcionando, num quadro de aplicação e de transferência de conhecimentos. Este percurso de aprendizagem teve um cariz marcadamente reflexivo, que procuramos transmitir neste relatório de estágio. Apesar das dificuldades percecionadas, consideramos ter atingido todos os objetivos a que nos propusemos.

A centralidade em pessoas com doença renal crónica (DRC) em programa regular de HD, ao estabelecermos o objetivo geral, fundamenta-se no nosso interesse por esta área de atuação profissional e da consciência que temos do grande impacto que esta condição tem, não só na vida das pessoas e respetivos familiares, mas também no sistema de saúde e na sociedade em geral. De facto, a incidência da DRC está a aumentar em todo o mundo. Em 2017, cerca de 843,6 milhões pessoas (uma em cada dez) pessoas padeciam de DRC, sendo esta a 12.^a causa de morte no mundo e provocando, no mesmo ano, 1,2 milhão de mortes (Eurostat, 2020). A

incidência da doença em Portugal é ainda mais significativa, uma vez que 20% da população apresenta compromisso renal, sendo o país europeu com maior taxa de pessoas com DRC. Cerca de 12878 pessoas no estágio 5 de DRC encontram-se em programa regular de HD, cerca de 881 em Diálise Peritoneal (DP) e mais de 7000 foram transplantadas, em Portugal até 2022 (Csaba, 2022; Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023; Vinhas et al., 2020).

A pessoa com compromisso renal em programa regular de HD enfrenta, diariamente, desafios devido à complexidade da sua doença crónica e do regime terapêutico (Pinto, 2020), que se podem constituir como áreas de atenção dos enfermeiros. Por ser uma doença permanente e pelas mudanças irreversíveis que ocorrem na vida da pessoa, confronta-a com a necessidade de desenvolver conhecimentos e capacidades para a gestão da doença e do regime terapêutico, de modo a controlar a progressão da doença (Padilha, 2013). Este controlo é visto como um desafio aos clientes e aos enfermeiros, e pode, à luz da teoria de médio alcance de Meleis et al. (2000), configurar uma transição.

A pessoa com compromisso renal em programa regular de HD encontra-se a vivenciar um processo de transição saúde-doença, em que o enfermeiro pode ser um recurso para que a pessoa evolua para uma transição saudável. Neste processo de transição, as pessoas necessitam de ficar dotadas de conhecimentos e habilidades que vão permitir realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde (Meleis, 2012; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Embora as pessoas possam enfrentar várias mudanças ao longo da vida, algumas das quais determinarão a vivência de transições (em que algumas poderão ocorrer de forma sequencial ou simultânea), do ponto de vista teórico, é possível distinguir a transição do tipo saúde-doença, em que nos focámos. A Teoria das transições identifica algumas propriedades, comuns a experiências de transição distintas, que exigem particular atenção por parte dos enfermeiros, nomeadamente, a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal e os eventos críticos (Meleis et al., 2000).

O processo de transição saúde-doença é facilitado ou dificultado pelas condições pessoais, familiares ou sociais da pessoa que vivencia a transição. São exemplos destas condições, as crenças da pessoa, os significados que atribui à sua condição, a preparação e o conhecimento que tem, o nível socioeconómico, o suporte familiar, ou mesmo a existência ou não de medidas legais que discriminem a sua condição. É, portanto, essencial que os enfermeiros compreendam essas condições por forma a adaptar as estratégias no sentido de superar os fatores que inibem o processo de transição e enfatizar os que o favorecem. Por forma a caracterizar as respostas da pessoa à transição e a forma como esta está a decorrer, existem os indicadores de processo. Devido à natureza longitudinal da transição, é essencial identificar e avaliar os aspetos relacionados ao seu progresso, nomeadamente o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver a confiança e o *coping* (Meleis et al., 2000).

Por forma a percebermos se a pessoa desenvolveu competências para gerir a sua nova condição, existem os indicadores de resultado. Estes indicadores facilitam a identificação do final da transição e possibilitam a avaliação do desenvolvimento de competências por parte da pessoa. Isto é, se a pessoa integrou em si o exercício do novo papel (integração fluida da identidade) e se a pessoa apresenta os conhecimentos, as competências e os comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias (mestria), experienciando, assim, uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Com a evolução da DRC, é esperado que a pessoa desenvolva novas competências de autocuidado. O autocuidado é um conceito central na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Neste processo de desenvolvimento de competências, destacou-se a autogestão (*self-management*), definida pelo International Council of Nurses (ICN, 2019) como “atividade executada pelo próprio”, por força da condição das pessoas com regimes terapêuticos complexos.

A enfermagem está, portanto, centrada nas atividades do autocuidado que promovem e/ou mantêm uma vida saudável. Dorothea Orem (1991) desenvolveu a Teoria do autocuidado baseando-se em pressupostos sobre o ser humano que, de certa maneira, orientaram o nosso percurso no desenvolvimento de competências:

- Todas as pessoas têm potencial para desenvolver competências, assim como manter a motivação para o autocuidado;
- A forma como as necessidades de autocuidado são vistas pela pessoa é influenciada pelas características individuais, pela cultura e pelo contexto social;
- As pessoas planeiam as ações de autocuidado, que requerem intencionalidade, com um propósito. Estas ações são condicionadas pelo conhecimento e pelas capacidades, à luz do princípio que as pessoas reconhecem quando necessitam de realizar as ações e quando precisam de solicitar ajuda;
- Por forma a satisfazer as necessidades de autocuidado, as pessoas procuram conhecer e desenvolver formas de o fazer.

A teoria de Dorothea Orem, cujo impacto é determinante no modo como conceptualizamos a enfermagem, inclui três teorias — a Teoria do autocuidado, a Teoria do défice do autocuidado e a Teoria dos sistemas de enfermagem. A Teoria do autocuidado foca-se na capacidade da pessoa para cuidar de si mesma, adotando comportamentos para se manter saudável e para o desenvolvimento pessoal. A Teoria do défice do autocuidado concentra-se na pessoa que enfrenta limitações para o autocuidado, que a torna parcialmente ou totalmente incapaz de identificar os requisitos que necessita para o autocuidado ou para os cuidados das pessoas que dela dependem, razão pela qual necessita dos cuidados de enfermagem. A Teoria dos sistemas de enfermagem define a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, destacando o papel

dos enfermeiros na resposta às necessidades de autocuidado da pessoa. Esta ação dos enfermeiros pode ser “totalmente compensatória”, “parcialmente compensatória” ou de “suporte”.

Neste seguimento, surge a questão de porque é que as pessoas cuidam de si próprias de forma tão distinta. Neste quadro, emerge o Modelo de perfis de autocuidado que nos ajuda a compreender porque é que perante necessidades similares as pessoas respondem de forma diferente ao autocuidado. Backman e Hentinen (1999) referem que o autocuidado pode ter interpretações diferentes para diferentes pessoas e que, enquanto comportamento, reflete a singularidade de cada pessoa, nomeadamente, as suas formas particulares de se adaptar, as circunstâncias atuais em que vive e as perspetivas que tem do futuro.

A Teoria das transições, a Teoria do autocuidado e o Modelo de perfis de autocuidado desempenham, assim, um papel fundamental na sustentação teórica do nosso processo de desenvolvimento de competências. As transições, que decorrem de mudanças significativas na vida da pessoa em situação crónica, serão exploradas para compreender como é que o enfermeiro especialista pode facilitar esses processos de transição. A Teoria do autocuidado, por sua vez, fornecerá uma base conceptual indispensável para a compreensão da importância do papel do enfermeiro na capacitação da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD para assumir um papel ativo no seu próprio cuidado. Também a análise dos perfis de autocuidado oferecerá uma visão mais detalhada sobre as estratégias de autocuidado adotadas pela pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, conduzindo a uma ação profissional mais orientada à realidade particular da pessoa, com intervenções de enfermagem mais personalizadas em função do respetivo perfil de autocuidado. A relação entre todos estes conceitos e a prática de enfermagem será cuidadosamente explorada, visando uma compreensão mais profunda de como essas teorias podem aprimorar a prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, particularmente, com compromisso renal em programa regular de HD.

Na realidade desafiadora da enfermagem médico-cirúrgica, a abordagem especializada à pessoa em situação crónica, nomeadamente àquela inserida no programa regular de HD, demanda uma compreensão profunda e estratégias de cuidados que vão além dos aspetos puramente clínicos. Neste contexto da enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial, que lhe exige competências específicas para lidar com a complexidade da fisiopatologia renal e para proporcionar uma abordagem holística no contexto do cuidado especializado. Explorar essas competências é fundamental para entender como é que o enfermeiro especialista pode contribuir significativamente na área dos cuidados à pessoa em situação crónica, pelo que acreditamos que o desenvolvimento de competências profissionais neste contexto poderá facilitar a maximização da saúde da pessoa e facilitar o processo de cuidar da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD.

Consideramos que os contextos de estágio selecionados foram uma mais-valia para o nosso desenvolvimento profissional. Estes contextos, em que foi possível contactar com diferentes pessoas com DRC em programa regular de HD, proporcionaram múltiplas experiências que permitiram uma compreensão holística das pessoas e das complexidades inerentes a esta realidade singular.

Uma das atividades desenvolvidas durante o estágio, que se revestiu de extrema importância para atingir os objetivos pretendidos, foi a conceção de cuidados de enfermagem a clientes com diferentes situações clínicas. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e permitiu demonstrar a evolução da nossa *performance* nos domínios que pretendíamos.

A conceção de cuidados destaca-se como um processo fundamental, envolvendo um planeamento de cuidados personalizado e adaptado às necessidades únicas de cada pessoa. Durante o estágio, planeámos e concretizamos diferentes intervenções de enfermagem relacionadas não só às necessidades corporais, como também às questões emocionais e sociais específicas de cada pessoa. A análise e a reflexão sobre estes diferentes casos clínicos permitiram uma compreensão mais profunda da relevância da conceção de cuidados de enfermagem na prática clínica e da influência direta que tem na qualidade dos cuidados prestados.

Na conceção de cuidados, o planeamento envolve a tomada de decisão, em parceria com o cliente, sobre as intervenções que melhor respondem aos diagnósticos de enfermagem antes enunciados e a forma mais adequada de as implementar, por forma a obter ganhos em saúde no cuidado à pessoa em situação crónica.

A prestação de cuidados de enfermagem constitui o *core* da ação profissional dos enfermeiros. Para felicidade nossa, as experiências durante o estágio ofereceram oportunidades cruciais para aprimorar as nossas competências clínicas. A análise reflexiva dessas experiências possibilitou uma melhor aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos e demonstrou-nos como a prestação de cuidados pode ser otimizada para atender às necessidades específicas de cada cliente.

Neste seguimento, seleccionámos, para apresentação, dois casos clínicos que permitiram desenvolver o nosso pensamento critico-reflexivo, de acordo com os objetivos propostos. Os referidos casos clínicos incluem um enquadramento teórico da situação clínica, a análise dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica prescritos, a conceção de cuidados propriamente dita e uma síntese em que se discute a evolução do caso. Para o registo de todos estes aspetos de cada um dos casos clínicos recorreu-se à plataforma pedagógica e4nursing. Em cada um dos casos, procedeu-se a registos em dois contactos diferentes. O primeiro contacto envolveu a avaliação inicial (identificação dos domínios e recolha dos dados), a identificação dos

diagnósticos de enfermagem, a definição dos objetivos e a prescrição das intervenções de enfermagem. O segundo contacto envolveu a avaliação da evolução e reformulação da conceção de cuidados face às alterações percecionadas. Apesar de termos selecionado dois casos diferentes, sobretudo no que diz respeito ao processo de transição, o enquadramento teórico de ambos é semelhante, uma vez que, ambos os casos refletem a conceção de cuidados de duas pessoas com compromisso renal em programa regular de HD.

O presente relatório está estruturado da seguinte forma: introdução ao relatório, caracterização dos contextos clínicos, dois casos clínicos com a respetiva conceção de cuidados, contributos para o desenvolvimento de competências, síntese final do relatório, bibliografia e anexos.

No capítulo dedicado à caracterização dos contextos clínicos onde realizámos o estágio, descreveremos, detalhadamente, as características da unidade de nefrologia e da unidade de hemodiálise, nomeadamente a infraestrutura, os equipamentos, a equipa multiprofissional e os desafios enfrentados no quotidiano dos enfermeiros.

No capítulo seguinte apresentaremos, como referimos anteriormente, dois casos clínicos representativos da realidade que enfrentámos no estágio, destacando os desafios enfrentados pelos clientes em situação de doença crónica e os cuidados de enfermagem necessários para a gestão de sinais e sintomas e para ajudar a pessoa a lidar com as mudanças decorrentes da sua doença. Como antes referimos, recorreremos à plataforma pedagógica e4nursing, dando assim evidência e visibilidade à importância da Ontologia em enfermagem no processo de conceção de cuidados.

Neste capítulo, demos particular relevo às especificações das intervenções por duas razões principais. A primeira, por entendermos que esta podia ser uma estratégia essencial para darmos uma resposta mais eficaz e diferenciada aos problemas dos clientes com DRC em programa de HD. A segunda, pela nossa escassa experiência profissional anterior em unidades de nefrologia (internamento e hemodiálise) e com doentes portadores de DRC. Esta estratégia fortaleceu a nossa compreensão do papel que, como enfermeira especialista, poderei vir a desempenhar neste contexto, antes, inexplorado. O ato de destacarmos essas intervenções não apenas validou a sua importância no contexto específico, como se tornou um meio crucial para o aperfeiçoamento das habilidades, fundamentalmente, no que diz respeito às intervenções relacionadas com o processo de transição, na convicção de que é a pessoa que caracteriza a doença e não a doença que caracteriza a pessoa.

No capítulo relativo aos contributos para o desenvolvimento de competências, discutiremos as competências adquiridas, a forma como foram adquiridas e de que modo as experiências decorrentes do estágio contribuíram para o nosso crescimento profissional na área da enfermagem médico-cirúrgica.

Na síntese final do relatório, serão recapitulados os principais pontos abordados ao longo do

relatório, destacando os resultados alcançados e as implicações para a enfermagem à pessoa em situação crónica.

Na bibliografia apresentaremos todas as fontes utilizadas na pesquisa, de acordo com as normas de APA 7.^a edição, enquanto os anexos incluirão os materiais complementares relevantes neste processo de aquisição de competências.

Pretendemos sublinhar que tivemos presente as questões éticas, particularmente o sigilo profissional, ao abrigo do Código Deontológico dos Enfermeiros, não referindo a identificação da instituição onde se realizou o estágio, bem como a identificação dos intervenientes.

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

A concretização do estágio decorreu no serviço de nefrologia, que compreende as unidades de nefrologia e de hemodiálise, que se encontram no piso 1 e no piso 0, respetivamente.

Este serviço está inserido no departamento de medicina de um centro hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como uma Entidade Pública Empresarial (EPE). As EPE são “pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado” (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022, p. 30).

Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023), o referido centro hospitalar passou a integrar uma Unidade Local de Saúde (ULS) a partir do dia 1 de janeiro de 2024. Esta integração visa otimizar a utilização dos recursos públicos, assegurando ao mesmo tempo o reconhecimento e a preservação da importância da participação dos municípios no planeamento, na organização e na gestão dos serviços de saúde destinados à população de uma determinada área geográfica. O intuito é promover a proximidade e a gestão em rede, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

No serviço de nefrologia há um enfermeiro gestor que assegura, na equipa que lidera, uma prática profissional e ética; assegura a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; garante que a equipa responde às necessidades dos clientes; assegura o desenvolvimento de competências dos enfermeiros; assegura uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 101/2015, 2015). Existe, ainda, um diretor de serviço, também responsável por ambas as unidades.

Em linha com os critérios da OE para a atribuição do título profissional de Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, o estágio realizou-se nestas unidades de cuidados orientado para o acompanhamento de pessoas em situação crónica. A unidade de nefrologia proporcionou experiências clínicas em contexto de internamento, enquanto na unidade de hemodiálise foi possível cuidar de pessoas em situação crónica em regime de ambulatório.

A unidade de nefrologia tem uma capacidade de 27 camas, distribuídas por oito enfermarias e três quartos de isolamento, dois dos quais com pressão positiva. Do total de camas, 21 são destinadas a pessoas com compromisso renal (DRC, agudização da DRC, lesão renal aguda, Transplante Renal (TR), fundamentalmente) e seis a pessoas com alterações hematológicas (leucemia e linfoma, fundamentalmente). Existe uma casa de banho para cada duas

enfermarias, à exceção dos quartos de isolamento que têm, cada um, uma casa de banho individual. Além destas enfermarias e quartos, a unidade dispõe também de um gabinete para realização de tratamentos de feridas, uma sala de enfermagem, uma sala de material de *stock*, um gabinete médico, uma copa, uma casa de banho para os profissionais de saúde e um setor de sujos.

A unidade de hemodiálise é constituída por 15 postos de tratamento. Oito destes postos encontram-se numa sala e quatro em outra sala, ambas destinadas à realização do procedimento programado de HD a clientes de ambulatório ou internados noutros serviços; dois postos em outra sala destinada a doentes que necessitem de HD de urgência; e, um posto no gabinete de DP. Além destas salas, dispõe também uma sala de enfermagem, um gabinete para realizar procedimentos invasivos (biópsias, colocação de Cateter Venoso Central (CVC)), duas salas de material de *stock*, uma sala com máquinas de HD de *stock* — sete máquinas de HD que podem ser mobilizadas para fora do serviço ou para suprimir eventuais necessidades na unidade de hemodiálise e três máquinas para a realização de hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF) —, dois gabinetes médicos, uma copa, uma biblioteca, três casas de banho para os clientes e uma para os profissionais de saúde, um vestiário para os enfermeiros e para os auxiliares de ação médica e dois vestiários para as enfermeiras e para as auxiliares de ação médica, de ambas as unidades e um setor de sujos. Cada vestiário contém um cacifo para cada enfermeiro e para cada auxiliar de ação médica e uma casa de banho com chuveiro. Trata-se de uma unidade de ambulatório onde se realiza HD e DP a pessoas com DRC que se encontram em regime de ambulatório ou internadas no hospital em questão. Os critérios de preferência das pessoas, em regime de ambulatório, que realizam HD nesta unidade de hemodiálise são os portadores de acessos vasculares de difícil gestão.

Os enfermeiros e os médicos da unidade de hemodiálise asseguram o apoio ao serviço de cuidados intensivos e à unidade de cuidados intensivos polivalente da mesma instituição, sempre que estes serviços tenham pessoas internadas que necessitem de técnica dialítica.

A equipa de enfermagem do serviço é constituída por 46 enfermeiros, sendo que, destes, 44 prestam cuidados na unidade de nefrologia e 29 prestam cuidados na unidade de hemodiálise. Destes 29 enfermeiros, dois deles apenas prestam cuidados na unidade de hemodiálise, enquanto os restantes 27 também prestam cuidados na unidade de nefrologia. A gestão da distribuição dos 27 enfermeiros que prestam cuidados em ambas as unidades é realizada pelo enfermeiro gestor, tendo como critério central manter a continuidade de cuidados. Sempre que possível, o enfermeiro que realizou um turno mais recentemente na unidade de nefrologia ficará alocado a essa unidade e o enfermeiro que fez turno mais recentemente na unidade de hemodiálise ficará atribuído a essa unidade, pelo maior período de tempo possível.

Dos 46 enfermeiros, 11 são detentores do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (aproximadamente 24% da equipa), porém apenas cinco destes

detêm a categoria de Enfermeiro especialista. Além destes enfermeiros especialistas, existem ainda dois enfermeiros detentores do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (um deles detém a categoria de Enfermeiro especialista) e um enfermeiro detentor do título profissional de enfermeiro especialista em saúde mental.

Verificámos que os enfermeiros detentores do título profissional de enfermeiro especialista que não detêm a categoria de Enfermeiro especialista, procuravam colocar em prática as competências próprias inerentes à sua área de especialização, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019).

O serviço ainda não dispõe no quadro de pessoal de quaisquer enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, realidade que se admite, possa vir a alterar-se com a entrada no mercado dos primeiros diplomados nesta área específica da enfermagem médico-cirúrgica.

Relativamente ao número de enfermeiros por turno, estão previstos, na unidade de internamento, cinco enfermeiros no turno da manhã (8 — 14:30 horas), quatro no turno da tarde (14 — 20:30 horas) e três no turno da noite (20 — 8:30 horas). Na unidade de hemodiálise, estão previstos cinco enfermeiros no turno da manhã (8 — 14:30 horas), um no turno da tarde (14 — 20:30 horas), e um no turno da noite (20 — 8:30 horas). Nesta unidade, acrescem dois turnos especiais de segunda-feira a sábado, um das 8 — 18 horas e outro das 14 — 00 horas, com um e dois enfermeiros, respetivamente.

Face ao explanado, confrontamos a experiência vivenciada com o que se encontra preconizado pela OE no Regulamento n.º 533/2014 (2014) no que diz respeito às dotações seguras.

O supramencionado Regulamento refere que se deve recorrer a critérios para definir o número de enfermeiros adequados às necessidades reais, uma vez que, a apropriada dotação de enfermeiros, bem como as respetivas competências e nível de qualificação, são cruciais para se salvaguardar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Referem ainda que a estimativa do número de enfermeiros se deve basear nas competências profissionais, na instituição/serviço em si, na formação, na investigação a realizar e não só nas horas de cuidados a serem prestadas por cliente e por dia e na duração média dos procedimentos a realizar.

De acordo com o que observámos na unidade de hemodiálise, os clientes requerem da parte do enfermeiro uma monitorização permanente durante o tratamento, designadamente monitorização dos sinais vitais, resposta ao tratamento e possíveis complicações; gestão de complicações, isto é, gerir complicações intra-dialíticas. Em paralelo, exigem uma atenção individualizada e centrada no processo de transição que estão a vivenciar e que passa por adaptações significativas no estilo de vida, nas rotinas e nas relações interpessoais; educação para a saúde, pela necessidade de educação dos clientes em temas tão importantes como o autocuidado, a gestão do regime terapêutico e a gestão da doença crónica. Esta ação

profissional dos enfermeiros, individualizada e altamente diferenciada, contribuirá para a saúde e para a segurança dos clientes a curto e a longo prazo, mas só será possível com dotações adequadas destes profissionais.

O Regulamento n.º 533/2014 (2014) recomenda, de acordo com a fórmula para o cálculo das dotações seguras em diálise, o mínimo de um enfermeiro por cada quatro postos de tratamento, ressalvando a necessidade de ponderar este cálculo aquando de situações particulares, como por exemplo, no caso das pessoas com Hepatite B e C e VIH. Do que pudemos constar ao longo do estágio, na unidade de hemodiálise, cada enfermeiro tinha atribuído quatro postos de tratamento e, no caso de pessoas com Hepatite B e C e VIH, cada enfermeiro tinha atribuído um posto de tratamento. Dado que os cuidados devem abranger não só o procedimento de HD, mas também o processo de transição da pessoa, os enfermeiros necessitam de tempo para prestar estes cuidados de acordo com os desafios colocados à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, o que só é possível com as dotações adequadas de enfermeiros.

Nos períodos em que há um maior número de enfermeiros a gozar férias, é necessário recorrer a trabalho extraordinário, a fim de assegurar a prestação de cuidados e a respeitar o padronizado relativamente às dotações seguras.

Não obstante, garantir dotações seguras não se resume a ter o número global de enfermeiros adequado. É também necessário dispor, a cada momento, de um número de enfermeiros ajustado às necessidades individuais dos clientes e capaz de responder adequadamente às demais exigências do ambiente de cuidados de saúde.

Apesar de o serviço respeitar o padronizado pela OE no Regulamento n.º 533/2014 (2014) relativamente às dotações seguras, regularmente, o enfermeiro gestor valida essas dotações garantindo que asseguram a manutenção e a melhoria contínua dos padrões de qualidade e a segurança dos clientes.

Quanto à organização da prestação de cuidados de enfermagem, é utilizado o método de trabalho individual, isto é, o método em que um único enfermeiro assume total responsabilidade pela assistência ao cliente durante um turno.

O método individual oferece vantagens para os clientes e para os enfermeiros. Para os clientes, a individualização dos cuidados resulta na satisfação das suas necessidades específicas, promovendo uma relação mais próxima enfermeiro-cliente. Os clientes identificam mais facilmente quem é o enfermeiro responsável pela sua prestação de cuidados em determinado turno, reforçando a sua confiança e a sua segurança. Para os enfermeiros, permite uma melhor compreensão das necessidades de cada pessoa e, portanto, uma melhor capacidade de tomada de decisão. A continuidade dos cuidados diminui a ocorrência de erros e fomenta a relação terapêutica. Apesar disso, o método individual também apresenta desvantagens. As diferenças de conhecimento e da capacidade individual dos enfermeiros pode levar a inconsistências nos

cuidados prestados nos diferentes turnos. Para os enfermeiros, há o desafio do envolvimento emocional com os clientes e a necessidade de um alto nível de proficiência (Parreira et al., 2021).

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) afirma que as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) têm um impacto significativo no SNS, aumentando a morbilidade e a mortalidade. Além de prolongarem os internamentos, aumentam os custos em saúde. Neste sentido, confrontámos as práticas do serviço com a evidência científica.

A higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde é reconhecida como a medida mais eficaz e mais económica de prevenir as IACS (DGS, 2017).

Assim, nas salas de enfermagem, na sala de procedimentos invasivos, na sala de tratamentos de ferida e nos setores de sujos encontra-se exposto o algoritmo relativo aos cinco momentos de higiene das mãos (DGS, 2019). Apesar disso, verificámos que, embora os enfermeiros cumpram os quatro momentos preconizados para a higiene das mãos, constatou-se uma lacuna na prática referente ao primeiro momento, que consiste na lavagem das mãos antes do contato com o cliente.

A não realização da higienização das mãos antes do contato com o cliente pode representar um risco potencial de transmissão de microorganismos, especialmente no ambiente hospitalar onde as pessoas estão suscetíveis a diversas condições de saúde e procedimentos invasivos.

Na unidade de nefrologia, o quarto de isolamento é, habitualmente, utilizado para isolamentos de precauções de contacto (*klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos, *clostridium difficile*). Quando este está ocupado e existe outro cliente em isolamento de contacto, este é transferido para outro serviço ou na ausência dessa possibilidade, fica numa enfermaria com outros clientes, mantendo-se a cortina corrida. Nesses casos, verificámos que os enfermeiros se dedicam a ensinar os clientes da enfermaria de como devem proceder para evitarem a contaminação, inclusivamente às visitas, nomeadamente, sobre a utilização dos equipamentos de proteção individual, quando necessário. À entrada do quarto de isolamento e das enfermarias existe uma mesa com os equipamentos de proteção individual necessários, bem como um caixote do lixo com saco branco (resíduos do grupo III). Existe, ainda, um monitor de sinais vitais para cada cliente em isolamento.

Na unidade de hemodiálise, os clientes em isolamento de precauções de contacto têm dias e horas específicos para realizarem HD. Por norma, às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, das 19h às 23h, a unidade apenas recebe pessoas em isolamento de contacto. Quando as pessoas estão em isolamento pelo mesmo agente ficam na mesma sala, salvaguardando as normas de precauções de contacto, nomeadamente os equipamentos de proteção individual. Quando as pessoas estão em isolamentos por diferentes agentes, ficam em salas diferentes.

Em outras situações, que não envolvam isolamentos de contacto, verificámos, por exemplo, que

os enfermeiros utilizam os equipamentos de proteção individual necessários quando estão a conectar e a desconectar o cliente à máquina de HD, pelo risco de exposição a fluidos corporais.

Constatámos que, no que concerne à limpeza concorrente do serviço, as superfícies horizontais eram limpas uma vez por dia, as casas de banho uma vez por turno, os equipamentos clínicos informáticos uma vez por dia e que a recolha de resíduos era realizada, no mínimo, uma vez por turno. No entanto, verificámos que as camas, os suportes e as campainhas na unidade de nefrologia não eram limpas uma vez por dia, mas sim, quando o cliente tinha alta.

No que diz respeito à limpeza terminal, verificámos que na unidade de nefrologia a unidade do cliente era desinfetada após a alta, transferência de serviço ou óbito e as paredes até 1,70 metros, portas, peitoris, superfícies internas e externas de mobiliário e equipamentos eram limpas uma vez por semana. Na unidade de hemodiálise, cada posto de tratamento era limpo sempre que cada cliente terminava o tratamento. Era realizada limpeza imediata em situações de derrame de fluidos, como sangue aquando do procedimento de HD.

O setor de sujos contém dois cestos destinados à deposição das fardas de trabalho. Estas são, posteriormente, recolhidas pelos auxiliares da lavandaria da instituição para a lavagem das mesmas e posterior devolução ao serviço, com a identificação de cada profissional.

À luz das recomendações da OE, o serviço de nefrologia planeia ações formativas de acordo com três critérios: avaliação do enfermeiro gestor sobre as necessidades da equipa de enfermagem; sugestões dos enfermeiros do serviço acerca das temáticas que consideram mais pertinentes; plano formativo da instituição que integra formações comuns a todos os serviços, nomeadamente, sobre ética e deontologia, comunicação em saúde, qualidade e segurança nos cuidados de saúde, suporte básico de vida, entre outros. Perante estes critérios, o enfermeiro gestor programa as formações de acordo com as necessidades de cada enfermeiro e de acordo com a disponibilidade dos formadores.

Além destas formações em que os enfermeiros se encontram inscritos por indicação do enfermeiro gestor, verificámos que os enfermeiros do serviço de nefrologia procuram também participar em congressos relacionados com o compromisso renal e com as Técnicas de Substituição Renal (TSR). Apesar de estes congressos serem dirigidos a várias categorias profissionais e estarem focados nas técnicas e nos sinais e sintomas, não pudemos deixar de reparar no esforço dos enfermeiros para dirigirem os seus *posters* para a “Enfermagem”, explorando temas relacionados com o autocuidado e com a gestão da doença crónica. Constatámos que a instituição, e o enfermeiro gestor em particular, reconhece a importância da participação dos enfermeiros em congressos e ações formativas, pelo que são incentivados e dispensados, sempre que possível, para participarem nesses eventos.

Verificámos, ainda, que o hospital organiza formações dirigidas para os enfermeiros para as quais necessitam de se inscrever (apesar de outros grupos profissionais poderem participar se

assim o entenderem) em diversas áreas, proporcionando a aquisição de conhecimentos de forma gratuita.

A equipa multiprofissional é constituída, além de enfermeiros, por médicos, auxiliares de ação médica, nutricionistas, psicólogo, assistente social e pessoal administrativo, em ambas as alas.

A equipa médica está presente no serviço em todos os turnos da manhã, de segunda-feira a sexta-feira. No turno da tarde, da noite e aos fins-de-semana e feriados está presente um médico especialista e um médico interno.

Relativamente ao número de auxiliares de ação médica por turno, estão previstos, na unidade de internamento, três auxiliares no turno da manhã, dois no turno da tarde e um no turno da noite. Na unidade de hemodiálise, estão previstos, dois auxiliares no turno da manhã, um no turno da tarde e um das 14 — 00 horas.

Apesar de não estarem em permanência no serviço, por solicitação da equipa médica ou da equipa de enfermagem, o serviço pode, sempre que necessário, dispor do apoio de um nutricionista, de um psicólogo e de um assistente social.

A unidade de nefrologia pode dispor do apoio de um nutricionista que presta apoio a outros serviços do hospital.

A unidade de hemodiálise pode dispor do apoio de um nutricionista que presta apoio a outras unidades de ambulatório. Por norma, recorre à unidade quando estão presentes os clientes que necessitam de mais apoio no que diz respeito ao regime alimentar e após a avaliação (mensal) dos valores analíticos dos clientes em regime de ambulatório que possam justificar um ajuste no respetivo regime alimentar.

Ambas as unidades podem dispor do apoio de um psicólogo que presta assistência a todos os serviços do hospital.

A equipa de serviços administrativos está presente de segunda-feira a sexta-feira das 8 — 17 horas. Estes profissionais realizam a verificação da documentação, o agendamento de consultas e das sessões de HD, procedem à comunicação interna e externa; gerem alguns materiais de apoio, como material de escritório e disponibilizam alguns documentos da alta. Nos restantes horários, a equipa de serviços administrativos da admissão de doentes de urgência presta apoio ao serviço, bem como a todos os outros serviços do hospital.

Juntamente com a equipa de enfermagem e com a equipa médica, a assistente social agenda reuniões com os clientes e com os seus familiares por forma a resolver questões relacionadas com o acesso a recursos financeiros, nomeadamente subsídios de alimentação; com o transporte para as sessões de HD; com o acesso aos serviços de saúde, como o encaminhamento para unidades de cuidados continuados (o que acontece raramente em virtude do grande número de pessoas autónomas internadas na unidade de nefrologia). Dado o

aumento das pessoas em situação de doença crónica, percebemos como fundamental o papel da assistente social neste contexto.

Em entrevista realizada ao enfermeiro gestor do serviço, este esclareceu que nos centros hospitalares, particularmente naquele em que decorreu o estágio, os critérios internos de qualidade são habitualmente estabelecidos de acordo com várias diretrizes e normas, nomeadamente, normas clínicas, organizacionais e da saúde pública (DGS, 2022b). Além destas normas e diretrizes comuns a todos os centros hospitalares, o hospital onde realizámos o estágio adota um conjunto de normas internas delineadas pela direção e pelo serviço de qualidade do hospital.

Também confrontámos a conformidade das práticas do serviço com as orientações da OE (2017), percebendo que pode haver pontos de convergência, nos quais os padrões adotados no serviço coincidem com os da OE, mas também podem surgir disparidades, evidenciando a complexidade do ambiente hospitalar.

Efetivamente, a chave seria garantir que os padrões de qualidade do serviço estivessem em sintonia com as melhores práticas de enfermagem preconizadas pela OE (2017), promovendo, assim, a prestação de cuidados de saúde seguros e centrados na pessoa, que apesar de ser um equilíbrio delicado, é crucial para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

O serviço, para fomentar a satisfação dos clientes, reconhece e valoriza as características individuais de cada cliente (crenças, valores, habilidades, expectativas), procurando estabelecer com ele uma parceria no processo de cuidados. Esta parceria envolve, sempre que possível, a família e pessoas significativas, por forma a que estes possam vir a constituir-se como um elemento facilitador da adaptação do cliente à nova condição de saúde e às mudanças que estão a acontecer.

Verificámos também, entre os enfermeiros do serviço, uma forte motivação para promover a saúde dos clientes, incentivando estilos de vida saudáveis, estimulando o potencial de saúde do cliente, otimizando a capacidade adaptativa aos processos de vida, o crescimento e o desenvolvimento, seja fornecendo informações que promovessem o desenvolvimento de novas habilidades pelo cliente. No entanto, ao confrontarmos esta prática com o REPE (1996), constatámos que os enfermeiros do serviço de nefrologia são mais executores de prescrições e orientações previamente formalizadas por outros profissionais e de planos que realizam em conjunto com estes profissionais para atingir um objetivo em comum (intervenções interdependentes), do que concebem cuidados tendo por base o conhecimento disciplinar (intervenções autónomas).

