



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Nefrológica
Relatório de Estágio**

**Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Programa Regular
de Hemodiálise no Serviço de Urgência**

Ana Sofia Gomes Macedo

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Nefrológica**
Relatório de Estágio

**Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Programa Regular
de Hemodiálise no Serviço de Urgência**

Ana Sofia Gomes Macedo



Orientadora: Professora Maria Eulália Novais



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Para cuidar de si mesmo, use a cabeça.
Para cuidar dos outros, use o coração.”

Eleanor Roosevelt

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma muito especial:

À professora Maria Eulália Novais pela orientação e exigência na construção deste Relatório de Estágio mas também pela compreensão, disponibilidade e empatia demonstradas.

Às instituições e aos serviços que tão bem me receberam fazendo-me sentir como parte integrante da equipa, facilitando o meu processo de desenvolvimento pessoal e aquisição de competências.

Às minhas enfermeiras orientadoras, C.V., A. C. e L.B. pela paciência, disponibilidade e apoio, fundamentais para o sucesso deste estágio.

Aos meus colegas de turma, em especial à Filipa Cardoso, pelo sentimento de entre-ajuda e partilha de sentimentos, aprendizagens e vivências.

Aos meus colegas do Serviço de Urgência pelos profissionais de excelência que são e por reconhecerem a importância do tema no nosso contexto clínico.

Ao meu filho e ao meu marido, à minha mãe, ao meu sobrinho e à minha irmã por todas as horas de ausência e pelo apoio nos momentos difíceis.

ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

DP – Diálise Peritoneal

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association

EN – Enfermeiro de Nefrologia

FAV – Fístula Arterio-Venosa

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRChd – Insuficiente Renal Crónico em Hemodiálise

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço Urgência

TEP - Teste de Equilíbrio Peritoneal

TFG – Taxa Filtração Glomerular

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

RESUMO

O presente trabalho está inserido no décimo segundo curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica com Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem principal finalidade demonstrar a aquisição de competências adquiridas durante o percurso nos diferentes locais de estágio.

A Insuficiência Renal Crónica é um problema de saúde global em crescimento com aumento da comorbilidade e mortalidade. Por esse motivo, esta população apresenta altas taxas de admissão em serviço de urgência sendo até seis vezes superior às taxas de admissão da população geral.

O desenvolvimento deste trabalho espelha as experiências vivenciadas em três locais de estágio de contextos diferentes bem como a sua análise e reflexão crítica, com vista à obtenção de competências de Enfermeiro Especialista na Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Os referenciais teóricos utilizados foram o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance.

Através da metodologia de Revisão *Scoping* são mapeados e revistos os conceitos relacionados com o cuidado de enfermagem à pessoa em programa regular de hemodiálise no serviço de urgência tendo sido definida como questão de investigação: “Quais as necessidades da pessoa em programa de hemodiálise no Serviço de Urgência?”. As causas mais comuns de admissão ao serviço de urgência são insuficiência cardíaca, hipercalemia, sobrecarga hídrica e hipertensão. Podemos retirar que as necessidades das pessoas com IRChd passam pela identificação de fatores de risco associados a um mau prognóstico (como idade, Diabetes Mellitus, comorbilidade, alterações analíticas), cuidados de enfermagem individualizados tendo em conta a patologia de base e o motivo de admissão e a construção de protocolos que visam diminuir o tempo de permanência em serviço de urgência.

Palavras-Chave: Competências; Insuficiência Renal Crónica; Hemodiálise; Serviço de Urgência;

ABSTRACT

The presenting dissertation is part of the twelfth intake cohort of the Medical-Surgical Nursing Masters with focus on Nursing interventions in Nephrology in the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. It aims to demonstrate the student's proficiency in nephrology nursing competencies, acquired throughout the different placements during the MSc programme.

Chronic kidney disease is a well known public health problem with exponential growth across populations associated with worsening outcomes such as mortality and morbidity. Due to its prevalence, symptomatic burden and complications, patients have a high attendance rate to accident and emergency services (A&E), six times higher than other presenting complaints when compared to general population.

This dissertation reflects the student experiences across the three different clinical placements, from a descriptive account to a critical reflect on its impact for learning and acquisition of specialist nursing competencies within the nephrology speciality. To guide and support a critical analysis, well established theories have been followed such as the Patricia Benner "From novice to Expert" theory and the McCormack and McCane's Person-Centred care model.

Furthermore following a scoping review approach by the Joanna Briggs Institute, the last chapter focus on reviewing the literature to answer the review question "What are the needs of haemodialysis patient when attending A&E?". The most common causes of admission are chronic and congestive heart failure (AH os meus velhotinhos!), hypercalcemia, fluid and hypertension. To best support these patients, identification of risk factors suggestive of poor prognosis is paramount, such as associated co-morbidities including advanced age, diabetes mellitus and acute changes in blood tests (que alteracoes 'e importante especificares senao isto 'e demasiado basico). Furthermore, specialised nursing care tailored to underlying pathology and reason for admission alongside strong standard operating procedures and guidelines to reduce time in A&E are important to improve outcomes.

Key words: Nursing competencies, Chronic kidney disease, Hemodialysis, Accident and Emergency

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. QUADRO CONCEITUAL	15
1.1. Doença Renal Crônica.....	15
1.2. Serviço de Urgência	18
1.2.1. Importância do Enfermeiro Especialista na área de Nefrologia em Serviço de Urgência	19
1.3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Níveis de Competência de Patrícia Benner	20
1.4. Teorias de Enfermagem: Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa.....	22
2. METODOLOGIA	25
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	26
3.1. Unidade de Diálise Peritoneal.....	26
3.2. Serviço de Internamento de Nefrologia.....	37
3.3. Unidade de Hemodiálise.....	45
4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	56
4.1. Estratégia de Pesquisa.....	56
4.2. Resultados.....	58
4.3. Discussão	60
4.4. Conclusões	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

Anexo I - Protocolo de Biópsia Renal com cuidados pré e pós-procedimento

APÊNDICES

Apêndice I – Atividade realizada em contexto de Diálise Peritoneal

Apêndice II – Atividade realizada em contexto de Internamento de Nefrologia

Apêndice III – Atividade realizada em contexto de Hemodiálise

Apêndice IV – Estratégia de pesquisa realizada na Base de Dados CINAHL

Apêndice V – Estratégia de pesquisa realizada na Base de Dados MEDLINE

Apêndice VI – Tabela de extração de dados

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Termos naturais e Termos indexados de cada base de dados	57
Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão	57
Tabela 3 - Artigos selecionados para a Revisão <i>Scoping</i>	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA correspondente ao processo de seleção do estudo .	59
--	----

INTRODUÇÃO

O presente documento, designado Relatório de Estágio, está inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, englobado no décimo segundo curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica com Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como título “Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Programa Regular de Hemodiálise no Serviço de Urgência”.

Essas competências vão de encontro ao pressuposto pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros, vertidas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. A Ordem dos Enfermeiros (2017) define Enfermeiro Especialista como “aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p. 1). Este deve apresentar domínios de competências comuns que se centram na “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e por último, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” tal como descrito no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O quadro de referência do exercício profissional da Enfermagem está assente em pilares bastante marcados como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro constituindo-se como documentos de referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Especializadas (Ordem dos Enfermeiros, 2017) e é com base nestas referências que o enfermeiro deve assentar a sua prática e a aquisição de competências de forma a melhorar a prestação dos seus cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) não definiu, até ao momento, competências específicas do enfermeiro especialista em nefrologia. A European Dialysis and Transplant Nurses Association (EDTNA/ERCA) estabeleceu, no ano de 2007, as competências específicas do enfermeiro especialista em nefrologia, através do European Competency Framework for Nephrology Nurses e é nesse quadro que estão implícitas as competências específicas a desenvolver com a elaboração deste Relatório de Estágio. Neste quadro de competências, o enfermeiro deve desenvolvê-

las em contexto clínico de Hemodiálise (HD), Diálise peritonetal (DP) e internamento de nefrologia. Estes locais de estágio estão organizados por prioridades, no que diz respeito ao meu nível de conhecimento e experiência sendo que o primeiro local foi escolhido por ser o que apresento menos nível de conhecimento e o último por ser o que apresento mais nível de conhecimento. A proximidade geográfica e o reconhecimento técnico-científico também foram fatores com influência na decisão.

É também objetivo geral a aquisição de conhecimentos e experiências que sirvam de conduta à minha prática profissional de forma a desenvolver competências que me permitam atingir o grau de perito na área da enfermagem de nefrologia indo ao encontro ao pressuposto por Benner (2001) para que compreenda, para cada situação o problema de uma forma intuitiva. Chamney (2007) defende que são os enfermeiros especialistas em nefrologia que prestam o cuidado total ao doente renal pela complexidade de cuidados a nível físico, social e psicológico.