Por forma a prevenir complicações, constatámos que a equipa procura identificar os problemas do cliente, prescrevendo intervenções de enfermagem que respondessem aos diagnósticos de enfermagem identificados. O mesmo faziam para assegurar o bem-estar e o autocuidado. Estas

intervenções de enfermagem eram executadas tendo em conta a aplicação rigorosa de conhecimentos técnico-científicos ou procedendo ao devido encaminhamento, para outros profissionais de saúde, das situações que ultrapassam o mandato social dos enfermeiros, assumindo a responsabilidade pelas suas decisões tomadas, pelas ações realizadas e pelas tarefas delegadas. No entanto, verificámos lacunas no processo de recolha de dados, que por sua vez, compromete a identificação dos diagnósticos de enfermagem e, desta forma, a prescrição das intervenções de enfermagem mais adequadas. Esta lacuna no processo de recolha de dados estará associada ao facto de os enfermeiros estarem mais orientados para a vigilância de sinais e sintomas e para o cumprimento das atitudes terapêuticas. Pudemos verificar uma maior dificuldade por parte dos enfermeiros para recolherem dados em áreas relativas ao autocuidado e ao processo de transição, apesar de os seus esforços serem evidentes para intervirem neste âmbito.

Por forma a promoverem a readaptação funcional, os enfermeiros planeiam a transição para casa das pessoas internadas, considerando as suas necessidades específicas e os recursos disponíveis na comunidade, contribuem para o desenvolvimento das habilidades do cliente e dos seus cuidadores para gerir eficazmente o tratamento recomendado e, em parceria com o cliente, ensinam, instroem e treinam para as adaptações individuais necessárias para uma reintegração funcional bem-sucedida. Uma prática comum na equipa para facilitar o regresso a casa é procurar, pelo menos, um momento para estar com a pessoa e os seus familiares por forma a intervir em aspetos que necessitam de ser melhorados (gestão do regime terapêutico, por exemplo). Por norma, procuram que nestes momentos a família esteja presente por forma a fomentar o envolvimento desta. Apesar disso, em algumas situações, a comunicação sobre a alta do cliente entre a equipa médica e a equipa de enfermagem não ocorria com a antecedência necessária, o que condicionava a preparação adequada da pessoa e da sua família para o regresso para casa.

Para a documentação dos cuidados prestados, os enfermeiros recorrem a um aplicativo em uso na generalidade das instituições de saúde do SNS: o SClínico. Este aplicativo permite o registo das necessidades de cuidados do cliente, as intervenções realizadas e os resultados dessas mesmas intervenções. Este sistema de registos é comum à unidade de nefrologia e à unidade de hemodiálise. No entanto, na unidade de hemodiálise, os enfermeiros recorrem ainda a um outro sistema de documentação de cuidados — Nefrus — que facilita a organização e coordenação de todas as atividades relacionadas aos cuidados de saúde para pessoas que necessitam de TSR. Além de englobar as necessidades de cuidados do cliente, as intervenções realizadas e os resultados dessas mesmas intervenções à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, permite a contabilização de consumos e capta os dados de tratamento automaticamente das máquinas de HD. O sistema de documentação de cuidados Nefrus permite documentar dados que o SClínico não permite, nomeadamente, o registo das sessões de HD, a evolução da HD e o registo de intervenções relacionadas com os acessos vasculares.

Permite, ainda, o acesso aos planos de tratamento (estratégia/protocolo de HD). No entanto, também permite documentar dados que o SClínico permite, nomeadamente, monitorização dos sinais vitais e monitorização do peso corporal. Apesar da repetição de documentação de dados, os enfermeiros mantêm-se a documentar dados no SClínico porque este permite a documentação de dados fundamentais relacionados com o autocuidado, a autogestão da doença crónica e a gestão do regime terapêutico.

Verificamos, a partir do supramencionado, que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros estão, na sua maioria, alinhadas com os padrões de qualidade preconizados pela OE na área da enfermagem médico-cirúrgica (OE, 2017).

Na observação informal que resultou da nossa permanência no serviço, constatámos que existe uma expectável diferença entre a ação profissional dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Na verdade, estes últimos têm uma visão mais holística e, portanto, uma intervenção mais diferenciada e especializada, verificando-se, também, uma intervenção mais ativa na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e na segurança nos cuidados especializados, na tentativa de garantir a segurança de todas as partes envolvidas no processo de cuidados.

Os enfermeiros, bem como os demais trabalhadores da administração pública em Portugal, estão sujeitos a um sistema de avaliação de desempenho conhecido como o Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), que foi estabelecido pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro. Esse sistema visa melhorar continuamente o desempenho dos trabalhadores, reconhecendo o mérito e a excelência no serviço público.

De acordo com as informações disponibilizadas pelo enfermeiro gestor do serviço de nefrologia, os enfermeiros são avaliados pelo enfermeiro gestor que, por sua vez, é avaliado pelo enfermeiro supervisor. Cada profissional define objetivos alinhados com os objetivos da unidade de saúde.

A avaliação do desempenho dos enfermeiros inclui os indicadores “resultados” e as “competências”. Os “resultados” estão relacionados com a concretização dos objetivos individuais correlacionados com os objetivos da unidade orgânica e as “competências” estão relacionadas com a avaliação dos conhecimentos e das capacidades (Lei n.º 66-B/2007, 2007).

A avaliação dos “resultados” obtidos em cada objetivo pode-se traduzir em “objetivo superado”, “objetivo atingido” ou “objetivo não atingido”. Os “resultados” traduzem-se nestes níveis de acordo com pontuações. O “objetivo superado” corresponde a uma pontuação de cinco, o “objetivo atingido” corresponde a uma pontuação de três e o “objetivo não atingido” corresponde a uma pontuação de um. A pontuação final é a média das pontuações atribuídas aos resultados obtidos em todos os objetivos (Lei n.º 66-B/2007, 2007).

A avaliação das “competências” é realizada através da observação do enfermeiro gestor e pode

traduzir-se em “competência demonstrada a um nível elevado”, “competência demonstrada” ou “competência não demonstrada ou inexistente”. As “competências” traduzem-se nestes níveis de acordo com pontuações. A “competência demonstrada a um nível elevado” corresponde a uma pontuação de cinco, a “competência demonstrada” corresponde a uma pontuação de três e a “competência não demonstrada ou inexistente” corresponde a uma pontuação de um. A pontuação final é a média das pontuações atribuídas nas diferentes competências avaliadas.

A avaliação final é fruto da média das pontuações obtidas nos parâmetros de avaliação “resultados” e “competências”, sendo que para o primeiro é atribuída uma pontuação de 60%, no mínimo, e para o segundo é atribuída uma pontuação de 40%, no máximo. Esta ponderação nas pontuações é realizada pelo enfermeiro gestor. A avaliação final pode traduzir-se em “desempenho relevante”, “desempenho adequado” ou “desempenho inadequado”. A avaliação final traduz-se nestes níveis de acordo com pontuações. O “desempenho relevante” corresponde a uma pontuação de 4 — 5, o “desempenho adequado” corresponde a uma pontuação de 2 — 3,999, e o “desempenho inadequado” corresponde a uma pontuação de 1 — 1,999 (Lei n.º 66-B/2007, 2007).

A avaliação do desempenho dos enfermeiros, segundo o enfermeiro gestor do serviço, é realizada de dois em dois anos e diz respeito ao desempenho dos dois anos civis anteriores. É realizada uma reunião de avaliação intercalar com o avaliador e o avaliado, na qual os enfermeiros recebem um *feedback* do enfermeiro gestor, que inclui elogios pelo bom desempenho e sugestões de melhoria, na qual é proporcionada a oportunidade de alteração dos objetivos em função da vontade e motivação do avaliado.

Com base nos resultados da avaliação, podem ser atribuídos pontos aos enfermeiros do serviço de nefrologia que se destacam pela positiva para efeito de posicionamentos remuneratórios e progressões na carreira, nos termos do Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de novembro.

Através dos dados disponibilizados pelo enfermeiro gestor do serviço, verificámos que, em 2023, a média de dias de internamento na unidade de nefrologia foi de 8,54 dias. Os doentes são internados, maioritariamente, de urgência (após admissão no serviço de urgência), mas também após realizarem HD e, em menor número, através da consulta. O principal motivo de internamento é DRC agudizada. Em termos de perfil sociodemográfico, os clientes com compromisso renal em programa regular de HD abrangem uma ampla faixa etária, desde jovens adultos até idosos. Constatámos que existem mais pessoas do sexo masculino em programa regular de HD no serviço, do que do sexo feminino. No que diz respeito ao *status* socioeconómico, contactámos com clientes em programa regular de HD com recursos financeiros mais limitados e pessoas com maior estabilidade económica, apesar de, na sua maioria, serem pessoas com alguma estabilidade económica.

Ainda no mesmo ano, foi elevado o número de clientes que tiveram mais do que um internamento. A taxa de reinternamento atingiu os 7,2%. Este valor em comparação com os três

anos anteriores, constituiu um aumento considerável, o que não deixa de ser intrigante. Os enfermeiros do serviço admitem que este aumento guarda relação com a infeção pela COVID-19. Durante a pandemia, as pessoas tinham medo do contágio pelo que evitavam frequentar o hospital e, em alguns casos, os transportes públicos que tinham de utilizar para recorrer aos serviços de saúde. Outro fator que consideraram foi o impacto das medidas de contenção da COVID-19 no hospital, visto que reduziram ou suspenderam temporariamente procedimentos não urgentes, priorizando o tratamento às pessoas com COVID-19.

A taxa do procedimento de HD (incluindo sessões de HD de urgência) diminuiu 4,39% em comparação com os três anos anteriores. Este resultado guardará, também, relação com a infeção pela COVID-19: menor número de realização de HD a pessoas em programa regular de HD internadas no hospital, dada a diminuição das infeções respiratórias devido à utilização de máscara cirúrgica; protelamento de procedimentos com internamentos eletivos; aumento da mortalidade.

Já a taxa de DP não sofreu praticamente alterações. Em 2023, existiam menos duas pessoas em programa de DP do que em cada um dos três anos anteriores. Apesar de a taxa se manter semelhante, não significa que as pessoas fossem as mesmas (algumas pessoas transitaram para o programa regular de HD, outras faleceram e outras foram submetidas a TR). A taxa de TR aumentou 13,27%, em comparação com os três anos anteriores, sendo este aumento acompanhado pelo aumento da taxa de TR por dador vivo.

3. A PESSOA COM COMPROMISSO RENAL: CASO CLÍNICO NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A D. H. tem 37 anos, trabalha na área do design, é casada e não tem filhos. É autónoma nas atividades de vida diária. Foi diagnosticada com DRC em 2011 e apresenta como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial (HTA) e anemia. Por agravamento da DRC, há três anos, iniciou HD com recurso a Fístula Arteriovenosa (FAV). Efetua tratamento dialítico três vezes por semana na unidade de hemodiálise.

3.1. Enquadramento teórico

DRC: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

A DRC define-se como uma lesão estrutural ou funcional do rim, com evolução lenta e progressiva superior a três meses, independentemente da causa (KDIGO, 2023).

A DRC tem vindo a aumentar a sua incidência e é a 12.^a causa de morte no mundo (Eurostat, 2020). Em Portugal, a incidência é ainda mais significativa, sendo o país europeu com maior taxa de pessoas com DRC (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023; Vinhas et al., 2020).

Esta patologia pode ser causada por uma doença primária do rim, como a glomerulonefrite, a doença renal poliquística autossómica dominante, a trombose da veia renal, a nefrite intersticial, a necrose tubular aguda ou a acidose tubular renal. É também comum acontecer como complicação tardia de outra doença crónica, como a HTA, a diabetes mellitus, a dislipidemia, a insuficiência cardíaca, a obesidade, entre outras (KDIGO, 2023; Machado, 2009).

FISIOPATOLOGIA DA DRC, SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS

O rim cumpre diversas funções que contribuem para o bom funcionamento do organismo e para a homeostasia interna, que podem sofrer alterações na presença de DRC — tabela 1 — (Arellano, 2019; Guyton & Hall, 2017):

Funções do rim	Problemas correlacionados
Controlo da tensão arterial	HTA
Produção de eritropoetina	Anemia
Manutenção do equilíbrio ácido-base	Acidose metabólica
Manutenção do equilíbrio de água e sódio	Retenção de água e sódio, favorecendo o surgimento de edemas
Manutenção do equilíbrio de potássio	Hipercaliémia
Manutenção do equilíbrio de fósforo	Hiperfosfatémia
Ativação da vitamina D	Deficiência da vitamina D, hiperparatiroidismo secundário
Eliminação dos produtos finais de metabolismo	Acumulação de toxinas, surgindo uremia

Tabela 1 – Complicações da DRC

Controlo da tensão arterial

Em situações fisiológicas, o rim controla a tensão arterial através das alterações do volume do líquido extracelular e através do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA). Na presença de DRC, estes mecanismos podem ficar comprometidos, levando a que a excreção variável (de acordo com a pressão arterial) de sódio e água diminua, conduzindo a HTA por sobrecarga hídrica e retenção de sódio, com tendência a piorar por diminuição da perfusão renal por ativação do SRAA (Guyton & Hall, 2017).

O SRAA desempenha um papel essencial na regulação da tensão arterial e do equilíbrio hidroeletrólítico, libertando renina pelos rins como resposta a diversos estímulos, nomeadamente, baixa pressão sanguínea, baixa concentração de sódio nos túbulos renais ou a estimulação do sistema nervoso simpático (Guyton & Hall, 2017; Tkachuk, 2019).

Inicialmente, a renina é liberada pelas células justaglomerulares dos rins quando detetam baixa pressão sanguínea ou baixo teor de sódio, iniciando uma cascata de eventos que resulta na conversão do angiotensinogénio, produzido pelo fígado, em angiotensina I que, por sua vez, se converte em angiotensina II através da enzima conversora de angiotensina presente, fundamentalmente, nos pulmões (Guyton & Hall, 2017; Tkachuk, 2019).

A angiotensina II tem efeitos prejudiciais nos rins, nomeadamente: a vasoconstrição, aumentando a resistência vascular periférica e, conseqüentemente, a pressão arterial; a estimulação da libertação da aldosterona pelas glândulas adrenais, promovendo a reabsorção de sódio e água nos túbulos renais e, portanto, um aumento do volume sanguíneo e da tensão arterial; inflamação e fibrose, podendo contribuir para a fibrose renal, prejudicando a estrutura e a função dos rins (Guyton & Hall, 2017; Tkachuk, 2019).

O bloqueio farmacológico do SRAA, por meio de medicamentos como Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II, é uma estratégia comum no tratamento da DRC para diminuir a tensão arterial e para proteger os rins contra danos adicionais (Guyton & Hall, 2017; Tkachuk, 2019).

Fármacos IECA são frequentemente prescritos para bloquear os efeitos da hormona angiotensina II, provocando um relaxamento dos vasos sanguíneos, reduzindo a pressão arterial, fazendo deste modo, com que seja mais fácil bombear o sangue. Além de terem um efeito anti-hipertensor, contribuem para diminuir a sede (Homem et al, 2022).

Dado que a retenção de sódio aumenta a sensação de sede, a pessoa procura aumentar a ingestão hídrica. Assim, uma dieta restrita em sal é essencial para diminuir a ocorrência destes episódios e controlar a tensão arterial (Cristóvão, 2016).

Produção de eritropoetina

Os rins produzem e libertam eritropoetina que, por sua vez, estimula a produção de glóbulos vermelhos na medula óssea. A secreção da eritropoetina é especialmente influenciada pela presença de hipoxia. Assim, nas pessoas com DRC em programa regular de HD, a produção de eritropoetina diminui, resultando em anemia e em fadiga. Fatores como as perdas sanguíneas no circuito extracorporal durante as sessões de HD e deficiência de ácido fólico e ferro justificam não só a anemia, mas também a intolerância à atividade (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Manutenção do equilíbrio ácido-base

Os rins, juntamente com os pulmões, desempenham um papel essencial na manutenção do equilíbrio ácido-base, ajudando a manter o pH entre 7,35 e 7,45, evitando a acidose (<7,35) e a alcalose (>7,45). As causas da acidose e da alcalose podem ser de origem respiratória ou metabólica (Guyton & Hall, 2017).

A acidose metabólica, uma complicação da DRC, ocorre devido à acumulação de hidrogénio nos fluidos corporais. Esta acumulação de hidrogénio pode surgir devido à redução na excreção renal de hidrogénio, aumento na produção de hidrogénio, perda de bicarbonato e ingestão de certas substâncias (salicilatos ou metanol). Para corrigir o pH, os iões de hidrogénio passam para as células em troca dos iões de potássio, podendo causar ou piorar a hipercaliemia (Cristóvão, 2016).

A alcalose metabólica, por outro lado, é marcada pelo aumento do bicarbonato, resultando no aumento do pH e da pressão parcial de Dióxido de Carbono (CO₂), podendo originar acumulação de substâncias alcalinas, como bicarbonato, perdas de iões de hidrogénio por via renal ou gastrointestinal (diuréticos, vômitos) e depleção de potássio (Cristóvão, 2016).

Manutenção do equilíbrio de água, sódio, potássio e fósforo

Os fluidos corporais estão distribuídos por vários compartimentos do corpo, funcionando como

meio de transporte, essenciais para a função celular e tecidual (Braz & Castiglia, 2022).

O organismo humano regula o volume de água, apesar da variação de ingestão hídrica. As principais fontes de água, por dia, são as bebidas (1,3 L), alimentos (0,9 L), e o metabolismo oxidativo (0,3 L), que se vão distribuir pelos compartimentos: intravascular (5% do peso corporal), intersticial (15% do peso corporal) e intracelular (40% do peso corporal). A saída de água do corpo, por dia, ocorre fundamentalmente através da urina (1,5L), da respiração e transpiração (0,9L) e das fezes (0,1L) (Pinto, 2009).

A água no organismo humano está distribuída em dois compartimentos: compartimento intracelular (2/3) e compartimento extracelular (1/3). O compartimento extracelular é fracionado num componente intravascular (1/5) e intersticial, que ocupa o espaço entre as células. A adição dos fluidos destes compartimentos constituem a água corporal total, que se define em percentagem do peso corporal total (Pinto, 2009). A água corporal total varia de acordo com o sexo da pessoa, a idade e a quantidade do tecido adiposo (Braz & Castiglia, 2022).

Aquando da formação do edema ocorre a redução do volume intravascular e o aumento da pressão hidrostática intersticial. A redução do volume intravascular é resultado da fuga de líquido para o espaço intersticial que vai ativar o SRAA, devido a uma redução da pressão de perfusão renal, aumentando a reabsorção renal de água e sódio e agravamento do edema. O aumento da pressão hidrostática intersticial opõe-se à fuga de mais fluido dos vasos (Pinto, 2009).

A regulação e a constituição dos fluidos corporais são mantidas pela capacidade excretora dos rins e pela Hormona Antidiurética (ADH), bem como pela aldosterona. Em situações em que a função renal se encontra acima de 25% do normal, a composição e o volume da urina, devido à ação de mecanismos adaptativos que reforçam a função renal tubular, mantêm-se dentro de padrões normais. Conforme a função renal se deteriora, a produção de urina diminui gradualmente, podendo levar à anúria. A propensão para reter líquidos manifesta-se através do desenvolvimento de edemas, aumento do peso corporal e elevação da tensão arterial (Cristóvão, 2016).

Para manter a homeostasia, a eliminação de água e eletrólitos deve ser equilibrada com a quantidade correspondente de ingestão. Se a ingestão exceder a eliminação, a quantidade de água e eletrólitos no corpo aumentará; se a ingestão for menor que a eliminação, a quantidade de água e eletrólitos no corpo diminuirá (Guyton & Hall, 2017).

Compreende-se, assim, as repercussões que a DRC tem no sistema respiratório, uma vez que, a sobrecarga de líquidos no corpo, causada pela permeabilidade anormal dos vasos sanguíneos nos pulmões, pode levar ao edema agudo do pulmão e à efusão pleural, pelo que é essencial que a pessoa mantenha o seu peso sem excesso de líquidos (peso seco) (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

A crescente perda das unidades funcionais nos rins afeta a capacidade de regular a eliminação de sódio. O aumento na concentração sérica de sódio acima de 146 mEq/L (hipernatrémia) está associado a uma elevada taxa de mortalidade. Isso pode ocorrer devido à falência renal, à perda de fluidos ou ao aumento da ingestão de sódio (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

O potássio regula a atividade muscular e cardíaca, influencia o equilíbrio ácido-base e participa em diversas reações enzimáticas. A concentração sérica de potássio acima de 5,5 mEq/L (hipercaliemia) está, geralmente, associada a um aumento na ingestão de potássio, movimento de potássio de dentro para fora das células, diminuição na excreção de potássio, incumprimento das sessões de HD prescritas e controle inadequado da glicose em diabéticos insulínodpendentes. A concentração sérica de potássio abaixo de 3,5 mEq/L (hipocalemia) resulta principalmente da redução na ingestão de potássio, perdas gastrointestinais, aumento da eliminação urinária e movimento de potássio de fora para dentro das células (Cristóvão, 2016).

A concentração de fósforo no sangue igual ou inferior a 2,5 mg/dL (hipofosfatemia) pode ser originada por diversos fatores, como a redução na absorção intestinal de fósforo (por deficiência de vitamina D, alcoolismo ou má absorção), aumento da excreção renal (hiperparatireoidismo, acidose e uso de diuréticos), transferência do fósforo do espaço extracelular para o intracelular, deficiência nutricional e uso excessivo de quelantes de fósforo (Cristóvão, 2016).

Já a concentração de fósforo no sangue acima de 4,5 mg/dL (hiperfosfatemia) é comum na DRC por diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), podendo levar à hipocalcemia, devido à formação de cristais de fosfato de cálcio que se depositam em órgãos e tecidos (Cristóvão, 2016).

Ativação da vitamina D

Os rins desempenham um papel crucial na ativação da vitamina D, essencial para facilitar a absorção de cálcio pelo trato gastrointestinal, para promover a deposição adequada de cálcio nos ossos e para regular os níveis de cálcio e fosfato no organismo (Guyton & Hall, 2017).

Na presença de DRC, esta função pode ficar condicionada, resultando em deficiência da vitamina D e hiperparatireoidismo secundário (Arellano, 2019; Guyton & Hall, 2017).

Eliminação dos produtos finais de metabolismo

Os rins desempenham um papel fundamental na remoção de produtos metabólicos indesejados que não são mais necessários no organismo, nomeadamente, ureia, creatinina, ácido úrico e produtos resultantes da degradação da hemoglobina. A eliminação destes é essencial para garantir que sejam removidos do corpo tão rapidamente quanto possível. Além disso, os rins

desempenham um papel crucial na eliminação da maioria das toxinas e outras substâncias estranhas que são produzidas pelo corpo ou ingeridas, como pesticidas, medicamentos e aditivos alimentares (Guyton & Hall, 2017). Na presença de DRC, esta função pode ficar condicionada resultando num quadro urémico (Arellano, 2019).

A perda da função renal pode ser lenta e progressiva, uma vez que, quando há lesão renal, com perda de nefrônios, os restantes apresentam hipertrofia por hiperfiltração compensatória. O rim mantém a sua função depurativa até cerca de 50% dos nefrônios deixarem de estar funcionantes. Nesta altura, o valor de creatinina duplica e a TFG diminui aproximadamente 50% (Arellano, 2019).

Os sintomas mais comuns da DRC são: polidipsia, poliúria, halitose, vômitos e diarreia, boca inflamada, diminuição do apetite, diminuição do peso, fraqueza e fadiga (Machado, 2009).

No estágio 5 (DRC terminal) predominam os sintomas de uremia. A uremia resulta da acumulação de ureia e substâncias tóxicas não filtradas pelo rim, levando, assim, a repercussões nos vários órgãos e sistemas orgânicos (KDIGO, 2023):

- Neurológico: letargia, sonolência, tremores, irritabilidade, soluços, câibras, fraqueza muscular e défice cognitivo;
- Gastrointestinal: anorexia, náusea, vômito, gastrite, hemorragia, diarreia e hálito urémico;
- Cardiovascular ou pulmonar: hipertensão resistente ao tratamento, dispneia, tosse, arritmia e edema;
- Metabólico e endocrinológico: perda de peso, acidose metabólica, hiperuricemia, hipercalemia, diminuição de libido, impotência sexual;
- Hematológico: anemia;
- Urinário: noctúria e oligúria.

CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO DA DRC

A classificação da DRC é dividida em cinco estágios funcionais, conforme a tabela 2 (KDIGO, 2023):

Estágio da Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)	
1	>90 com proteinúria	Funciona bem, no entanto, apresenta sinais de lesão, como hematúria ou proteinúria
2	60 a 89	Apresenta lesão com leve redução da TFG
3	30 a 59	Apresenta lesão e alteração laboratorial, com moderada redução da TFG
4	15 a 29	Apresenta lesão e alteração laboratorial e sintomas, com redução avançada da TFG
5	<15 ou em diálise	Falência renal com necessidade de TSR

Tabela 2 – Estágios da Função Renal

A progressão da DRC é avaliada com base na estrutura do rim e na TFG. A TFG é um indicador que avalia a eficiência dos rins na remoção e na eliminação de substâncias prejudiciais, permitindo assim a avaliação e a classificação das condições renais (Guyton & Hall, 2017).

De acordo com o estágio da doença, existem complicações associadas, conforme a figura 1 (KDIGO, 2023):

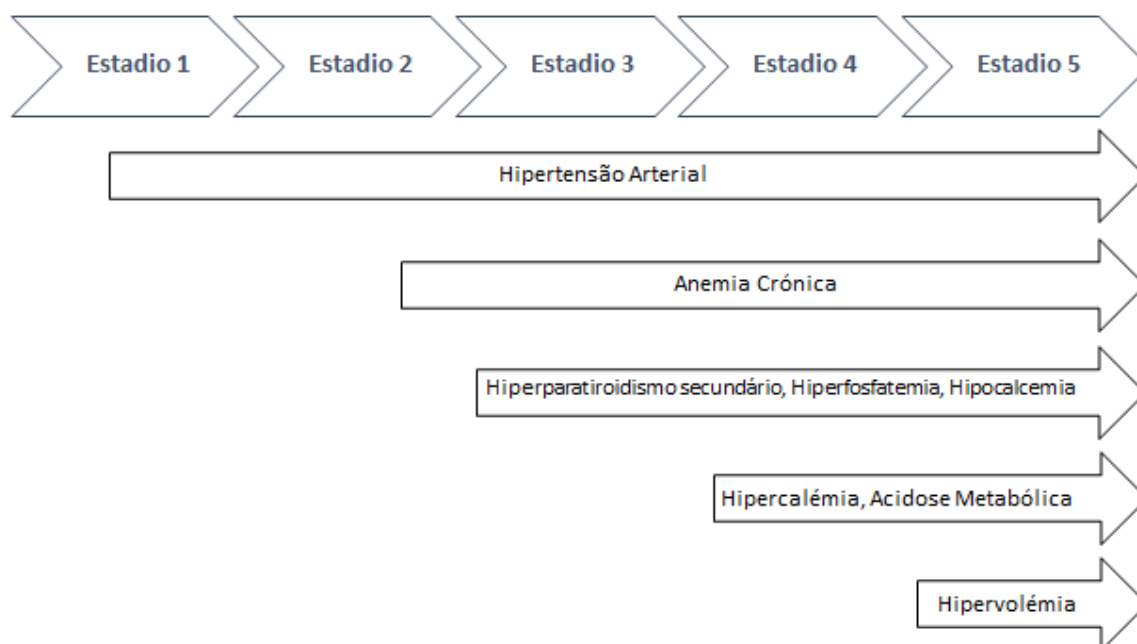


Figura 1 – Complicações da DRC

No estágio 1, não há dano renal. Já no estágio 3, a TFG está um pouco reduzida. No estágio 5, no qual a TFG é muito baixa (menor que 15 ml/min./1,73m²), a função renal está tão comprometida que a única alternativa é a TSR, de forma a evitar a morte, razão pela qual o

estádio 5 corresponde à fase terminal da DRC (National Kidney Foundation, 2012). Apesar de o estágio 5 corresponder a uma falência renal, a pessoa pode apresentar uma diurese residual, o que poderá suavizar a restrição na quantidade de líquidos ingeridos (Machado, 2009).

Uma doença é considerada crónica quando apresenta uma duração prolongada e persistente, como é o caso da DRC. A designação "crónica" refere-se à sua natureza persistente ao longo do tempo, verificando-se, no caso da DRC, um declínio progressivo e contínuo da função renal, associados a um variável grau de incapacidade (KDIGO, 2023; Regulamento n.º 429/2018, 2018)

Apesar de cada doença ser única e, portanto, ter repercussões diferentes em cada pessoa, há um conjunto de manifestações e complicações comuns. Neste sentido, uma doença para ser categorizada como "crónica" terá de cumprir determinados critérios, nomeadamente, uma duração superior a três meses, a necessidade de adaptação quer a nível físico, mental, social, psicológico, emocional e espiritual e, ainda, eventuais incapacidades. Neste quadro, a doença crónica tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Devido à sua natureza crónica, as doenças como a DRC podem levar a uma dependência crescente da pessoa em relação aos cuidados de saúde, aumentando a necessidade de suporte ao longo do tempo. Independentemente de se tratar de uma doença renal ou não, a doença crónica implica uma abordagem centrada no cliente "como um todo" e não na patologia.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA DRC

O tratamento da DRC envolve quatro fatores (Fresenius Medical Care, 2011; GID, 2014; National Kidney Foundation, 2006; Levin et al., 2017):

A. Controlo de fatores de risco e causas. Passa por tratar a causa da DRC, por controlar a tensão arterial e a glicemia capilar, pela evicção tabágica e pela dieta adaptada. A dieta adaptada das pessoas com DRC em programa regular de HD tem diversas especificidades no que diz respeito às quantidades diárias a ser ingeridas, nomeadamente:

- Proteínas, 1,2g/kg/dia, em pessoas com compromisso renal em programa regular de HD estáveis, sendo este valor variável caso a pessoa esteja desnutrida, realize HD com alto fluxo, seja portadora de diabetes mellitus ou de VIH. Em todos estes casos, a ingestão proteica deve ser aumentada de acordo com as particularidades de cada pessoa;
- Potássio, 2-3 g/dia, tendo em consideração que nas pessoas com oligúria ou anúria o potássio acumula-se no organismo, pois a sua eliminação é dificultada;
- Fósforo, 0,8-1 g/dia. De realçar que a HD remove cerca de 0,4 a 0,8 g de fósforo por sessão;
- Sódio, 2 a 2,3 g/dia, sendo esta individualizada por depender da diurese;

- Líquidos, 500 ml além do volume urinário de 24 horas.

B. Medidas nefro-protetoras. Inclui os ajustes nas doses da medicação, a evicção dos anti-inflamatórios não esteróides e a preferência pelos IECA/antagonistas do recetor da angiotensina II e inibidores do co-transportador sódio-glicose.

C. Tratamento das complicações.

D. Preparar para TSR.

Uma vez que a pessoa com DRC tem maior risco de infeção, está recomendada a vacinação anual antigripal e, nos estádios 4 e 5, a vacinação anti-VHB com confirmação de resposta imunológica e vacinação anti-pneumocócica polivalente, com reforço a cada cinco anos (GID, 2014; Levin et al., 2017).

Quando há declínio progressivo da função renal (TFG < 30 ml/min) é necessário preparar a pessoa para iniciar TSR. Os síndromes urémicos e a retenção de líquidos refratária aos diuréticos são exemplos de condições que requerem o início de TSR (KDIGO, 2023).

Existem duas modalidades de substituição renal: TR e diálise (HD e DP).

O TR é a implantação de um rim saudável na pessoa com DRC, habitualmente já em regime de diálise. Apresenta como principais vantagens a possibilidade de a pessoa poder retomar o seu estilo de vida habitual em pouco tempo e de não existirem restrições significativas como existem para as pessoas em programa regular de HD. Apresenta como desvantagens a necessidade de imunossupressão (com o risco de infeção), de cumprimento rigoroso do regime medicamentoso, bem como o risco de rejeição do órgão (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, 2018; KDIGO, 2023).

A DP é uma técnica de diálise realizada através do peritoneu, que é uma membrana altamente permeável e vascularizada, permitindo a passagem de substâncias da circulação sanguínea para a cavidade peritoneal e vice-versa. Apresenta como principais vantagens poder ser realizada no próprio domicílio e apenas condicionar a pessoa, em termos de tratamento, na altura de trocar as bolsas. Apresenta como desvantagens o facto de implicar treino para adquirir a mestria, eventuais complicações com o acesso e o risco de peritonite (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, 2018; KDIGO, 2023).

A HD é a TSR mais frequente, sendo realizada por aproximadamente 75% das pessoas com DRC no estágio 5. Consiste na criação de um circuito extracorporal do sangue através de canais formados por uma membrana semipermeável que permite a depuração de substâncias indesejáveis como a ureia e a creatinina através de trocas osmóticas e dialíticas. Apresenta como principais vantagens ser realizada numa clínica ou hospital com pessoal especializado e não necessita de equipamentos no domicílio. Apresenta como desvantagens o facto de ser realizada durante aproximadamente cinco horas, três vezes por semana, a possibilidade de

complicações com o acesso vascular e de desequilíbrios hidroeletrólíticos (Fresenius Medical Care, 2011, 2015; OE., 2016).

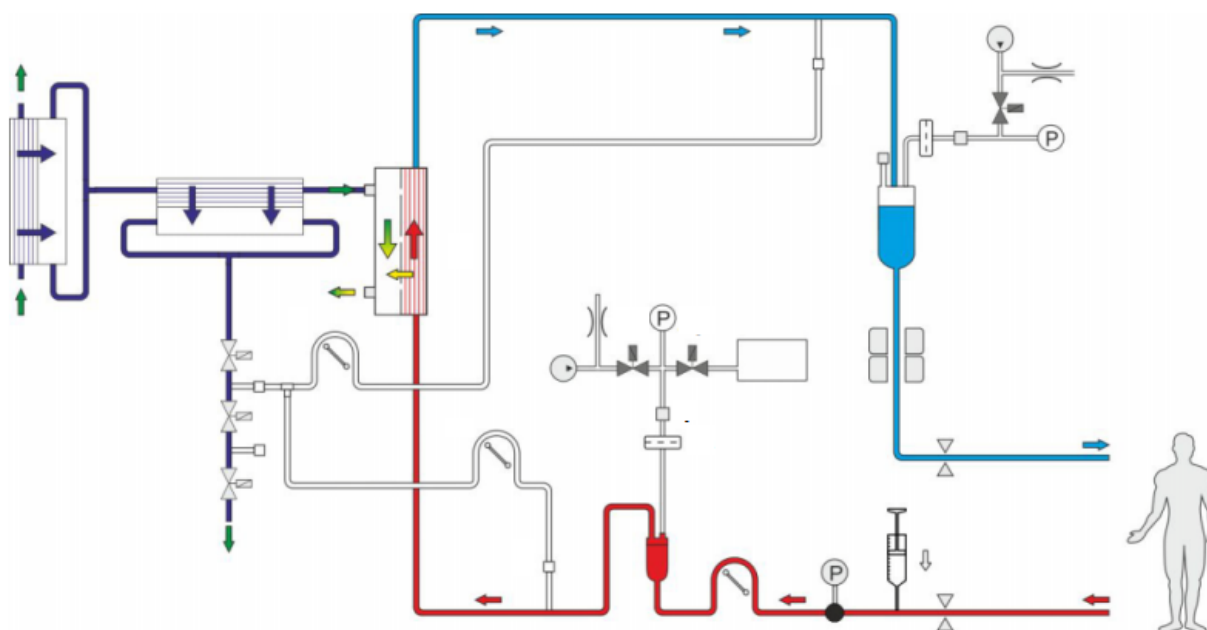


Figura 2 – Hemodiálise

Mais pormenorizadamente, a HD permite, recorrendo a uma máquina e a um circuito extra corporal, passar o sangue da pessoa através de um “rim artificial” (dialisador) com o intuito de eliminar produtos tóxicos acumulados, líquidos em excesso e repor substâncias que estão em défice. O sangue circula através da membrana semipermeável do dialisador, banhada pelo dialisante e, através de um processo de difusão e osmose, realizam-se as trocas de líquidos, eletrólitos e toxinas do sangue para o dialisador. O sangue e o dialisante circulam em direções opostas (contracorrente) através do dialisador, para manter no máximo, os gradientes químicos e osmóticos. Aplica-se pressão hidrostática positiva ao sangue e pressão hidrostática negativa ao dialisante para remover os líquidos. A diferença entre estes dois valores constitui a pressão transmembranária e leva à eliminação dos líquidos do espaço vascular, através de um processo designado por ultrafiltração (Fresenius Medical Care, 2011, 2015; OE, 2016).

O dialisante é constituído por água e eletrólitos, como o cloreto de potássio, cloreto de cálcio, cloreto de sódio, cloreto de magnésio, ácido láctico e bicarbonato de sódio, em doses que proporcionam o desenvolvimento de um gradiente de difusão através das membranas. A água a ser utilizada deve ser tratada através de processos de filtração (Fresenius Medical Care, 2011, 2015; OE, 2016).

A eficácia da diálise é influenciada por fatores como a capacidade do dialisador, o débito do fluxo sanguíneo, a temperatura do dialisante, a velocidade do dialisante e o tempo de tratamento (Fresenius Medical Care, 2011, 2015; OE, 2016).

ACESSOS VASCULARES

Para recorrer à HD é necessário um acesso vascular. O acesso vascular ideal deve atender a três critérios: garantir uma abordagem segura e contínua ao sistema vascular, permitir o fluxo sanguíneo suficiente à realização da HD e não apresentar complicações (Sousa, 2014). As complicações associadas ao acesso vascular são a principal causa de morbidade, resultando em múltiplos internamentos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD (Parisotto & Pancirova, 2014).

O acesso vascular é a condição que permite a conexão entre a pessoa e o circuito extracorporeal. Existem dois tipos de acessos:

- Acessos arteriovenosos:
 - FAV: anastomose direta entre uma artéria e uma veia, construída cirurgicamente (Parisotto & Pancirova, 2014);
 - Prótese arteriovenosa (PAV): anastomose entre uma artéria e uma veia por implantação cirúrgica de um tubo sintético, habitualmente, de politetrafluoretileno (Parisotto & Pancirova, 2014).
- Acesso venoso:
 - CVC, permanente ou tunelizado com cuff, que pode ser de curta ou longa duração: é introduzido numa veia após um percurso subcutâneo obliterado por um cuff (Bertoli & Musetti, 2008).

A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A pessoa em programa regular de HD lida, no seu dia-a-dia, com situações desafiadoras devido à autogestão da DRC e do regime terapêutico. A necessidade de realizar HD durante aproximadamente cinco horas, três vezes por semana, bem como tomar vários medicamentos, cumprir um plano alimentar diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral e realizar exercício físico adaptado à sua condição, implica mudanças e adaptações no estilo de vida da pessoa (Pinto, 2020).

A World Health Organization (WHO, 2003) identificou cinco fatores relacionados com a *compliance*, isto é, fatores que influenciam a adesão ao tratamento: individuais, intrínsecos à pessoa; culturais, sociais e económicos; relacionados com a doença de base e comorbilidades; relacionados com a medicação prescrita; relacionados com os profissionais de saúde. Estes fatores podem favorecer a não adesão ao regime terapêutico, podendo, por consequência, aumentar a morbidade e os custos associados com os tratamentos (Roseleur et al., 2019; Mhammedi et al., 2019).

A adesão e a gestão do regime terapêutico estão associadas à capacidade de a pessoa realizar o autocuidado. Orem (1991) assume que os adultos têm a capacidade inerente de preservar a sua própria saúde. De acordo com essa visão, as pessoas dedicam-se a cuidar de si mesmas ou daqueles que delas dependem.

No entanto, a DRC pode comprometer a capacidade de a pessoa cuidar de si própria, pelo que o enfermeiro deve garantir que as necessidades de autocuidado associadas aos problemas de saúde sejam atendidas, reconhecendo os défices no autocuidado, envolvendo o cliente no processo de tratamento, orientando e estimulando comportamentos de autocuidado, especialmente em relação às restrições de ingestão de líquidos e alimentação (Cristóvão, 2016).

Autogestão do regime medicamentoso na DRC

Apesar dos resultados admiráveis da HD, esta técnica não substitui a função hormonal e metabólica do rim, implicando a necessidade de terapêutica complementar. A terapêutica medicamentosa varia de cliente para cliente, de acordo as suas necessidades. Tem também como objetivo o controlo sintomático devido a outras doenças associadas à DRC, como a HTA e diabetes mellitus (Daugirdas et al., 2016),

O cumprimento do regime medicamentoso é crucial em todas as doenças crónicas, em particular na DRC, uma vez que o seu incumprimento pode originar problemas graves e até mesmo a morte (Rahdar et al., 2019). Segundo os mesmos autores, a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com DRC em programa regular de HD é fundamental, pois previne complicações associadas e, conseqüentemente, diminui os sinais e sintomas das mesmas. A adesão fomenta a qualidade e a esperança de vida, diminuindo as taxas de mortalidade resultantes de eventuais complicações que possam surgir.

Cumprir o regime medicamentoso pode ser difícil para algumas pessoas, não só por problemas físicos ou cognitivos, como também por problemas económicos. Bastos (2012), no seu estudo sobre gestão da doença e do regime terapêutico na pessoa com doença crónica, refere a cognição e a volição como duas variáveis importantes para existir adesão. Portanto, para aderir ao regime medicamentoso, a pessoa terá de entender a importância desse regime, assim como ter vontade de o cumprir.

Quanto mais medicamentos a pessoa tem de auto-administrar, mais problemática pode ser a respetiva adesão ao regime medicamentoso (Bastos, 2012). Acresce que a pessoa com DRC além da medicação *per os*, tem prescrito fármacos administrados por outras vias, como a eritropoietina, o que torna a gestão do regime medicamentoso ainda mais complexa.

A literatura científica realça que a não adesão/gestão do regime medicamentoso pode atingir 50% das pessoas com DRC, particularmente as pessoas com comorbilidades associadas

(Williams et al, 2008).

Como a pessoa com DRC apresenta um regime medicamentoso complexo, associado à necessidade de vários medicamentos, a não adesão pode não estar relacionada com a falta de acesso ou com o esquecimento, mas ser uma opção da própria pessoa, pelas suas crenças ou por causa dos efeitos secundários da medicação, por exemplo (Brown et al., 2016).

Autogestão do regime dietético na DRC

O adequado estado nutricional é o reflexo do equilíbrio entre a ingestão e as necessidades nutricionais do organismo. Este pode ser afetado por alterações na ingestão, na absorção, no transporte, na excreção e na reserva dos nutrientes, o que pode resultar num desequilíbrio nutricional (Martins, 2016).

Com a progressão da DRC, podem aparecer diferentes distúrbios metabólicos, gastrointestinais e hormonais. A desnutrição, o processo inflamatório sistémico e baixos níveis de albumina, são fatores que contribuem para o aumento da morbilidade e da mortalidade, que estão geralmente presentes em pessoas com DRC em tratamento dialítico (Chung et al., 2012). Estas situações são devidas à baixa ingestão alimentar de proteínas e energia em consequência de dietas restritivas, anorexia, náuseas e vômitos, uremia, acidose metabólica, processo inflamatório sistémico causado pela própria doença e pelo tratamento, além da perda de proteínas, aminoácidos, vitaminas e minerais através da diálise (principalmente as vitaminas hidrossolúveis), interferindo e aumentando o catabolismo proteico (Ribeiro et al., 2015).

As pessoas em regime de HD, frequentemente, necessitam de suplementação de vitaminas e minerais, em especial vitaminas do complexo B, vitamina D e minerais como ferro, zinco e cálcio, uma vez que há perdas significativas desses micronutrientes durante o processo dialítico, o que pode agravar o quadro nutricional, imunológico e ósseo. No entanto, valores indicativos de sobrepeso e obesidade têm vindo a aumentar nas pessoas com DRC (Souza et al., 2016).

Existem alguns alimentos que são recomendados e outros não recomendados para pessoas com compromisso renal em programa regular de HD, nomeadamente alimentos com potássio, fósforo, cálcio, sódio e proteínas (Danelon et al., 2018; Fresenius Medical Care, 2011; National Kidney Foundation, 2006):

- Potássio

- Recomendados: maçãs, uvas, pêssegos (frutas de baixo teor de potássio); cenoura, feijão verde, alface (vegetais de baixo teor de potássio);

- Não recomendados: bananas, laranjas, melões, abacates (frutas ricas em potássio); batatas, tomates, espinafres, brócolos (vegetais ricos em potássio).

- Fósforo

- Recomendados: carnes magras, ovos, peixes de água doce, arroz branco (fontes de proteínas de baixo teor de fósforo);

- Não recomendados: frutos secos, sementes, produtos lácteos, alimentos processados (ricos em fósforo).

- Cálcio

- Recomendados: brócolos, couve, tofu (fontes de cálcio com baixo teor de cálcio); leite de amêndoa, leite de arroz (alternativas lácteas com baixo teor de fósforo e cálcio);

- Não recomendados: leite de vaca, queijo, iogurte, produtos lácteos processados (ricos em cálcio e fósforo).

- Sódio

- Recomendados: legumes frescos, ervas frescas, especiarias (alternativas para temperar alimentos sem adição de sal); carne fresca, peixe fresco (opções de proteínas com baixo teor de sódio).

- Não recomendados: alimentos processados, alimentos enlatados, aperitivos salgados (alimentos ricos em sódio).

- Proteínas

- Recomendados: carnes magras, peixes, ovos, tofu, feijão, lentilhas, grão-de-bico (fontes de proteína);

- Não recomendados: carnes processadas, fritos, alimentos ricos em gordura saturada.

A manutenção de hábitos alimentares adequados pode constituir-se como um fator fundamental no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em regime de HD. Assim, é necessária a caracterização do estado nutricional das pessoas com DRC, de modo a que a intervenção do profissional de saúde possa ser ajustada e possa prevenir a malnutrição (Locatelli et al., 2002). Posto isto, é essencial o enfermeiro potenciar os conceitos de um regime dietético adequado e reforçar a necessidade das restrições dietéticas a partir do início da HD.

As pessoas com DRC, principalmente aquelas que se encontram em programa regular de HD, estão sujeitas a uma série de restrições alimentares que, em conjunto, conduzem a alterações na ingestão alimentar e na qualidade da dieta. Como referido anteriormente, quanto mais complexo o regime terapêutico, mais difícil a adesão e gestão da pessoa (Kirchner et al, 2011; Bastos, 2012).

Autogestão do regime de exercício na DRC

A WHO (2020) realça que todos os indivíduos beneficiam com a prática de atividade física e com a diminuição do sedentarismo, inclusive pessoas com doenças crónicas.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que implica gasto de energia, ou seja, atividade física implica movimento, seja ele associado ao lazer, à marcha, ou ao trabalho da própria pessoa. A pessoa, ao manter-se ativa ao longo do dia (até de formas simples), pode atingir, com mais facilidade, os níveis de atividade recomendados. A atividade física regular tem vantagens, entre elas, uma melhor aptidão músculo-esquelético e cardiorrespiratória, bem como a diminuição do risco de depressão (WHO, 2022).

A realização do tratamento de HD determina, na vida da pessoa com DRC, uma disponibilidade, de cerca de cinco horas, três vezes por semana, o que, desde logo, condiciona e limita a realização de todas as outras atividades corporais, recreativas e de cuidado pessoal, e fomenta o sedentarismo e o défice funcional. Este sedentarismo pode refletir-se em alterações musculoesqueléticas e na capacidade cardiorrespiratória, o que, por sua vez, se vai refletir negativamente na diminuição da capacidade de exercício e na realização das atividades de vida diária da pessoa (Reboredo et al., 2007; WHO, 2022).

Ademais de as sessões de HD fomentarem o sedentarismo, também a técnica de HD – pela dor e pela fadiga muscular que pode provocar – contribui para o mesmo (Fassbinder, et al., 2015). Os mesmos autores referem que existem efeitos benéficos na utilização de programas de exercícios físicos durante a HD, resultando destes um melhor controlo da HTA, da função cardíaca, da força muscular e da capacidade funcional. Estes programas levam ao aumento da massa e da resistência muscular, da aptidão física, da qualidade do sono, da autoperceção de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Reboredo et al. (2007) referem que a realização de exercícios durante as sessões de HD aumenta a adesão ao tratamento e diminui da monotonia durante as sessões.

Além disso, a realização de exercício físico durante a HD melhora a eficiência da HD, uma vez que aumenta a oxigenação e a circulação sanguínea e melhora a eficiência do processo dialítico (Fassbinder, et al., 2015).

Para a obtenção de benefícios na melhoria da qualidade em saúde no adulto, a WHO (2020) recomenda (salvo contra-indicações): a prática de exercício físico aeróbico de 150 a 300 minutos de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade vigorosa, ou então uma combinação entre os dois tipos de atividade, por semana. Este exercício pode ser concretizado através de atividades como caminhar, ou através da realização de tarefas domésticas diárias. O exercício deve iniciar-se por cargas baixas de atividade e de exercício físico, aumentando gradualmente a frequência, a intensidade e a duração.

O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA COM COMPROMISSO RENAL EM PROGRAMA REGULAR DE HD

Quer o diagnóstico de compromisso renal, quer a inclusão num programa regular de HD, constituem ruturas e determinam uma mudança radical na vida da pessoa. De facto, algo muda e fica diferente, para sempre. Esta mudança vai exigir que a pessoa desenvolva um processo de adaptação que, segundo Meleis et al. (2000), se denomina: transição. A transição compreende um fenómeno pessoal e não estruturado (vivencial), que se caracteriza como a passagem de uma condição para outra e que decorre ao longo do tempo, desde o momento da rutura/mudança até que a pessoa adquira um novo equilíbrio.

A forma como a pessoa vivência a transição é determinada por uma variedade de fatores, incluindo o processo em si, o período de tempo decorrido e a forma como essa pessoa percebe a experiência de mudança. Na verdade, cada pessoa atribui um significado próprio às situações relacionadas com a saúde e com a doença com base nos seus próprios valores e crenças. Esta perspectiva individual influencia e é influenciada pelos significados atribuídos pela pessoa e pelas suas percepções, influenciando o processo de transição. Para entender as experiências dos clientes ao longo deste processo, é crucial considerar as condições pessoais — o estatuto socioeconómico, as atitudes e crenças, a preparação e o conhecimento e os significados — e da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou inibir a transição. Quanto mais organizados e acessíveis forem os recursos da comunidade e da sociedade, maior probabilidade existe de evoluir para uma transição saudável. O suporte familiar, as informações, o apoio na tomada de decisão e o encaminhamento para os recursos disponíveis, bem como a resposta adequada às necessidades da pessoa, são condições facilitadoras da transição. A ausência destes fatores, tal como o estigma e os estereótipos, podem ser condições inibidoras (Meleis et al., 2000; OE, 2017).

Quer as pessoas que estão a iniciar o processo de adaptação ao programa regular de HD, quer as pessoas que se encontram em processo de transição há mais tempo, estão a passar por mudanças que podem exigir a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, impor a alteração no padrão de relações familiares, sociais e profissionais ou, mesmo, a alteração das expectativas.

No quadro da teoria das transições, são cinco as propriedades fundamentais associadas ao processo de mudança: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal da mudança e eventos críticos.

No contexto da vivência de uma pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, as propriedades da teoria das transições adquirem uma relevância particular. À luz da teoria das transições, a consciencialização torna-se essencial, pois a pessoa, para evoluir para uma transição saudável, precisa de perceber e reconhecer a experiência de transição, de entender as suas necessidades e as suas vulnerabilidades, de modo a envolver-se progressivamente no

processo de adaptação inerente à HD (o que poderá ser verificado pela procura de informação ou pelo questionamento dos enfermeiros). As mudanças e as diferenças associadas ao programa de HD são evidentes. Se o início do programa de HD constitui uma rutura significativa na vida da pessoa, essa mudança vai exigir outras mudanças, por exemplo alterações nos horários de trabalho de modo a encontrar disponibilidade de tempo para realizar três sessões de HD por semana. Deste modo, quer o que muda, quer o que fica diferente a partir da mudança, constituem uma realidade incontornável neste processo de transição. No entanto, todas as transições são processos e, portanto, envolvem tempo, desde a entrada no programa regular de HD até que a pessoa atinja um novo equilíbrio. Durante este processo, podem surgir eventos críticos (por exemplo, deixar de urinar) que podem acelerar ou retardar o processo de transição, facilitando ou dificultando o atingimento de um novo equilíbrio.

À luz da teoria das transições, o fim da transição é atingido quando a pessoa desenvolve os comportamentos necessários e adequados para lidar com as novas circunstâncias decorrentes da entrada no programa regular de HD (mestria). A mestria desenvolve-se a partir da incorporação de novas capacidades e conhecimentos que asseguram o adequado desempenho dos novos papéis. O processo de transição saudável pressupõe, ainda, uma reformulação da identidade, reorganizando a sua vida e integrando na sua nova identidade, de uma forma fluída e satisfatória, as responsabilidades e as competências inerentes ao desempenho do novo papel decorrente da doença que padece e do tratamento inerente à doença. Esta reformulação passa pela coordenação dinâmica entre os antigos e os novos papéis, sendo influenciada e influenciando o contexto em que a pessoa está inserida, para, desta forma, atingir aquilo que em enfermagem denominamos por uma transição saudável.

Em função da natureza dos seus cuidados, o enfermeiro capacita a pessoa, auxiliando-a na aquisição de conhecimentos e habilidades, potenciando a autogestão perante a sua condição. Assim, o enfermeiro contribui para que a pessoa consiga experienciar uma transição saudável para a sua nova condição (Meleis et al, 2000).

O processo de adaptação psicológica à HD é descrito em três fases: lua-de-mel, desilusão e adaptação (Clínica de Doenças Renais, 1997). Após algumas sessões de HD, os sintomas de uremia diminuem, a pessoa sente-se melhor e pode até reagir com euforia. Essa fase inicial é chamada de lua-de-mel e dura até seis meses, sendo um período de maior receptividade ao tratamento. Com o tempo, a pessoa percebe que sua vida depende do procedimento de HD e que está limitada pelos horários e complicações intra e inter-dialíticas, o que leva à fase de desilusão, na qual a pessoa pode sentir-se deprimida e revoltada. Essa fase pode durar anos até que a pessoa aceite a sua nova realidade. A fase de adaptação só ocorre quando a pessoa aceita a doença e o tratamento, no entanto, algumas pessoas nunca chegam a aceitar o tratamento e não atingem essa fase, o que pode resultar em problemas graves, incluindo o aumento do risco de morte.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 37 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-20 09:00:00	Enalapril, PO, 20mg, 1cp ao pequeno-almoço	
2023-09-20 09:00:00	Furosemida, PO, 20mg, 1 cp ao pequeno-almoço e jantar	
2023-09-20 09:00:00	Alfacalcidol, PO, 0,25mcg, 1 cp ao pequeno-almoço	
2023-09-20 09:00:00	Eritropoietina, SC, 2000UI, 3x/semana aquando HD	
2023-09-20 09:00:00	Ferro trivalente, EV, 20mg, 3x/semana aquando HD	
2023-09-20 09:00:00	Ácido fólico, PO, 5mg, 1cp 7/7 dias à 2 ^a feira	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Enalapril

IECA: na presença de DRC, a excreção de água e sódio pode ficar comprometida, surgindo a HTA por sobrecarga hídrica e retenção de sódio, com tendência a piorar por redução da perfusão renal por ativação do SRAA.

Indicação terapêutica: tratamento da HTA.

Considerações para a ação do enfermeiro: risco de hipotensão.

Furosemida

Diuréticos da Ansa: são diuréticos mais potentes, com ação mais rápida e duração mais curta, ajudando a eliminar o excesso de sal e a reduzir os edemas. Conforme o agravamento da função renal, a produção de urina vai diminuindo, podendo levar à anúria, manifestando-se pelo desenvolvimento de edemas, aumento do peso corporal e elevação da tensão arterial.

Indicação terapêutica: está indicada na remoção dos edemas e congestão pulmonar causados por DRC, bem como outras patologias. É usada em situações de oligúria, no tratamento urgente de hipercalcemia e na HTA.

Considerações para a ação do enfermeiro: risco de hipotensão.

Alfacalcidol

Análogo da vitamina D: na presença de DRC, a função do rim na ativação da vitamina D pode ficar condicionada resultando em deficiência da vitamina D e hiperparatiroidismo secundário.

Indicação terapêutica: carência de vitamina D, osteodistrofia renal, hipoparatiroidismo e raquitismo.

Eritropoietina

Alfaepoetina: os rins, em situações fisiológicas, produzem e libertam eritropoetina, que por sua vez estimula a produção de glóbulos vermelhos na medula óssea. Na presença de DRC esta função pode ficar comprometida.

Indicação terapêutica: anemia associada à DRC, bem como associada a outras doenças como o caso dos tumores sólidos ou das doenças da medula óssea.

Ferro trivalente

Compostos de ferro: na presença de DRC, uma das complicações frequentes é a anemia por diminuição da produção de eritropoetina.

Indicação terapêutica: anemia por déficit de ferro.

Ácido fólico

Antianémicos: é uma vitamina hidrossolúvel que pertence ao complexo B, necessária para a formação de proteínas estruturais e hemoglobina, que no caso da DRC pode ficar comprometida.

Indicação terapêutica: é usado no tratamento ou na prevenção da deficiência em ácido fólico.

(Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017; Infarmed, s.d.)

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Fístula arteriovenosa

20-09-2023 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

20-09-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

20-09-2023 09:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

20-09-2023 09:00 - *Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]*

30-09-2023 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

30-09-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

20-09-2023 09:00 - *Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico [SOS]*

20-09-2023 09:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

20-09-2023 09:00 - *Otimizar fístula arteriovenosa [Durante a sessão de HD]*

20-09-2023 09:00 - Hemodiálise

20-09-2023 09:00 - Estratégia dialítica: HDF

20-09-2023 09:00 - Tempo de tratamento: quatro horas

20-09-2023 09:00 - Taxa de ultrafiltração máxima por hora: 750 ml

20-09-2023 09:00 - Débito efetivo da bomba de sangue por hora: 350 ml

20-09-2023 09:00 - Sódio: conforme valores analíticos

20-09-2023 09:00 - Bicarbonato: conforme valores analíticos

20-09-2023 09:00 - Temperatura do dialisante: 35,5 °C

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

Fístula arteriovenosa

A escolha do acesso vascular para HD é influenciada pelo tempo de permanência, pelas possíveis complicações e pela condição geral da pessoa. A FAV é o acesso vascular definitivo mais utilizado e o mais recomendado para pessoas que provavelmente serão submetidos a HD por um longo período (Parisotto & Pancirova, 2014).

A manutenção da FAV depende do cuidado tanto do enfermeiro como do cliente. Embora sem ter como evitar as múltiplas punções que aumentam o risco de infeção, o enfermeiro deve vigiar a presença de complicações (infeções, estenose, aneurisma e isquemia distal) e preservar as condições de um acesso ideal, como o fluxo sanguíneo adequado para a realização de diálise, o aumento da vida útil do acesso e a diminuição de complicações (Parisotto & Pancirova, 2014).

É importante também que o cliente saiba identificar os sinais de complicações da FAV e, na presença destes, os relatem aos profissionais de saúde. A deteção precoce e o tratamento adequado de infeções, estenoses ou aneurismas podem ajudar a evitar complicações graves e a manter a FAV funcional por mais tempo (Ribeiro et al., 2022; Sousa et al., 2013).

Hemodiálise

As pessoas diagnosticadas com DRC em estágio 5 enfrentam a necessidade imperativa de TSR. Nesta fase avançada da doença, a HD, a DP ou o TR emergem como as possíveis opções terapêuticas (KDIGO, 2023).

Após ser apresentada aos clientes a alternativa entre integrarem um programa regular de HD ou um programa regular de DP, estes, frequentemente, optam pela HD como tratamento para a sua doença crónica. Esta opção, frequentemente, fica a dever-se ao facto de, por força da sua atividade laboral ou pela complexidade do procedimento, não terem possibilidade de realizar as trocas das bolsas decorrentes da DP.

A estratégia de HD prescrita para a maior parte das pessoas é a hemodiafiltração (HDF). A HDF é uma modalidade de TSR que combina os princípios da HD com a filtração convectiva, permitindo a remoção de toxinas, de metabolitos e o excesso de fluidos do sangue através de um dialisador. Utilizando um processo de difusão e filtração convectiva, a HDF é capaz de remover moléculas de diferentes tamanhos, proporcionando uma depuração mais eficaz em comparação com a HD convencional (Fresenius Medical Care, 2011).

Para a remoção de fluidos é programada a taxa de ultrafiltração que varia de acordo com o peso da pessoa. Isto ocorre porque a quantidade de líquidos a ser removida é determinada com base no volume de fluido corporal total da pessoa, que está correlacionado com o peso corporal. Portanto, a taxa de ultrafiltração é ajustada individualmente para garantir que a pessoa alcance um equilíbrio hídrico adequado e evite complicações durante o tratamento (Fresenius Medical Care, 2011). Esta taxa é prescrita pelo médico que nomeia o valor máximo a retirar de líquidos por sessão de HD e é adaptada pelo enfermeiro de acordo com o peso da pessoa.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-09-2023 09:00	Volume de líquidos	
20-09-2023 09:00	Conservação de energia	
20-09-2023 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
20-09-2023 09:00	Padrão alimentar	
20-09-2023 09:00	Padrão de exercício	

Início	Domínios	Fim
20-09-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	
20-09-2023 09:00	Sistema cardiovascular	

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

Volume de Líquidos

Uma das funções do rim é a manutenção do equilíbrio de sódio e água no organismo. Na presença de DRC, essa função fica comprometida levando à retenção de água e sódio no organismo favorecendo o aparecimento de edemas (Arellano, 2019).

A pessoa com DRC, progressivamente, retém ureia e outros produtos do metabolismo, retém líquidos, deixa de conseguir diluir e concentrar a urina, de regular o equilíbrio ácido base e os níveis plasmáticos de potássio, sódio e outros eletrólitos (Arellano, 2019).

O edema, como sintoma da DRC, tem uma fisiopatologia multifatorial, devido ao acúmulo patológico de líquido extracelular no espaço intersticial resultante da retenção renal de sal e água e mecanismos prejudicados de remoção de líquido do espaço intersticial para o espaço intravascular. Para além disso, a ativação persistente do SRAA, o comprometimento do sistema de peptídeos natriuréticos e a desregulação de outros eixos hormonais contribuem para uma maior retenção de sal e água e para exacerbar o edema (Sullivan et al, 2019).

A acumulação crescente de sódio e água proporciona, não só o desenvolvimento de edemas periféricos, mas também o desenvolvimento de HTA, insuficiência cardíaca congestiva, ascite e aumento de peso (Pinto, 2009).

Conservação de energia

Devido a fatores como a anemia, a uremia, os distúrbios eletrolíticos, a acumulação de toxinas, as alterações cardiovasculares e o sedentarismo associados à DRC, pode surgir a intolerância à atividade. A anemia e os distúrbios hidroeletrólíticos, muito frequentes nas pessoas com DRC no estágio 5, contribuem para a fadiga e a fraqueza muscular. A acumulação de toxinas devido à capacidade reduzida dos rins de filtrar eficientemente o sangue pode causar sintomas debilitantes que se exacerbam com a atividade física. As alterações cardiovasculares, por sua vez, podem limitar a capacidade do coração de fornecer sangue adequadamente aos músculos durante a atividade física, exacerbando a intolerância à atividade (Fassbinder, et al., 2015; Teixeira, 2018).

Assim, as pessoas com DRC frequentemente apresentam intolerância à atividade (Fassbinder, et al., 2015), definida pelo ICN (2019) como "falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades". À luz do estudo realizado por Soares et al. (2008), a intolerância à atividade manifesta-se pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitações que as pessoas sentem ao desenvolver as suas atividades diárias.

Sistema cardiovascular

Como referido anteriormente, no estágio 5 da DRC predominam os sintomas de uremia, que leva a repercussões em todos os órgãos e sistemas, nomeadamente no sistema cardiovascular (KDIGO, 2023).

A acumulação da ureia e da creatinina podem induzir a disfunção endotelial, resultando na diminuição da produção de óxido nítrico, um potente vasodilatador, e no aumento da expressão de moléculas de adesão celular, promovendo a inflamação e a aterosclerose (Guyton & Hall, 2017; National Kidney Foundation, 2012).

Além disso, a disfunção renal está associada a distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base, como hipercaliemia, hipercalcemia e acidose metabólica, que podem afetar diretamente a contratilidade cardíaca e a condução elétrica do coração, aumentando o risco de arritmias cardíacas e a disfunção miocárdica. O desequilíbrio hormonal, incluindo a ativação do SRAA e a deficiência de eritropoietina, também desempenha um papel crucial na patogénese das disfunções cardiovasculares na DRC, contribuindo para a HTA, hipertrofia ventricular esquerda e retenção de sódio e água (Guyton & Hall, 2017; National Kidney Foundation, 2012).

Em condições fisiológicas, o rim desempenha um papel crucial no controlo da pressão arterial através da regulação do volume de líquido extracelular e da ativação do SRAA. No entanto, na presença de DRC, estes mecanismos podem ficar comprometidos. Neste caso, haverá uma diminuição da capacidade do corpo para excretar sódio e água, levando à retenção de líquidos e de sódio, o que por sua vez pode contribuir para o desenvolvimento da HTA (Guyton & Hall, 2017).

Em virtude da HDF, é crucial manter o controlo da pressão arterial, pois a remoção de fluidos e substâncias do sangue pode afetar significativamente os níveis de pressão sanguínea, podendo contribuir para complicações, como a hipotensão intradialítica (Fresenius Medical Care, 2011; Guyton & Hall, 2017).

Autogestão do regime medicamentoso, Padrão alimentar e Padrão de exercício

O regime terapêutico da pessoa em programa regular de HD implica mudanças e adaptações no estilo de vida da pessoa. O desafio colocado às pessoas com DRC prende-se com a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, de modo a que o cliente seja competente no desenvolvimento de estratégias para otimizar a sua capacidade funcional e a qualidade de vida (Bastos, 2012; Pinto, 2020).

Perante uma pessoa com o diagnóstico de DRC, importa desenvolver com esta a sua capacidade de autogestão do regime terapêutico (farmacológico e não farmacológico), numa lógica antecipatória (antes da instalação de compromissos significativos nos processos corporais), mas também desenvolver uma consciencialização facilitadora das mudanças que será necessário introduzir na vida de todos os dias. Mudanças que, frequentemente, se dirigem ao desenvolvimento do autocontrolo da condição de saúde e à preservação da autonomia no autocuidado.

A adequada autogestão do regime medicamentoso, do padrão alimentar e do padrão de

exercício é fundamental para o tratamento bem-sucedido da DRC e pode influenciar positivamente a sintomatologia, reduzir as readmissões hospitalares associadas à DRC e melhorar a capacidade funcional e bem-estar (Bastos, 2012; Pinto, 2020).

A prática de enfermagem prioriza a promoção e a preservação da saúde através de ações de autocuidado. Isso requer um compromisso ético e responsável, sustentado por uma educação contínua baseada em evidências atualizadas. Essa abordagem é essencial para melhorar a gestão dos cuidados de saúde, permitindo uma resposta eficaz às necessidades e aos problemas de saúde das pessoas ao longo das suas vidas (Meleis, 2012).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-09-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

20-09-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.

20-09-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

20-09-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Durante a sessão de HD de 30 em 30 minutos]

20-09-2023 13:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-09-2023 13:15 - Membro superior Direita(o)

20-09-2023 13:15 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

20-09-2023 13:15 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

30-09-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

30-09-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

30-09-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.

30-09-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

Volume de líquidos

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Sensação de sede normal.

20-09-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

20-09-2023 09:00 - Tumefação dos tecidos

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Mão Esquerda(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Mão Direita(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Pálpebra Direita(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Pálpebra Esquerda(o): depressível.

20-09-2023 09:00 - Sinal de Godet

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4)

mm).

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

20-09-2023 09:00 - Mão Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

20-09-2023 09:00 - Mão Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

20-09-2023 09:00 - Turgor da pele normal.

20-09-2023 09:00 - Pele hidratada.

20-09-2023 09:00 - Peso: 57.30 Kg.

20-09-2023 09:00 - Densidade urinária normal.

20-09-2023 09:00 - Eliminação urinária (24 horas): 200 ml

20-09-2023 09:00 - Edema [RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Localização do edema

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)

20-09-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

20-09-2023 09:00 - Mão Direita(o)

20-09-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)

20-09-2023 09:00 - Determinar evolução de sinais de edema

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [No início e no fim da sessão de HD]

20-09-2023 13:15 - Tumefação dos tecidos

20-09-2023 13:15 - Mão Direita(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Mão Esquerda(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Membro inferior Direita(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Membro inferior Esquerda(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Pálpebra Direita(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Pálpebra Esquerda(o): ausente [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Sinal de Godet

20-09-2023 13:15 - Mão Direita(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Mão Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

20-09-2023 13:15 - Turgor da pele normal [MANTEVE].

30-09-2023 09:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].

30-09-2023 09:00 - Pele hidratada.

20-09-2023 13:15 - Pele hidratada.

20-09-2023 13:15 - Peso: 54.40 Kg.

30-09-2023 09:00 - Peso: 54.50 Kg.

30-09-2023 09:00 - Densidade urinária normal [MANTEVE].

20-09-2023 09:00 - Diminuir edema [FIM] 20-09-2023 13:15

20-09-2023 09:00 - Incentivar o posicionar para diminuir o edema [Durante a sessão de HD] [FIM] 20-09-2023 13:15

20-09-2023 09:00 - Assistir cliente a gerir hidratação [Durante a sessão de HD]

[FIM] 20-09-2023 13:15

20-09-2023 09:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

20-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-09-2023 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.

20-09-2023 09:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [2º contacto - Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da retenção de líquidos.

30-09-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da retenção de líquidos.

20-09-2023 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

20-09-2023 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.

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM]

30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [2º contacto - Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de complicações da retenção de líquidos.

30-09-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão de complicações da retenção de líquidos.

Conservação de energia

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

20-09-2023 09:00 - Intolerância à atividade

20-09-2023 09:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

20-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-09-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para

a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

30-09-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

20-09-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Durante a sessão de HD] [FIM] 30-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [2º contacto - Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Adota comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

30-09-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

Autogestão do regime medicamentoso

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

20-09-2023 09:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

Padrão alimentar

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

20-09-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

20-09-2023 09:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

20-09-2023 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

20-09-2023 09:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

20-09-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

20-09-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

20-09-2023 09:00 - Ingestão de fósforo adequadamente integrada no padrão alimentar

20-09-2023 09:00 - Autogestão do regime dietético

20-09-2023 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

30-09-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

30-09-2023 09:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

30-09-2023 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

30-09-2023 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

30-09-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

30-09-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

20-09-2023 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

20-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

30-09-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-09-2023 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.