O tema “Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Programa Regular de Hemodiálise no Serviço de Urgência” surge como pertinente por ter como experiência profissional sete anos em Serviço de Urgência (SU) acumulado com oito anos de experiência em clínica privada de hemodiálise. Tentar colmatar as lacunas existentes no SU que, a meu ver, podem comprometer a qualidade dos cuidados à pessoa com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise (IRChd) é um dos objetivos pessoais deste trabalho. Revela-se, portanto, pertinente o mapeamento e revisão da literatura atual sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com IRChd em contexto de SU através da construção de uma revisão *scoping*. Assim sendo, esta formação académica e profissional surge como complemento à minha experiência clínica indo também de encontro ao Artigo 109º do Código Deontológico do enfermeiro referente à Excelência do Exercício, no seu artigo c) em que o enfermeiro deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10).

A Doença Renal Crónica (DRC) afeta aproximadamente 10% da população adulta e está associada ao aumento da morbilidade e mortalidade (Ronksley, et al., 2017). A Insuficiência Renal Crónica (IRC) corresponde ao último estágio da DRC o que implica uma Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR). A hemodiálise, pode amenizar, em parte, os sintomas embora implique um alto custo e complexidade pela sua necessidade de assistência especializada, necessidades da pessoa em tratamento e tecnologias avançadas (Freitas & Mendonça, 2016).

Múltiplas condições e comorbilidades fazem com que as pessoas com IRChd sejam mais propensas à utilização de recursos médicos e idas ao SU de forma a obter mais apoio. Assim sendo, é importante compreender as condições atuais de utilização desses SU entre esta população (Lin, 2019).

A pessoa com IRChd deve ser estimulada nas suas capacidades, habilidades e potencial, de modo a que se adapte de maneira positiva ao seu novo estilo de vida e assuma a responsabilidade do seu regime terapêutico. É importante a visão holística no cuidado à pessoa (Santos, Rocha, & Berardinelli, 2011) daí que a teoria de enfermagem integrada neste Relatório de Estágio seja o Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance.

É importante perceber a importância do enfermeiro especialista na área de intervenção de nefrologia num SU e quais os cuidados específicos desta população de modo a promover a qualidade da pessoa com IRChd. Apesar da educação do cliente para a sua condição e tratamento ser da responsabilidade da equipa multidisciplinar, o enfermeiro é o elemento que mantém mais proximidade. Está, por isso, capacitado para identificar as necessidades dos clientes e intervir de forma eficaz, planeando intervenções com o objetivo de ajudar a pessoa a aprender a viver com a sua nova realidade. Está também capacitado para melhor compreender as necessidades psicossociais e económicas de cada pessoa e é o profissional de eleição para coordenar um plano de ensino individualizado e personalizado (Santos, Rocha, & Berardinelli, 2011).

Este Relatório de Estágio está dividido em seis partes principais, sendo que a primeira corresponde à presente introdução onde são apresentados os objetivos e feita uma contextualização da temática, seguindo-se, na segunda parte, o quadro conceitual onde é apresentada uma revisão da literatura sobre o tema, as competências a desenvolver e o modelo teórico adotado. A terceira parte consiste na descrição da metodologia nomeadamente pertinência dos locais de estágio e escolha do tema a desenvolver. A quarta parte consiste na descrição de experiências nos diferentes locais de estágio tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em nefrologia. De seguida é apresentada a Revisão *Scoping* onde é feito o mapeamento e revisão da literatura atual relacionada com o tema. Por fim, nas considerações finais, são sumatizadas as ideias principais, os ganhos e as implicações para a prática da realização deste Relatório de Estágio.

1. QUADRO CONCEITUAL

Neste capítulo são apresentados os conceitos relacionados com o tema principal, nomeadamente o de Doença Renal Crónica e Serviço de Urgência. É feita uma abordagem acerca da importância do enfermeiro de nefrologia neste contexto bem como apresentadas as competências a desenvolver pelo enfermeiro especialista e os níveis de competência de Patrícia Benner. Nesse seguimento, é apresentada uma revisão da literatura acerca do tema principal deste relatório, de forma a reunir informação atualizada que o enriqueça, com o objetivo de interligar os padrões de conhecimento com a prática clínica vivida nos diferentes contextos.

1.1. Doença Renal Crónica

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma patologia em franca expansão mundial, onde aproximadamente 10% dos adultos são afetados por alguma forma de DRC, resultando 1,2 milhões de mortes por ano. Até 2040 é estimado que a DRC se torne a quinta principal causa de morte em todo o mundo (Kalantar-Zadeh, Jafar, Nitsch, Neuen, & Perkovic, 2021).

Relativamente aos dados europeus, no ano de 2015, estimava-se que 10% da população europeia possa sofrer algum tipo de compromisso renal sendo que Portugal está no topo da Europa (Macário, 2016). Em 2018, Portugal é o segundo país com maior incidência de DRC, depois do Chipre (Galvão, et al., 2020).

Segundo o United States Preventive Health Service, a DRC consiste na diminuição da função renal com uma taxa de filtração glomerular estimada ajustada para a área de superfície corporal inferior a 60ml/min ou lesão renal que persiste durante, no mínimo, três meses (Daugirdas, Blake, & Todd, 2015).

Os fatores de risco para desenvolver DRC são a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial (HTA), doença cardiovascular, tabagismo, obesidade, idade superior a 60 anos e história familiar de DRC (Daugirdas, Blake, & Todd, 2015). Pessoas com DRC possuem uma ou mais condições de comorbilidade tendo uma elevada prevalência em minorias étnicas e grupos de baixo estatuto socioeconómico (Mahon & Jenkins, 2007).

A National Kidney Foundation e a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) definem 5 estádios de DRC, de acordo com o grau de lesão renal (National Kidney Foundation; Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002):

Primeiro estágio: corresponde à fase inicial da lesão renal com uma TFG preservada, acima de 90ml/min;

Segundo estágio: corresponde ao início da perda da função renal, com TFG com valores entre os 60 e os 89ml/min, ainda sem tradução analítica pois os níveis de ureia e creatinina ainda são normais;

Terceiro estágio: lesão renal moderada, com TFG a variar entre os 30 e os 59ml/min já com aumento dos valores de ureia e creatinina séricas, retenção de fósforo e ácido úrico. Pode haver também alteração do valor de hemoglobina;

Quarto estágio: lesão renal considerável e TFG a variar entre os 15 e os 29ml/min com tradução analítica marcada e sintomatologia clínica evidente (astenia, náuseas e vômitos). A anemia é mais frequente e os níveis de cálcio podem ser reduzidos enquanto os valores de fósforo irão estar aumentados; nesta fase é importante mostrar à pessoa as várias opções de tratamento disponíveis quando houver necessidade de TSFR (Daugirdas, Blake, & Todd, 2015);

Quinto estágio: a TFG é inferior a 15ml/min e já existe falência renal com sintomatologia marcada com oligúria e alterações bioquímicas significativas (National Kidney Foundation; Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002).

A Insuficiência Renal Crónica (IRC) surge quando a DRC atinge o quinto último estágio e é, portanto, uma lesão renal sustentada ao ponto de necessitar de TSFR. É uma patologia grave, progressiva e irreversível também designada DRC terminal (Reis, Carvalho, Lago, Batista, & Nobre, 2020).

Várias pesquisas realizadas mostram aumento do número de pessoas com diagnóstico de IRC que necessitam realizar TSFR, como a hemodiálise, pois são pessoas com idade mais avançada e com múltiplas comorbilidades resultando num elevado risco de morte precoce, altos custos sociais e uma necessidade acrescida de recursos sociais (Chen, Chen, Huang, & Yang, 2019).

Galvão et al (2020) apresentaram no relatório final publicado pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia alguns dados estatísticos onde mostra que em 2020 havia 20713 doentes em tratamento de substituição renal (com 2361 novos doentes), onde 60,2% fazem HD, 4,2% fazem DP e 35,6% foram submetidos a Transplante Renal. A média de idade dos doentes em HD em 2020 aumentou em relação aos anos anteriores, sendo de 68,48 anos (Galvão, et al., 2020).

A hemodiálise é uma das opções de terapia de substituição renal mais utilizada embora não ofereça uma sobrevida média tão grande quanto a transplantação renal (Direção Geral de Saúde, 2012). Verificou-se, a partir da década de noventa, um

grande avanço tecnológico da hemodiálise nomeadamente com o desenvolvimento de biomateriais como os dialisadores de alto fluxo, monitores de hemodiafiltração *on-line*, avaliação dinâmica do débito do acesso vascular com módulos de controlo térmico e de controlo volumétrico embora ainda existam intercorrências interdialíticas de grande prevalência. Posto isto, surgiu a necessidade de se criarem outras modalidades de tratamento de forma a diminuir a prevalências destas intercorrências e melhorar a qualidade de vida das pessoas com IRChd (Carreira, et al., 2017).

Relativamente à taxa de mortalidade específica para a IRChd, em 2020, as principais causas foram: doenças cardiovasculares (27,3%), doenças infecciosas não relacionadas com o acesso vascular (26,4%), malignidade (8,3%), morte súbita (8,5%), caquexia (6,9%), causas desconhecidas (6,9%), infeções relacionadas com o acesso vascular (1,4%) e outras causas (14,3%) (Macário, 2016).

No que diz respeito à gestão integrada da DRC em Portugal, a hemodiálise é assegurada atualmente por 71,3% de unidades de hemodiálise privadas (englobando 90% dos doentes), 25% de unidade públicas e 3,7% são unidades dos hospitais públicos que estão concessionadas a entidades privadas o que representa cerca de 2,5% da despesa pública global em saúde sendo esta uma percentagem similar a outros países da Europa (Coelho, Diniz, Hartz, & Dussault, 2014). Cristóvão (2018) refere que mesmo com a redução de custos anunciada pelo Despacho nº 3668-B/2017 de 28 de abril, o gasto “com os 12 mil doentes em programa regular de hemodiálise (HD) eleva-se a uns 230 milhões de euros por ano, ficando cada semana de tratamento por doente, por uns 437 euros ou, se precisar de acesso vascular, por 456 euros” (Cristóvão, 2018, p. 3).

A DRC é um problema de saúde pública, socialmente complexo e, assim sendo, o enfermeiro deve ter um papel ativo no que diz respeito às intervenções direcionadas para este tipo de doentes. O enfermeiro de nefrologia (EN) dedica-se ao cuidado à pessoa com doença renal, seja DRC ou lesão renal aguda. Estas pessoas apresentam múltiplas comorbilidades o que implica cuidados especializados de toda a equipa de saúde, incluindo nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. Cuidar da pessoa com alteração da função renal implica a necessidade de aquisição de conhecimentos e competências que permitam conduzir e controlar os problemas derivados da doença renal crónica nos clientes, familiares e comunidades (Saraiva, Richards, & Fortnum, 2018).

Uma significativa parte das pessoas com IRChd procuram assistência nos SU dos hospitais, devido às complicações da progressão da doença, terapias de substituição ou transplante renal (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008).

1.2. Serviço de Urgência

Os Serviços de Urgência têm-se transformado, ao longo dos anos, na porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por esse motivo o seu funcionamento tem sido uma preocupação constante.

A finalidade do Serviço de Urgência, segundo as Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência (2015), prende-se com a “recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2015, p. 1).

Segundo a Rede de Referenciação de Urgência e Emergência, o termo Urgência designa todas as situações críticas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais enquanto o termo Emergência implicam todas as situações clínicas de igual instalação súbita em que exista (estabelecido ou eminente) o compromisso de uma ou mais funções vitais (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Todas as situações que estejam englobadas nestes conceitos carecem de intervenção diferenciada do ponto de vista técnico e científico e referenciação para hospitais. Segundo o primeiro ponto do despacho nº10319/2014 publicado em Diário da República, a Rede de SU integra três níveis de resposta por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta sendo o primeiro designado Serviço de Urgência Básico, o segundo é designado Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e o terceiro é o Serviço de Urgência Polivalente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Rede Hospitalar de Urgência/Emergência engloba apenas as Urgências Médico-Cirúrgicas (25 em todo o país) e Polivalentes (14 em todo o país) perfazendo, no total, 39 Hospitais com esta tipologia de SU. Apresentam características diferentes sendo que o SU Polivalente apresente um nível superior de diferenciação e ambas devem dispor de, entre outros serviços, diálise para situações agudas (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

1.2.1. Importância do Enfermeiro Especialista na área de Nefrologia em Serviço de Urgência

As pessoas com IRC que realizam HD de manutenção são uma população vulnerável de alto risco e altas necessidades e por isso apresentam taxas de admissão ao SU significativamente mais altas do que a população em geral. Segundo o United States Renal Data System, no ano de 2018, as pessoas com IRChd apresentaram taxas de utilização do SU seis vezes maiores do que a população em geral (Thomas-Hawkins, Flynn, Cha, & Savage, 2019).

No que diz respeito aos motivos de admissão, um estudo de Breitsameter, Thomé, & Silveira (2008) revela que a dispneia surge como o motivo mais prevalente correspondendo a 23% sendo que 3,6% das pessoas a consideravam como segunda queixa e 1,4% a consideravam como terceira queixa. As explicações para a prevalência desta dispneia podem consistir em insuficiência cardíaca congestiva e edema agudo do pulmão devido à sobrecarga hídrica no doente com níveis de ureia mais elevados. A febre também se destaca entre as primeiras complicações apresentadas correspondendo a 10,1% da amostra desse estudo. Outro motivo de admissão consiste em alterações neurológicas correspondendo a 7,9% das pessoas com IRChd em que 8,6% da restante amostra a apresentavam como segunda queixa e 5,1% a apresentavam como terceira queixa. Essas alterações neurológicas passam por cefaleias, tonturas, diminuição sensorial e convulsões (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008).

As causas cardiovasculares como hipertensão e hipotensão também são frequentes e foram apresentadas por 7,2% das pessoas como primeira queixa e em 2,9% como segunda queixa e as hemorragias (digestivas ou nasais) apresentaram taxas de prevalência de 6,5% na primeira e 1,4% nas segundas complicações apresentadas. As náuseas e vômitos têm uma taxa de prevalência de 5,8% e as complicações com a FAV correspondem a 5%. As dores lombares e musculoesqueléticas estão presentes em 4,3% da amostra e a dor torácica tem uma taxa de prevalência de 3,6% (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008).

A enfermagem nefrológica deve responder às crescentes e complexas exigências do cuidado à pessoa com DRC, a fim de garantir que o cuidado seja centrado no doente com qualidade e adequados à finalidade (Saraiva, Richards, & Fortnum, 2018).

O EN deve atuar em ações de prevenção e vigilância, tendo como competência a prestação de cuidados à pessoa com IRC no que diz respeito à avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento às famílias. Deve também desenvolver, no seio da equipa multidisciplinar, ações educativas de forma a gerar bases de conhecimento que fundamentem a prática clínica (Ferreira, Ferreira, & Cunha, 2021).

Assim sendo, em contexto de urgência, é importante que o EN esteja atento nomeadamente para a avaliação diagnóstica, nomeadamente em situações em que o tratamento dialítico seja emergente por haver risco iminente de vida da pessoa. O enfermeiro de EN, no seio da equipa multidisciplinar, pode ser o elemento mais desperto para as principais indicações para HD de urgência que, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2007) são: hipercalemia (acima de 5,5mEq/L com alterações no eletrocardiograma ou acima de 6,5mEq/L); hipervolemia (com edemas periféricos, derrame pleural e pericárdico, ascite, HTA e ICC); uremia com sintomatologia ao nível do sistema nervoso central (sonolência, tremores, coma e convulsões), cardiovascular (pericardite e tamponamento pericárdico), respiratório, digestivo (náuseas, vômitos e hemorragias digestivas); acidose metabólica grave e outras como a hipotermia ou a intoxicação exógena (Yu, Santos, Burdmann, Suassuna, & Batista, 2007).

O momento da alta é também relevante pois o EN deve planear a alta de modo a garantir que há cuidado contínuo em casa ou nos locais de tratamento (como clínicas de diálise). Requer conhecimento clínico pois as condições da alta são, por vezes, imprevisíveis, num ambiente complexo. Os EN em contexto de urgência devem ser promotores de mudança e melhorias significativas nos serviços e padrões para fornecer a mais alta qualidade de cuidados às pessoas com DRC (Saraiva, Richards, & Fortnum, 2018).

1.3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Níveis de Competência de Patrícia Benner

O quadro de referência do exercício profissional da Enfermagem está assente em pilares bastante marcados como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro constituindo-se como documentos de referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Especializadas (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

A Ordem dos Enfermeiros (2017) define Enfermeiro Especialista como “aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p. 1). Este deve apresentar um domínio de competências comuns que se centram na “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e por último, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” tal como descrito no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2017) aborda a ideia de competência como um “conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo que sobressaí em situações concretas de trabalho” (p.1) sendo um processo complexo de combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos aplicados a situações específicas do cuidado.

Durante o seu percurso profissional, o enfermeiro depara-se com um grande número de situações e experiências clínicas que lhe conferem a capacidade de adaptar a sua conduta à situação complexa com que se depara mobilizando, para isso, conhecimentos. Não é um saber de acção constituído apenas por reprodução de atos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Patrícia Benner (2001), no seu livro “De iniciado a Perito”, aborda um modelo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros que consiste em cinco fases: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

No primeiro estágio, de iniciado, não existem experiências das situações. O desenvolvimento de competências é feito através de elementos objetivos e normas de procedimento de forma a guiar os seus atos. Este nível adapta-se quer a estudantes de enfermagem quer a enfermeiros que integrem um serviço novo se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares (Benner, 2001).