30-09-2023 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 [MANTEVE].

20-09-2023 09:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

30-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

30-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Ensinar sobre dieta restrita em potássio [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

30-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do

regime dietético [Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Durante a sessão de HD]

20-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [3º contacto - Durante a sessão de HD]

30-09-2023 09:00

Padrão de exercício

20-09-2023 09:00

20-09-2023 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

20-09-2023 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 75 horas.

20-09-2023 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 15 Minutos .

20-09-2023 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 75 Minutos .

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Sugerir distribuir as atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia (fundamentalmente as tarefas domésticas, de acordo com o mencionado pela cliente);
- Sugerir intercalar as atividades mais longas e mais pesadas com atividades mais leves e mais curtas;
- Sugerir fazer períodos de repouso durante as atividades;
- Sugerir que realize uma lista das tarefas que pretende realizar e classifica-las por ordem de importância e intensidade;
- Aconselhar a guardar o período da manhã de sábado para as tarefas domésticas com maior dispêndio de energia, uma vez que, realiza, habitualmente, as tarefas domésticas ao sábado e que de manhã sente mais energia;
- Recomendar interromper a atividade se ocorrerem sinais de fadiga por esforço, como aumento do pulso, falta de ar ou dor no peito.
- (Amado, 2021; Fassbinder, et al., 2015)

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Informar sobre os sinais e sintomas de retenção de líquidos: Aumento de peso de 2,150 - 2,410kg num dia em relação ao peso seco; edemas (fundamentalmente palpebrais de manhã e nas extremidades ao final do dia); dispneia (verificar a necessidade de dormir com mais almofadas); fadiga; mal-estar geral (Amado, 2021; Fresenius Medical Care, 2011).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Informar que a retenção de líquidos pode provocar: dispneia (estar atenta à necessidade de dormir com duas almofadas), edema (fundamentalmente palpebral e das extremidades distais que poderá perceber pelo edema à volta da aliança ou dos anéis que utiliza), aumento da pressão arterial (pressão sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão diastólica

≥80mmHg); desconforto; diminuição da tolerância às sessões de HD (Amado, 2021; Fresenius Medical Care, 2011; KDIGO, 2023)

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Sugerir que se pese todos os dias, de manhã, após urinar, antes de se alimentar, usando sempre a mesma balança, com o mesmo tipo de roupa;
- Sugerir contactar a equipa de saúde caso o seu peso corporal seja superior a 4 - 4,5% do seu "peso seco" (nos dias que não realiza HD).
- (Fresenius Medical Care, 2011; Souza et al., 2016)

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

- Verificar com o cliente, através dos dados que registou no panfleto (volume de líquidos ingeridos diariamente, o peso e a presença de edema) que a ingestão de líquidos está diretamente relacionada com a ingestão de líquidos.

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

- Analisar com o cliente, através dos dados que registou no panfleto, que a gestão de atividade/repouso bem planeada e adequada à sua condição auxiliará na conservação de energia, diminuindo as limitações nas atividades de vida diária.

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Limitar a ingestão de líquidos a 700ml por dia;
- Monitorizar, diariamente, a eliminação urinária;
- Ajustar a ingestão de líquidos e o consumo de alimentos ricos em água conforme a eliminação urinária (explicar que apesar de neste momento poder ingerir 700ml de líquidos, que este valor é variável de acordo com a sua função renal residual);
- Ajustar a ingestão de líquidos e o consumo de alimentos ricos em água conforme os sinais e os sintomas que apresenta (sensação de falta de ar, presença de sinais de edema), sublinhando que todos os alimentos contêm água.
- (Amado, 2021; Pinto, 2009)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- Sugerir a distribuição da ingestão de líquidos ao longo do dia;
- Fazer gargarejos com água morna, sem engolir, quando tiver sede;
- Ingerir pequenas quantidades de água em cubos de gelo, tendo em consideração que cada cubo de gelo contém aproximadamente 30ml de água;
- Evitar bebidas açucaradas, como refrigerantes;
- Evitar comidas muito condimentadas;
- Congelar rodela de limão e chupar, quando tiver sede;
- Usar um copo pequeno;
- Dar preferência a bebidas quentes que combate mais eficazmente a sede.
- (Cristovão, 2016; Fresenius Medical Care, 2011)

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Sugerir elevar os membros superiores;
- Sugerir elevar os membros inferiores, exceto nos primeiros 30 minutos da sessão de HD;

- Evitar ficar sentada ou de pé por um longo período de tempo;
- Movimentar-se regularmente.
- (Amado, 2021; KDIGO, 2023)

Otimizar fístula arteriovenosa

- Selecionar o calibre das agulhas;
- Selecionar o local e técnica de punção (roper-lader, em buttonhole ou punção em área);
- Abordar a FAV com a agulha tendo em consideração que o limite mínimo entre as agulhas arterial e venosa é de 5cm;
- Fixar cuidadosamente a agulha na superfície da pele no ângulo ideal de inserção, confirmando a orientação da agulha de modo a evitar a lesão íntima do vaso;
- Colocar um penso estéril na área onde a agulha está inserida para proteção do local;
- Remover a agulha da FAV no mesmo ângulo (ou semelhante) ao da inserção e realizar hemostase apenas quando a agulha está completamente exteriorizada de forma a evitar traumatismo do acesso e da pele circundante ao local de inserção da agulha, diminuindo o risco de hemorragia e hematoma;
- Proteger o membro da FAV de agressões externas;
- Preservar membro da FAV (não avaliar tensão arterial ou realizar punções nesse membro).
- (Fresenius Medical Care, 2011; Sousa, 2014)

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Conservação de energia - Contratualizar com a cliente que até à próxima consulta, continuará a praticar as caminhadas habituais, e registará numa folha as vezes que sentir falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades e que se o fizer lhe será disponibilizada mais estratégias que a podem ajudar na conservação de energia;
- Volume de líquidos - Acordar com a cliente o registo do volume de líquidos ingeridos diariamente (incluindo as refeições), o peso e a presença de edema, no sentido de estabelecer a relação entre ingestão e retenção líquidos;
- Fornecer à cliente um folheto para registar o solicitado.

Assistir cliente a gerir hidratação

- Em parceria com a cliente limitar a ingestão de líquidos a 700ml por dia;
- Ajudar a cliente a selecionar alimentos pouco condimentados;
- Sugerir colocar a quantidade de líquidos permitidos por dia numa garrafa;
- (Amado, 2021; Cristovão, 2016; Danelon, 2018)

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Sugerir cozinhar com pouco sal (4g/dia, sugerir medir por um pacote de açúcar em stick);
- Aconselhar não utilizar substitutos do sal porque são, habitualmente, ricos em cloreto de potássio para se obter um sabor semelhante ao cloreto de sódio; Sugerir a observação dos rótulos dos alimentos que compra, estes informam a quantidade de sal do alimento;
- Informar que as bebidas com gás contém sal;
- Fornecer folheto com exemplos de alimentos ricos em sódio: alimentos pré-confecionados, bacalhau, azeitonas, aperitivos salgados, batata frita de pacote, caldos de carne, peixe ou legumes, enchidos e fumados, margarinas com sal, queijos curados, sopas de pacote,

- pickles, molhos comerciais, bolacha de água e sal e de aveia, cereais de pequeno-almoço;
- Reforçar que os queijos curados são ricos em sódio, uma vez que, a cliente apresenta preferência por este alimento e reforçar também as bolachas de água e sal, visto que a cliente ingeria cerca de quatro a cinco vezes por semana.
 - (Danelon et al., 2018; Fresenius Medical Care, 2011; National Kidney Foundation, 2006)

Ensinar sobre dieta restrita em potássio

- Sugerir que não ingira mais de duas peças de fruta fresca por dia pobres em potássio, em que uma delas deve ser cozida;
- Informar, de acordo com as preferências da cliente, que as duas peças de fruta que pode ingerir por dia devem ser as que têm menor teor de potássio (6 morangos médios, 1 pêra pequena, 1 laranja pequena, 6 bagos de uvas, 1 pêsego pequeno, 1 fatia de ananás natural, 1 maçã);
- Reforçar que as bananas são ricas em potássio, uma vez que, a cliente apresenta preferência por este alimento;
- Informar que a água de cozer a fruta deve ser rejeitada e não re-utilizada;
- Propor dar preferência a massa e arroz por serem pobres em potássio;
- Recomendar não cozer hortaliças e legumes frescos a vapor ou no microondas porque estes concentram o potássio nos alimentos;
- Sugerir colocar de molho legumes frescos e hortaliças por duas vezes numa grande quantidade de água e rejeitar a primeira água utilizada;
- Fornecer um folheto informativo com alguns exemplos de alimentos ricos em potássio, de acordo com as preferências da cliente: cacau, café instantâneo em pó, batata frita, lentilhas, grão de bico, milho, castanhas, cebola seca, favas, feijão, ervilhas, frutos secos.
- (Danelon et al., 2018; Fresenius Medical Care, 2011; National Kidney Foundation, 2006)

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Validar que deve manter as 5 refeições por dia;
- Reforçar que deve evitar alimentos ricos em sódio e em potássio;
- Informar que deve limitar a quantidade de líquidos que ingere a 700ml por dia e conforme os sinais e sintomas que apresenta.
- (Amado, 2021; Danelon et al., 2018; Fresenius Medical Care, 2011; Pinto, 2009)

3.8. Síntese relativa ao caso

Face ao cenário clínico exposto, considerámos alguns domínios que se justificaram como relevantes.

Neste sentido, optámos por realizar a recolha de dados relativamente aos domínios: volume de líquidos, conservação de energia, sistema cardiovascular, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, regime de exercício e atitudes terapêuticas — fístula arteriovenosa e hemodiálise. A recolha destes dados foi orientada à confirmação ou à negação

das hipóteses de diagnóstico que antes admitíamos. Face aos diagnósticos de enfermagem identificados, estabelecemos objetivos para a nossa ação profissional e prescrevemos as intervenções de enfermagem que, com base na evidência científica, entendemos por mais adequadas.

Aquando da recolha de dados, verificámos que a cliente apresentava edema nas mãos e nos membros inferiores com Sinal de Godet moderado e tumefação depressível dos mesmos membros, bem como das pálpebras. Nesta altura, questionamos a cliente sobre a necessidade de dormir com mais almofadas por forma a compreender a ocorrência de fenómenos congestivos. Tivemos ainda em atenção se a tensão arterial da cliente se encontrava aumentada, sinal típico da hiperhidratação.

Face ao diagnóstico “edema”, e apesar de termos estabelecido o objetivo “diminuir edema” e termos planeado intervenções que lhe dessem resposta, como “assistir a cliente a gerir a hidratação” e “incentivar a cliente a posicionar-se”. Importa referir que essas intervenções foram mais direcionadas para o momento em que a cliente vier a apresentar edema interdialítico, por ser uma condição frequente nas pessoas com DRC em programa regular de HD. Isto deve-se ao facto de, no contexto da HD, haver uma grande proximidade entre a realização do procedimento de HD e a redução imediata dos sinais e sintomas do edema, ao contrário do que acontece no edema associado a outras patologias, em que a sua resolução é, por norma, um processo gradual. Foi surpreendente observar essa melhoria rápida após uma única sessão de HD. A diferença, entre esta unidade de cuidados e os outros serviços que prestam cuidados a pessoas com edema com outras causas, destacou a importância de reconhecer que as respostas para os desafios de saúde podem variar, exigindo uma conceção de cuidados ainda mais individualizada e direcionada do que havíamos percecionado antes, até mesmo no que diz respeito aos processos corporais.

Atendendo ao tempo decorrido desde que a cliente foi inserida no programa regular de HD, expectávamos que esta fosse capaz de identificar os sinais e os sintomas de sobrecarga hídrica e de procurar a ajuda dos profissionais de saúde aquando destas alterações. Como tal não acontecia, entendemos que seria relevante avaliar o conhecimento da cliente sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre a prevenção de complicações da retenção de líquidos. Tivemos a preocupação de compreender porque é que a cliente não cumpria a restrição hídrica no sentido de ajustarmos a conceção de cuidados. A cliente referiu que não sabia as quantidades de líquidos que podia ingerir, referindo que apenas sabia que tinha de ingerir “poucos” líquidos, mas não sabia quantificar. Referiu, ainda, que não sabia que alguns dos alimentos que ingeria são ricos em água (gelatina e sopa, por exemplo) e que associava que a restrição hídrica se referia, excecionalmente, a bebidas. Perante os dados que recolhemos, concluímos que estes conhecimentos necessitavam de ser melhorados, levando-nos a identificar diagnósticos de enfermagem relativos a esses conhecimentos. No sentido de promover a autogestão: retenção de líquidos e promover a autogestão: prevenção de

complicações da retenção de líquidos, planeámos as intervenções de enfermagem, baseadas no nosso conhecimento clínico e na Ontologia em enfermagem, com vista a melhorar os resultados da cliente.

No segundo contacto, com base no que a cliente nos descreveu, no peso da cliente e com a ausência de sinais de edema, inferimos que esta tinha conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos.

Apesar de termos incluído na mesma sessão a avaliação destes conhecimentos e da consciencialização da relação entre ingestão e retenção de líquidos, fizemo-lo em momentos diferentes. Apenas nomeámos na mesma sessão por se tratar de uma plataforma pedagógica e não de um sistema de registos. Na verdade, não faria sentido avaliar a consciencialização enquanto a cliente apresentasse défice de conhecimento, uma vez que, à luz da teoria das transições, o conhecimento prévio desempenha um papel crucial no desenvolvimento da consciencialização. É através do conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre a prevenção de complicações da retenção de líquidos que a cliente poderia começar a reconhecer e compreender a sua condição. Ao estar informada, a cliente pode participar ativamente das decisões relacionadas com o autocuidado e a gestão da doença crónica, contribuindo para uma transição saudável para a nova realidade.

Assim, após a cliente demonstrar conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos, admitimos como importante a avaliação da consciencialização da relação entre ingestão e retenção de líquidos, uma vez que, a consciencialização está ligada à perceção, ao conhecimento e ao reconhecimento da experiência de mudança. Para evoluir para uma transição saudável, a pessoa precisa de compreender as suas necessidades e vulnerabilidades, entendendo assim o processo em que está envolvida (Meleis et al., 2000). Neste sentido, e no que diz respeito à intervenção "contratualizar experiência indutora da consciencialização", negociamos com a cliente o registo do volume de líquidos ingeridos diariamente (incluindo as refeições), o peso e a presença de edema, no sentido de estabelecer a relação entre ingestão e retenção líquidos, com o intuito de que a cliente se dê conta de que a presença ou não de edemas e a oscilação do peso corporal dependem da quantidade de líquidos ingeridos, levando-a, assim, a controlar a ingestão destes. Sugerimos realizar este registo durante nove dias e discutir com a cliente os dados registados no próximo contacto (findos os nove dias).

Findos os nove dias, a cliente referiu-nos que poderia ingerir 700 ml de líquidos por dia (500 ml + 200 ml da eliminação urinária diária) sujeito a alterações conforme a variação da diurese e conforme os sinais e sintomas que apresenta e referiu que fizera um esforço para calcular os líquidos que havia ingerido, nomeando que a sopa, por exemplo, passou a ser menos liquefeita. Foi nesta fase que analisámos com a cliente, através dos registos negociados e dos resultados

obtidos, a relação entre a ingestão e retenção de líquidos — apesar de, na plataforma, termos planeado a intervenção para a mesma sessão da intervenção “contratualização de experiência indutora da consciencialização” pelo facto de se tratar de uma plataforma pedagógica, fez-nos sentido tê-la implementado após os registos negociados. Admitimos, pelas afirmações que proferiu, que a cliente integrou em si (consciencializou) que a ingestão de líquidos influencia diretamente a retenção de líquidos, pelo que inferimos que estava consciencializada da relação entre ingestão e retenção de líquidos.

Na mesma lógica, avaliámos o significado atribuído à retenção de líquidos (que veio a revelar-se “facilitador”). Neste caso, esta avaliação foi importante, uma vez que o significado está relacionado com a interpretação que cada pessoa faz das mudanças que estão a acontecer sendo, por isso, um fator que pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento de uma transição saudável. O significado facilitador fomenta a adaptação para lidar com a nova situação, por outro lado, um significado negativo pode determinar uma resistência à mudança (Meleis et al., 2000).

Embora a cliente estivesse satisfeita com a autogestão da retenção de líquidos e com a autogestão de complicações da retenção de líquidos, verificámos que adotava parcialmente os comportamentos de autogestão da retenção de líquidos e da prevenção de complicações da retenção de líquidos, eventualmente associada ao facto de necessitar de melhorar o conhecimento sobre o regime dietético. Admitimos que esta avaliação seria fundamental para avaliar a evolução para a mestria, que se desenvolve a partir da incorporação de capacidades e da reformulação das relações com as novas capacidades e dos novos equilíbrios, ao longo da transição (Meleis et al., 2000).

Durante o processo de recolha de dados, a cliente comunicou cansaço para pequenos esforços e recuperação de energia com o repouso, referindo, ainda, aquando questionada, a necessidade de dormir com duas almofadas. Admitimos, assim, que a cliente não associasse a necessidade de dormir com mais almofadas para dormir com a sobrecarga hídrica, visto não ter procurado ajuda dos profissionais de saúde. Assim, nessa altura, considerámos pertinente avaliar o conhecimento da cliente sobre conservação de energia. Na verdade, a cliente não sabia que alguns aspetos, como distribuir as atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia, intercalar as atividades mais longas e pesadas com as atividades mais leves e curtas, fazer períodos de repouso durante as atividades, interromper a atividade se ocorrerem sinais de fadiga por esforço, poderiam ajudar na conservação de energia. Neste sentido, optámos por dar continuidade à conceção de cuidados no que diz respeito ao conhecimento sobre a conservação de energia, identificando o diagnóstico de enfermagem, estabelecendo objetivos e prescrevendo intervenções.

No segundo contacto com a cliente, inferimos que, além de esta ter melhorado no que diz respeito à tolerância à atividade, era capaz de descrever algumas estratégias de conservação

de energia, bem como organizar as suas atividades e momentos de repouso de forma a conservar a energia. A cliente referiu que organizara as suas atividades ao longo do dia, realizando uma lista das tarefas que pretendia realizar e classificou-as por ordem de importância. Referiu, ainda, que procurara intercalar as atividades mais longas e pesadas com as atividades mais leves e curtas, guardando o período da manhã para as tarefas mais importantes e cansativas, como a limpeza da casa, porque é a altura que se sente com mais energia.

Admitimos também que, após a cliente apresentar conhecimento sobre a conservação de energia, seria relevante intervir na consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia, que necessitava de ser melhorada. À semelhança do que optámos por fazer no domínio “volume de líquidos”, realizámos as avaliações do conhecimento e da consciencialização na mesma sessão da e4nursing, apesar de, na realidade, a termos realizado em momentos diferentes.

No que diz respeito à intervenção "contratualizar experiência indutora da consciencialização", negociámos com a cliente registar numa folha as vezes que não se sentisse capaz de realizar ou sentisse falta de energia para tolerar ou completar atividades correspondentes a três ações diferentes, em dias diferentes, até ao próximo contacto:

- primeiro dia: caminhar 1 km;
- segundo dia: subir os lanços de escada correspondentes aos cinco andares do prédio onde vive;
- terceiro dia: subir os lanços de escada correspondentes aos cinco andares do prédio onde vive, repousar um pouco no terceiro piso e continuar a subida.

Solicitámos que, nesse registo, referisse, numa escala de zero a dez, em que zero corresponde à ausência de cansaço e dez corresponde ao cansaço máximo, como se sentiu no final da atividade ou em pausas que necessitasse de realizar.

Depois de a cliente registar o combinado, analisámos com esta a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia com o intuito de que a cliente se dê conta de que a presença ou não da intolerância à atividade é influenciada pela sequência, pela duração dos períodos de repouso e de atividade, bem como pela intensidade desta, levando-a, assim, a realizar esta gestão.

Admitimos que estava consciencializada da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia, pois, entre outras afirmações, a cliente referiu “nunca pensei que fazer um descanso a meio pudesse ser tão importante para conseguir realizar as tarefas do dia-a-dia”. Deixou claro que as atividades contratualizadas no primeiro contacto e a discussão realizada no segundo contacto para análise dos resultados, fomentaram a compreensão da relação entre a

gestão da atividade/repouso e a conservação de energia. Por outro lado, referiu-se à necessidade de introduzir algumas alterações no seu estilo de vida, já que as mudanças que estavam a ocorrer lhe trazem limitações no seu dia-a-dia face ao que acontecia anteriormente.

A cliente apresentava valores séricos aumentados de sódio (142 mmol/l) e de potássio (5,8 mmol/l). Na verdade, a cliente referiu, durante a recolha de dados, que ingeria, em excesso, alimentos ricos em potássio, bem como em sal. Apesar de o conhecimento e de a autogestão do regime dietético necessitarem de ser melhorados, o primeiro contacto não foi o momento próprio para intervir por termos dado prioridade a outros cuidados, uma vez que, a cliente expressou preferência para discutir outros domínios, nomeadamente, em relação ao volume de líquidos e à conservação de energia. Além disso, o tratamento de HD foi, entretanto, concluído naquele contacto, levando à saída da cliente da unidade de hemodiálise.

No segundo contacto, tentámos perceber porque é que a cliente ingeria alimentos ricos em potássio e em sódio. Apesar de a cliente saber que não é aconselhável a ingestão destes alimentos, não sabia que as bananas são ricas em potássio e que as bolachas de água e sal e o queijo curado são ricos em sódio. A cliente estava convicta que toda a fruta era saudável e que as bolachas mais saudáveis eram mesmo as de água e sal. Assim, e após a identificação dos diagnósticos “potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético” e “potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético”, estabelecemos como objetivo “promover autogestão: regime dietético”. Como o sódio está presente em muitos alimentos, sendo um dos maiores componentes do sal culinário, consideramos fulcral prescrever e realizar uma intervenção de enfermagem no âmbito do padrão alimentar. Dado que a cliente apresentava oligúria, este consumo excessivo poderia resultar em várias complicações, nomeadamente as decorrentes do aumento do potássio. Na verdade, a cliente tinha uma diurese residual e o potássio poderia acumular-se no organismo, podendo provocar morte súbita (Fresenius Medical Care, 2011).

No entanto, dado que apenas procedemos ao registo de dois contactos, no relatório do caso não consta a avaliação da evolução do conhecimento sobre o regime dietético nem a evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime dietético. Na mesma lógica do que mencionamos anteriormente, não foi registada a intervenção relativa à consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos (que necessitava de ser melhorada), visto não termos tido oportunidade de avaliar a evolução do conhecimento da cliente no que diz respeito ao padrão alimentar.

Apesar disso, através dos dados recolhidos nos contactos que tivemos com a cliente, percebemos que apesar do seu défice de conhecimento e da necessidade de promover a sua consciencialização em determinados domínios, esta demonstrava vontade e motivação em obter informação, querendo saber como poderia prevenir as complicações associadas à sua doença, quais os sintomas e como poderia ajustar a sua vida por forma a gerir eficazmente a

sua condição de saúde e ter qualidade de vida. Verificámos, ainda, que recorria aos profissionais de saúde quando necessitava de algum esclarecimento ou assistência, colaborando ativamente com estes, o que coincide com o autocuidado responsável nomeado por Backman e Hentinen (1999, 2001).

Neste processo, percebemos a maior dificuldade na implementação de intervenções no âmbito da consciencialização, talvez por ser um aspeto que é influenciado não só pelos novos conhecimentos que a pessoa adquire, mas pela ressonância que estes têm nos conhecimentos e nas estruturas emocionais e cognitivas pré-existentes. A consciencialização é mais do que conhecimento, é, sobretudo, um conhecimento e uma compreensão vivencial da situação que afeta a pessoa. Trabalhar a consciencialização obriga o enfermeiro a adaptar as suas abordagens para atender às necessidades individuais da pessoa, num tempo limitado que não permite interagir com a cliente as vezes que se idealizara. Na verdade, a consciencialização não resulta de uma ação única, mas é um processo evolutivo, que exige uma ação continuada da parte do enfermeiro.

Não é suficiente, enquanto enfermeiros, ter conhecimento sobre as estratégias para gerir o regime terapêutico ou para promover a adaptação da pessoa. É crucial compreender as características individuais, os recursos e a personalidade do cliente, especialmente quando se trata de ajudar a cumprir as necessidades de autocuidado em áreas tão complexas como a gestão da doença crónica, a gestão do regime terapêutico ou o processo de transição. É essencial avaliar quais as atividades que o cliente é capaz ou está disposto a realizar e identificar quais são os apoios necessários para atender às suas necessidades de autocuidado.

Admitimos que, no global, existiu uma evolução positiva da cliente em relação à sua condição de saúde. Apesar dos obstáculos percecionados no planeamento e na implementação das intervenções que deram resposta aos objetivos, os resultados obtidos foram positivos e indicativos do impacto das intervenções realizadas. Esses resultados sugerem que as estratégias adotadas foram bem-sucedidas, não só no controlo dos sinais e sintomas, como na promoção da autogestão dos mesmos. Esta evolução da cliente reflete, não apenas a eficácia das intervenções, mas também a importância da parceria entre o enfermeiro e a cliente. Essa constatação reforça, ainda, a importância de uma abordagem baseada na Ontologia em enfermagem na prestação de cuidados.

Ressalvamos que, apesar de as intervenções terem sido registadas no mesmo horário, algumas foram realizadas em momentos diferentes. Como já referimos, esta situação ficou a dever-se aos condicionalismos inerentes à plataforma e4nursing (trata-se de uma ferramenta pedagógica, não de um sistema de registo de enfermagem).

4. A PESSOA COM COMPROMISSO RENAL: CASO CLÍNICO NA UNIDADE DE NEFROLOGIA

A D. P. tem 53 anos, trabalha na área da psicologia e vive com o marido e com a filha. É autónoma nas atividades de vida diária. Foi internada na unidade de nefrologia por DRC agudizada, referindo dispneia para pequenos esforços e edema palpebral, das mãos e dos membros inferiores. Apresenta como antecedentes pessoais DRC, HTA e anemia. Por agravamento da DRC, há três meses, iniciou HD com recurso a CVC.

4.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico deste caso apresenta semelhanças com o enquadramento teórico do caso anterior referente à pessoa com compromisso renal numa unidade de hemodiálise, pelo que se solicita a leitura do mesmo.

Especificações aplicáveis no presente caso clínico

Como referido anteriormente, a DRC é uma condição caracterizada pela redução gradual e progressiva da função renal ao longo do tempo (KDIGO, 2023). Dada a redução da função renal, existem condições que podem conduzir à agudização da DRC, nomeadamente, a sobrecarga hídrica, a hipercaliemia, a uremia, entre outros (Arellano, 2019; Guyton & Hall, 2017).

Sendo a sobrecarga hídrica um dos principais fatores de agudização da DRC é fundamental que a pessoa mantenha o seu peso sem excesso de líquidos. No entanto, conforme a função renal vai diminuindo, a produção de urina também diminui, pelo que a tendência para reter líquidos aumenta, levando ao surgimento de edemas, ao aumento do peso corporal e à elevação da tensão arterial (Cristóvão, 2016; KDIGO, 2023).

A sobrecarga hídrica pode originar a acumulação de água extravascular no pulmão. Esta ocupa primeiramente o tecido intersticial mais periférico e, à medida que o seu volume vai aumentando, estende-se para zonas axiais peri-hilares. Esta retenção hídrica pode resultar numa sobrecarga de fluidos nos pulmões devido ao aumento da pressão hidrostática capilar pulmonar e da ativação desregulada do SRAA, que pode originar edema agudo do pulmão. O edema agudo do pulmão influencia as trocas gasosas, pelo que prejudica a função respiratória, podendo surgir a dispneia (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

A seleção do acesso vascular para HD é determinada pelo tempo de uso previsto, riscos de complicações e saúde geral da pessoa. No entanto, a FAV é o acesso vascular mais comum e altamente recomendado para pessoas que necessitarão de HD a longo prazo. De acordo com Parisotto & Pancirova (2014), a FAV deve ser considerada a primeira opção de acesso vascular. Idealmente, deve ser realizada seis meses antes da entrada no regime de HD para permitir o tempo adequado de maturação. Apesar de ter uma taxa de falência primária mais alta em comparação com os outros acessos, a FAV está associada a uma menor morbidade e mortalidade. Além disso, está associada a menores complicações, pelo que requer um menor número de intervenções.

Apesar disso, existem situações em que o recurso à FAV não é possível, temporariamente ou não, e a utilização da PAV ou CVC é uma necessidade (Parisotto & Pancirova, 2014).

A PAV deve ser ponderada quando não há património vascular apropriado para a construção da FAV. Esta deve ser construída três a seis semanas antes da entrada em regime de HD (exceto as de punção imediata). Apesar de ter uma taxa de falência primária inferior à da FAV, está associada a uma maior morbidade e mortalidade. Além disso, existe maior risco de infecção, de estenose e de trombose do que a FAV, pelo que está associada a mais intervenções (Parisotto & Pancirova, 2014).

O CVC deve ser implantado o mais próximo possível do início da sua utilização. Deve optar-se por este acesso em HD quando existe a necessidade inadiável de iniciar tratamento na pessoa sem acesso vascular permanente ou com acesso vascular permanente ainda não utilizável. O CVC deve, também, ser uma escolha nos casos de falência não recuperável de acesso vascular permanente na pessoa em tratamento dialítico regular e nos casos de contra-indicação temporária de utilização do acesso vascular permanente. O CVC pode, ainda, ser considerado como acesso vascular permanente quando não existe viabilidade para a construção de FAV ou PAV ou quando a pessoa recusa a construção de um acesso arteriovenoso (Bertoli & Musetti, 2008).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 53 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-22 09:00:00	Pantoprazol 40mg, PO, 1x/dia jejum	
2023-11-22 09:00:00	Enalapril, PO, 20mg, 1cp ao pequeno-almoço	
2023-11-22 09:00:00	Furosemida, PO, 20mg, 1 cp ao pequeno-almoço e jantar	
2023-11-22 09:00:00	Alfacalcidol, PO, 0,25mcg, 1 cp ao pequeno-almoço	
2023-11-22 09:00:00	Eritropoietina, SC, 2000UI, 3x/semana aquando HD	
2023-11-22 09:00:00	Ferro trivalente, EV, 20mg, 3x/semana aquando HD	
2023-11-22 09:00:00	Ácido fólico, PO, 5mg, 1cp 7/7 dias à 2ªfeira	
2023-11-22 09:00:00	Morfina, 2mg, EV, SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Pantoprazol

Inibidores da bomba de protões: inibe a secreção de ácido clorídrico no estômago através do bloqueio específico das bombas de protões das células parietais.

Indicação terapêutica: esofagite de refluxo e úlcera péptica.

Enalapril

IECA: na presença da DRC, os rins podem não funcionar adequadamente, resultando em dificuldades na excreção de água e sódio do corpo. Isso pode levar à retenção de água e sódio, contribuindo para o aumento da pressão arterial. O enalapril é eficaz na redução da pressão arterial em pessoas com DRC, ajudando a evitar a sobrecarga hídrica, a retenção de sódio e a deterioração adicional da função renal que podem ocorrer devido à ativação do SRAA nessa condição.

Indicação terapêutica: tratamento da HTA.

Considerações para a ação do enfermeiro: risco de hipotensão.

Furosemida

Diuréticos da Ansa: à medida que a função renal se agrava na DRC, a capacidade dos rins de produzir urina diminui, o que pode levar à anúria. Isso pode ser acompanhado pelo desenvolvimento de edemas, aumento do peso corporal e elevação da pressão arterial devido à

retenção de líquidos. A furosemida pode ser útil nestas situações, pois ajuda a estimular a produção de urina, mesmo quando a função renal está comprometida, auxiliando na eliminação do excesso de líquidos e na redução dos sintomas associados à DRC.

Indicação terapêutica: está indicada na remoção dos edemas e na congestão pulmonar causados por DRC, bem como em outras patologias. É usada em situações de oligúria, no tratamento urgente de hipercalcemia e na HTA.

Considerações para a ação do enfermeiro: risco de hipotensão.

Alfacalcidol

Análogo da vitamina D: na presença de DRC os rins podem não ser capazes de ativar a vitamina D adequadamente. Isso pode conduzir a uma deficiência de vitamina D no organismo e, como consequência, desencadear o hiperparatiroidismo secundário. O alfacalcidol é uma forma ativa da vitamina D que pode ser usada para tratar essa deficiência na DRC, contornando a necessidade da sua ativação pelos rins.

Indicação terapêutica: carência de vitamina D, osteodistrofia renal, hipoparatiroidismo e raquitismo.

Eritropoetina

Alfaepoetina: os rins são responsáveis por produzir e liberar a eritropoietina que desencadeia a produção de glóbulos vermelhos na medula óssea. Na presença de DRC essa função pode ficar comprometida, podendo levar ao surgimento de anemia.

Indicação terapêutica: anemia associada à DRC, bem como associada a outras doenças como o caso dos tumores sólidos ou das doenças da medula óssea.

Ferro trivalente

Compostos de ferro: na presença de DRC é comum ocorrer anemia por diversos fatores, incluindo a redução na produção de eritropoietina pelos rins e as alterações no metabolismo do ferro. O ferro trivalente é utilizado para ajudar a aumentar os níveis de ferro no organismo. Quando os níveis de ferro estão baixos, a produção de hemoglobina e, conseqüentemente, de glóbulos vermelhos, é afetada, levando à anemia.

Indicação terapêutica: anemia por déficit de ferro.

Ácido fólico

Antianémicos: os rins desempenham um papel na reabsorção e na conservação de várias substâncias, incluindo o ácido fólico. Quando a função renal está comprometida, a quantidade de ácido fólico no organismo pode diminuir.

A deficiência de ácido fólico pode prejudicar a produção de glóbulos vermelhos e a síntese de hemoglobina, o que pode contribuir para o desenvolvimento de anemia.

Indicação terapêutica: é usado no tratamento ou na prevenção da deficiência em ácido fólico.

Morfina

Analgésicos estupefacientes: a dispneia é um sintoma comum em pessoas com DRC, especialmente em estágios mais avançados da doença, devido a complicações como o edema agudo do pulmão ou anemia grave. A morfina pode ajudar a reduzir a sensação de falta de ar, principalmente em situações em que a dispneia é relacionada com o desconforto respiratório.

Indicação terapêutica: dor moderada a severa e dispneia.

Considerações para a ação do enfermeiro: risco de náuseas, de vômitos, de obstipação, de sonolência e de desorientação.

(Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017; Infarmed, s.d.)

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Oxigenoterapia

22-11-2023 09:00 - FiO2: 21 %.

22-11-2023 09:00 - Intervalo pretendido de saturação periférica de oxigénio: 94-98%

22-11-2023 09:00 - Fístula arteriovenosa

22-11-2023 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

22-11-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [1x/turno]*

27-11-2023 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

27-11-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

22-11-2023 09:00 - *Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico [SOS]*

22-11-2023 09:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

22-11-2023 09:00 - *Otimizar fístula arteriovenosa [Sem horário]*

22-11-2023 09:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2023 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.

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Turno: manhã] [FIM]* 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - *Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Turno: manhã e tarde] [FIM]* 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Turno: manhã] [FIM]* 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - *Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Turno: manhã e tarde] [FIM]* 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Turno: manhã] [FIM]* 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - *Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Turno: manhã e tarde] [FIM]* 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - *Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa [Turno: manhã e tarde] [FIM]* 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa [2º contacto - Turno: manhã]*

27-11-2023 09:00 - Adota comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa.

27-11-2023 09:00 - Refere satisfação com os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa.

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Cateter central

22-11-2023 09:00 - Localização do cateter central

22-11-2023 09:00 - Veia jugular Direita(o)

22-11-2023 09:00 - Ausência de dor.

22-11-2023 09:00 - Ausência de calor.

22-11-2023 09:00 - Ausência de rubor.

22-11-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

22-11-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

22-11-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

22-11-2023 09:00 - *Otimizar cateter central [Aquando da sessão de HD]*

22-11-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Aquando da sessão de HD]*

27-11-2023 09:00 - Localização do cateter central

27-11-2023 09:00 - Veia jugular Direita(o)

27-11-2023 09:00 - Ausência de dor.

27-11-2023 09:00 - Ausência de calor.

27-11-2023 09:00 - Ausência de rubor.

27-11-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

27-11-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

22-11-2023 09:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]*

22-11-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

22-11-2023 09:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [Aquando da sessão de HD]*

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

27-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [Turno: manhã]*

27-11-2023 09:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [Turno: manhã e tarde]

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [3º contacto - Turno: manhã]

27-11-2023 09:00

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

Cateter Central e Fístula Arteriovenosa

Como referido anteriormente, para ser possível recorrer à HD é necessário um acesso vascular, cujas opções são a FAV, a PAV ou o CVC (Bertoli & Musetti, 2008; Parisotto & Pancirova, 2014).

Por vezes, os clientes realizam HD com recurso a CVC — apesar de serem portadores de FAV em processo de maturação (ou não) — por indicação médica. Esta escolha é comum quando há necessidade de iniciar o tratamento na pessoa sem acesso vascular ou com acesso vascular permanente que ainda não está pronto para ser utilizado (Bertoli & Musetti, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial nos cuidados ao CVC, minimizando os riscos através da implementação das melhores práticas fundamentadas em evidências, bem como educando os clientes para promover a sua saúde e o seu autocuidado no que diz respeito ao CVC (Guimarães et al., 2017).

Apesar de a FAV não estar ainda a ser utilizada para realizar HD, é importante a intervenção de enfermagem neste âmbito, no sentido de evitar complicações e de promover a sua maturação (Fresenius Medical Care, 2011; Sousa, 2014).

Oxigenoterapia

Como referido anteriormente, a DRC aumenta o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares que podem reduzir a capacidade do coração em fornecer O₂ suficiente aos tecidos. Além disso, a DRC pode predispor a pessoa com compromisso renal em programa regular de HD a complicações pulmonares (como edema agudo do pulmão) diminuindo a troca gasosa nos pulmões e provocando hipoxemia, que se poderá traduzir em dispneia (Guyton & Hall, 2017; National Kidney Foundation, 2012). A anemia, uma complicação comum da DRC, também pode contribuir para a necessidade de oxigenoterapia, pois diminui a capacidade do sangue para transportar O₂ para os tecidos (National Kidney Foundation, 2006; Souza et al., 2016).

Segundo o ICN (2019), a dispneia é definida como "processo do sistema respiratório

comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade". Neste sentido, compreende-se a possibilidade de a cliente necessitar de aporte suplementar de O₂, caso a sua saturação periférica de O₂ seja inferior a 94%.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-11-2023 09:00	Volume de líquidos	
22-11-2023 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
22-11-2023 09:00	Padrão alimentar	
22-11-2023 09:00	Padrão de exercício	
22-11-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-11-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	
22-11-2023 09:00	Sistema respiratório	
22-11-2023 09:00	Sistema cardiovascular	

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

Volume de Líquidos

Na presença de DRC, ocorrem várias disfunções nos rins que afetam diretamente o equilíbrio hidroeletrólítico do organismo. A progressiva perda da função renal interfere na capacidade dos rins em regular o volume de líquidos e eletrólitos (Machado, 2009).

Uma das principais alterações fisiopatológicas na DRC é a retenção de sódio e água, resultante da redução da filtração glomerular e da incapacidade dos túbulos renais de reabsorver ou excretar esses elementos de forma eficaz. Essa retenção hídrica leva à acumulação progressiva de líquidos nos tecidos e órgãos, incluindo os pulmões, resultando em edema (Arellano, 2019).

Além disso, a ativação do SRAA é exacerbada na DRC. O aumento da produção de renina pelos rins leva à formação de angiotensina II e à secreção aumentada de aldosterona, resultando na retenção de sódio e água. Essa ativação do SRAA contribui significativamente para a sobrecarga de volume e para o desenvolvimento de HTA (Guyton & Hall, 2017; Sullivan et al, 2019).

Sistema Respiratório

Tal como referido anteriormente, a DRC afeta não apenas os rins, mas também tem implicações significativas noutros sistemas, nomeadamente, no sistema respiratório. Uma das razões fundamentais para essas implicações reside na retenção de líquidos e no desenvolvimento de edema pulmonar (Guyton & Hall, 2017; KDIGO, 2023). O excesso de líquido acumulado nos pulmões interfere com as trocas gasosas, comprometendo, assim, a função respiratória. Esse edema pulmonar pode manifestar-se clinicamente como dispneia (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Além disso, a DRC está associada a distúrbios eletrolíticos, como hipercalemia e hipercalcemia, que podem afetar diretamente a excitabilidade muscular e a função respiratória. A hipercaliemia, por exemplo, pode causar fraqueza muscular e até paralisia respiratória, enquanto a hipercalcemia pode levar a alterações na função dos músculos respiratórios (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Outro fator relevante é a acidose metabólica, uma complicação comum da DRC. A acidose metabólica pode levar à depressão do centro respiratório no cérebro, resultando em hiperventilação como uma tentativa de compensação, o que pode levar a complicações respiratórias (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Por vezes, os níveis de CO₂ e oxigénio (O₂) nos fluidos corporais estão dentro dos valores normais, mas para manter essa normalidade, a pessoa necessita de respirar de forma intensa. Nessas situações, a atividade vigorosa dos músculos respiratórios pode causar na pessoa a sensação de falta de ar (Guyton & Hall, 2017).

As repercussões da dispneia estendem-se para além da parte física, influenciando também a saúde mental e emocional, pelo que a limitação que esta acarreta nas atividades de vida diária da pessoa pode levar a uma sensação de perda de independência e autonomia, afetando o bem-estar geral da pessoa. Desta forma, entende-se como fundamental a intervenção de enfermagem dirigida e adaptada à pessoa, essencial para assisti-la a minimizar o impacto da dispneia no seu dia-a-dia, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Sistema cardiovascular

A DRC é uma condição multifacetada que desencadeia uma série de alterações fisiopatológicas com impacto direto no sistema cardiovascular. Entre os principais mecanismos envolvidos, destaca-se a disfunção neuro-hormonal, que inclui a ativação do SRAA. A ativação do SRAA na DRC desencadeia uma cascata de eventos que inclui a vasoconstrição e a retenção de sódio e água, contribuindo, assim, para o aumento da pressão arterial e para a sobrecarga cardíaca (Guyton & Hall, 2017; National Kidney Foundation, 2012).

Além disso, a anemia, complicação frequente nas pessoas com DRC no estágio 5, compromete a

capacidade de transporte do O₂ pelo sangue, sobrecarregando o coração e aumentando o risco de eventos cardiovasculares (National Kidney Foundation, 2006; Souza et al., 2016).

Também os distúrbios eletrolíticos comuns na DRC, como hipercalemia e hipercalcemia, podem afetar diretamente a excitabilidade cardíaca e a condução elétrica, predispondo as pessoas com compromisso renal a arritmias cardíacas e aumentando o risco de complicações cardiovasculares (Guyton & Hall, 2017; National Kidney Foundation, 2012).

Autogestão do regime medicamentoso, Padrão alimentar e Padrão de exercício

A autogestão do regime medicamentoso, do padrão alimentar e do padrão de exercício, emerge como um ponto crítico na atenção à pessoa com DRC em programa regular de HD. Dada a complexidade do tratamento e as demandas do regime terapêutico, é necessário dedicar tempo para que a pessoa seja capaz de gerir o seu cuidado, de forma a prevenir complicações e a maximizar a sua qualidade de vida (Bastos, 2012; Pinto, 2020).

O foco dos enfermeiros na autogestão do regime terapêutico é crucial, pois pode influenciar positivamente a sintomatologia, reduzir as readmissões hospitalares e promover o bem-estar geral da pessoa (Bastos, 2012; Pinto, 2020).

Além disso, a nossa experiência profissional permitiu-nos compreender que as causas de internamento das pessoas com doenças crônicas estão, geralmente, associadas a práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem de uma gestão ineficaz do regime terapêutico.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

22-11-2023 09:00 - Ritmo respiratório irregular.

22-11-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

22-11-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

22-11-2023 09:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

22-11-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

22-11-2023 09:00 - Periférico(a): 95 %.

22-11-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-11-2023 09:00 - Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina.

22-11-2023 09:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da dispneia [1x/turno] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

27-11-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].

27-11-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

27-11-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

27-11-2023 09:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

27-11-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da saturação periférica de oxigénio [1x/turno] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Melhorar ventilação [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Incentivar a posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário] [FIM] 27-11-2023 09:00

Sistema cardiovascular

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

22-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

22-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno]

27-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

27-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

27-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

Volume de líquidos

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Sensação de sede normal.

22-11-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

22-11-2023 09:00 - Tumefação dos tecidos

22-11-2023 09:00 - Mão Direita(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Mão Esquerda(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Pálpebra Direita(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Pálpebra Esquerda(o): depressível.

22-11-2023 09:00 - Sinal de Godet

22-11-2023 09:00 - Mão Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

22-11-2023 09:00 - Mão Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

mm).

22-11-2023 09:00 - Turgor da pele normal.

22-11-2023 09:00 - Peso: 59.30 Kg.

22-11-2023 09:00 - Densidade urinária normal.

22-11-2023 09:00 - Eliminação urinária (24 horas): 300 ml

22-11-2023 09:00 - Edema [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Localização do edema

22-11-2023 09:00 - Mão Direita(o)

22-11-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)

22-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução de sinais de edema

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem horário]

22-11-2023 09:00 - Diminuir edema

22-11-2023 09:00 - Incentivar a posicionar para diminuir o edema [Sem horário]

22-11-2023 09:00 - Assistir cliente a gerir hidratação [Sem horário]

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2023 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.

22-11-2023 09:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Turno: manhã] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Turno: manhã] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Turno: manhã] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [2º contacto - Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da retenção de líquidos.

27-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da retenção de líquidos.

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

22-11-2023 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.

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Turno: manhã] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [2º contacto - Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de complicações da retenção de líquidos.

27-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão de complicações da retenção de líquidos.

Autogestão do regime medicamentoso

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-11-2023 09:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme

horário.

22-11-2023 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Turno: manhã]

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-11-2023 09:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

22-11-2023 09:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

27-11-2023 09:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-11-2023 09:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [PIOROU].

22-11-2023 09:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

27-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno: manhã e tarde]

27-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

27-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Instruir a administrar medicação [Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Treinar a administrar medicação [Turno: manhã]

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [3º contacto - Turno: manhã]

27-11-2023 09:00

Padrão alimentar

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

22-11-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2023 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2023 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

22-11-2023 09:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

22-11-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

22-11-2023 09:00 - Ingestão de fósforo adequadamente integrado no padrão alimentar

22-11-2023 09:00 - Autogestão do regime dietético

22-11-2023 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do padrão alimentar [Turno: manhã]*

27-11-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

27-11-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-11-2023 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-11-2023 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

27-11-2023 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-11-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-11-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

22-11-2023 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-11-2023 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.

27-11-2023 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 [MANTEVE].

22-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

27-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia: facilitadora [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia: necessita de ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

27-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

27-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Turno: manhã]*

27-11-2023 09:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Turno: manhã e tarde]

27-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

27-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Turno: manhã]

27-11-2023 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Turno: manhã e tarde]

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [3º contacto - Turno: manhã]

22-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia [RESOLVIDO] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia [Turno: manhã] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a retenção de líquidos e a dispneia [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Turno: manhã e tarde] [FIM] 27-11-2023 09:00

27-11-2023 09:00

Padrão de exercício

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

22-11-2023 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

22-11-2023 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 20 Minutos .

22-11-2023 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 100 Minutos .

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Informar sobre os sinais e sintomas de retenção de líquidos: Aumento de peso de 2,250 - 2,500Kg num dia em relação ao "peso seco"; edemas (fundamentalmente palpebrais e nas extremidades); dispneia (verificar a necessidade de dormir com mais almofadas); fadiga; mal-estar geral (Amado, 2021; Fresenius Medical Care, 2011).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Informar que a retenção de líquidos pode provocar: dispneia (estar atenta à necessidade de dormir com duas almofadas), edema (fundamentalmente palpebral e das extremidades distais que poderá perceber pelo edema à volta da aliança que utiliza), aumento da pressão arterial (pressão sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão diastólica ≥ 80 mmHg); desconforto; diminuição da tolerância às sessões de HD (Amado, 2021; Fresenius Medical Care, 2011; KDIGO, 2023).

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Sugerir que se pese todos os dias, de manhã, após urinar, antes de se alimentar, usando sempre a mesma balança, com o mesmo tipo de roupa;
- Sugerir contactar a equipa de saúde caso o seu peso corporal seja superior a 4 - 4,5% do seu "peso seco" (nos dias que não realiza HD).
- (Fresenius Medical Care, 2011; Souza et al., 2016)

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

- Verificar com a cliente, através dos dados que registou no panfleto (volume de líquidos ingeridos diariamente, o peso e a presença de edema) que a ingestão de líquidos está diretamente relacionada com a ingestão de líquidos.

Otimizar cateter central

- Manipular o CVC com norma asséptica;
- Proteger o CVC de agressões externas;
- Verificar a temperatura corporal antes e após a sessão de HD;
- Verificar a presença de sinais e sintomas de infeção no local de inserção do CVC;
- Verificar a permeabilidade dos ramos (arterial e venoso);
- Verificar a pressão venosa e arterial em função do débito de sangue.
- (DGS, 2022a; Fresenius Medical Care, 2011).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Limitar a ingestão de líquidos a 800 ml por dia;
- Monitorizar, diariamente, a eliminação urinária;
- Ajustar a ingestão de líquidos e o consumo de alimentos ricos em água conforme eliminação urinária (explicar que apesar de neste momento poder ingerir 800ml de líquidos, que este valor é variável de acordo com a sua função renal residual);
- Ajustar a ingestão de líquidos e o consumo de alimentos ricos em água conforme os sinais e os sintomas que apresenta (sensação de falta de ar, presença de sinais de edema), reforçando que todos os alimentos contêm água.
- (Amado, 2021; Pinto, 2009)

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Sugerir elevar os membros superiores;
- Sugerir elevar os membros inferiores, exceto nos primeiros 30 minutos da sessão de HD;
- Evitar ficar sentada ou de pé por um longo período de tempo;
- Movimentar-se regularmente.
- (Amado, 2021; KDIGO, 2023)

Otimizar fístula arteriovenosa

- Proteger o membro superior esquerdo de agressões externas;
- Preservar o membro superior esquerdo (não avaliar tensão arterial ou realizar punções nesse membro);
- Verificar a funcionalidade da FAV.
- (Sousa, 2014).

Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Realizar exercícios de isométricos do antebraço e a compressão intermitente do retorno venoso;
- Abrir e fechar a mão esquerda numa bola ou pequena ligadura de forma a que possa ser envolvida com a mão fechada, em que a extensão dos dedos deve ser completa e lenta por forma a favorecer a perfusão distal e sua oxigenação;
- Fazer dez repetições e descansar um minuto e repetir esta sequência mais três vezes;
- Realizar os exercícios quatro vezes por dia.
- (Fresenius Medical Care, 2011; Ribeiro et al., 2022; Sousa, 2014)

Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

- Realizar exercícios de isométricos do antebraço e a compressão intermitente do retorno venoso;
- Abrir e fechar a mão esquerda numa bola ou pequena ligadura de forma a que possa ser envolvida com a mão fechada, em que a extensão dos dedos deve ser completa e lenta por forma a favorecer a perfusão distal e sua oxigenação.
- Fazer dez repetições e descansar um minuto e repetir esta sequência mais três vezes;
- Realizar os exercícios quatro vezes por dia.
- (Fresenius Medical Care, 2011; Ribeiro et al., 2022; Sousa, 2014)

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Informar cliente acerca das complicações da FAV e que estas podem condicionar a eficácia do tratamento dialítico:
- Infeção;
- Estenose;
- Trombose;
- Aneurismas/ Pseudo-aneurismas;
- Síndrome de Roubo/ hipoperfusão da mão;
- Neuropatia Isquémica Monomélica;
- Hipertensão venosa.
- (Fresenius Medical Care, 2011; Sousa, 2014)

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Aconselhar a higienização do membro superior esquerdo;
- Preservar o membro superior esquerdo (não avaliar tensão arterial ou realizar punções nesse membro);
- Recorrer aos profissionais de saúde se o membro superior esquerdo doer, apresentar alterações da coloração, edema ou rubor ou não tiver frémito;
- Proteger o membro superior esquerdo de agressões externas (traumas, arranhões, cortes);
- Evitar carregar pesos com o membro superior esquerdo;
- Evitar usar roupas apertadas no membro superior esquerdo;
- Evitar dormir sobre o membro superior esquerdo.
- (Sousa, 2014)

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Acordar com a cliente o registo do volume de líquidos ingeridos diariamente (incluindo as refeições), o peso e a presença de edema, no sentido de estabelecer a relação entre ingestão e retenção líquidos;
- Fornecer à cliente um folheto para registar o solicitado.

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

- Verificar com a cliente que a ingestão de líquidos excessiva aumenta o risco de congestão pulmonar o que por sua vez pode provocar edema agudo do pulmão e, conseqüentemente, agravamento da doença (Cristovão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Acordar com a cliente para registar, aquando da ocorrência de episódios de dispneia, a quantidade de líquidos que ingere diariamente (incluindo a dieta), o peso e a presença de edema, no sentido de estabelecer a relação entre a retenção líquidos e a dispneia;
- Fornecer à cliente um folheto para registar o solicitado

Assistir cliente a gerir hidratação

- Em parceria com a cliente limitar a ingestão de líquidos a 800 ml por dia;
- Ajudar a cliente a selecionar alimentos pouco condimentados;
- Colocar a quantidade de líquidos permitidos por dia numa garrafa e sugerir que faça o mesmo no domicílio.
- (Amado, 2021; Danelon et al., 2018).

Instruir a administrar medicação

- Informar que deve colocar a seringa numa superfície limpa e aguardar 30 minutos para administrar para que a medicação atinja a temperatura ambiente, por forma a ser mais fácil empurrar o êmbolo e ser menos desconfortável;
- Sugerir os locais de administração: parte superior da coxa ou a parte inferior do abdómen, abaixo do umbigo.
- (Infarmed, s.d.)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar que a eritropoetina estimula a produção de glóbulos vermelhos, ajudando a corrigir a anemia;
- Informar que deve administrar a medicação em locais sem manchas, sem cicatrizes e sem hematomas;
- Salientar que deve ser administrada em todas as sessões de HD, conforme prescrição médica.
- (Infarmed, s.d.)

Treinar a administrar medicação

- Informar que deve colocar a seringa numa superfície limpa e aguardar 30 minutos para administrar para que a medicação atinja a temperatura ambiente, por forma a ser mais fácil empurrar o êmbolo e ser menos desconfortável;
- Sugerir os locais de administração: parte superior da coxa ou a parte inferior do abdómen,

abaixo do umbigo.

- (Infarmed, s.d.)

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Sugerir cozinhar com pouco sal (4g/dia, sugerir medir por um pacote de açúcar em stick);
- Aconselhar não utilizar substitutos do sal porque são, habitualmente, ricos em cloreto de potássio para se obter um sabor semelhante ao cloreto de sódio;
- Sugerir a observação dos rótulos dos alimentos que compra, estes informam a quantidade de sal que os alimentos contêm;
- Informar que bebidas com gás contém sal;
- Fornecer folheto com exemplos de alimentos ricos em sódio: alimentos pré-confeccionados, bacalhau, azeitonas, aperitivos salgados, batata frita de pacote, caldos de carne, peixe ou legumes, enchidos e fumados, margarinas com sal, queijos curados, sopas de pacote, pickles, molhos comerciais, bolacha de água e sal e de aveia, enlatados, cereais de pequeno-almoço;
- Reforçar que os caldos de carne e as bolachas de aveia são ricos em sódio, uma vez que, a cliente utilizava com regularidade este alimento.
- (Danelon et al, 2018; Fresenius Medical Care, 2011; National Kidney Foundation, 2006)

Ensinar sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

- Informar que evitar molhar o penso no caso de penso impermeável e no caso de penso permeável não molhar;
- Se o penso permeável estiver molhado solicitar à equipa de enfermagem a execução do tratamento do local de inserção do CVC e quando tiver alta dirigir-se à clínica onde realiza HD;
- Manter o local em redor do penso do CVC seco;
- Usar roupas limpas que não causem atrito com o CVC, ajudando a prevenir lesões na área do cateter que poderiam facilitar a entrada de microrganismos;
- Ter atenção especial durante o banho, pois além de evitar molhar o penso do CVC também deve evitar esfregar a área do cateter;
- Evitar atividades físicas que causem sudorese excessiva, uma vez que, o suor pode criar um ambiente propício para o crescimento de bactérias e para descolar o penso;
- Estar atenta a possíveis sinais de infeção, como: febre; dor no local de inserção do CVC; rubor, edema, calor na pele circundante;
- Utilizar máscara cirúrgica sempre que os profissionais de saúde manipularem o CVC;
- Evitar comportamentos que possam levar à exteriorização do cateter.
- (Bertoli & Musetti, 2008; DGS, 2022; Guimarães et al., 2017)

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Reforçar que deve manter cinco refeições por dia;
- Reforçar que deve evitar alimentos ricos em sódio;
- Informar que deve limitar a quantidade de líquidos que ingere a 800ml por dia e conforme os sinais e sintomas que apresenta.
- (Amado, 2021; Danelon et al., 2018; Fresenius Medical Care, 2011; Pinto, 2009)

4.8. Síntese relativa ao caso

Perante o presente caso clínico, identificámos alguns focos de atenção que se justificaram como relevantes.

Assim, recolhemos dados relativos aos domínios: volume de líquidos, sistema respiratório, sistema cardiovascular, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, regime de exercício, atitudes terapêuticas - fístula arteriovenosa, cateter central e oxigenoterapia. A recolha destes dados teve o propósito de confirmar ou negar as hipóteses de diagnóstico que antes admitíamos. Com base nos diagnósticos de enfermagem identificados, estabelecemos objetivos para a nossa ação profissional e planeámos as intervenções de enfermagem que a evidência científica considera mais apropriadas.

A cliente apresentava uma FAV em processo de maturação. Na verdade, a cliente evidenciou, durante a recolha de dados, que não tinha conhecimento sobre as complicações da FAV nem sobre a prevenção dessas mesmas complicações. Com o objetivo de promover a autonomia para cuidar da FAV, planeámos intervenções de enfermagem no sentido de evitar complicações e de fomentar a sua maturação. Optámos por intervir no primeiro contacto, uma vez que, o comportamento de autocuidado na FAV é essencial para evitar a falência do acesso vascular e promover a sua maturação, sendo, desta forma, crucial que a cliente adira a esses comportamentos de autocuidado o mais precocemente possível (Sousa, 2014).

Após a cliente referir as possíveis complicações da FAV e como preveni-las, instruímos e treinámos com a cliente os exercícios de maturação da FAV. No segundo contacto, a cliente demonstrou como os realizava.

Atendendo ao risco de infeção associado ao CVC, admitimos como pertinente avaliar o conhecimento da cliente sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC e concluímos, através da recolha de dados efetuada, que este necessitava de ser melhorado para progredir para a mestria, mas que não era o momento próprio para intervir, por se terem considerado outros cuidados como prioritários. Deste modo, as intervenções de enfermagem foram prescritas no segundo contacto.

Não era o momento oportuno para intervir, uma vez que foi dada prioridade à gestão de sinais e sintomas, nomeadamente a presença de edemas e de dispneia, que requeriam atenção imediata devido ao seu impacto na condição clínica da cliente. Dadas as alterações nos processos corporais, a intervenção dirigida ao conhecimento relacionado com o CVC poderia representar uma sobrecarga adicional para a cliente, dificultando a assimilação das informações necessárias. Portanto, optámos por adiar essa intervenção para um contato seguinte em que a cliente estivesse mais estável.

Durante a recolha de dados, constatámos que a cliente apresentava edema nas mãos e nos membros inferiores com Sinal de Godet moderado, além de tumefação depressível das mãos, dos membros inferiores e das pálpebras e ingurgitamento da veia jugular. Perante isto, perguntamos à cliente se ela sentia necessidade de dormir com mais almofadas, por forma a compreender a ocorrência de fenómenos congestivos. Tivemos ainda em atenção se a tensão arterial da cliente se encontrava elevada por ser um sinal típico de retenção hídrica.

Perante a identificação do diagnóstico “edema”, e tendo por objetivo a respetiva diminuição, assistimos a cliente a gerir a hidratação e incentivamos a cliente a posicionar-se de forma a diminuir o edema. Apesar de o tratamento de HD estar programado, admitimos como importante intervir sobre o edema entre as sessões de HD.

No mesmo seguimento, optámos por avaliar o conhecimento da cliente sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre a prevenção de complicações da retenção de líquidos. Procurámos entender porque é que a cliente não restringia a ingestão de líquidos, a fim de ajustar o processo de conceção de cuidados. Quando questionada, a cliente explicou que, apesar de saber que podia ingerir 500 ml de líquidos além da quantidade de eliminação urinária diária, não estava ciente de que alguns alimentos que consumia, como sopa ou gelados, têm uma grande percentagem de água, associando a restrição hídrica a bebidas e não considerando os alimentos nesse contexto. Concluímos, através dos dados recolhidos, que estes conhecimentos necessitavam de ser melhorados, pelo que identificámos os diagnósticos de enfermagem com o objetivo de “promover a autogestão: retenção de líquidos” e “promover a autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos” e as respetivas intervenções que dessem resposta ao objetivo, por forma a melhorar a condição de saúde da cliente.

Inferimos, no segundo contacto, que a cliente tinha conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos, não só pelas informações que deu, mas também pelo seu peso (que havia diminuído) e pela inexistência de sinais de edema.

Apresentando conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos, sobre a autovigilância da retenção de líquidos e sobre a prevenção de complicações da retenção de líquidos, consideramos importante a avaliação da consciencialização da relação entre ingestão e retenção de líquidos, uma vez que, esta se refere à perceção que as pessoas têm sobre as mudanças que estão a acontecer nas suas vidas, que implicam a necessidade de se adaptar a essas novas situações, entender os desafios associados à transição e reconhecer as oportunidades que podem surgir durante esse processo (Meleis et al., 2000). À semelhança do caso clínico anterior, apesar de termos nomeado na mesma sessão a avaliação destes conhecimentos e da consciencialização da relação entre ingestão e retenção de líquidos, fizemo-lo em momentos diferentes. Apenas nomeámos na mesma sessão por se tratar de uma

plataforma pedagógica e não de um sistema de registos. Na verdade, não faria sentido avaliar a consciencialização enquanto a cliente apresentasse défice de conhecimento. Assim, e no que diz respeito à intervenção "contratualizar experiência indutora da consciencialização", contratualizamos com a cliente para que esta registasse o volume de líquidos ingeridos diariamente (incluindo as refeições), assim como o peso e a presença de edema, para que a cliente se aperceba que a presença ou não de edemas e a variação do peso corporal está relacionada com a quantidade de líquidos ingeridos, levando-a, assim, a controlar a ingestão destes. Recomendámos que a cliente mantivesse esse registo até ao próximo contacto, que ocorreria após cinco dias, no qual discutiríamos os dados registados.

Findos os cinco dias, a cliente registou a informação combinada e referiu pretender fazer um esforço quando regressasse ao domicílio para calcular os líquidos que ingeria, mencionando que a sopa, por exemplo, passaria a ser menos liquefeita e que pretendia substituir os gelados que ingeria com frequência em situações sociais por outros alimentos que não interferissem com a sua condição de saúde. Nesta fase, analisámos com a cliente, através dos registos negociados e dos resultados obtidos, a relação entre a ingestão e retenção de líquidos. Apesar de na plataforma termos planeado a intervenção para a mesma sessão da intervenção "contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização", fez-nos sentido tê-la implementado após os registos negociados. Com base nas declarações feitas pela cliente, admitimos que integrou em si (consciencializou que a ingestão de líquidos interfere diretamente na retenção de líquidos), o que nos levou a inferir que estava consciencializada da relação entre ingestão e retenção de líquidos.

Avaliámos, ainda, o significado atribuído à retenção de líquidos. Na verdade, os significados estão intrinsecamente ligados à forma como as pessoas interpretam e atribuem sentido às mudanças (Meleis et al., 2000). No presente caso, o significado era facilitador o que terá facilitado a adaptação e contribuído para lidar melhor com a nova situação.

Embora a cliente estivesse satisfeita com a autogestão da retenção de líquidos e com a autogestão de complicações da retenção de líquidos, verificámos que adotava parcialmente os comportamentos de autogestão da retenção de líquidos e da prevenção de complicações da retenção de líquidos, eventualmente por não ter o conhecimento necessário sobre o regime dietético.

Durante o processo de recolha de dados, a cliente expressou falta de ar na posição de supino. Assim, considerámos necessário avaliar a evolução da dispneia e da saturação periférica de O₂, no sentido de compreender a necessidade de aporte suplementar de O₂ de acordo com a prescrição médica de oxigenoterapia, para intervalo de saturações compreendido entre 94 e 98%. Por forma a melhorar a ventilação, incentivámos a cliente a posicionar-se para otimizar a respiração, nomeadamente a elevar a cabeceira da cama.

No segundo contacto com a cliente, esta não apresentava dispneia, o que coincidiu com a

ausência de hiperhidratação.

Considerámos intrigante a diferença que existe entre a melhoria da dispneia das pessoas internadas no serviço onde trabalhamos (serviço de medicina) e a melhoria da dispneia das pessoas com DRC em programa regular de HD. No serviço de medicina as pessoas com dispneia apresentam, por norma, uma melhoria gradual, em que o processo de diagnóstico e tratamento é muitas vezes complexo e demorado, exigindo múltiplas intervenções. A nossa experiência na unidade de nefrologia trouxe uma perspetiva diferente. Neste contexto, os clientes apresentam uma conexão direta entre a HD e a redução imediata dos sintomas de dispneia. Testemunhar essa melhoria rápida após uma única sessão de HD foi surpreendente.

Este contraste entre os dois ambientes de cuidados, levantou-nos questões importantes sobre a natureza da dispneia e a sua relação com a função renal: será que a remoção de fluidos e toxinas durante a HD desempenha um papel significativo na melhoria dos sintomas respiratórios? Ou, será que há outros fatores, como a correção de distúrbios metabólicos ou a redução da sobrecarga hídrica, que contribuem para o alívio da dispneia? Estas questões e a discrepância que existe em relação ao nosso contexto profissional, fez-nos procurar o que diz a evidência sobre a relação da HD e o alívio da dispneia. A evidência destaca que a dispneia está diretamente relacionada com a sobrecarga hídrica, pelo que a HD, ao eliminar o excesso de líquidos, tem impacto na melhoria da sintomatologia da dispneia. Ressalta desta experiência, a complexidade da dispneia e a necessidade contínua de explorar e compreender melhor as suas causas e formas de tratamento. Acresce, ainda, que as respostas para os desafios de saúde podem variar e exigir abordagens diferentes em contextos distintos.

Admitimos, em relação à presença de dispneia, não priorizar na conceção de cuidados, o processo de transição. No entanto, considerámos como importante, antes do regresso a casa da cliente, ensinar sobre os sinais e sintomas da dispneia para que, na presença destes, se dirija ao serviço de urgência, dada a gravidade associada à presença de dispneia nas pessoas com compromisso renal em programa regular de HD. No entanto, como não registamos os contactos seguintes com a cliente, não se faz referência a este planeamento de cuidados.

Durante o processo de recolha de dados, no primeiro contacto, a cliente evidenciou vontade em autoadministrar a eritropoetina. No entanto, considerámos que não era o momento oportuno para intervir no conhecimento sobre a autogestão deste regime medicamentoso e sobre a capacidade para efetuar essa gestão devido, também, à prioridade de cuidados que estava direcionada para a gestão dos sinais e sintomas, nomeadamente a dispneia e os edemas.

No segundo contacto, por forma a “promover a autogestão: regime medicamento”, ensinámos a cliente sobre o regime medicamentoso. Após a cliente ter conhecimento sobre o regime medicamentoso, instruímos e treinámos a administração da eritropoietina. Inicialmente, treinámos a administração numa almofada, na qual desenhámos um umbigo para que a cliente pudesse praticar a realização da prega cutânea e a administração nos diferentes locais

aconselháveis do abdómen (visto que era preferência da cliente autoadministrar na região abdominal). Planeámos, depois desta fase, acompanhar a cliente a uma sessão de HD para supervisionar a autoadministração da eritropoetina.

A conceção de cuidados relativa a este domínio, fez-nos refletir e procurar discutir com o enfermeiro tutor e com os professores orientadores. Inicialmente, pensámos em avaliar a consciencialização sobre o compromisso na autogestão do regime medicamentoso, porque é uma avaliação que a plataforma e4nursing sugere e, por isso, achámos que seria o mais indicado, mas depois percebemos que não faria sentido. Na verdade, não poderíamos dizer, pelo menos nesta fase, que existia qualquer compromisso porque a cliente ainda não tinha conhecimento sobre aquela medicação. A eritropoetina era administrada pelos enfermeiros durante as sessões de HD, pelo que o conhecimento que a cliente tinha decorria do que observava aquando da administração. Concluímos, assim, que o nosso papel era ajudar a cliente no seu potencial de “evoluir para mais” e, portanto, intervir no conhecimento e na capacidade.

Importa sublinhar neste ponto que onde se lê "dispositivo: caneta de insulina" na conceção de cuidados deve ler-se "eritropoetina", no entanto, nomeamos "dispositivo: caneta de insulina" porque a plataforma não tem nenhum dispositivo equivalente ao fármaco mencionado.

Dado que o excesso de fluidos nos tecidos pode levar ao edema agudo do pulmão, afetando a função respiratória e contribuindo para a dispneia, consideramos oportuno avaliar a consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia, que necessitava de ser melhorada, pelo que identificámos o diagnóstico “potencial para melhorar consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia”. Desta forma, e no que diz respeito à intervenção "contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização", acordámos com a cliente o registo, num panfleto que disponibilizámos, dos episódios de dispneia, a quantidade de líquidos que ingeria diariamente (incluindo a dieta) o peso e a presença de edema com o intuito de que a cliente se dê conta de que a presença ou não da dispneia é influenciada pela ingestão de líquidos que faz.

Recomendamos que a cliente mantivesse esse registo até ao próximo contacto, que ocorreria após cinco dias, no qual analisámos com a cliente a relação entre a retenção de líquidos e a dispneia e discutimos os dados registados. A cliente demonstrou compreender, através dos registos efetuados e da discussão realizada, que a quantidade de líquidos que consome tem um impacto direto na retenção de líquidos e nos fenómenos de congestão pulmonar.