O segundo estágio corresponde ao iniciado avançado e representa um comportamento de aprendizagem aceitável pois já foram enfrentadas situações clínicas reais cuja resposta depende das experiências anteriores vividas (Benner, 2001).

O estágio três, de nível competente, é adquirido quando a enfermeira trabalha no mesmo contexto clínico há dois ou três anos e quando torna conscientes os seus

atos objetivos ou planos a longo prazo. Existe o sentimento de que sabe fazer bem e que tem competência para enfrentar imprevistos (Benner, 2001).

No estágio quatro, a enfermeira proficiente, apercebe-se das situações como um todo e não como aspetos isolados. A aprendizagem é obtida pela experiência e as decisões são com base nos acontecimentos típicos que podem acontecer numa determinada situação, visto que é vivida como uma situação anteriormente vivida e guardada na sua memória. No último nível, o de Perito, a ação de enfermagem não se baseia sobre um princípio analítico mas sim da compreensão, de maneira intuitiva, cada situação e o problema é apreendido diretamente. Age a partir de uma compreensão profunda da situação (Benner, 2001).

Aliado a estas questões de competência profissional, encontra-se a competência académica, nomeadamente através da obtenção do título de Mestre em Enfermagem. O Decreto-Lei n.º 74/2006, publicado em Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 24 de março de 2006, decreta no seu artigo 15º que o Mestre deve desenvolver e aprofundar os seus conhecimentos, tendo por base os obtidos no primeiro ciclo correspondente à licenciatura, desenvolver contextos de investigação, aplicando os conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de estudo. O decreto refere ainda que o Mestre deve lidar com questões complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada ou incompleta e refletir sobre as implicações e responsabilidades (ética e social) dessas mesmas soluções. Deve também desenvolver competências de formação e comunicação de modo a comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios quer a especialistas, quer a não especialistas bem como competências de aprendizagem autónoma e auto-orientada (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

O grau de mestre está englobado numa especialidade, neste caso em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com área de especialização em Enfermagem Nefrológica cruzando com as anteriores competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

1.4. Teorias de Enfermagem: Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa

A estrutura do Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance foi publicada em 2006 e dá ênfase à necessidade de atuação dos enfermeiros ser além das competências técnicas, participando em cuidados

humanísticos que englobem todas as formas de conhecimento, promovendo a tomada de decisão em parceria com o doente, de acordo com o princípio da autonomia (McCormack & McCance, 2006).

O modelo destes autores engloba quatro pontos centrais, interligados e importantes na prestação de cuidados centrados na pessoa que são: pré-requisitos, ambiente de cuidado, processo centrado na pessoa e resultados esperados (McCormack & McCance, 2006).

Os pré-requisitos são, de uma forma geral, considerados como atributos do enfermeiro onde estão incluídos aspetos como ser profissionalmente competente, desenvolver habilidades interpessoais, compromisso com o trabalho e auto-conhecimento nomeadamente na clareza de crenças e valores. Estas competências interpessoais e de comunicação são uma das principais premissas da abordagem centrada na pessoa embora seja fortemente influenciado pelo trabalho e pela cultura da organização, ou seja, o ambiente de cuidado (McCormack & McCance, 2006).

O ambiente de cuidado é também, para os autores, um fator importante a ter em consideração pois centra-se no contexto onde os cuidados são prestados. Deve haver uma combinação adequada entre os sistemas que facilitem a tomada de decisão compartilhada com o relacionamento efetivo com a equipa e sistemas organizacionais de apoio. Este ambiente de cuidados engloba também as características do contexto como a qualidade da liderança de enfermagem e o próprio compromisso da organização na avaliação da qualidade da prestação de cuidados (McCormack & McCance, 2006).

Os processos centrados na pessoa direcionam o cuidado tendo em consideração as crenças e valores da pessoa, promovendo a participação ativa na tomada de decisão compartilhada. É importante, para que isto aconteça de forma eficaz, que o enfermeiro esteja envolvido nos cuidados, mantenha um relacionamento empático com a pessoa e forneça informação que a capacite à tomada de decisão. Considerar as crenças e valores da pessoa, tomada de decisão partilhada, participação ativa e o *empowerment* são os pontos fortes da enfermagem centrada na pessoa, sem descuidar as necessidades físicas presentes. Estes aspetos dão importância ao desenvolvimento de uma imagem clara de que a pessoa valoriza a sua vida e compreende os processos que estão a acontecer consigo mesmo. A comunicação eficaz e um bom processo de negociação que tenha em conta os valores individuais da pessoa são dois fatores a ter em consideração para que isso aconteça (McCormack & McCance, 2006).

Os resultados esperados são a efetividade de todo o processo do cuidado centrado na pessoa que inclui o envolvimento do cliente nos cuidados e os sentimentos que daí decorrem como a satisfação e bem-estar que resulta em ambientes terapêuticos favoráveis à tomada de decisão informada e partilhada. As relações com a equipa baseiam-se na colaboração e a pessoa sente-se valorizada quando se sente satisfeita com o cuidado prestado. Uma das limitações deste modelo, identificada pelos autores, foi a identificação de resultados mensuráveis com necessidade de desenvolvimento de ferramentas para facilitar a medição de resultados (McCormack & McCance, 2006).

Este modelo apresenta alguns desafios nomeadamente as barreiras organizacionais pouco flexíveis à mudança. O enfermeiro tem uma responsabilidade clara na qualidade dos cuidados prestados e pela maneira como essa prática se desenvolve embora a mudança organizacional seja necessária e possa potenciar essa qualidade. O modelo de cuidado centrado na pessoa deve ter por base a reflexão acerca das práticas existentes de modo a determinar as mudanças necessárias e isso passa igualmente pela introspeção de forma a permitir ao profissional articular os seus valores, desenvolver conhecimentos práticos e assumir riscos (McCormack & McCance, 2006).

2. METODOLOGIA

A aquisição de competências comuns de enfermeira especialista é um dos objetivos deste relatório de estágio o que implica prática clínica em diferentes contextos onde se prestam cuidados à pessoa com IRC e sua família. Esta prestação direta de cuidados em contexto clínico ocorreu no período entre dia 11 de outubro de 2021 e 23 de março de 2022 num total de 500 horas. Esse período dividiu-se em três momentos diferentes sendo que o primeiro momento (de 11 de outubro a 19 de novembro) foi em contexto clínico de DP numa unidade localizada num hospital de Lisboa e Vale do Tejo. Este local de estágio foi selecionado pela proximidade geográfica e por ser uma unidade inserida numa instituição pública de grande prestígio e reconhecido grau de diferenciação técnico-científico. A unidade está inserida junto ao serviço de Hemodiálise o que enriquece a experiência pois existe contacto, ainda que indireto, com as duas realidades e uma equipa de profissionais peritos na área quer da DP quer da HD.

O segundo momento de estágio realizou-se num Serviço de Internamento de Nefrologia e foi realizado entre 22 de novembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022 e foi selecionado por ser o serviço de internamento com articulação ao serviço onde exerço funções pois considero ser uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional conhecer o serviço e a dinâmica para que possa levar novas ideias e novas dinâmicas ao meu atual contexto profissional.

Por fim, o estágio em HD realizou-se entre 17 de janeiro e 23 de março de 2022 no serviço de hemodiálise do hospital onde exerço funções pela proximidade geográfica mas também por ser a unidade de referência da clínica privada de hemodiálise onde exerço igualmente funções.

O tema escolhido para este Relatório de Estágio surge na necessidade pessoal de desenvolver competências e conhecimentos no que diz respeito aos cuidados de enfermagem à pessoa com IRChd em SU mas também surge da necessidade de colmatar lacunas na prestação de cuidados no próprio contexto no que diz respeito à para a pessoa com IRChd. Ao longo de quase 7 anos de prestação de cuidados em SU, verifiquei, empiricamente, a grande afluência desta tipologia de doentes ao SU e a necessidade crescente de uma resposta com qualidade, por parte da equipa de enfermagem. A aquisição de competências de enfermeira especialista dá uma nova perspetiva aos cuidados habituais, conferindo-lhes um olhar mais crítico, com novos métodos e estratégias com mais competência de formação e capacitação dos pares.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo serão abordadas as principais aprendizagens e experiências vividas em contexto clínico, na UC de Estágio com Relatório, por ordem cronológica, sendo que o primeiro contexto foi em Unidade de DP, seguindo-se o Internamento de Nefrologia e de seguida, o último contexto, em Unidade de HD. Seguidamente serão apresentadas as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas, em confronto com a literatura relativa ao tema, com a aquisição de competências, no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista (descritas no Regulamento nº140/2019 em Diário da República nº26/2019, Série II de 2019-02-06) e com as competências específicas do enfermeiro de nefrologia segundo Chamney (2007).

3.1. Unidade de Diálise Peritoneal

O estágio em Diálise Peritoneal, entre 11 e 19 de outubro de 2021 foi realizado numa Unidade de Diálise Peritoneal que está enquadrada no Hospital de Dia de Nefrologia (Piso 1), juntamente com a Hemodiálise, partilhando o mesmo espaço físico. Tem como horário de funcionamento: dias úteis das 8 às 16 horas. É um espaço pequeno e calmo para pessoas e profissionais embora não tenha em atenção alguns requisitos legais previstos (Portaria nº347/2013) como a climatização e iluminação (não dispõe de janelas, pelo que a luz é exclusivamente artificial).

A equipa multidisciplinar é constituída por dois nefrologistas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma dietista e duas administrativas onde cada profissional tem o seu papel bem definido no seio da equipa. Não existem enfermeiras especialistas na unidade de DP embora uma das enfermeiras da equipa trabalhe em nefrologia há 22 anos e, mais especificamente em DP há cerca de 17 anos. Estes números não estão de acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros que recomenda que 35% dos elementos da equipa possuam competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular, em área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica ou então, no mínimo, um enfermeiro especialista na mesma área. Tendo em conta que, existem duas enfermeiras na unidade (apenas uma delas em regime de tempo inteiro), para um total de 25 doentes mais 2 em ensino, a dotação de enfermeiros está abaixo, pois está recomendado “o acréscimo de um enfermeiro por cada 25 doentes adicionais ao programa da unidade,

sendo que o número mínimo de enfermeiros do programa não pode ser inferior a dois” (Ordem dos Enfermeiros, s.d.).

Este ponto remete-me à reflexão das semelhanças entre a designação de perito descrito por Patricia Benner (2011) e as competências específicas de Enfermeiro Especialista descritas pela OE. Uma enfermeira perita consegue compreender, de forma intuitiva, cada situação onde os problemas são diretamente apreendidos. Há uma compreensão profunda da situação e antevisão de problemas possíveis. De um modo geral, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica reforçam que o enfermeiro deve “Cuidar da pessoa e família/cuidadores(...); Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos da pessoa e família/cuidadores (...); Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No caso concreto desta equipa, a enfermeira que se encontra exclusivamente dedicada à DP, apesar de não apresentar o título profissional de especialista é considerada perita porque demonstra, tal como descreveu Benner, uma compressão profunda das situações e tem capacidade de antevisão dos problemas. A equipa reconhece-a como perita, bem como os seus pares.

Relativamente à população abrangida por esta unidade, existem no total, no momento do estágio, 26 doentes em programa de DP, mais um doente em consulta de ensino embora ainda não tenha iniciado a técnica. De um total de 26 doentes, 16 estão em programa de Diálise Peritoneal Automática e 10 estão em programa de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória. A média de idade dos doentes, no ano de 2020 foi de 60,1 anos segundo os dados da unidade, sendo que em Portugal, no mesmo ano, a média de idade foi de 56,3 anos (Galvão, et al., 2020).

De uma forma geral, foi bastante positivo o balanço que faço do meu estágio neste contexto em específico. O meu conhecimento acerca desta TSFR era apenas teórico e tinha bastante curiosidade e motivação para consolidar estes conhecimentos teóricos com a prática clínica, sendo este um dos meus objetivos pessoais para este contexto. É uma modalidade que exige competências de comunicação por parte do enfermeiro pois centra-se quer na adesão ao tratamento quer na educação ao doente e implica dar autonomia à pessoa para a realização da técnica. O desafio, entre outros, passa por adaptar a linguagem e o método de ensino às diferentes pessoas de um modo personalizado e individual. Muitos desses ensinamentos são complexos nomeadamente sobre controlo de infeção de modo a prevenir complicações. É

igualmente importante motivar a pessoa para o tratamento e é fulcral envolvê-la nos processos de tomada de decisão relativamente ao mesmo.

Nesta unidade em particular, o ensino é feito sem a pessoa significativa que é aconselhada a esperar na sala de espera do serviço. Esta situação estimula a que a pessoa se sinta o principal responsável pelo seu tratamento, sem dividir responsabilidade com a pessoa significativa. Esta é envolvida no processo em situações particulares (aconteceu, por exemplo, quando um dos doentes apresentava dificuldade na limpeza e desinfeção do local de inserção do cateter de DP por tremores sendo a esposa a realizar esta função ou quando um dos doentes tinha dificuldade em ler o que estava descrito na cicladora quando realiza diálise peritoneal automatizada) e também noutros momentos fora do processo de ensino nomeadamente através da visita domiciliária. No final de cada sessão de ensino, a pessoa significativa dirigia-se ao gabinete de enfermagem onde era dado um feedback do progresso e das dificuldades sentidas pela pessoa. O familiar também era englobado nomeadamente no que diz respeito à organização da habitação ou alteração de rotinas. Estimula-se também que a pessoa fale com o seu agregado familiar sobre a doença sendo um dos pontos que é discutido em consulta de enfermagem: “qual a opinião da sua família acerca do tratamento?” ou “costuma partilhar o que aprende aqui com o(a) seu(sua) marido/esposa?”.

A visita domiciliária é feita por uma enfermeira externa ao hospital, dependendo da empresa responsável pelo material, nomeadamente as bolsas para as trocas, suporte de soro, adaptador e máscaras cirúrgicas. Esta visita é segundo os requisitos previstos nos enunciados do Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem realizada por pessoas com experiência em DP embora não sejam realizadas pelos enfermeiros que iniciam e implementam o processo de enfermagem à pessoa em DP. Ocorrem nos três momentos recomendados pela APEDT (2011): antes de iniciar o tratamento, para avaliação das condições estruturais; após a alta do ensino e treino da técnica de modo a ajudar na transição do hospital para o domicílio e mais tarde, no acompanhamento e avaliação das necessidades. É realizado um relatório onde constam as condições habitacionais, a situação socio-económica e é também feita uma avaliação da técnica no domicílio. Esse relatório é consultado pela enfermeira da unidade de modo a reforçar os ensinamentos que são necessários e que constam do relatório da visita e discutida a situação habitacional com a pessoa, se necessário (estratégias de armazenamento e organização do quarto, por exemplo).

Um dos objetivos pessoais a que propus no início deste estágio que consiste na realização de ensinamentos à pessoa em DP e posso afirmar, com clareza, que foi atingido. O ensino da técnica decorre durante aproximadamente um mês e inicia-se logo após a colocação de catéter peritoneal focando-se nos cuidados ao catéter e na execução da técnica. Estes ensinamentos são feitos de uma forma gradual, organizada, de acordo com o processo de apreensão e compreensão do doente até a pessoa mostrar autonomia suficiente para realizar tratamento no domicílio. Há um protocolo de ensino que consiste num guia realizado pela enfermeira da unidade de DP onde está implícito, em modo de *check-list*, o que o doente deve conhecer quer acerca do processo do tratamento mas também sobre estrutura da unidade e funcionamento da equipa, exames e consultas de rotina, entre outros. Nesse guia há também uma grelha de avaliação das diversas técnicas inerentes ao tratamento (lavagem higiénica das mãos, cuidados ao orifício de saída, administração de terapêutica intraperitoneal, entre outros) que permite avaliar a pessoa durante todo o processo. No final desse mês que é estipulado, é feita uma avaliação através de impresso próprio também e se a pessoa demonstrar todas as habilidades pode iniciar a técnica em casa. Se não demonstrar, mantém-se o treino até estar apto. Essas habilidades (que constam no guia) passam por preparar o ambiente, preparar o material necessário, executar corretamente a lavagem higiénica das mãos, misturar as soluções, conectar a bolsa ao catéter, execução correta das trocas, entre outras. Se a pessoa não demonstrar estas habilidades é traçado um plano, em conjunto com a pessoa, para manter o ensino.

Apesar de ser um tipo de TSFR bastante difundido, ainda é pouco utilizada e associada a mitos que a desfavorecem. Ouvem-se frases durante as consultas de ensino como “então e eu não vou desmaiar durante o tratamento?” ou “Mas eu vou ter de fazer isto sozinho/a em casa?” ou “a minha família nem me pode ouvir falar disto”. Foi bastante desafiante para mim, enquanto estudante da especialidade, ajudar a dismitificar estas ideias pois existem vários fatores a ter em conta como por exemplo o nível de literacia da pessoa, o seu conhecimento prévio acerca da doença e do tratamento, a sua própria personalidade bem como os seus valores e ideais. É papel do enfermeiro especialista empoderar a pessoa e dar-lhe autonomia no processo de tomada de decisão. Está descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente ao nível do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal que as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente onde o enfermeiro especialista deve participar na construção da tomada de decisão em equipa (Ordem dos Enfermeiros,

2011) e consegui desenvolver essa competência pois mantive como ideia central, indo de encontro também com a teoria de enfermagem escolhida, que a pessoa deverá ter um papel ativo na resolução dos problemas orientado as minhas intervenções de enfermagem sempre nesse sentido. A implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco foi constante durante todo o tempo de ensino, como por exemplo a obstipação (com risco de migração do catéter de DP) ou situações onde há quebra de segurança no controlo de infeção com o risco potencial de peritonite.