Avaliar a consciencialização da relação entre a retenção de líquidos e a dispneia constituiu um exercício interessante e que nos desafiou na utilização da e4nursing. Os dados que recolhemos, o diagnóstico que identificámos, o objetivo que estabelecemos e as intervenções que prescrevemos não eram sugeridas pela plataforma, pelo que inserimos esta parte da conceção de cuidados “manualmente”, fazendo-nos pensar mais, refletir mais. Este exercício, por si só, fez-nos compreender a mudança que está a acontecer neste percurso do MEMCPSCR. Antes de

iniciarmos o estágio, com certeza ter-nos-íamos limitado às sugestões da e4nursing. Agora, com um pensamento diferente, com uma visão diferente de “mais Enfermagem” vamos mais além daquilo que nos é sugerido. Percebemos, agora, que o nosso pensamento crítico-reflexivo foi intensificado neste processo de desenvolvimento de competências, motivando-nos a ser “mais e melhor”.

A cliente apresentava valores séricos aumentados de sódio (143 mmol/l). Durante a recolha de dados, a cliente referiu ingerir alimentos ricos em sal. Apesar de o conhecimento e a autogestão do regime dietético necessitarem de ser melhorados, considerámos que o primeiro contacto não era o momento próprio para intervir por mantermos como prioridade a gestão dos sinais e sintomas.

No segundo contacto, tentámos perceber a razão pela qual a cliente ingeria alimentos ricos em sódio. Apesar de a cliente saber que não era aconselhável que ingerisse estes alimentos, não sabia que os caldos de carne são ricos em sódio e que os utilizava em vez do sal por acreditar ser mais benéfico para a sua saúde, tal como não sabia que as bolachas de aveia são ricas em sal e que as consumia porque, vulgarmente, a aveia é considerada um alimento saudável. Assim, e após a identificação dos diagnósticos “potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético” e “potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético”, estabelecemos um objetivo para promover autogestão: regime dietético. Nesta fase, considerámos apropriado intervir no conhecimento sobre o regime dietético e sobre a sua autogestão.

No entanto, dado que não registámos os contactos seguintes com a cliente, não se faz referência à avaliação da evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o CVC, à evolução do conhecimento do regime medicamentoso e da capacidade para gerir o regime medicamentoso, bem como à evolução do conhecimento sobre o regime dietético e à evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime dietético. Na mesma lógica do que mencionamos anteriormente, não se procedeu ao registo da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos (que necessitava de ser melhorada), visto não termos registado a avaliação da evolução do conhecimento da cliente no que diz respeito ao padrão alimentar.

Importa-nos ressaltar que, apesar das lacunas de conhecimento e da necessidade de promover a sua consciencialização em determinados domínios, os dados recolhidos nos contactos que tivemos com a cliente mostraram que ela tem um interesse em obter informações por forma a ajustar seu estilo de vida para gerenciar eficazmente sua condição de saúde e manter uma boa qualidade de vida. Além disso, verificamos que aborda os profissionais de saúde quando necessário e que colabora ativamente com estes, o que está alinhado com o conceito de autocuidado responsável mencionado por Backman e Hentinen (1999, 2001).

Apesar de termos desenvolvido competências no âmbito do processo de transição da pessoa

com compromisso renal em programa de HD no estágio realizado na unidade de hemodiálise, da experiência profissional e das variadas experiências que surgiram no estágio para intervir neste âmbito, identificamos, à semelhança do estágio na unidade de hemodiálise, que a maior dificuldade residiu na implementação de intervenções relacionadas com a consciencialização. Acreditamos que isso se deva ao facto de que, apesar de ser a mesma propriedade do processo de transição, esta é influenciada pelas restrições particulares em cada caso, pelas emoções e reações individuais e pelas necessidades de cada pessoa, o que exige aos enfermeiros que ajustem as suas abordagens para atender às necessidades específicas dos clientes.

Percebemos como desafiante, enquanto enfermeiros, a intervenção direcionada para uma pessoa que integra o programa regular de HD apenas há três meses. Efetivamente, existem variadas diferenças na abordagem a pessoas que integram esse programa há pouco tempo em relação às que integram há vários anos, fundamentalmente, no que diz respeito ao processo de transição. Independentemente do tempo de integração no programa regular de HD, compreendemos que a abordagem deve ser centrada na pessoa e adaptada às necessidades específicas de cada um, promovendo o desenvolvimento de uma parceria entre os clientes e os enfermeiros.

Admitimos que, no global, existiu uma evolução positiva da cliente em relação aos processos corporais e em relação ao processo de transição, o que sugere que as intervenções que implementámos, efetivamente, funcionam — naquilo que nos foi possível avaliar. É importante, também enquanto enfermeiros, reconhecer a necessidade de priorizar os cuidados e não apressar o processo de conceção de cuidados, pois pretendíamos dedicar tempo ao processo de transição, o que implicava, no nosso ponto de vista, a ausência de dispneia e de edemas.

Ressalvamos, de novo, que, embora as intervenções de enfermagem tenham sido registadas no mesmo horário, algumas foram realizadas em momentos distintos. Como já mencionámos, esta situação prende-se com os condicionalismos inerentes à plataforma e4nursing (trata-se de uma ferramenta pedagógica, não de um sistema de registo de enfermagem).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nas últimas décadas — a par de uma melhoria geral das condições de vida — assistimos a grandes avanços no diagnóstico, no tratamento e no controlo da progressão de múltiplas doenças, o que contribuiu para um aumento da esperança média de vida. Como resultado, temos assistido a um aumento da população mais velha e, conseqüentemente, a um aumento do número de pessoas em situação de doença crónica. No ano de 2022, 44,7% da população com 16 anos ou mais relatou ter uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado. Esta incidência de condições crónicas foi mais significativa na população idosa, atingindo 71,1%, em comparação com a população com menos de 65 anos, na qual a taxa foi de 34,6%. Estes números continuam a mostrar um aumento em comparação com os dois anos anteriores (0,8% a mais do que em 2021 e 1,5% a mais do que em 2020), alcançando o seu valor mais alto desde o início do ano de 2004 (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Este aumento do número de pessoas em situação de doença crónica desafia diariamente os sistemas de saúde, potenciando a necessidade de desenvolver estratégias para garantir a qualidade, a continuidade e custo-efetividade nos cuidados prestados. Neste quadro, os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, estão obrigados a aceder à melhor evidência disponível nos vários domínios de conhecimento — e ao conhecimento disciplinar de enfermagem, no caso concreto dos enfermeiros — de modo a sustentarem uma prática profissional especializada e diferenciada.

A pessoa em situação de doença crónica — devido à complexidade da doença, do regime terapêutico subjacente e do processo saúde-doença — exige um acompanhamento adequado e regular dos profissionais de saúde, por forma a detetar precocemente as necessidades individuais da pessoa e a dar resposta no momento apropriado. Assim:

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368).

Uma das características mais marcantes das doenças crónicas é a sua progressividade. A progressividade refere-se à tendência de estas doenças evoluírem gradualmente, traduzindo-se, habitualmente, numa crescente deterioração da condição física e/ou mental da pessoa. Esta

mudança vai exigir da parte do próprio (e, eventualmente, do familiar que o cuida) um esforço de adaptação à nova realidade, que passará pela aquisição de novas competências que lhe permitam lidar de forma efetiva com o que “mudou e ficou diferente”. Este processo vivencial, em que a pessoa procura ajustar-se de uma forma “saudável” ao que está a mudar na sua vida, é, na literatura de enfermagem, denominado: transição. Durante esse processo, o apoio das pessoas significativas e dos profissionais de saúde desempenha um papel fundamental, fornecendo suporte emocional, orientação e educação sobre estratégias para lidar com a sua nova condição. Ao entender e reconhecer a natureza progressiva destas doenças, as pessoas com doença crónica e os familiares cuidadores podem preparar-se melhor para enfrentar os desafios que surgem ao longo da evolução da doença, alcançando uma melhor qualidade de vida e bem-estar geral.

Por sua vez, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica tem, por força das suas competências especializadas, particularmente, na prevenção das complicações, na promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, um contributo fundamental na capacitação da pessoa e dos familiares cuidadores, para a gestão da doença crónica, conforme as implicações da doença na pessoa *per si* e na sua qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Esta visão foi iniciada pela tão afamada “Dama da Lâmpada”, Florence Nightingale (1989), que revolucionou a forma como a enfermagem era praticada durante a Guerra da Crimeia ao apresentar como conceito básico do seu trabalho a higiene ambiental, promovendo a saúde e o bem-estar das pessoas.

No presente capítulo, descrevemos, a partir do perfil de competências definido pela OE, e refletimos, com base nas teorias de enfermagem e na evidência científica, os contributos das experiências e das vivências durante o estágio de natureza profissional, que realizámos, para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Iremos centrar-nos, no que diz respeito ao perfil de competências definido pela OE, nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, bem como nas respetivas unidades de competência. Esta opção é motivada pela nossa intenção de aprofundar conhecimentos e melhorar as capacidades nesta área de especialização, de modo a contribuir, de forma significativa, para a nossa prática e para o nosso desenvolvimento profissional.

Não obstante, como parte deste percurso, reportar-nos-emos também às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e refletiremos sobre estas. No entanto, ressaltamos que, ao desenvolvermos as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, estamos, desde logo, a contribuir para o desenvolvimento de algumas das

competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Realizaremos, também, uma apreciação global das competências comuns dos enfermeiros especialistas, procurando identificar elementos essenciais que transcendem áreas de especialização e são fundamentais para a prática avançada da enfermagem em geral.

Neste processo de reflexão, duas teorias de enfermagem — pela forma como influenciaram este percurso e pelas perspetivas que abriram para o futuro profissional — foram fundamentais: a Teoria do autocuidado, de Dorothea Orem, e a Teoria das transições, de Afaf Meleis. A par destas duas teorias, o Modelo de perfis de autocuidado, de Backman e Hentinen e a Ontologia em enfermagem 2023 constituíram-se, também, como referências permanentes e da maior relevância nesta jornada de aquisição de competências profissionais. Já para aceder à melhor evidência disponível, pesquisámos acerca de cada uma das temáticas em bases de dados (CINAHL, PUBMED, MEDLINE) e na literatura cinzenta, nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento.

A OE estabeleceu duas competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. A primeira destas é **“cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”**, que é descrita da seguinte forma:

Atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368).

Para adquirirmos esta competência, no estágio, demos particular atenção às atividades de planeamento das intervenções relacionadas com as complicações intra e inter-dialíticas.

No exercício da referida competência específica, o enfermeiro desempenha um papel crucial no estímulo ao comportamento de autocuidado. Quando uma pessoa é diagnosticada com uma condição crónica, esta e os seus familiares são confrontados com uma série de desafios que vão além do tratamento médico convencional. Neste sentido, durante o estágio, pudemos vivenciar, em primeira mão, o papel essencial do enfermeiro especialista na capacitação, tanto da pessoa como dos seus cuidadores, para assumirem um papel ativo no seu próprio bem-estar. Esta experiência prática envolveu, não apenas fornecer informações sobre a sua condição, nomeadamente sobre as complicações intra e inter-dialíticas e o tratamento, mas também trabalhar em parceria com o cliente para desenvolver estratégias de autocuidado. O conceito de

autocuidado é definido como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2019). Este conceito foi aprofundado por Dorothea Orem (1991) na sua Teoria do autocuidado e teve grande impacto no modo como se conceptualiza a disciplina de enfermagem. Para esta autora, o autocuidado é uma atividade adquirida pelas pessoas com um objetivo. Está sujeito a alterações conforme o estado de saúde, os efeitos dos cuidados médicos, entre outros fatores. Este objetivo envolve preservar a saúde, essencial para a integridade estrutural de desenvolvimento e funcionamento do ser humano.

Verificámos, durante o nosso percurso de estágio, que, frequentemente, as complicações inter-dialíticas surgem associadas, não só à evolução natural da doença, mas, também, aos comportamentos de autocuidado. À luz da Teoria do autocuidado (Orem, 1991), os clientes cuidam de si próprios desempenhando atividades para manter a saúde e o bem-estar. Nas nossas experiências de estágio, a generalidade dos clientes mostrava-se capaz de satisfazer as suas necessidades de autocuidado. No entanto, apesar da capacidade adaptativa do ser humano, tal como referido na Teoria do défice do autocuidado (Orem, 1991), algumas pessoas apresentavam limitações que as tornavam completa ou parcialmente incapazes de realizar as atividades de autocuidado, razão pela qual as pessoas necessitavam dos cuidados dos enfermeiros. Desta forma, tivemos necessidade de intervir, no que diz respeito às complicações inter-dialíticas, no sentido de combater as limitações na realização do autocuidado, proporcionando o ambiente e a privacidade adequados para tal, o que vai de encontro com o que o diz Orem (1991) na Teoria dos sistemas de enfermagem.

Tivemos a oportunidade de contactar com um caso clínico — Sr. C., com o diagnóstico de DRC estágio 5 em programa regular de HD há dois anos — que apresentava limitações na realização do autocuidado relacionado com a higiene pessoal e com os cuidados ao acesso vascular (FAV). Aquando da avaliação da FAV, verificámos que o local se encontrava sujo e com sinais inflamatórios. Procuramos perceber, junto da equipa, o histórico do cliente no que diz respeito à sua higiene pessoal, que nos relatou que estes episódios eram frequentes. Aquando da recolha de dados ao cliente, este referiu-nos que realizava HD logo após o término da sua atividade laboral que envolvia inspecionar a qualidade de produtos não alimentares. Segundo o cliente, este ambiente envolve, por tendência, sujidade. Referiu ainda não saber ser importante manter o membro da FAV limpo e que a sujidade aumenta o risco de infeção do acesso arteriovascular.

Neste caso específico, a Ontologia em enfermagem ajudou a organizar o nosso processo de pensamento na medida em que nos sugere dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, não só referentes aos processos corporais e mentais, como às ações da pessoa (nomeadamente o autocuidado), considerando sempre o processo de transição que essa pessoa pode estar a vivenciar. Recorrendo a esta ferramenta e baseados na melhor evidência, conseguimos intervir para prevenir as complicações relacionadas com a FAV.

Através deste caso, que foi dos primeiros casos que tivemos contacto, percebemos como é realmente importante a intervenção “avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa” sugerida pela Ontologia. A avaliação contínua do conhecimento deste cliente sobre a prevenção de complicações da FAV foi essencial, na medida em que nos permitiu identificar, ao longo do tempo, lacunas na compreensão do cliente sobre como prevenir as complicações relacionadas com este acesso arteriovascular, permitindo-nos perceber a necessidade de implementar outras intervenções para evitar complicações.

A análise crítico-reflexiva, realizada em conjunto com o enfermeiro tutor sobre este caso clínico e todos os outros que tivemos contacto, permitiu-nos compreender o impacto das complicações intra e inter-dialíticas no autocuidado e reconhecer os requisitos de autocuidado definidos por Orem (1991) que afetam diretamente o comportamento de autocuidado. Ao longo deste percurso, identificámos, nas diferentes pessoas com compromisso renal em programa regular de HD, uma variedade significativa de requisitos de desenvolvimento que estão associados aos processos de desenvolvimento humano e às etapas do ciclo de vida. Contactámos com pessoas que procuravam informações sobre a sua doença crónica e recorriam aos enfermeiros por necessidade de apoio psicossocial para lidar com os desafios associados à adaptação a um novo estilo de vida, por necessitarem de ser inseridas num programa regular de HD. Identificámos, também, requisitos de desvios de saúde relacionados com a procura pelos cuidados de saúde, o envolvimento no processo de tratamento e a vivência da doença. Entre estas, pessoas que monitorizavam e registavam a tensão arterial diariamente e que estavam atentas a aumentos repentinos desta que pudessem indicar complicações do seu estado de saúde, como a hipertensão e o edema, e que ao detetarem estes desvios, comunicavam aos profissionais de saúde para eventual ajuste no seu tratamento. Compreendemos que, apesar de as pessoas serem portadores da mesma doença crónica, têm experiências de vida muito diferentes e outras doenças crónicas que afetam as atividades de autocuidado.

Ainda para alcançarmos a unidade de competência — “identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368) —, concentramo-nos em estabelecer uma relação terapêutica com os clientes, desenvolvendo habilidades de comunicação específicas que nos permitiram adaptar a nossa abordagem de acordo com as necessidades individuais e contextuais. Isto foi fundamental para garantirmos que as informações que disponibilizávamos aos clientes sobre as complicações intra e inter-dialíticas fossem compreendidas e bem recebidas, contribuindo para um ambiente de cuidados centrado na pessoa.

Além disso, procurámos ativamente envolver os clientes no respetivo processo de cuidados, com intuito de alcançarem o bem-estar e de melhorarem a qualidade de vida.

Durante as nossas interações com a equipa multidisciplinar, também compreendemos a

importância de reconhecer as necessidades de intervenção especializada e de antecipar situações de agudização relacionadas estas complicações intra e inter-dialíticas. Esta compreensão permitiu, da nossa parte, uma abordagem proativa no planeamento das intervenções de enfermagem, visando otimizar os resultados em saúde. Ao longo destas experiências, aplicámos e desenvolvemos habilidades que nos capacitaram para planear e implementar intervenções para lidar com as complicações intra e inter-dialíticas, que foram fundamentais para alcançar a referida unidade de competência na nossa prática como futura enfermeira especialista.

Durante todo o processo, priorizámos também uma atuação preventiva face às complicações associadas à doença crónica, procurando evitar ou minimizar o impacto negativo desses eventos na vida das pessoas. Procurámos, nomeadamente, junto das pessoas que estavam a integrar o programa regular de HD e que tinham potencial para melhorar o conhecimento sobre as complicações da HD, ensinar os sinais e os sintomas de complicações inter-dialíticas e como prevenir essas complicações, no sentido de minimizar o impacto da HD nas suas vidas.

Para identificar as necessidades dos clientes, a recolha de dados associados aos processos corporais e ao processo de transição da pessoa foi fundamental neste processo de desenvolvimento de competências. Através da recolha e da interpretação dos dados, conseguimos identificar os diagnósticos de enfermagem, estabelecer objetivos, prescrever intervenções e, posteriormente, implementar o que antes concebêramos.

Neste processo de recolha de dados, a obtenção de informações como, por exemplo, resultados de exames laboratoriais e registos médicos e de enfermagem foi simples porque estavam disponíveis nos sistemas de informação.

No entanto, também enfrentámos algumas dificuldades. Dada a nossa inexperiência nesta área da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, sentimos necessidade de aprofundar os conhecimentos que tínhamos sobre a fisiopatologia do sistema renal, essencial para recolher e interpretar dados no que diz respeito aos processos corporais. Também o tempo de contacto limitado com as pessoas em programa regular de HD (cinco horas, três vezes por semana) dificultou o nosso processo de recolha de dados. Além de as pessoas nem sempre estarem dispostas a participar neste processo de recolha de dados por quererem descansar durante as sessões de HD, também nem sempre conseguimos concluir a recolha de dados pelo tempo limitado de contacto com as pessoas. Esta dificuldade objetiva condicionou a recolha de dados em domínios em que a interação comunicativa enfermeira-cliente era indispensável e tornou-se um desafio, instigando-nos a efetuar um planeamento dos cuidados para o período de tempo disponível, sem deixar de nos permitir treinar, variadas vezes, o processo de tomada de decisão.

Para facilitar este processo de desenvolvimento da unidade competência, concebemos um quadro orientador com as principais complicações intra e inter-dialíticas e as intervenções de

enfermagem associadas a essas complicações (Anexo 2). Este quadro ajudou no treino do planeamento de cuidados e na execução dessas intervenções, deixando-nos com uma noção mais clara, não só das complicações intra e inter-dialíticas, como também das intervenções de enfermagem neste âmbito. O quadro revelou-se uma ferramenta interessante, uma vez que, à luz do pensamento de Orem, as pessoas têm a capacidade de realizar cuidados a si mesmas e a ação dos enfermeiros pode concentrar-se em capacitar os clientes a reconhecerem os sinais precoces das complicações inter-dialíticas e a participarem ativamente no seu autocuidado. A sistemática discussão com o enfermeiro tutor da nossa *performance*, no planeamento e na execução das intervenções, contribuiu para a consolidação da nova competência.

A adaptação ao autocuidado inicia-se com a consciencialização da condição de saúde, envolvendo uma reflexão cuidadosa que incorpora tanto experiências pessoais como normas culturais e sociais. Isto é crucial para tomar decisões informadas sobre o cuidado pessoal e o bem-estar (Bastos, 2012). Esta reflexão permite à pessoa, não só compreender melhor o seu estado de saúde, mas, também, adaptar-se às mudanças que enfrenta, conforme sugerido pela Teoria das transições de Afaf Meleis, e que tivemos oportunidade de aprofundar através das experiências vividas durante o estágio.

A transição — enquanto conceito central de enfermagem — tem vindo a ser analisada e aprofundada. A transição apresenta três fases: entrada, passagem e saída. Uma transição compreende um fenómeno pessoal e não estruturado, que Chick e Meleis (1986) caracterizam como a passagem de uma condição para outra que se sucede desde a necessidade de rutura até a pessoa adquirir um novo equilíbrio. Nesta passagem de uma condição para a outra, os enfermeiros desempenham um papel vital, visando facilitar a adaptação e a promoção do bem-estar da pessoa.

Neste sentido, considerámos fulcral desenvolver a unidade de competência “promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde-doença decorrente da doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368).

Inicialmente, confrontámos a evidência científica com o que observámos nos contextos de estágio. Todavia, a Ontologia em enfermagem foi a base que utilizámos para orientar as nossas intervenções especializadas, com o objetivo de facilitar o processo de transição saúde-doença decorrente da doença crónica. Desta forma, pretendíamos oferecer um cuidado mais holístico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Durante o estágio, percebemos que, no que concerne à natureza da transição, as pessoas se encontravam num processo de transição saúde-doença e que apresentavam múltiplas transições. Tendencialmente, as pessoas eram portadoras de mais do que uma doença crónica, algumas relacionadas com a DRC e outras não relacionadas.

Perante o confronto com a realidade e o nosso interesse profissional, optámos por dar especial

atenção à propriedade da transição: consciencialização. Segundo Meleis et al. (2000), a consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Para evoluir para um processo de transição saudável, a pessoa tem de ter consciência das suas necessidades e vulnerabilidades.

Ao longo deste percurso, contactámos com clientes com compromisso renal, com diferentes níveis de consciencialização, no que diz respeito à sua doença e à HD. Alguns clientes consideravam não ter DRC pelo facto de continuarem a urinar; outros clientes acreditavam que quando se “sentissem melhor” não necessitariam de continuar a realizar HD; outros clientes, que tinham iniciado HD há pouco tempo e que já apresentavam melhoria da sintomatologia relacionada com uremia, reagiam com satisfação e euforia (fase de lua-de-mel), acreditando que já tinham recuperado e que a HD fora o melhor que lhes acontecera, sem perceberem as complicações inerentes ao tratamento e à doença. A maioria dos clientes, no que diz respeito à consciencialização, demonstrava baixo nível de consciencialização da relação entre a ingestão e a retenção de líquidos. Esta realidade ficou bem evidente no elevado número de vezes que os clientes tiveram necessidade de corrigir os seus hábitos para poderem gerir eficazmente essa retenção hídrica.

Consciencializar a relação entre a ingestão e a retenção de líquidos implica, não é só compreender a necessidade de restrição hídrica, como reconhecer os sinais e os sintomas dessa retenção. Isso envolve uma mudança de perspetiva, passando de uma abordagem habitual para uma mais consciente e informada sobre as consequências da ingestão inadequada de líquidos, com a necessidade de entender como as suas escolhas alimentares e hídricas têm impacto no seu bem-estar e na eficácia do tratamento.

Desta forma, dedicámo-nos verdadeiramente a apoiar os clientes no processo de transição e adaptação à doença crónica. Isso passou por estabelecer relações terapêuticas, oferecendo suporte emocional e fornecendo informações claras e relevantes sobre a condição de saúde, auxiliando assim na gestão da doença.

Desenvolvemos, em conjunto com o enfermeiro tutor, planos de intervenção individualizados, maximizando a autonomia e a qualidade de vida de acordo com as perspetivas e as necessidades específicas de cada pessoa. Com o intuito de obter a maior eficácia nas intervenções de enfermagem, sustentámos a planificação dos cuidados de enfermagem na melhor evidência disponível, como apresentamos, no exemplo seguinte:

A D. A. — diagnosticada com DRC estágio 5 em programa regular de HD há sete anos — foi um dos casos em que procurámos desenvolver, com o enfermeiro tutor, a conceção de cuidados.

Perante a recolha e a análise dos dados, percebemos que a D. A. tinha dificuldade em entender como é que a ingestão hídrica interferia na sua condição de saúde, pelo que apresentava, com regularidade, edema e hipertensão.

Após a identificação, com recurso à Ontologia de enfermagem, do diagnóstico “potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos”, estabelecemos o objetivo “promover autogestão: retenção de líquidos” e prescrevemos as intervenções “avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos”, “contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização” e “analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos”. No entanto, dada a nossa dificuldade para intervir na consciencialização, procurámos na evidência científica outras intervenções de enfermagem além das sugeridas pela Ontologia em enfermagem mas, na verdade, não encontramos qualquer estudo que abordasse intervenções de enfermagem para melhorar a consciencialização.

À semelhança do que referimos anteriormente, a intervenção “avaliar evolução de (...)” é essencial na medida em que nos permite avaliar o progresso da cliente ao longo do tempo. Ao acompanharmos a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos, pudemos determinar a eficácia das intervenções anteriormente prescritas à D. A. e identificar em que medida é que a cliente necessitava de mais suporte. Além disso, esta avaliação contínua ajudou a identificar novas necessidades da cliente, o que implicou algum ajuste das nossas intervenções.

As intervenções “contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização” e “analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos” proporcionaram uma abordagem centrada na D. A., permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades e dos desafios individuais da cliente no que diz respeito à relação entre a ingestão e retenção de líquidos. Ao analisarmos com a cliente a relação entre a ingestão e a retenção de líquidos, esta compartilhou as suas preocupações sobre como a ingestão hídrica poderia contribuir para os sintomas de retenção, incluindo o edema e o aumento da tensão arterial. A D. A. foi, assim, incentivada a registar os líquidos que ingeria diariamente, o peso e a presença de edemas. Desta forma, a D. A. compreendeu que a ingestão de líquidos que fazia interferia diretamente na retenção de líquidos o que, por sua vez, levava ao agravamento da sua condição de saúde.

A abordagem centrada na cliente, aliada à Ontologia em enfermagem, desempenhou um papel fundamental na garantia da clareza e da consistência na comunicação entre os enfermeiros. Ao estabelecermos uma linguagem compartilhada e uma compreensão comum dos termos e conceitos relacionados com o processo de transição, a Ontologia evitou ambiguidades, assegurando uma comunicação mais eficaz e facilitando o planeamento de intervenções especializadas para promover o processo de consciencialização.

Durante o estágio, sentimos a necessidade de dar especial ênfase a esta unidade de competência e procurar mais evidência científica e a teoria relacionada ao processo de consciencialização, mais especificamente da relação entre a ingestão e retenção de líquidos. Para além da complexidade inerente à consciencialização em geral, neste caso em concreto, a

consciencialização guarda relação com outros aspetos, como a função renal, o controlo da tensão arterial, a regulação do volume sanguíneo e a prevenção de complicações como o edema, a desidratação e a sobrecarga de líquidos. Constatámos que compreender esta relação é fundamental para prestar cuidados de enfermagem eficazes, especialmente em pessoas com compromisso renal com alterações do equilíbrio hidroelectrolítico (Cristóvão, 2016; Guyton & Hall, 2017).

Explorar mais a evidência científica e mais a Teoria das transições, permitiu-nos aprimorar as nossas habilidades de avaliação e de intervenção ao longo do estágio. Além disso, desenvolvemos estratégias para capacitar os clientes a gerirem a sua ingestão de líquidos de forma adequada e verificámos a importância de promover estratégias para a autogestão e de promoção da saúde, para capacitar as pessoas para o autocuidado e a tomada de decisões informadas.

Para facilitar o desenvolvimento desta unidade de competência, elaborámos previamente um quadro orientador (Anexo 3) com as estratégias adequadas à promoção da consciencialização da relação entre a ingestão e a retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD. Este quadro, juntamente com as reflexões em conjunto com o enfermeiro tutor, auxiliou o treino do planeamento e da execução dessas intervenções de enfermagem, nomeadamente “contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização” e “analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos”. Na verdade, tendo sido estruturado com base na Teoria do autocuidado de Orem (1991), teve um contributo decisivo no nosso processo de desenvolvimento de competências, na medida em que os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial na capacitação das pessoas para que estas reconheçam os sinais de retenção hídrica, compreendam as restrições dietéticas e participem ativamente do seu autocuidado. Por outro lado, a experiência profissional do enfermeiro tutor revelou-se particularmente útil, muito contribuindo para o aprofundamento da reflexão que fizemos entre o que a teoria aconselha e o que a prática condiciona.

Também orientados pelo Modelo de Backman e Hentinen (1999, 2001), nas diferentes intervenções de enfermagem que realizámos, procurámos sempre adaptá-las a cada pessoa e aos seus perfis de autocuidado, levando em conta as preferências, as capacidades e os desafios específicos de cada uma destas. Reconhecemos que a individualização dos cuidados é essencial para promover uma abordagem holística na prática de enfermagem.

Na mesma lógica, de acordo com o processo de aprendizagem e com as oportunidades proporcionadas nos contextos de estágio, pretendemos aprofundar conhecimentos a nível do controlo de infeção, pelo que abraçámos estas oportunidades para prevenir, intervir e controlar a infeção associada aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.

A OE, refere que:

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362)

Como decorre deste regulamento, também nas unidades hospitalares que acolhem pessoas com compromisso renal, a área do controlo de infeção é particularmente relevante. O enfermeiro especialista desempenha um papel vital na prevenção de infeção, nomeadamente ao nível dos cuidados ao CVC em HD, com a adoção de práticas assépticas, com a educação dos clientes e com a deteção precoce de possíveis complicações. Constatámos, através das oportunidades experienciadas, que a integração dessas práticas baseadas na evidência, promovem um ambiente seguro e contribuem para a qualidade dos cuidados prestados.

Para alcançarmos a 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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369), consultámos os protocolos da instituição acerca do controlo de infeção do CVC em HD e confrontamos os mesmos com a evidência científica mais atual e o enunciado pela DGS (2022a) — “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central”. Entrevistámos, ainda, o enfermeiro interlocutor da Comissão de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA). Posteriormente, discutimos com o enfermeiro tutor, não só o conteúdo da entrevista ao enfermeiro interlocutor, como a evidência científica sobre controlo de infeção do CVC em HD e, ainda, as notas resultantes da observação realizada na prática.

Ao realizarmos o confronto entre o enunciado da DGS com os protocolos do serviço de estágio, os dados recolhidos através da entrevista e a observação da prática, percebermos que os princípios são comuns.

Assim, surgiu uma discrepância intrigante: embora a DGS destaque as infeções associadas ao CVC como uma das principais IACS, não observamos nenhum caso de infeção relacionada com o CVC durante nosso período de estágio no serviço.

Esta discrepância levou-nos a admitir que a ausência de casos de infeção associada ao CVC pode ser um sinal encorajador de que os protocolos de prevenção e controlo de infeções em vigor no serviço estão a ser implementados de forma eficaz, o que determinará essa ausência. Por outro lado, é importante salientarmos que durante o nosso estágio, não tivemos contacto com um grande número de pessoas em programa regular de HD com recurso a CVC. Esta limitação no número de casos, faz-nos pensar que a ausência de situações de infeção associada ao CVC pode não ser necessariamente indicativa da incidência real de infeções.

No que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental, particularmente no reconhecimento de lacunas no cumprimento desses protocolos. Para tal, o serviço programa auditorias e momentos de formação. Estas intervenções corroboram o que está preconizado pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018), o que contribui para um aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio, procurámos fomentar a adesão dos clientes na prevenção, na intervenção e no controlo de infeção do CVC em HD. Salvaguardámos, com a supervisão do enfermeiro tutor, o cumprimento dos padrões estabelecidos nos planos de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos para a prevenção, a intervenção e o controlo de infeções. Por fim, procurámos documentar, juntamente com o enfermeiro tutor, todas as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas. Estas experiências práticas durante os períodos de estágio foram fundamentais para o desenvolvimento das competências necessárias para liderar eficazmente o combate às infeções associadas ao CVC em HD e para a promoção de um ambiente seguro para os clientes.

Optámos por desenvolver um quadro orientador que reúne as intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção de infeção do CVC em HD (Anexo 4), com recurso à Ontologia de enfermagem. Nos turnos que se seguiram, treinámos o planeamento e a execução dessas intervenções referidas no quadro orientador. Isto envolveu a prática ativa das técnicas e dos protocolos de prevenção de infeção relacionados ao CVC, com foco na aplicação precisa das medidas preventivas recomendadas. Durante esse período, procurámos aperfeiçoar as nossas habilidades na implementação dessas intervenções, sob a supervisão do enfermeiro tutor. Além disso, aproveitámos a oportunidade para aprimorar os nossos conhecimentos teóricos, com base nas evidências científicas discutidas previamente, visando garantir uma abordagem eficaz no controlo de infeções e a resistência a antimicrobianos em pessoas em programa regular de HD.

Desenvolver a unidade de competência “avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369) provou ser um desafio significativo durante a nossa experiência em estágio. Apesar de conseguirmos avaliar os resultados com base nas respostas da pessoa a vivenciar doença crónica, em que a intervenção “avaliar evolução de (...)” foi fundamental, não o conseguimos fazer com os cuidadores. Na realidade, na unidade de hemodiálise, os cuidadores não estão presentes durante as sessões de HD. Acresce que, na unidade de nefrologia, as pessoas em programa regular de HD com quem tivemos contacto, eram autónomas, não necessitando de cuidadores.

Como resultado, foi desafiante compreender as necessidades, as preocupações e as experiências dos clientes, e dos seus cuidadores, com os quais tivemos contacto na unidade de hemodiálise, e adaptar o plano de cuidados às respetivas necessidades. No entanto, tentámos

superar essa dificuldade através de uma abordagem colaborativa com a equipa multidisciplinar, procurando informações sempre que possível e aproveitando ao máximo as oportunidades de interação com os clientes durante as sessões de HD, apesar da ausência dos cuidadores. Perante os desafios enfrentados, cada interação constituiu uma oportunidade para aprofundar a nossa compreensão das necessidades das pessoas e para melhorar a nossa prática.

A segunda das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica é **“maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”**, que é descrita da seguinte forma:

Ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369).

Para adquirirmos esta competência, demos particular atenção, durante o estágio, à unidade de competência “gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369). Em concreto, por força da realidade vivida em estágio, optámos por nos focar em três áreas essenciais: a gestão do regime medicamentoso, a gestão do regime dietético e o procedimento de HD.

O facto de a pessoa ter de lidar com um regime terapêutico complexo no seu dia-a-dia, pode deixá-la mais vulnerável, com maior probabilidade de uma autogestão ineficaz, potencializando a progressão da doença e, conseqüentemente, a deterioração do seu estado de saúde (Padilha, 2013).