O desafio de desconstruir os mitos relativos à DP, vai de encontro ao Modelo Centrado na Pessoa de MacCance e McCormack pois estes consideram que devemos centrar o cuidado no que consideramos importante e que a pessoa é o centro da decisão. Estar envolvido no ambiente de cuidados, ter em consideração os valores pessoais e as crenças da pessoa e adaptar o plano de cuidados nesse sentido são pontos importantes defendidos pelos autores deste modelo. A pessoa quando sente que as suas crenças e os seus medos são trabalhados e tidos em consideração sente-se mais valorizada e envolvida no cuidado e isso é nítido na relação que desenvolve com a equipa. Neste caso em particular, antes de se iniciar qualquer ensino da técnica era importante motivar esta pessoa para o autocuidado relacionado com a sua doença e isso só seria possível depois de conversarmos sobre as suas ideias pré-concebidas. Este modelo defende que o enfermeiro deve construir uma relação de confiança e interagir com a pessoa no sentido de a “florescer” e essa foi a principal premissa desta relação terapêutica.

Sinto-me, portanto, capacitada para a realização de ensinamentos em conjunto com a enfermeira orientadora não só relativos à técnica em si mas também acerca do seu próprio processo de doença e envolvimento da família, o que permitiu a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista (descritas no Regulamento nº140/2019 em Diário da República nº26/2019, Série II de 2019-02-06) relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade, destacando-se o envolvimento da família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais pois reconheço e promovo o envolvimento da família ainda que não seja no processo efetivo de ensino, sempre tendo em conta a prática baseada na evidência para avaliação da qualidade.

Para o sucesso desta TSFR são importantes fatores a autonomia da pessoa na realização da técnica bem como a sua eficácia e essa eficácia prende-se com a individualização da prescrição. Perl *et al.* (2016) referem que esta prescrição depende da modalidade da DP, da depuração (clearance), da ultrafiltração, da função renal

residual, do tipo de membrana peritoneal e da situação nutricional. As unidades de diálise peritoneal devem recorrer à realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP), à cinética da ureia, análises laboratoriais regulares e devem avaliar o bem-estar da pessoa em tratamento. Segundo a mesma fonte, deve ser da responsabilidade das unidades o estabelecimento de protocolos necessários para monitorizar a adequação e eficácia de diálise. Assim sendo, nesta unidade, o TEP é realizado uma vez por ano, onde depois é ajustada a modalidade e o dialisante que é necessário utilizar para cada pessoa em específico. O valor de Kt/V é calculada bimensalmente (ou sempre que necessário) aquando a consulta médica e, segundo a Ordem dos Médicos (2017) deve ser igual ou superior a 1,7. Os valores analíticos de ureia e creatinina são igualmente avaliados em todas as consultas médicas. Todos estes conhecimentos e ensinamentos realizados ao doente contribuem para a aquisição de competências específicas do enfermeiro de nefrologia, segundo Chamney (2007) nomeadamente a participação nos ensinamentos ao doente e cuidador sobre esta TSFR e prestar cuidados individualizados ao doente em DP (escolhendo a modalidade mais adaptada à pessoa).

No que diz respeito às taxas de infeção, a unidade de DP tem um protocolo para suspeitas de peritonite, ativado quando as pessoas apresentam sintomas como dor abdominal, líquido de drenagem turvo, náuseas, vômitos, febre ou diarreia. Nesse momento, dirigem-se à unidade (se for em horário útil) ou ao SU (horário não útil e fins de semana) onde é colhida uma amostra de sangue para avaliação dos leucócitos, neutrófilos e proteína c-reativa, uma amostra de líquido peritoneal para microbiologia e contagem diferencial de células no dia da ativação do protocolo (dia zero) e é novamente colhida outra amostra ao fim de três dias pois o valor, ao fim de três dias.

Este protocolo tem tido resultados bastante positivos, sendo que em 2020 foram ativados 15 protocolos de peritonite (6 no internamento e 9 na unidade DP) com 11 peritonites confirmadas no total sendo que, apenas 7 eram primárias (uma era recidivante, outra de repetição e duas refratárias) o que corresponde a 0,24 episódios/doente/ano. Segundo as guidelines de 2017 da International Society for Peritoneal Dialysis, a incidência de peritonite não deve ser superior a 0,5 episódios por cada doente, num ano.

Este ponto prende-se com um dos objetivos a que me propus que se centra na articulação da unidade com o SU. A articulação entre os dois serviços está bem definida e é também passada e reforçada junto dos doentes. Quando existem sintomas que poderão estar relacionados com a DP, em dias úteis das 8 às 16h, os

doentes podem dirigir-se à unidade de DP onde são observados pelo médico e enfermeiro e é ativado o protocolo de peritonite segundo as normas de procedimento da unidade. Fora desse horário dirigem-se ao SU onde é feito o contacto com o nefrologista de urgência. Se for necessário alguma intervenção ligada à DP, é contatada a equipa de enfermagem do internamento de nefrologia para realizar os procedimentos necessários. Aqui denota-se a importância do enfermeiro especialista na área de enfermagem nefrológica em contexto de SU para uma avaliação diagnóstica e tratamento direcionados à pessoa sem ter de recorrer à equipa de enfermagem do internamento. A articulação deste elemento em SU em conjunto com o nefrologista trariam qualidade na prestação de cuidados à pessoa em DP, diminuiria o tempo de espera para realização de alguma técnica necessária com individualização dos cuidados com ganhos em saúde por diminuição dos recursos. No ano de 2020, no caso dos protocolos de peritonite, 60% dos casos foram detetados em horário útil enquanto 40% dos casos foram intervencionados no serviço de internamento de nefrologia, com admissão no SU.

A equipa de enfermagem da unidade desenvolve também um importante trabalho fora do tempo útil de consulta com o doente. Efetuam bastantes consultas não presenciais, como por exemplo via telefone e analisam frequentemente os detalhes dos tratamentos (com o programa específico para o efeito). Comunicam com os doentes por e-mail quando é necessário transmitir informações importantes (como por exemplo a sensibilização para a vacina da gripe) e denota-se uma preocupação constante com o bem-estar do doente, mesmo fora do tempo efetivo de consulta.

Um dos pontos positivos da unidade é a dinâmica multidisciplinar. Em minha opinião, a relação multidisciplinar e a forma como cada um dos profissionais se entrega à unidade é espantosa e isso tem bastante impacto na relação com os doentes e na eficácia na adesão terapêutica desta população. Senti que o enfermeiro se dedicava de forma efetiva e colocava a pessoa no centro do cuidado, respeitando a sua individualidade e isso são as premissas da teoria do Cuidado Centrado na Pessoa que está envolvida em toda a realização deste relatório de estágio. Este cuidado não deve estar centrado na continuidade (visto que a pessoa no final da consulta volta para casa e só volta no dia seguinte ou na semana seguinte) mas sim na consistência do cuidado e na forma como o profissional se envolve com a pessoa. Os profissionais das diversas áreas de intervenção estão muito próximos, nomeadamente médicos, enfermeiras e administrativas e a informação importante circula de uma forma fluida e bastante eficaz. As consultas de enfermagem de rotina

são efetuadas previamente às consultas médicas e o cuidado é centrado no doente. Destaco como aquisição de competências, no domínio na gestão dos cuidados, o reconhecimento dos papéis e funções de todos os membros da equipa. Fomentei um ambiente positivo e favorável à prática mantendo boas relações quer com os doentes quer com a equipa multidisciplinar.

Um dos meus objetivos para este estágio era desenvolver uma atividade que fosse uma mais-valia para a unidade, para o doente e que esteja de acordo com as competências a desenvolver, quer comuns ao enfermeiro especialista, quer específicas do enfermeiro de nefrologia. Em conjunto com a enfermeira orientadora, foi-me proposto que elaborasse uma ferramenta que abordasse a alimentação no doente em programa de DP por ser essa uma lacuna importante da unidade. O desafio era construir algo útil, sem informação excessiva, perceptível por todas idades e níveis de escolaridade e que estivesse no dia-a-dia da pessoa. Formulei um folheto informativo em formato íman, para que estivesse sempre disponível e de fácil acesso, por exemplo, no frigorífico. O resultado final foi bastante satisfatório e os objetivos foram cumpridos com a consequente aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro de nefrologia segundo Chamney (2007) (Ver Apêndice I).

Outro dos objetivos pessoais a que me propus para este contexto clínico consistia na participação na consulta de esclarecimento de opções terapêuticas. Esta consulta é orientada pela Direção-Geral da Saúde nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro e é “mandatório para todo o doente renal crónico”.

Confesso que a expectativa era grande, pela questão pedagógica e também pela questão pessoal visto que, em sete anos que trabalho numa unidade de HD, nunca tinha tido esta oportunidade pessoal de participar nesta tipologia de consulta que pode ser fundamental para a aceitação, dedicação e relação com a própria doença e tratamento escolhido. A abordagem teórica em unidade curricular e o estudo individual foram fundamentais para criar uma ideia do que seria esperado nesta tipologia de consulta e dos conteúdos que iriam ser abordados no ensino ao doente. Deparei-me portanto, com uma realidade um pouco diferente da que esperava. A consulta é feita em dois momentos distintos, sendo que o primeiro momento é realizado pela enfermeira e um segundo momento pelo médico (Direção Geral de Saúde, 2012). A equipa que realiza estas consultas é composta por cinco elementos (uma enfermeira de DP e quatro enfermeiras de HD) em que dois têm o título de especialista.

Primeiramente é feita uma abordagem acerca da importância da consulta de esclarecimento onde se faz uma pequena recolha de dados sobre aspetos gerais do doente como a idade, profissão, atividades lúdicas, animais de estimação, antecedentes pessoais e familiares de saúde, condições habitacionais, entre outros. Depois é feita uma avaliação ao conhecimento prévio da pessoa relativamente à sua patologia e ao motivo da consulta: “Sabe qual é o objetivo desta consulta?” ou “O que é que sabe sobre opções terapêuticas da DRC?” e fiquei negativamente impressionada com a baixa informação das pessoas. Das três pessoas consultadas, apenas uma sabia exatamente o motivo da consulta enquanto as outras duas deram uma resposta semelhante a “Venho aqui saber as condições para começar a fazer HD”. É então esclarecido o objetivo da consulta e inicia-se a apresentação com o tema da anatomofisiologia do rim, DRC e IRC e posteriormente são apresentadas as opções terapêuticas. Foram apresentadas as técnicas de DP e HD, não sendo abordado a opção do transplante porque “para si não vai ser possível portanto não vale a pena estar a falar sobre isso” nem a opção do tratamento conservador porque “isso é com o médico”. O doente entra acompanhado pelo familiar de referência, ou sozinho se for essa a sua vontade, e recorreu-se a uma apresentação informática para clarificar as informações demonstrando-se com algumas imagens ilustrativas.

A técnica de DP é apresentada inicialmente onde se abordaram pontos-chave como também são apresentadas vantagens e desvantagens da técnica, tendo em conta a ótica de quem realizou a apresentação. Um dos doentes a quem foi feita a apresentação referiu, de forma muito curiosa, “as vantagens que me apresenta, para mim são desvantagens” e isso é, de certa forma, uma crítica (construtiva) à linguagem utilizada e pode influenciar a escolha do doente. Aliado à informação presente na apresentação, foi também mostrado um catéter peritoneal e explicada a técnica de uma forma simples e também dadas outras informações complementares como “na DP você não tem restrições alimentares como na HD” sendo esta, uma informação que, não sendo aprofundada, pode influenciar a escolha do doente. Na apresentação acerca da técnica de HD, foram abordados os pontos-chave como, por exemplo, em que consiste a técnica, construção de acesso vascular, periodicidade dos tratamentos e, novamente, as vantagens e desvantagens na ótica de quem realizou a apresentação. Foram utilizadas expressões como “agulhas enormes” e completada a informação em apresentação como “os transportes para a HD funcionam muito mal” o que pode, na minha perspetiva, influenciar a decisão ou a opinião da pessoa relativamente à técnica a escolher. Foi também falado com o doente que a técnica

escolhida pode ser reversível, isto é, se optar pela DP e achar que, em algum momento, não se adequa, pode optar pela HD ou vice versa. Em nenhum momento, com nenhum doente, se abordou a questão de que a DP tem um “prazo” pela capacidade do peritoneu e que, mesmo optando pela DP poderá haver a possibilidade de, a longo prazo, ter de fazer HD. Intevi, em alguns momentos que considerei pertinentes sem que isso pudesse interferir no trabalho da enfermeira e validando sempre que essa informação estaria correta como por exemplo perguntando: “não é verdade enfermeira M.?”. A consulta de esclarecimento foi uma experiência, do ponto de vista pedagógico, bastante interessante mas que se revelou abaixo das minhas expectativas iniciais. Como sugestão, penso que deveria haver uma revisão à apresentação e abstenção de comentários pessoais que possam influenciar a pessoa. Sugeriria também que as pessoas pudessem realizar visita à sala de hemodiálise ou à sala de DP, visto ser no mesmo espaço físico. Sugeri igualmente a realização de uma check-list ou um protocolo de forma a que todos os assuntos fossem abordados independentemente do colega que realizasse a consulta. As informações passadas foram, a meu ver, com alta inclinação para a DP não sendo abordada a opção do tratamento conservador.

Todas estas questões foram abordadas e discutidas com a enfermeira orientadora, no sentido da melhoria dos cuidados prestados e da capacitação e informação ao doente. Foram discutidas algumas sugestões sendo que uma das atividades passíveis de realizar, se o tempo em contexto clínico permitisse, seria uma revisão ao documento de apresentação e uma checklist de pontos-chave, bem como uma formação acerca da norma da DGS para renovação de conhecimentos. Foi sugerido também que a norma da DGS estivesse disponível em papel no gabinete onde a consulta é realizada para que os doentes e os profissionais envolvidos possam consultar, esclarecer dúvidas e/ou consolidar conhecimentos.

É da competência do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens, o diagnóstico de necessidades formativas, a identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação bem como a contribuição para conhecimento novo e desenvolvimento de prática clínica especializada. Embora não tenha conseguido implementar estas medidas, foram estratégias propostas à enfermeira orientadora e discutidas formas de implementação.

A experiência descrita anteriormente teve também impacto na aprendizagem e reflexão à luz da teoria do Cuidado Centrado na Pessoa. O enfermeiro deve

empoderar a pessoa no sentido da tomada de decisão consciente sem comentários que possam influenciar a decisão da pessoa estando relacionado com o pré-requisito dos processos centrados na pessoa. O profissional pode influenciar a tomada de decisão da pessoa e a comunicação verbal ou não verbal do enfermeiro tem peso nessa decisão. É também um exemplo de não respeito pela individualidade da pessoa a quem se prestam cuidados e de uma relação pouco empática. Foi importante para mim essa reflexão individual e também a discussão posterior com a enfermeira orientadora sobre a situação.

Outro aspeto importante deste contexto clínico foi analisar o trabalho de organização da unidade que se realiza paralelamente ao cuidado direto ao doente. As informações estão sempre atualizadas, são feitas estatísticas no final de cada ano nomeadamente acerca das taxas de peritonite por doente por ano, a média de idades dos doentes em tratamento, percentagem de doentes em cada modalidade, qual a taxa de doentes que saíram desta TSFR e porquê, qual o tempo médio de ensino desde a implantação do catéter até à autonomia do doente, entre outros. Fazer o balanço destes dados no final de cada ano é, a meu ver, extremamente importante porque reflete os bons cuidados prestados e os aspetos a melhorar. Este é um trabalho contínuo que não pode ser feito apenas no final do ano mas sim durante todo o ano com a atualização constante dos dados. Acompanhar esta gestão, foi muito interessante visto que é da competência do enfermeiro especialista a aplicação de instrumentos de avaliação de resultados, a elaboração de guias orientadoras de boa prática e a comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores. Cooperei igualmente na organização do trabalho da unidade com o objetivo de otimizar o tempo efetivo de cuidados e reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Em suma, o estágio realizado neste contexto clínico foi bastante interessante com a aquisição clara de novos conhecimentos e competências. A DP revelou-se, para mim, uma TSFR fascinante, natural e adaptada às necessidades do doente e das suas capacidades físicas, intelectuais e habitacionais. Existem diversas variações às técnicas existentes, de forma a incrementar o melhor resultado adaptado à pessoa, com vários indicadores e sinais de eficácia havendo a necessidade extrema de se avaliar a pessoa como um todo. O objetivo da equipa é sempre o bem-estar do doente e o sucesso do seu tratamento e denota-se uma forte entrega diária à unidade, tendo sempre por base a prática baseada na evidência.