Assim, procurámos desenvolver capacidades para promover a autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, pois esta está sujeita a um regime medicamentoso complexo. A entrada de uma pessoa num programa regular de HD representa uma mudança significativa na sua vida. Meleis et al. (2000) destaca que, perante as mudanças, as pessoas precisam de se adaptar, desempenhando novos papéis, adotando novas rotinas e assumindo novas responsabilidades.

A análise crítico-reflexiva — realizada em conjunto com o enfermeiro tutor sobre a gestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, sobre os fatores que facilitam e dificultam essa autogestão, bem como sobre as estratégias adequadas para promover a autogestão — foi fundamental por diversas razões. Primeiramente, permitiu-nos, não só integrar a teoria com a prática, mas também validar as estratégias propostas e obter pareceres valiosos com base na experiência do enfermeiro tutor. Além disso,

esta abordagem colaborativa permitiu aprimorarmos a nossa capacidade de avaliar a compreensão dos clientes sobre a sua medicação, de identificar potenciais barreiras à adesão e de fornecer informação individualizada para promover uma gestão eficaz do regime medicamentoso. Isto enriqueceu a nossa capacidade para a conceção e a implementação de intervenções de enfermagem capazes de promoverem a autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD.

Igualmente importante, e por forma a facilitar a aquisição da unidade de competência, elaborámos um quadro orientador com os fatores que facilitam ou dificultam a autogestão do regime medicamentoso, bem como com as estratégias adequadas para promover essa autogestão (Anexo 5). A elaboração do quadro orientador foi fundamental por várias razões. Por um lado, o quadro proporcionou uma estrutura clara e organizada para identificar os fatores que influenciam a autogestão do regime medicamentoso neste contexto específico. Ao listar esses fatores facilitadores e dificultadores, pudemos compreender melhor os desafios enfrentados pelos clientes nesse processo. Além disso, o quadro orientador inclui estratégias específicas para promover a autogestão do regime medicamentoso. Essas estratégias foram baseadas na Ontologia de enfermagem, visando capacitar os clientes a assumirem um papel ativo no seu autocuidado.

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de contactar com o Sr. P., que ingressara no programa regular de HD há quatro meses. O cliente estava com dificuldades em gerir o regime medicamentoso.

Com a ajuda da Ontologia em enfermagem, procedemos à recolha de dados sobre o regime medicamentoso do Sr. P., que incluía, entre outros, anti-hipertensores e diuréticos. Através desta recolha de dados percebemos que o conhecimento do cliente sobre a autogestão do regime medicamentoso necessitava de ser melhorado para progredir para a mestria, uma vez que não sabia a dose correta dos medicamentos. Além disso, referiu sentir-se sobrecarregado com o número de medicamentos que necessitava de tomar por dia e que acreditava não ser capaz de gerir a medicação.

Com base nos dados recolhidos e na análise destes, identificamos os diagnósticos de enfermagem: “potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso” e “potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso”.

Posteriormente, estabelecemos os objetivos de enfermagem, em conformidade com os diagnósticos identificados e as necessidades individuais do Sr. P.. Os objetivos de enfermagem traduziam o sentido que pretendíamos imprimir à ação dos enfermeiros, orientando assim a prescrição das intervenções de enfermagem. Os objetivos incluía: “determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso” e “promover autogestão: regime medicamentoso”.

Assim, planeámos as intervenções de enfermagem que visaram atender às necessidades

específicas do Sr. P.. Relativamente ao diagnóstico “potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso”, prescrevemos as intervenções: “avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso” e “ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso” (como complemento, elaborámos um folheto com o nome de cada medicamento, hora de administração, via de administração e dose, para ajudar o Sr. P. a gerir o seu regime medicamentoso).

Relativamente ao diagnóstico “potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso”, consideramos fundamental adotar estratégias para promover a confiança do cliente para gerir o seu regime medicamentoso. Para tal, incentivámos o cliente a treinar a preparação da sua medicação com a nossa supervisão para abordarmos as dificuldades dele, as suas preocupações e para aumentar a sua confiança através do treino. Durante este processo, analisámos com o Sr. P. os resultados alcançados e elogiámos os seus esforços para o motivar a aderir e a gerir o seu regime medicamentoso. Assim, prescrevemos as intervenções: “avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso”, “treinar a administrar medicação”, “analisar com o cliente os resultados alcançados” e “elogiar o desempenho do cliente”.

Compreendemos, assim, que a autogestão do regime medicamentoso pode ser dificultada, não só pelo défice de conhecimento sobre o regime, mas também pelas características individuais, nomeadamente, as crenças (perceção da autoeficácia), disponibilidade para aprender, significado atribuído ao regime medicamentoso, entre outros referidos no quadro orientador.

Esta experiência, entre outras, de desenvolver capacidades num foco tão complexo para nós como a autoeficácia foi fundamental. Antes de iniciarmos o estágio, já nos deparávamos com desafios significativos na nossa prática profissional no que diz respeito à conceção de cuidados para promover a autoeficácia dos clientes. As dificuldades passavam pela falta de familiaridade com as melhores práticas para avaliar a autoeficácia, nomeadamente o acesso à Ontologia em enfermagem, e a dificuldade em identificar intervenções que fossem adequadas para cada situação. Além disso, muitas vezes pela grande carga de trabalho, o nosso tempo para nos dedicarmos a questões tão complexas, como a autoeficácia, era bastante limitado.

No entanto, durante o estágio, pela possibilidade de nos podermos dedicar inteiramente ao processo de desenvolvimento de competências, conseguimos explorar este foco, o que constituiu uma mais-valia. Acreditamos que, no nosso futuro profissional, iremos conseguir aplicar tudo o que aprendemos em estágio, o que terá um impacto significativo na nossa prática, permitindo-nos oferecer cuidados mais individualizados.

À luz do pensamento de Orem, os enfermeiros desempenham um papel vital na educação das pessoas sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente na capacitação dos clientes para tomarem decisões informadas sobre o seu autocuidado. Adicionalmente, em parceria com os clientes, os enfermeiros podem desenhar estratégias

personalizadas que colidam com os estilos de vida, preferências e desafios específicos destes (Backman & Hentinen, 1999, 2001). Foi realmente interessante comprovar estes princípios durante o estágio, uma vez que nos permitiu observar na prática como o conhecimento das pessoas sobre o regime medicamentoso é crucial para promover a sua autonomia e melhorar os resultados em saúde. Além disso, trabalhar em parceria com os clientes proporcionou-nos uma compreensão mais profunda sobre a necessidade de adaptar a cada pessoa as estratégias para promover a autogestão do regime medicamentoso.

Neste percurso, considerámos fundamental desenvolver capacidades na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD. De facto, estas pessoas estão sujeitas a uma série de restrições alimentares que, em conjunto, levam a alterações na ingestão alimentar e na qualidade da dieta. Como referido anteriormente, quanto mais complexo o regime terapêutico for, mais difícil será para a pessoa a adesão e a gestão do regime (Bastos, 2012; Cristóvão, 2016).

Assim, considerámos igualmente importante a elaboração de um quadro orientador com as estratégias adequadas para promover a autogestão do regime dietético (Anexo 6). Este quadro orientador serviu, também, para discutir, sistematicamente, com o enfermeiro tutor essas mesmas estratégias e para as consolidar entre as nossas competências profissionais.

Sendo a gestão do regime terapêutico um tipo de autocuidado, consideramos ao longo deste percurso algumas das suas dimensões. Cada uma destas dimensões traduz-se num conceito diferente que contribuiu para interpretar as diferenças nos comportamentos de autocuidado dos clientes: o *empowerment*, a autodeterminação, o *locus* de controlo e o otimismo.

Durante o estágio, ao incorporar estes conceitos nas nossas ações, pudemos capacitar os clientes a assumirem um papel mais ativo no seu próprio bem-estar. Isso incluiu envolvê-los nas decisões relacionadas com o tratamento, promover uma sensação de controlo sobre sua saúde e incentivar uma visão positiva em relação ao futuro. Ao fazê-lo, fortalecemos não só a relação terapêutica, como também fomentamos um ambiente propício para a adesão ao regime terapêutico e para a melhoria dos resultados em saúde.

Ao imergirmos no contexto de estágio numa unidade de hemodiálise, sentimos necessidade de explorar o que diz a literatura sobre a necessidade crescente de desenvolver estratégias para o autocuidado, dado o aumento do envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crónicas. Desta forma, surgiu o Modelo de perfis de autocuidado de Backman e Hentinen como uma abordagem inovadora, que visa melhorar a qualidade de vida e promover a saúde dos idosos em contexto domiciliário.

O Modelo de perfis de autocuidado, embora desenvolvido para idosos, não estava completamente alinhado com a faixa etária dos clientes em programa regular de HD. Contudo, a nossa vontade intrínseca de promover o autocuidado não se restringe a um grupo etário

específico, motivando-nos a explorar a adequação deste modelo ao contexto de uma unidade de hemodiálise.

A principal discrepância entre este modelo e a realidade da unidade de hemodiálise reside no facto de este último funcionar em regime ambulatorio. Este é um ambiente caracterizado pela sua dinâmica específica, distinta do ambiente domiciliário. Entretanto, a similaridade nas demandas por cuidados e na importância do autocuidado reforçou-nos a volição para enfrentar o desafio, reconhecendo a necessidade imperiosa de promover a saúde independentemente do cenário assistencial.

Ao longo do percurso de estágio, constatámos que o comportamento para o autocuidado é diferente de pessoa para pessoa mesmo quando as condições de saúde são semelhantes, o que aumentou ainda mais a nossa curiosidade para explorar este modelo neste contexto específico. Na maioria dos casos que tivemos contacto, os clientes eram capazes de gerir a sua saúde e a sua doença e eram autónomos nas suas atividades de vida diária. Um exemplo concreto disso, foi o Sr. O. — em programa regular de HD há três meses — que demonstrou interesse em compreender os fatores que contribuíram para sua condição e as possíveis complicações inerentes à HD. Este cliente procurou informação sobre a dieta recomendada para as pessoas em programa regular de HD e, posteriormente, recorreu aos enfermeiros para adaptar a informação que encontrou ao seu caso em particular, o que coincide com o autocuidado responsável nomeado por Backman e Hentinen (1999, 2001).

Noutros casos, apesar de mais raramente, verificámos a passividade de algumas pessoas nas atividades de vida diária e no cumprimento das indicações terapêuticas perante as instruções da equipa multidisciplinar. Um exemplo disso foi a D. S. — em programa regular de HD há sete anos — que cumpria todas as indicações que lhe eram dadas. A cliente realizava as atividades de autocuidado, sabendo tudo o que devia, ou não, fazer, mas não o porquê: cumpria a medicação prescrita sem questionar a necessidade desta ou os efeitos secundários; cumpria o regime alimentar prescrito sem questionar porque é que alguns alimentos eram recomendados e outros deviam ser evitados; comparecia a todas as sessões de HD sem questionar o procedimento ou a necessidade de o realizar; seguia todas as indicações relacionadas com o autocuidado da FAV, aparentemente, sem compreender totalmente a importância destas. Era uma cliente que confiava completamente nos profissionais de saúde e que acreditava que estes saberiam o que era melhor para a sua saúde e que, por isso, não sentia necessidade de questionar o que lhe era dito, o que recorda o autocuidado formalmente guiado nomeado pelas mesmas autoras.

Tivemos oportunidade de contactar com um cliente que esteve inserido em programa regular de HD durante cinco anos, seguidos de TR. Após sete anos do TR, houve necessidade de voltar ao programa regular de HD, no qual está inserido há três anos — o Sr. A.. Desde então, o Sr. A. demonstra um autocuidado independente em relação à gestão da sua condição de saúde. Por

exemplo, após ser aconselhado pelos profissionais de saúde a aderir rigorosamente às sessões de HD, o cliente muitas vezes tentava alterar os horários das sessões de HD para se adequar melhor à sua vida pessoal. Mesmo após lhe ser explicada a importância de realizar HD três vezes por semana durante três horas e meia, desconsiderava esta orientação, colocando em causa, frequentemente, as recomendações dos profissionais de saúde, porque achava que a solução para tudo era a sua experiência de vida, nomeadamente, o facto de ter experiência prévia em realizar HD.

Tivemos, ainda, oportunidade de contactar com clientes com falta de responsabilidade para o autocuidado. Esta ausência de responsabilidade estava muitas vezes associada a algum grau de incapacidade (alterações sensitivas, alterações da memória), pessoas que se sentiam sós, tristes e sem alguém que cuidasse delas, o que lembra o autocuidado abandonado descrito pelas mesmas autoras. Os clientes com este perfil de autocuidado, eram pessoas internadas na instituição que aguardavam resolução da situação social.

Apesar dos desafios inerentes à aplicação do Modelo de perfis de autocuidado às pessoas em programa regular de HD, esta experiência foi consideravelmente enriquecedora. Esta experiência desafiou-nos a pensar de forma criativa em estratégias para promover o autocuidado, estimulando reflexões sobre a aplicabilidade do modelo noutros contextos. Isto incentivou-nos a procurar estratégias personalizadas que atendessem às necessidades específicas de cada cliente, contribuindo, assim, para a respetiva promoção da saúde.

Pretendemos, também, desenvolver capacidades na realização da intervenção: “Terapia por hemodiálise” (NIC, 2016), uma vez que, de acordo com o que foi observado durante os estágios, o enfermeiro desempenha um papel central na segurança e eficácia do procedimento de HD, facilitando, não só o procedimento em si, como contribuindo significativamente para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Importa ressaltar que, apesar de termos querido desenvolver capacidades neste procedimento, a nossa abordagem foi sempre centrada na pessoa em situação de doença crónica e não na técnica *per si*. Reconhecemos que o enfermeiro numa unidade de hemodiálise não executa apenas procedimentos técnicos, mas também desempenha um papel crucial no processo de transição da pessoa.

Assim, procurámos familiarizar-nos com os protocolos e os cuidados necessários para a segurança e a eficácia do tratamento, o que se constituiu como um momento de grande aprendizagem e reflexão. A natureza desafiadora, não só pela complexidade associada ao procedimento, mas também por ser uma técnica desconhecida para nós, exigiu a aquisição de conhecimentos técnicos e uma compreensão mais profunda da importância dos protocolos de segurança. Durante esse período, sentimos necessidade de refletir sobre a responsabilidade e a sensibilidade exigidas na prestação de cuidados às pessoas em programa regular de HD, considerando não apenas a eficácia do tratamento, mas também a segurança e o bem-estar das pessoas.

Neste processo de reflexão, as discussões com o enfermeiro tutor desempenharam um papel crucial. Ao compartilhar as suas experiências, pudemos não apenas esclarecer dúvidas técnicas, como também refletir sobre a importância do trabalho em equipa e da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O estágio na unidade de hemodiálise foi bastante surpreendente para nós, na medida em que fomos impressionados pela abordagem holística dos enfermeiros à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD. Ao contrário do que esperávamos, percebemos que os enfermeiros não se limitavam à técnica de HD, mas olhavam para cada pessoa como um ser completo, considerando não apenas a técnica em si.

Sendo o procedimento de HD novo para nós, optámos por desenvolver um quadro orientador com as principais etapas do procedimento (Anexo 7). A elaboração deste quadro detalhado, ajudou-nos a compreender e a executar o procedimento com segurança. Esta ferramenta foi essencial para superar os desafios decorrentes da falta de experiência e garantir uma prestação de cuidados de enfermagem adequada às pessoas em programa regular de HD.

Sentimo-nos afortunados pelas múltiplas oportunidades para praticar o procedimento de HD, nomeadamente as diversas estratégias de HD: HDF, hemodiálise, hemofiltração (HF), diálise diária sustentada de baixa eficiência (SLEDD), diálise diária sustentada de baixa eficiência com filtração (SLEDD-F) e CVVHDF. A diversidade dessas experiências foi fundamental para o nosso desenvolvimento, pois proporcionou-nos a oportunidade de aprender a realizar técnicas para as quais não tínhamos qualquer conhecimento prévio, expandindo assim a nossa capacidade de prestar cuidados altamente diferenciados.

Para desenvolvermos as unidades de competência — “gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação” e “promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369; 19370), entrevistámos o enfermeiro interlocutor da qualidade e segurança. Posteriormente, discutimos com o enfermeiro tutor, não só o conteúdo dessa entrevista, como alguma da evidência científica sobre os principais fatores promotores de quedas na pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, nomeadamente, as condições ambientais (piso escorregadio, iluminação deficiente) e as condições relacionadas com a própria pessoa (idade, dificuldade ou necessidade de auxílio na deambulação, diabetes mellitus) (Carvalho, 2019; Ribeiro et al., 2020).

Ao longo do estágio, e por forma a alcançarmos as referidas unidades de competências, procurámos assumir a responsabilidade de promover um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem. Isto incluiu a implementação de medidas preventivas para salvaguardar as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação. Alguns exemplos de como salvaguardamos as

questões de segurança na administração dos processos terapêuticos são: procurámos validar a identificação do cliente antes de qualquer procedimento e, todos os turnos, confirmámos se os clientes tinham pulseira de identificação e se os dados desta estavam perceptíveis; aquando da administração de medicação ou realização de HD, verificámos os cinco certos (cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa); após a administração de medicação e durante as sessões de HD, avaliámos a ocorrência de complicações; procuramos registar, junto do enfermeiro tutor todas as nossas intervenções nas medidas preventivas para salvaguardar as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos.

Procurámos, ainda, junto do enfermeiro tutor, identificar os fatores desencadeantes de quedas e dar seguimento às medidas preventivas implementadas no serviço para minimizar os riscos, reconhecendo as situações ou os procedimentos que poderiam determinar a ocorrência de quedas nos diferentes níveis organizacionais. Fizemos também um esforço para implementar medidas de correção, salvaguardando a segurança e a qualidade dos cuidados, com a ajuda do enfermeiro tutor. Alguns exemplos disso são: a colaboração com a equipa para gerir o ambiente para evitar quedas, nomeadamente, a iluminação adequada; a cooperação na identificação das pessoas com maior risco de queda; a participação na supervisão e na assistência às pessoas com maior risco de queda.

Compreendemos, assim, ao longo deste percurso e através das variadas oportunidades de aprendizagem, que a prevenção de quedas exige uma abordagem abrangente, desde a avaliação de riscos até à educação dos clientes e à adaptação do ambiente de cuidados. O papel dos enfermeiros nesse processo é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar destas pessoas.

Além das competências específicas relacionadas com os cuidados à pessoa em situação crónica, tivemos a preocupação de adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”; “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”; “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Como referimos anteriormente, algumas destas competências foram desenvolvidas com a realização de atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. No entanto, durante o estágio, demos também particular atenção ao

fortalecimento de algumas unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, o que nos permitirá fortalecer a nossa prática profissional como futura enfermeira especialista e nos dará uma outra perspetiva do “cuidar”.

Durante as oportunidades que surgiram ao longo do estágio, desenvolvemos habilidades para cuidar de pessoas com doença renal aguda, nomeadamente, pessoas que realizaram HD por doença aguda sem estarem incluídas num programa regular de HD. Tivemos o cuidado de criar um ambiente favorável para a prestação de cuidados especializados, garantindo a segurança e respondendo eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Apesar destas situações não estarem diretamente relacionadas com a doença crónica, não quisemos perder a oportunidade de ter essas experiências, pois reconhecemos o valor em ampliar o nosso conhecimento e as nossas capacidades noutros contextos clínicos. Entendemos que o cuidado de enfermagem é multifacetado e que o desenvolvimento profissional não se limita apenas à nossa área de especialização. Ao enfrentarmos desafios como cuidar de pessoas com doença renal aguda e a gestão de situações complexas, como a HD por doença aguda, fortalecemos a nossa capacidade de adaptação e aprendemos a aplicar princípios fundamentais de enfermagem. Estas experiências enriqueceram a nossa formação como futura enfermeira especialista e capacitaram-nos para oferecer cuidados nos variados cenários clínicos, preparando-nos melhor para atender às diferentes necessidades das pessoas que iremos encontrar ao longo do nosso percurso profissional.

Durante o estágio, tivemos presente as competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram os pilares fundamentais que nortearam a nossa prática (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Recorremos, à plataforma pedagógica e4nursing para o processo de conceção de cuidados. Esta plataforma utiliza no seu *backend* a Ontologia de enfermagem aprovada pela OE. A utilização destas ferramentas, para além de nos facilitar a aquisição de competências de conceção de cuidados de enfermagem, contribuiu de forma significativa para um maior rigor na utilização dos diferentes termos e enunciados de natureza profissional (dados, diagnósticos de enfermagem, objetivos e intervenções de enfermagem).

As 180 horas de estágio na unidade de nefrologia e as 180 horas de estágio na unidade de hemodiálise proporcionaram-nos diversas possibilidades de desenvolver competências profissionais especializadas e diferentes ações profissionais.

Consideramos que conseguimos atingir todos os objetivos a que nos propusemos, o que passava pela aquisição das competências profissionais próprias a um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. É de

realçar a importância que os contextos de estágio tiveram para que se tratasse de uma experiência tão útil.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório teve como principais propósitos: descrever a concretização do projeto individual de desenvolvimento de competências; realizar uma reflexão crítica sobre o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências especializadas; realizar uma descrição dos contextos clínicos; apresentar dois estudos de caso.

A descrição do desenvolvimento do projeto individual de desenvolvimento de competências proporcionou-nos uma compreensão mais profunda das etapas realizadas, permitindo uma avaliação criteriosa do processo de aprendizagem e do crescimento profissional. Além disso, a análise reflexiva da execução do projeto, considerando os desafios enfrentados e as estratégias adotadas, contribuiu para uma avaliação crítica do próprio desempenho e a identificação das áreas de melhoria.

A reflexão crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas proporcionou-nos uma análise profunda das experiências vivenciadas, destacando tanto os sucessos quanto as dificuldades encontradas ao longo deste caminho. Ao considerarmos as oportunidades de aprendizagem e os obstáculos enfrentados durante o processo de desenvolvimento de competências, foi possível realizarmos uma avaliação reflexiva das próprias habilidades e dos conhecimentos adquiridos.

A descrição dos contextos clínicos proporcionou-nos uma visão abrangente das práticas de enfermagem, permitindo uma avaliação informal dos desafios encontrados na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica. Aqui, pretendemos não só descrever os contextos clínicos, com também confrontar o que observámos com a melhor evidência científica. Este exercício permitiu-nos, apesar de não ser o objetivo central, refletir sobre a necessidade (ou não) da melhoria na prática de enfermagem, particularmente, à pessoa em situação crónica.

A apresentação dos dois estudos de caso proporcionou-nos a oportunidade para aplicar o conhecimento teórico na prática clínica, permitindo-nos a elaboração fundamentada e reflexiva do processo de conceção de cuidados, desde a recolha de dados até à avaliação dos ganhos em saúde, passado pela identificação de diagnósticos e a prescrição de intervenções de enfermagem. Ao analisarmos os estudos de caso apresentados, foi possível realizarmos uma avaliação crítica da conceção de cuidados adotada, identificando tanto os pontos fortes quanto as áreas passíveis de aprimoramento nos cuidados à pessoa com doença crónica, desde dificuldades na recolha de dados, na identificação de diagnósticos, no estabelecimento de objetivos ou na prescrição de intervenções de enfermagem.

Ao longo deste caminho, percebemos que o enfermeiro que cuida da pessoa em situação de

doença crónica tem um papel essencial na maximização do ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, e no cuidado à pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica. Particularmente, no contexto da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, o enfermeiro é fundamental no diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem e no planeamento e execução das intervenções de enfermagem, nomeadamente das intervenções especializadas.

Assim, consideramos que as variadas oportunidades para observar a prática de experientes enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na unidade de nefrologia e na unidade de hemodiálise e para treinar, múltiplas vezes, as atividades planeadas no projeto de desenvolvimento de competências, permitiu-nos confrontar as práticas observadas com a melhor evidência científica, o que fomentou a aquisição de conhecimentos diferenciados, bem como o desenvolvimento de habilidades no contexto do cuidado especializado de enfermagem à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD. Este processo assentou, em parte, no trabalho individual realizado, mas teve um contributo inestimável do enfermeiro tutor e dos professores orientadores, o que não só reforçou a aquisição de competências, como potenciou, ainda mais, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

Compreendemos, agora, que os desafios colocados aos enfermeiros, relacionados com a suscetibilidade e a fragilidade da pessoa com doença crónica, podem estar não só associados à velhice *per si*, mas também a outros fatores, nomeadamente ao processo de transição, que implicam uma maior necessidade de resposta em áreas como a autogestão da doença crónica e do autocuidado. No entanto, como explorado por Silva (2007, p.18),

vislumbram-se duas opções principais. Ou o sentido de uma 'prática avançada' (. . .) baseada em modelos biomédicos que têm por "Core" o diagnóstico e o tratamento da doença. Ou o sentido de uma 'enfermagem avançada' (. . .) baseado nas teorias de enfermagem que têm por "Core" o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão.

Admitimos como evidente que os enfermeiros necessitam de desenvolver o seu conhecimento disciplinar, não focando a sua ação na prática clínica somente na complementaridade com outros profissionais. É nisto que, segundo Silva (2007), se traduz a "Enfermagem avançada": introduzir mais enfermagem na "Enfermagem".

Com este pensamento de "Enfermagem mais Enfermagem" presente, entendemos que os objetivos estabelecidos para o projeto foram alcançados, expectando-se um "amanhã" mais enriquecedor, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Depois desta experiência, acreditamos ser uma enfermeira mais competente e mais capaz para pôr em prática uma enfermagem mais avançada. Apesar de algumas dificuldades experienciadas, nomeadamente: a gestão do tempo, pela necessidade de conciliar o estágio com as responsabilidades pessoais, profissionais e académicas; não termos experiência prévia na elaboração de um relatório de

estágio; o contexto da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD ser desconhecido para nós até então, o caminho planeado provou ser o mais adequado para alcançar o grau de mestre e desenvolver as competências necessárias a um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Destacamos, como contribuições positivas, a oportunidade que a ESEP nos proporcionou de aprimorar e refletir sobre a conceção de cuidados em áreas tão relevantes como o autocuidado e o processo de transição, concedendo-nos a oportunidade de desenvolvermos uma visão “mais Enfermagem”. A convicção de que é fundamental cuidar da pessoa com doença crónica, por esta ser mais do que a doença que padece, foi incrivelmente intensa, permitindo uma nova visão da “arte do cuidar”.

Portanto, este relatório representa não apenas a conclusão do MEMCPSCR, mas também o início de uma nova jornada. Sabemos, a partir de agora, que a nossa visão da “Enfermagem” não será a mesma e que praticaremos, com certeza, “uma enfermagem mais significativa para as pessoas”.

Todavia, os ganhos neste percurso foram possíveis não só graças à nossa motivação, volição e empenho, mas também graças a outros que não se poderia deixar de agradecer, nomeadamente ao Professor Doutor Clemente Sousa e ao Professor Doutor Paulo Parente, pela orientação, disponibilidade para ajudar, incentivo, por todo o conhecimento partilhado e pela compreensão nos momentos mais difíceis; à Loló e ao Rui por estarem sempre de mãos dadas comigo; ao Vítor por todo o amor, companheirismo e apoio incondicional; aos meus pais que me fizeram ser quem sou hoje, pelo abraço e palavra na hora certa; ao Pedro, o meu exemplo de vida; à minha restante família e amigos por todo o carinho e apoio; a Deus por me acompanhar sempre e me transmitir fé nos momentos de maior dificuldade.

7. BIBLIOGRAFIA

Amado, M. L. F. (2022). *Norma de Orientação Clínica: Intervenções de enfermagem na sobrecarga hídrica em pessoas DRC 5D num serviço de urgência* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/80773>

Arellano, J. L. P. (2019). *Manual de patologia geral*. In *Sisínio de Castro* (8th ed.). Elsevier.

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>

Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>

Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195-202. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x>

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira F., Machado, N. & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Revista ROL Enfermeria*, 44(11-12), 57-61.

Bertoli, S. V. & Musetti, C. (2008). Vascular access in the elderly: AVF vs CVC. A comment. *Giornale Italiano Di Nefrologia*, 25(6), 625-627.

Braz, J., & Castiglia, Y. (2022). *Temas de anestesiologia para o curso de graduação em medicina* (2nd ed., pp. 237-259). Unesp.

Brown, M., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S. & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4), 387-99. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.010>

Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & Dochterman, J.M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC* (5th ed.). Elsevier.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC* (6th ed.). Elsevier.

Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Carvalho, T. C. D. (2019). *Risco de queda e seus fatores relacionados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3911.3289>

Cesarino, C.B. & Martins, M. R. I. (2005). Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 670-676. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>

Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transition: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.). *Nursing Research Methodology*, (pp. 237-257). Aspen Publication

Clínica de Doenças Renais. (1997). *Manual de hemodiálise*. Livraria Féris.

Chung, S., Koh, E. S., Shin, S. J., & Park, C. W. (2012). Desnutrição em pacientes com doença renal crônica. *Revista Aberta de Medicina Interna*, 2(2), 89-99. <https://doi.org/10.4236/ojim.2012.22018>

Cristóvão, A. F. A. J. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise* [Tese de Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20730>

Csaba P. K. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Danelon, B., Moreira, M., Alvarenga, L., Nascimento, R., Mendes, L. & Silva de Aguiar, A. (2018). Efeitos a curto e longo prazos de ações de Educação Alimentar e Nutricional no perfil nutricional de pacientes em hemodiálise. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 38(4), 131-136. <https://doi.org/10.12873/384danelon>

Daugirdas, J. T.; Blake, P. G. & Ing., T. S. (2016). *Manual de diálise* (5th ed.) Guanabara Koogan.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: 1.ª série-A, n.º 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei n.º 80-B/2022 da Presidência de Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I Série, n.º 229/2022. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/11/22901/0000200004.pdf>

Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência de Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I

- Série, n.º 150/2022. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 da Presidência de Conselho de Ministros. (2019). Diário da República: I Série, n.º 101/2022. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência de Conselho de Ministros. (2023). Diário da República: I Série, n.º 215/2023. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* (Norma n.º 007/2019). Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2022a). "*Feixe de Intervenções*" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022). Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção Geral da Saúde (2022b). *Normas para a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde*. Recuperado em 11 de janeiro, 2024 de <https://normas.dgs.min-saude.pt/>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023). *NursingOntos*. <https://nursingontos.esenf.pt/>
- Eurostat (2020, Março 19). *Deaths due to kidney diseases in the EU*. Recuperado em 5 de maio, 2023 de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200319-1>
- Fassbinder, T. R. C., Winkelmann, E. R., Shneider, J., Wendland, J. & Oliveira, O. B. (2015). Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise – um estudo transversal. *Brazilian Journal of Nephrology*, 1(37), 47-54. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150008>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Racionero, F. M., Cordova, A., & Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.
- Fresenius Medical Care (2015). *5008 Sistema de hemodiálise Manual de operações*. Fresenius Medical Care. <https://www.spci.pt/media/enfermagem/renal/manual-fresenius-5008-Cor-Diax.pdf>

Gaspar, E. J. T. (2013). *Fatores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral: A percepção dos enfermeiros de um serviço de infeciologia* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/14681>

Gestão Integrada da Doença (s.d.). *Insuficiência Renal*. <https://gid.min-saude.pt/>

Gestão Integrada da Doença [GID] (2014). *Prevenção secundária e terciária da DRC: Plataforma integrada de gestão Integrada da doença*. Recuperado em 17 de maio, 2023 de <https://gid.minsaude.pt/drc/index.php>

Ghimire, S., Castelino, R.L. & Zaidi S.T.R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrology*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0583-9>.

Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>

Grudzinski A., Mendelssohn, D., Pierratos, A. & Nesrallah, G. (2013) A systematic review of buttonhole cannulation practices and outcomes. *Seminars in Dialysis*, 26(4), 465-475. <https://doi.org/10.1111/sdi.12116>

Guimarães, G., Mendoza, I.Y. Q., Werli-Alvarenga, A., Barbosa, J. A. G., Corrêa, A. R., Guimarães, J., O., & Guimarães, M. O. (2017). Diagnosis, result and intervention of nursing in patients with catheter for hemodialysis. *Journal of Nursing UFPE*, 11(11), 4334-4342. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201709>

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). *Tratado de Fisiologia Médica* (13th ed.). Elsevier.

Homem, F. B., Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P., Rodrigues, L. M. M. A., & Azevedo, T. S. (2022). *Manual de Apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Horne, R. (2019). *Adherence to Treatment* (3th ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316783269>

Infarmed (s.d.). *Prontuário Terapêutico Online*. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde - 2021*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>

International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem]*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO] (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*, 3(1). https://consultosalud.com/wp-content/uploads/2023/09/KDIGO-2023-CKD-Guideline-Public-Review-Draft_5-July-2023.pdf

Kirchner, R.M., Machado, R.F., Löbler L. & Stumm, E.M.F. (2011). Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. *O Mundo da Saúde*, 35(4), 415-421. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354315321>

Lei n.º 66-B/2007. (2007). Diário da República: I Série, n.º 250/2007. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2007-34446375>

Lei n.º 156/2015. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Levin, A., Tonelli, M., Bonventre, J., Coresh, J., Donner, J., Fogo, A., Fox, S., Gansevoort, R., Heerspink, H., Jardine, M., Kasiske, B., Köttgen, A., Kretzler, M., Levey, A., Luyckx, V., Mehta, R., Moe, O., Obrador, G., Pannu, N., ... Eckardt, K. (2017). Global Kidney 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *The Lancet*, 390(10105), 1888-1917. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2)

Locatelli, F., Fouque, D., Heimbürger, O., Drüeke, T., Cannata-Andía, J., Hörl, W. & Ritz, E. (2002). Nutritional status in dialysis patients: a European consensus. *Nephrol Dial Transplant*, 17(4), 563- 572. <https://doi.org/10.1093/ndt/17.4.563>.

Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/9372>

Martins, S. E. M. (2016). *Avaliação nutricional no doente idoso*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra], Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/36549>

Martins, E. C. V., Pereira, V. F. S., Sales, P. S., & Pereira, P. A. L. (2017, 3 fev). Tempo de hemodiálise e o estado nutricional em pacientes com doença renal crônica. *Revista Braspen*, 32(1), 54-57. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2017.32.1.10>

Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Mhammedi, S. A., Hamdi, F., Benabdelhak, M., Bentata, Y. & Haddiya, I. (2019). Therapeutic compliance: another challenge for patients on chronic haemodialysis. *The Pan African American Journal*, 33(28). <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.28.9448>
- Muir C. A., Kotwal, S. S., Hawley, C. M., Polkinghorne, K., Gallagher, M. P., Snelling, P. & Jardine, M. J. (2014) Buttonhole cannulation and clinical outcomes in a home hemodialysis cohort and systematic review. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(1):110-119. <https://doi.org/10.2215/CJN.03930413>
- National Kidney Foundation. (2006). KDOQI - Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease. *American Journal of Kidney Disease*, 47(3), S11-145. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.03.010>
- National Kidney Foundation. (2012). KDOQI - Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Official Journal of the International Society of Nephrology*, 3(1). <http://www.kidney-international.org>
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. J.B. Lippincott Company
- North American Nursing Diagnosis Association (2008). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação*. Artmed.
- Nuhu, F., & Bhandari, S. (2018). Oxidative Stress and Cardiovascular Complications in Chronic Kidney Disease, the Impact of Anaemia. *Pharmaceuticals*, 11(4), 103. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ph11040103>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson.
- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação* [Tese de Doutoramento], Universidade Católica Portuguesa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/14958>
- Parisotto, M. T., & Pancirova, J. (2014). *Acesso Vascular: Canulação e Cuidado*. EDTNA/ERCA.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

- Pinto, A. M. (2009). *Fisiopatologia fundamentos e aplicações* (pp. 345-254, 245-259). Lidel.
- Pinto, N. (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. <http://hdl.handle.net/10400.26/36037>
- Queirós, P. J. (2013). O que os enfermeiros pensam da enfermagem? Dados de um grupo de informantes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(5), 57-65. <https://www.researchgate.net/publication/267328347>
- Rahdar, Z., Haghghi, M., J., Mansouri, A., Siasary, A., Alahyari J. & Jahantigh, F. (2019). Probing the relationship between treatment regimen compliance and the quality of life in hemodialysis patients: A descriptive-analytic study. *Medical Surgical Nursing Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.5812/msnj.95599>
- Reboredo, M. M., Henrique, D. M. N., Bastos, M. G. & Paula, R. B. (2007). Exercício físico em pacientes dialisados. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(6), 427-430. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000600014>
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 48/2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros. (2014). Diário da República: II Série, n.º 233/2014. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/12/233000000/3024730254.pdf>
- Ribeiro, H. S., Carvalho, H. L., Dourado, G. Í., Almeida, L., Duarte, M. P., Gadelha, A. B., Inda-Filho, A., & Ferreira, A. P. (2020). A composição corporal está associada com o risco de quedas e medo de cair em pacientes em hemodiálise. *Journals Bahiana*, 10(3), 461-469. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3107>
- Ribeiro, H. S., Duarte, M. P., Andrade, F. P., Sousa, M. R., Baiao, V. M., Monteiro, J. S., Ferreira, A. P. (2022). Exercise guide to help on arteriovenous fistula maturation and maintenance. *The Journal of Vascular Access* 25(1), 318-322. <https://doi.org/10.1177/11297298221103797>
- Ribeiro, M. M. C., Araújo, M. L., Cunha, L. M., Ribeiro, D. M. C. & Pena, G. G. (2015). Análise de diferentes métodos de avaliação do estado nutricional de pacientes em hemodiálise. *Revista Cuidar*, 6(1), 932-40. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.163>
- Ribeiro, R. C., Nobre, R. A. M., Andrade, E. G. S. & Santos, W. L. (2018). O aumento das infeções

relacionadas à hemodiálise por cateter venoso central. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 1(5), 432-438.

<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/114>

Roseleur, J., Harvey, G., Stocks, N. & Karnon, J. (2019). Behavioral Economic Insights to Improve Medication Adherence in Adults with Chronic Conditions: A Scoping Review. *Patient*, 12(6), 571-592. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00377-8>

Sancho, P. O. S.; Tavares, R. P.; Lago, C. C. L. (2013). Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v2i2.302>

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. [Tese Doutorado], Universidade de Aveiro. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/1479>

Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1/2), 11-20.

Silva, G. L. D. & Thomé, E. G. R. (2009) Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1(30), 33-39. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/3844>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2023). *Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia*. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registo.pdf

Soares, A., Toledo, J., Santos, L., Lima, R., & Galdeano, L. (2008). Qualidade de vida de portadores de Insuficiência Cardíaca. *Ata Paulista de Enfermagem*, 21(2), 243-248. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000200002>

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Fístula Arteriovenosa: dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas* [Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/19355>

Sousa, C. N. (2014). *Cuidar da pessoa com doença renal crónica terminal com fístula arteriovenosa* [Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77147>

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>.

- Souza A. G., Silva L. J. G., Soares J. M. D. & Silva D. F. S. (2016). Análise da anemia por deficiência relativa de ferro e eritropoietina de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*. 36(3), 162-169. <https://doi.org/10.12873/363gonçaves>
- Sullivan, R. D., Mehta, R. M., Tripathi, R., Reed, G. L., & Gladysheva, I. P. (2019, 28 de junho). Renin Activity in Heart Failure with Reduced Systolic Function—New Insights. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(13), 1-27(13), 1-27. <https://doi.org/10.3390/ijms20133182>
- Tkachuk, O. (2019). *Fisiopatologia da Hipertensão Arterial na Doença Renal Crônica* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89738>
- Teixeira, J. M. S. (2018). *Fadiga nos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24184>
- Vinhas J, Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão J., Nogueira, R., Raposo, J. & Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi.org/10.1159/000508678>
- Williams, A.F., Manias, E. & Walker, R. (2008). Adherence to multiple, prescribed medications in diabetic kidney disease: A qualitative study of consumers' and health professionals perspectives. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1742-1756. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.07.002>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long - term therapies: Evidence for action*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- World Health Organization. (2010). *Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges*. European Observatory on Health System and Policies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326484/9789289041928eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance*. World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *Physical activity*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

8. ANEXOS

Anexo I

1. Desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica, com compromisso renal

1.1. Desenvolver competências no planeamento das intervenções à pessoa com compromisso renal, inerentes ao programa regular de HD

- Pesquisar nas bases de dados (CINAHL, PUBMED, MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento, relativamente às complicações intra e inter-dialíticas, inerentes ao tratamento de HD, da pessoa com compromisso renal;
- Desenvolver um quadro síntese que nomeie as principais complicações intra e inter-dialíticas, inerentes ao tratamento de HD, da pessoa com compromisso renal e que relacione as intervenções de enfermagem com os diagnósticos associados a essas complicações;
- Acompanhar o enfermeiro tutor aquando do planeamento das intervenções no domínio das complicações intra e inter-dialíticas, inerentes ao tratamento de HD;
- Treinar o planeamento das intervenções no domínio das complicações intra e inter-dialíticas, inerentes ao tratamento de HD, da pessoa com compromisso renal;
- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance no planeamento das intervenções no domínio das complicações intra e inter-dialíticas, inerentes ao tratamento de HD, da pessoa com compromisso renal.

1.2. Desenvolver competências na promoção de intervenções facilitadoras do processo de transição saúde/doença da pessoa com compromisso renal, em programa regular de HD

- Pesquisar nas bases de dados (CINAHL, PUBMED, MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento, relativamente aos aspetos gerais da evolução psicológica da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Desenvolver um quadro síntese que evidencie as estratégias adequadas para promover a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor as estratégias adequadas para promover a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Treinar o planeamento das intervenções para promover a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;

- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance no planeamento das intervenções para promover a consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD.

1.3. Desenvolver capacidades na promoção do desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção em pessoas com compromisso renal em programa regular de HD

- Pesquisar nas bases de dados (CINAHL, PUBMED, MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento, sobre prevenção de infeção do CVC em HD;
- Desenvolver um quadro síntese com as medidas recomendadas pela Direção-Geral da Saúde para prevenir a infeção do CVC;
- Elaborar um guião para orientar a entrevista a realizar à enfermeira interlocutora da CCIRA do serviço de Nefrologia/Hemodiálise;
- Entrevistar a enfermeira interlocutora sobre prevenção de infeção associada ao CVC;
- Acompanhar a enfermeira interlocutora num turno dedicado à CCIRA;
- Discutir com o enfermeiro tutor os dados colhidos através da entrevista realizada à interlocutora da CCIRA e da observação do seu trabalho;
- Desenvolver um quadro que reúna as intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção de infeção do CVC em HD;
- Treinar o planeamento das intervenções no âmbito da prevenção de infeção do CVC em HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance no planeamento das intervenções para prevenir a infeção do CVC em HD.

1.4. Desenvolver competências na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação da pessoa com compromisso renal ao programa regular de HD, avaliando os resultados com base nas respostas da pessoa

1.4.1. Desenvolver capacidades na promoção da autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD

- Pesquisar sobre a gestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, os fatores que facilitam e dificultam essa autogestão, bem como as estratégias adequadas para promover a autogestão, nas bases de dados (CINAHL, PUBMED e MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento;

- Desenvolver um quadro síntese com os fatores que facilitam e dificultam a autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD e com as estratégias adequadas para promover essa autogestão;
- Discutir com o enfermeiro tutor as estratégias adequadas para promover a autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Treinar as estratégias para promover a autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance na promoção da autogestão do regime medicamentoso da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD.

1.4.2. Desenvolver capacidades na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD

- Pesquisar sobre gestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD bem como dos fatores que facilitam e dificultam essa autogestão, nas bases de dados (CINAHL, PUBMED e MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento;
- Elaborar um quadro síntese com as estratégias adequadas para promover a autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor as estratégias adequadas para promover a autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Treinar as estratégias para promover a autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD.

1.4.3. Desenvolver capacidades para realizar a intervenção: “Terapia por hemodiálise” (NIC, 2016)

- Pesquisar sobre procedimento de HD, nas bases de dados (CINAHL, PUBMED e MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento;
- Discutir com o enfermeiro tutor as informações encontradas;
- Observar o enfermeiro tutor a realizar o procedimento de HD;
- Desenvolver um guião orientador que reúna as principais etapas do procedimento de HD;
- Treinar o procedimento de HD;
- Discutir com o enfermeiro tutor a minha performance ao realizar o procedimento de HD.

1.5. Desenvolver capacidades na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos, visando a cultura de segurança, à pessoa com compromisso renal em programa regular de HD

- Consultar documentação disponível no Portal Interno da instituição sobre Qualidade e Segurança;
- Pesquisar sobre principais fatores promotores de quedas na pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, nas bases de dados (CINAHL, PUBMED e MEDLINE) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento;
- Elaborar um guião para orientar a entrevista a realizar ao enfermeiro interlocutor da Qualidade e Segurança do serviço de Nefrologia/Hemodiálise;
- Entrevistar o enfermeiro interlocutor da Qualidade e Segurança do serviço de Nefrologia/Hemodiálise para perceber quais as medidas adotadas na prevenção de quedas (projeto ativo no serviço) da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD;
- Acompanhar o enfermeiro interlocutor num turno dedicado à interlocução da Qualidade de Segurança;
- Discutir com o enfermeiro tutor os dados colhidos através da entrevista realizada ao interlocutor da Qualidade e Segurança e da observação do seu trabalho.

Anexo II

Complicações da HD mais frequentes		Intervenções de enfermagem
Intra-dialíticas	Hipotensão	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução da pressão sanguínea de 15 em 15 minutos conforme o protocolo da unidade de hemodiálise; – Referenciar hipotensão ao médico; – Colocar a cliente na posição de Trendelenburg, salvo contra-indicação e nos primeiros 30 minutos de tratamento; – Administrar um bólus de 100ml de soro fisiológico 0,9%, solução hipertônica ou solução dialisante; – Discutir com o médico o benefício de diminuir a taxa de ultrafiltração; – Ajustar a temperatura do dialisante e os níveis de sódio do dialisante conforme indicação médica; – Ponderar suspender tratamento; – Rever o peso seco; – Vigiar falhas de débito do acesso vascular. <p>(ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução da pressão sanguínea de 15 em 15 minutos, conforme o protocolo da unidade de hemodiálise; – Avaliar os sinais e sintomas de hipertensão; – Referenciar hipertensão ao médico;

		<ul style="list-style-type: none"> – Rever o peso seco, a taxa de ultrafiltração e a concentração de sódio; – Administrar medicação anti-hipertensiva, conforme prescrito; – Suspender o tratamento se não tolerar os sintomas. <p>(ESEP, 2023; Sancho, 2013)</p>
	Náuseas e Vômitos	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução das náuseas e dos vômitos; – Identificar a causa das náuseas e dos vômitos (fundamentalmente hipotensão); – Avaliar a evolução da tensão arterial; – Referenciar náuseas/vômitos ao médico; – Interromper a ingestão alimentar durante a sessão de HD; – Colocar o cliente em posição de segurança para prevenir a aspiração em caso de vômito; – Discutir com o médico o benefício de diminuir a taxa de ultrafiltração; – Administrar medicação antiemética, conforme prescrito; – Disponibilizar os recursos para efetuar higiene oral, no caso de vômito; – Gerir a hidratação. – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre as estratégias de alívio da náusea; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre as estratégias de alívio da náusea (controlo da hipotensão, estratégias de relaxamento, gestão do ambiente físico, higiene oral). <p>(Bulechek et al., 2010; ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Cefaleias	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução da dor; – Identificar a causa da cefaleia;

		<ul style="list-style-type: none">– Gerir a analgesia;– Referenciar dor ao médico;– Discutir com o médico o benefício de diminuir a taxa de ultrafiltração;– Executar técnicas não farmacológicas para alívio da dor (otimizar o ambiente, massajar local);– Posicionar para aliviar a dor.– Se for o momento oportuno para intervir:<ul style="list-style-type: none">– Avaliar o conhecimento sobre as estratégias para autocontrolo da dor;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre as estratégias para autocontrolo da dor.– Avaliar o conhecimento sobre a analgesia controlada pelo cliente;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre a analgesia controlada pelo cliente.– Avaliar a capacidade para controlar a analgesia;<ul style="list-style-type: none">– Instruir/treinar a autocontrolar a analgesia.– Avaliar a autoeficácia para controlar a analgesia;<ul style="list-style-type: none">– Treinar a autocontrolar a analgesia;– Elogiar o desempenho do cliente.– Avaliar o significado atribuído às estratégias não farmacológicas para alívio da dor;<ul style="list-style-type: none">– Assistir o cliente a analisar o significado dificultador.– Avaliar a evolução do autocontrolo da dor;– Avaliar a evolução da capacidade para controlar a analgesia;– Elogiar o desempenho do cliente;– Avaliar o significado atribuído às estratégias não farmacológicas para alívio da dor.
--	--	---

		(ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)
	Prurido	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução do prurido; – Identificar a causa do prurido, nomeadamente a presença de hiperfosfatemia, a presença de pele seca, a alergia ao dialisador; – Referenciar o prurido ao médico; – Interromper o tratamento no caso de hipersensibilidade ao dialisador ou aos componentes do circuito sanguíneo; – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre as estratégias de alívio do prurido; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre as estratégias de alívio do prurido (aplicar creme hidratante; diminuir ingestão de alimentos ricos em fósforo). – Avaliar o conhecimento sobre a prevenção de lesões tegumentares; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre a prevenção de lesões tegumentares. – Avaliar a evolução do autocontrolo do prurido; – Avaliar a evolução da autogestão: prevenção de lesões tegumentares. <p>(Bulechek, 2010; ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Cãibras	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a causa da cãibra; – Avaliar a evolução das cãibras; – Referenciar cãibra ao médico; – Prevenir a ocorrência de hipotensão; – Rever o peso seco, a taxa de ultrafiltração e a concentração de sódio na solução dialisante;

		<ul style="list-style-type: none"> – Administrar soro fisiológico ou solução dialisante ou solução hipertônica em bólus; – Executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra (massagem, aplicar calor); – Avaliar a adesão ao regime medicamentoso. <p>(ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução da temperatura corporal; – Referenciar hipotermia ao médico e conforme a sua indicação aumentar, eventualmente, a temperatura do dialisante; – Disponibilizar cobertores; – Vigiar a cor da pele e das mucosas; – Monitorar a ocorrência de bradicardia e de desequilíbrio hidroeletrólítico; – Vigiar a respiração. <p>(ESEP, 2023; NIC, 2016)</p>
	Hipoglicemia	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar o cliente com risco de hipoglicemia; – Avaliar a evolução da glicemia; – Disponibilizar alimentos; – Referenciar hipoglicemia ao médico e, eventualmente, administrar solução de glicose hipertônica 30%; – Vigiar os sinais e sintomas de hipoglicemia; – Verificar o historial de hipoglicemia para determinar a possível causa; – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso;

		<ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre a autogestão do regime medicamentoso; – Ensinar sobre o regime medicamentoso. – Avaliar o conhecimento sobre a autogestão do regime dietético; – Ensinar sobre a autogestão do regime dietético; – Ensinar sobre o regime dietético. – Avaliar a consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e controlo da glicemia; – Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; – Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia. – Avaliar a consciencialização da relação entre a dieta e controlo da glicemia; – Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; – Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia. – Avaliar a consciencialização da relação entre o exercício físico e controlo da glicemia; – Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; – Analisar com o cliente a relação entre o exercício físico e o controlo da glicemia. <p>(ESEP, 2023; NIC, 2016)</p>
	Relacionadas com o acesso vascular	<p>Complicações mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infecção; – Trombose (FAV ou PAV). <p>Na presença de CVC:</p>

		<ul style="list-style-type: none">– Otimizar CVC;– Avaliar a evolução da administração pelo CVC;– Avaliar a evolução de sinais de complicações no local de inserção do CVC;– Referenciar sinais de complicações no local de inserção do CVC ao médico;– Executar o tratamento ao local de inserção do CVC após procedimento de HD. <p>Na presença de FAV:</p> <ul style="list-style-type: none">– Avaliar a evolução do frémito da FAV;– Referenciar complicações da FAV ao médico;– Avaliar a evolução de complicações da FAV;– Otimizar FAV;– Selecionar o local e técnica de punção;– Efetuar a canulação do acesso arteriovascular;– Vigiar a presença de síndrome do roubo. <p>Na presença de PAV:</p> <ul style="list-style-type: none">– Avaliar a evolução do frémito da PAV;– Referenciar complicações da PAV ao médico;– Avaliar a evolução de complicações da PAV;– Otimizar PAV;– Selecionar o local e técnica de punção;– Efetuar a canulação do acesso arteriovascular;– Utilizar a técnica assética para puncionar acesso;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> – Vigiar a presença de síndrome do roubo. <p>(ESEP, 2023; Grudzinski, et al., 2013; Muir, et al., 2014; NIC, 2016; Sousa, 2009; Sousa et al, 2013)</p>
Inter-dialíticas	Hipotensão	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar a tensão arterial antes e após sessão de HD; – Rever o peso seco; – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre a autogestão do regime medicamentoso; – Ensinar sobre a autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia. – Avaliar a consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e a pressão sanguínea; <ul style="list-style-type: none"> – Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; – Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea. – Avaliar a evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso; – Avaliar a evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e a pressão sanguínea; – Sugerir ao cliente para se levantar calmamente porque o peso seco pode não estar ajustado e resultar em hipotensão ortostática. <p>(ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar a tensão arterial antes e após sessão de HD; – Se for o momento oportuno para intervir:

		<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre os sinais e sintomas da hipertensão; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre os sinais e sintomas da hipertensão (cefaleias, náuseas e vômitos, visão turva). – Avaliar o conhecimento sobre as complicações da hipertensão; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre as complicações da hipertensão (crises convulsivas, hemostase prolongada). – Avaliar a capacidade para vigiar a pressão sanguínea; <ul style="list-style-type: none"> – Instruir/treinar a vigiar a pressão sanguínea. – Avaliar o significado atribuído à hipertensão; <ul style="list-style-type: none"> – Assistir o cliente a analisar o significado dificultador. – Avaliar a evolução do conhecimento sobre os sinais e sintomas da hipertensão; – Avaliar a evolução do conhecimento sobre as complicações da hipertensão; – Avaliar a evolução da capacidade para vigiar a pressão sanguínea; – Avaliar a evolução do significado atribuído à hipertensão. <p>(ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011; Sancho, 2013)</p>
	Prurido	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução do prurido; – Identificar a causa do prurido; – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre as estratégias de alívio do prurido; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre as estratégias de alívio do prurido (evitar banhos muito quentes, aplicar creme hidratante; diminuir ingestão de alimentos ricos em fósforo).

		<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre a prevenção de lesões tegumentares; <li style="padding-left: 20px;">– Ensinar sobre a prevenção de lesões tegumentares. – Avaliar a evolução do autocontrole do prurido; – Avaliar a evolução da autogestão: prevenção de lesões tegumentares. <p>(Bulechek, 2010; ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011)</p>
	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução da intolerância à atividade; – Se for o momento oportuno para intervir: <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre a conservação de energia; <li style="padding-left: 20px;">– Ensinar sobre a conservação de energia; <li style="padding-left: 20px;">– Ensinar sobre a gestão dos períodos de atividade/repouso; <li style="padding-left: 20px;">– Ensinar sobre a vigilância da resposta física à atividade. – Avaliar consciencialização da relação entre gestão de atividade/repouso e a conservação de energia; <ul style="list-style-type: none"> – Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; – Analisar com o cliente a relação entre a gestão de atividade/repouso e a conservação de energia. – Avaliar a evolução do conhecimento sobre a conservação de energia; – Avaliar a evolução da consciencialização da relação entre gestão de atividade/repouso e a conservação de energia; – Avaliar a evolução da autogestão da atividade/repouso. <p>(ESEP, 2023)</p>

	Cãibras	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra (massagem, aplicar calor). – Avaliar a capacidade para executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; <ul style="list-style-type: none"> – Instruir/treinar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra. – Avaliar a autoeficácia para executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; <ul style="list-style-type: none"> – Treinar a executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; – Elogiar o desempenho do cliente. – Avaliar o significado atribuído às técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; <ul style="list-style-type: none"> – Assistir o cliente a analisar o significado dificultador. – Avaliar a evolução do conhecimento sobre técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; – Avaliar a evolução da capacidade para executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; – Avaliar a autoeficácia para executar técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; – Avaliar o significado atribuído às técnicas não farmacológicas para alívio da cãibra; – Avaliar a adesão ao regime medicamentoso. <p>(ESEP, 2023)</p>
	Relacionadas com o acesso vascular	<p>Na presença de CVC:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o conhecimento sobre as complicações relacionadas com o CVC; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar sobre as complicações relacionadas com o CVC (dor, rubor, calor, tumefação e exsudado no local de inserção do CVC). – Avaliar o conhecimento sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC;

		<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC (evitar molhar o penso, usar roupas limpas que não causem atrito com o CVC, evitar atividades físicas que causem sudorese excessiva, evitar comportamentos que possam levar à exteriorização do cateter).– Avaliar a evolução do conhecimento sobre as complicações relacionadas com o CVC;– Avaliar a evolução do conhecimento sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC. <p>Na presença de FAV:</p> <ul style="list-style-type: none">– Avaliar o conhecimento sobre as complicações da FAV;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre as complicações da FAV (infecção, estenose, trombose, aneurismas/pseudo-aneurismas, síndrome de roubo, neuropatia isquémica monomélica, hipertensão venosa).– Avaliar o conhecimento sobre a prevenção de complicações da FAV;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre a prevenção das complicações da FAV (higienização do membro da FAV, preservar o membro (não avaliar tensão arterial ou realizar punções nesse membro), proteger o membro de agressões externas, evitar carregar pesos com esse membro, evitar usar roupas apertadas nesse membro, evitar dormir sobre o membro da FAV).– Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios de maturação da FAV;<ul style="list-style-type: none">– Instruir os exercícios de maturação da FAV (abrir e fechar a mão esquerda numa bola ou pequena ligadura de forma a que possa ser envolvida com a mão fechada), em que a extensão dos dedos deve ser completa e lenta por forma a favorecer a perfusão distal e sua oxigenação;– Treinar os exercícios de maturação da FAV.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">– Avaliar a evolução do conhecimento sobre as complicações da FAV;– Avaliar a evolução do conhecimento sobre a prevenção de complicações da FAV. <p>Na presença de PAV:</p> <ul style="list-style-type: none">– Avaliar o conhecimento sobre as complicações da PAV;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre as complicações da PAV (infecção, estenose, trombose, aneurismas/ pseudo-aneurismas, síndrome de roubo, neuropatia isquêmica monomélica, hipertensão venosa).– Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da PAV;<ul style="list-style-type: none">– Ensinar sobre a prevenção de complicações da PAV (higienização do membro da PAV, preservar o membro (não avaliar tensão arterial ou realizar punções nesse membro), proteger o membro de agressões externas, evitar carregar pesos com esse membro, evitar usar roupas apertadas nesse membro, evitar dormir sobre o membro da PAV).– Avaliar a evolução do conhecimento sobre as complicações da PAV;– Avaliar a evolução do conhecimento sobre as prevenção de complicações da PAV. <p>(ESEP, 2023; Grudzinski, et al., 2013; Muir, et al., 2014; NIC, 2016; Sousa, 2009; Sousa et al, 2013)</p>
--	--	---

Anexo III

Estratégias para promover a consciencialização entre a ingestão e retenção de líquidos da pessoa com compromisso renal em programa regular de HD (ESEP, 2023)

A adaptação ao programa regular de HD é vista como um processo complexo e multidimensional que engloba a dimensão clínica, social e psicológica. Desta forma, compreende-se a necessidade da existência de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, sendo necessário a formação e sensibilização destes profissionais de saúde para lidar com a instabilidade dos clientes aquando das sessões de HD, bem como para lidar com os conflitos geradores de ansiedade (Clínica de doenças renais, 1997).

Assim, com a inclusão da HD na vida da pessoa, os desafios tornam-se cada vez mais complexos implicando nesta a necessidade de implementar mudanças no seu dia-a-dia, que exigem a aquisição de novos conhecimentos, capacidades, alteração no padrão de relações familiares, sociais e profissionais e alteração das expectativas. Estas mudanças que exigem adaptação denominam-se de transições (Meleis et al., 2000).

Uma transição é um processo individual e não linear, caracterizado como a mudança de uma situação para outra, que ocorre desde a sensação de rutura até a pessoa alcançar um novo estado de equilíbrio (Chick & Meleis, 1986).

Os mesmos autores referem que a consciencialização é uma das propriedades das transições que implica o desenvolvimento da perceção das mudanças que estão a ocorrer, podendo a sua ausência significar que a transição ainda não foi iniciada. O nível de envolvimento é influenciado pelo nível de consciencialização, uma vez que, a pessoa que está consciencializada sobre as mudanças físicas, sociais, ambientais ou emocionais terá um nível de envolvimento diferente da pessoa que não está consciencializada sobre essas mesmas mudanças (Meleis et al., 2000). Deste modo, a ausência de consciencialização da necessidade de mudança e, conseqüentemente, o não envolvimento, pode implicar além da inadequada autogestão da doença e do regime terapêutico subjacente, um obstáculo na interação com os profissionais de saúde e com as pessoas significativas, o que provocará uma evolução negativa da doença e, conseqüentemente, alterações no bem-estar e qualidade de vida. (Padilha, 2013). Todas as transições são processos e, portanto, é efetuada por fases durante indeterminado período de tempo, nas quais a pessoa poderá desenvolver estratégias adaptativas de forma a alcançar o equilíbrio novamente e, assim, vivenciar uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

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

– Verificar com o cliente que a ingestão de líquidos excessiva aumenta o risco de edema

	<p>periférico e pulmonar e por sua vez, pode provocar dispneia e desconforto e, conseqüentemente, agravamento da doença, nomeando que todos os alimentos contêm líquidos e que a ingestão de líquidos deve ser limitada a 500ml/dia além do volume da diurese (Amado, 2021; Arellano, 2019; Pinto, 2009).</p>
<p>Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização</p>	<ul style="list-style-type: none">– Acordar com o cliente o registo do volume de líquidos ingeridos diariamente (incluindo as refeições), o peso e a presença de edemas, no sentido de estabelecer a relação entre ingestão e retenção líquidos.– Fornecer ao cliente um folheto para registar o solicitado.

Anexo IV

Intervenções de enfermagem na prevenção de infecção do CVC em HD

(ESEP, 2023)

Para ser possível realizar HD é necessário um acesso vascular, sendo uma das possibilidades o CVC.

Este cateter de longa duração, permanente ou tunelizado com cuff é introduzido numa veia após um percurso subcutâneo obliterado por um cuff (Bertoli & Musetti, 2008).

Este deve ser implantado o mais próximo possível do início da sua utilização e deve optar-se por este acesso em HD quando existe (Bertoli & Musetti, 2008):

- Necessidade inadiável de iniciar tratamento na pessoa sem acesso vascular permanente ou com acesso vascular permanente ainda não utilizável;
- Falência não recuperável de acesso vascular permanente na pessoa em tratamento dialítico regular;
- Contraindicação temporária de utilização do acesso vascular permanente.

O CVC pode ser considerado como acesso vascular permanente quando não existe viabilidade para a construção de FAV ou PAV ou quando a pessoa recusa a sua construção (Bertoli & Musetti, 2008).

Os cuidados de enfermagem assumem um papel de grande relevo relativamente ao CVC, na mitigação dos potenciais riscos identificados através da introdução das melhores práticas baseadas na evidência, da adoção de ações educativas para promover a saúde dos clientes e o autocuidado da permanente formação das equipas de cuidados (Guimarães et al., 2017).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na redução do risco de infecção do CVC, implementando as melhores práticas baseadas na evidência e através da educação para promover a saúde (Guimarães et al., 2017).

Assegurar o funcionamento do CVC

– Otimizar CVC.

Determinar a evolução da administração pelo CVC

– Avaliar evolução da administração pelo CVC.

Determinar os sinais de complicações relacionadas com o CVC

– Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do CVC

- Características do cateter;
- Presença de dor;
- Presença de calor;
- Presença de rubor;
- Presença de tumefação;

	<ul style="list-style-type: none"> – Presença de exsudado; – Pressão venosa central. <p>– Referenciar sinais de complicações no local de inserção do CVC ao médico.</p>
Prevenir as complicações relacionadas com o CVC	<ul style="list-style-type: none"> – Executar tratamento ao local de inserção do CVC
Promover a autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o CVC	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a evolução do conhecimento sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC – Ensinar sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC; – Avaliar a autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o CVC <ul style="list-style-type: none"> – Adoção de comportamentos de autogestão da prevenção de complicações relacionadas com o CVC; – Satisfação com a autogestão da prevenção de complicações relacionadas com o CVC.

Anexo V

Fatores facilitadores/difícultadores da autogestão do Regime Medicamentoso (Camarneiro, 2021; ESEP, 2023; Gaspar, 2013; Horne, 2019; Fernandez-lazaro et al., 2019; Meleis et al., 2000).
Conscientização acerca da condição de saúde
Conhecimento sobre a doença e regime medicamentoso
Disponibilidade para aprender
Volição
Significado atribuído à doença e ao regime medicamentoso
Crenças
Auto-eficácia
Estatuto socioeconómico
Dependência para o autocuidado
Nível de escolaridade
Complexidade da terapêutica
Acesso aos recursos de saúde
Profissionais de saúde experientes

Estratégias para promover a autogestão do regime medicamentoso (ESEP, 2023)
Ensinar sobre o regime medicamentoso
Ensinar sobre a autogestão do regime medicamentoso
Ensinar sobre a resposta à medicação
Ensinar sobre os efeitos secundários da medicação
Ensinar sobre o ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância
Ensinar sobre a autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia
Contratualizar com cliente experiência indutora da conscientização
Assistir o cliente a identificar o compromisso na autogestão do regime medicamentoso
Instruir/Treinar a administrar a medicação
Assistir o cliente a analisar o significado difícilultador
Assistir o cliente a desenvolver estratégias de auto-eficácia
Elogiar o desempenho do cliente
Analisar com o cliente os resultados alcançados

Anexo VI

Estratégias para promover a autogestão do regime dietético (ESEP, 2023)
Ensinar sobre o regime dietético
Ensinar sobre a autogestão do regime dietético
Ensinar sobre o ajuste do regime dietético de acordo com os resultados da vigilância
Ensinar sobre a autogestão do regime dietético através de informoterapia
Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização
Assistir o cliente a identificar o compromisso na autogestão do regime dietético
Assistir o cliente a analisar o significado dificultador
Assistir o cliente a desenvolver estratégias de auto-eficácia
Disponibilizar ao cliente folhetos informativos acerca do regime dietético adequado à sua condição de saúde
Elogiar o desempenho do cliente
Analisar com o cliente os resultados alcançados

Anexo VII

Principais etapas do procedimento de HD (ESEP, 2023; Fresenius Medical Care, 2011, 2015; NIC, 2016)		
Pré-HD	Antes da chegada do cliente	<ul style="list-style-type: none"> – Consultar o processo do cliente; – Otimizar o ambiente; – Assegurar que a superfície externa do monitor está higienizada, por forma a garantir a prevenção das IACS; – Reunir o material necessário para realizar a técnica de acordo com a estratégia dialítica prescrita; – Preparar o circuito da máquina de tratamento com as linhas, com o bicarbonato em pó e com o bidão do concentrado prescrito para o cliente de acordo com a estratégia dialítica e de acordo com as indicações do fabricante; – Programar a máquina de HD de acordo com os dados pré-estabelecidos do cliente, prescritos pelo médico; – Confirmar que todos os sensores estão ativos e a funcionar.
	Na presença do cliente	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar um ambiente acolhedor ao cliente, garantindo a sua privacidade; – Cumprimentar o cliente e apresentar-se; – Questionar a presença de sinais e sintomas inter-dialíticos; – Pesar o cliente; – Monitorizar os sinais vitais; – Avaliar a presença de edema; – Relembrar o cliente dos possíveis eventos adversos durante o tratamento e no caso de pessoas que realizam HD pela primeira vez, informar os possíveis eventos adversos durante o tratamento; – Avaliar o acesso arteriovenoso (palpação, observação, auscultação) no caso de FAV ou PAV; – Programar a máquina de tratamento de acordo com o peso do cliente tendo em conta a taxa de ultrafiltração máxima prescrita pelo médico e o peso seco definido;

		<ul style="list-style-type: none"> – Usar equipamentos de proteção individual para evitar contato direto com o sangue do cliente.
Durante HD		<ul style="list-style-type: none"> – Se FAV ou PAV, puncionar; – Se CVC, aceder ao cateter; – Iniciar a terapêutica dialítica; – Assegurar a existência de toda a medicação para o tratamento; – Monitorizar a tensão arterial e manter a monitorização durante o tratamento de acordo com a sua condição de saúde, iniciando medidas autónomas que previnam complicações daí decorrentes; – Vigiar a presença sinais e sintomas associados a complicações intra-dialíticas; – Vigiar o acesso arteriovascular (olhar, ouvir, palpar); – Vigiar os dados provenientes do monitor da máquina de tratamento para garantir a segurança do cliente, intervindo para resolver e minimizar os incidentes interdialíticos e os impactos sobre a estabilidade hemodinâmica durante a HD; – Conversar com o cliente acerca das dúvidas deste e das dificuldades percebidas pelo profissional de saúde; – Realizar a reinfusão; – Comparar os sinais vitais pós-diálise com os valores pré-diálise. – Desconectar o cliente do circuito extracorporeal.
Pós-HD	Na presença do cliente	<ul style="list-style-type: none"> – No caso de FAV ou PAV, remover as agulhas com segurança para minimizar o desconforto da pessoa e preservar o acesso vascular e assegurar a hemóstase; – No caso de CVC, executar o tratamento ao local de inserção deste após remoção das linhas do circuito de HD, mantendo a assépsia; – Avaliar a eficácia do tratamento <ul style="list-style-type: none"> – Vigiar os sinais e sintomas;

		<ul style="list-style-type: none">– Pesar o cliente e comparar o peso de saída e peso de entrada e se este corresponde ao volume estimado de perda programada para a sessão de tratamento;– Despedir do cliente.
	Após saída do cliente	<ul style="list-style-type: none">– Eliminar os resíduos de acordo com as normas do controlo de infeção e da unidade;– Supervisionar a desinfeção da máquina de tratamento;– Efetuar os registos:<ul style="list-style-type: none">– Sinais vitais;– Parâmetros dialíticos:<ul style="list-style-type: none">– Registrar e avaliar o valor do Kt/V e o volume de substituição (no caso da estratégia de HDF)– Eventuais intercorrências durante o tratamento;– Todas as intervenções de Enfermagem.