3.2. Serviço de Internamento de Nefrologia

O presente estágio teve início no dia 22 de outubro e terminou a 14 de janeiro de 2022 e realizou-se num hospital localizado na margem sul do Tejo. Relativamente à estrutura física, o internamento contempla no total 26 camas, distribuídas por três diferentes especialidades médicas: oncologia, neurologia e nefrologia, esta última com o total de 7 camas. É feita uma divisão das camas segundo género, havendo 6 quartos individuais para casos específicos, avaliados individualmente ou com necessidade de isolamento.

A experiência de estágio nesta tipologia de contexto revelou-se bastante interessante visto ser um contexto ao qual não estou totalmente confortável, por não ter contato com serviços de internamento. Denotei que, o fato de coexistirem três especialidades médicas diferentes enriqueceu, ainda mais, a experiência pois muitas pessoas com patologia renal, apresentavam também doença aguda do foro neurológico ou oncológico e a necessidade de enquadrar todos esses fatores, aliado à individualização dos cuidados, revelou-se bastante desafiante.

Por estes motivos, coloco-me, segundo Benner (2005) no ponto de iniciado avançado que corresponde à segunda fase de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, pois considero que, apesar de integrar um serviço novo, os cuidados inerentes aos cuidados não me são totalmente desconhecidos tendo em conta o atual contexto onde exerço. Assim sendo, já enfrentei situações clínicas reais muito idênticas e a resposta a estas não é totalmente nova.

Relativamente à dotação de enfermeiros, a equipa é composta por 32 enfermeiros, nomeadamente uma enfermeira Chefe, 12 enfermeiros especialistas (4 em reabilitação e 8 em médico-cirúrgica) e 19 enfermeiros de cuidados gerais. A distribuição dos doentes é efetuada pelo responsável de turno, através do método de trabalho individual. O turno da noite é assegurado por dois enfermeiros, o da manhã conta com 4 a 5 enfermeiros (excluindo o enfermeiro especialista em reabilitação) e o turno da tarde é assegurado por três enfermeiros. No que diz respeito à distribuição de doentes pela equipa, não é utilizado o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.) que “permite determinar as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, traduzíveis em horas de cuidados, utilizando como referência os valores (média) dos dois últimos anos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 130). Os doentes são, portanto, distribuídos equitativamente pelo número de enfermeiros presentes no

turno. Relativamente às especialidades clínicas, a Ordem dos Enfermeiros (2019) menciona que “nos diversos serviços de internamento de adultos, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deva existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia” (p. 140) e essa dotação segura está cumprida pois existem 8 EEEMC e há sempre, pelo menos um, durante as 24h do dia.

Percebi, no início do estágio, que a passagem de turno era feita utilizando-se um instrumento elaborado pela própria equipa, adaptado ao contexto, não seguindo, de modo formal o método preconizado pela Direção-Geral da Saúde com base na Norma 001/2017 relativa à “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Nesse documento faltavam informações que eram completadas num quadro exposto na sala de enfermagem (nomeadamente os exames complementares de diagnóstico). Isto é, o enfermeiro teria de recorrer a dois instrumentos diferentes para completar as informações relativas ao mesmo doente. Assim sendo, propus como atividade a desenvolver no contexto, reformular o instrumento utilizado pela equipa, basendo-me no método ISBAR consoante as recomendações da Direção-Geral da Saúde. Esta mnemónica é um “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I corresponde à identificação, S à situação atual, B aos antecedentes, A à avaliação e R às recomendações” (Direção-Geral da Saúde, 2017). A DGS recomenda, através desta norma, que as instituições devem assegurar um plano anual de formação que contemple a técnica ISBAR e que este processo de transferência de informação deva ser monitorizado através da execução de auditorias internas.

Esta atividade está desenvolvida no Apêndice II cuja intenção foi desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade. Não foi feita, por uma questão de tempo de estágio, a avaliação dessa atividade ficando essa fase a cargo dos enfermeiros dinamizadores do método ISBAR presentes no serviço. Ainda assim, pude participar na definição de metas para a melhoria contínua dos cuidados ao nível organizacional, colaborar na realização de atividades na área da qualidade, deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, aceder à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade, entre outras o que contribui para a aquisição de competências descritas no Regulamento nº140/2019. A atividade desenvolvida, foi muito bem aceite por toda a equipa e foi continuada mesmo após o

estágio terminar segundo feedback posterior da enfermeira orientadora. Atuei como formadora informal no contexto de trabalho, pois apesar de não ter realizado formação formal acerca do método ISBAR, apresentei evidência científica de que seria uma boa estratégia a grande parte dos colegas, no momento da entrega dos documentos informativos individuais.

Um dos objetivos pessoais a que me propus inicialmente prende-se com o acompanhamento do DRC nos diferentes estádios da progressão da sua doença, em internamento e posso afirmar que foi largamente atingido. Tive oportunidade de acompanhar pessoas com lesões renais agudas com necessidade de tratamento dialítico, pessoas com DRC em estádios III ou IV que evoluíram rapidamente para IRC com necessidade de indução dialítica e também pessoas com IRC em tratamento dialítico que sofreram agudizações do seu quadro. Revelou-se importante conhecer toda a história da pessoa, bem como os seus antecedentes pessoais de saúde, internamentos anteriores e episódios de urgência de modo a enquadrar toda a sintomatologia, evolução, resultados analíticos, plano de cuidados e exames complementares de diagnóstico. Estas experiências permitiram a aquisição de competências de avaliação e monitorização de uma pessoa com DRC, reconhecimento, avaliação e monitorização de episódios agudos no doente renal que defendidas por Chamney (2007) para o enfermeiro de nefrologia.

O envolvimento de forma consistente e efetiva no ambiente de cuidados da pessoa é um dos pontos-chave do modelo de Cuidado Centrado na Pessoa e a dedicação e competência profissional está integrado nos pré-requisitos abordados pelos autores. O enfermeiro deve estar munido de todas as informações necessárias para a prestação de cuidados de qualidade fomentando o auto-conhecimento também mencionado pelos autores deste modelo teórico.

Tive oportunidade de vivenciar situações totalmente novas para mim, destacando algumas situações de maior aprendizagem, como por exemplo, um caso de infeção de uma Fístula Arterio-Venosa (FAV), com sinais inflamatórios, calor, dor no ombro do lado do acesso e uma alteração da coloração cutânea peri-acesso. Deu entrada por mal-estar geral e episódios de febre isolados, sem outro foco identificado. Os valores analíticos estavam bastante alterados com os parâmetros inflamatórios muito elevados. A literatura refere que a infeção é a invasão e a multiplicação de microrganismos podendo levar à perda do acesso ou até mesmo à morte da pessoa (Silva, et al., 2018). Os mesmos autores reforçam que os sintomas são tremores, febre e cianose em que o agente mais frequente de infeção do acesso vascular é o

Staphylococcus aureus. Procedeu-se ao isolamento do microrganismo através da realização de hemoculturas como refere a literatura e iniciou-se antibioterapia empírica enquanto aguardavam resultados de hemocultura, com vancomicina e gentamicina com resultados bastante positivos no bem-estar geral do senhor, com uma resposta igualmente positiva representada pelos valores analíticos. Tudo isto integrado à vigilância apertada da FAV, com auscultação e análise do frémito, mantendo-se os tratamentos de HD dentro da normalidade. A literatura defende ainda que o ideal é manter medidas de controlo e prevenção destas infeções (Silva, et al., 2018) e essa é uma das competências que Chamney (2007) recomenda para o enfermeiro de nefrologia: que este capacite o doente para reconhecer e responder a sintomas sugestivos de infeção. No que diz respeito ao enfermeiro especialista, pode dizer-se que foram adquiridas competências no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal pois as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente, segundo uma conduta preventiva, antecipatória, reconhecendo a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco.

Conseguir articular o que está descrito pela literatura com a prática clínica é, sem dúvida, um dos pontos fortes deste estágio. Interligar os sintomas do doente no momento da admissão com a hipótese diagnóstica posterior, adaptar os cuidados de enfermagem às necessidades específicas da pessoa e acompanhar a realização de todos os exames complementares de diagnóstico que levam ao diagnóstico é, sem dúvida, desafiante e motivante. Um bom exemplo disso é o caso de um senhor que dá entrada na urgência com edema dos membros inferiores até à zona do umbigo, mal-estar geral e hipertensão e posteriormente é internado com o diagnóstico de síndrome nefrótica. Após análises ao sangue e à urina, percebe-se que o doente tem hipoalbuminémia e proteinúria, sintomas típicos desde quadro. Segundo a literatura, cerca de 20% das pessoas têm uma causa definida de síndrome nefrótica e nos restantes 80% a etiologia está associada a alguma glomerulopatia primária (Morales, Veronese, & Weber, 2000). No caso específico deste senhor, a causa não era conhecida pelo que realizou vários exames como análises clínicas para deteção de infeções por HBV, HCV, HIV e outras infeções virais e bacterianas. Realizou também um TAC tóraco-abdomino-pélvico pois a literatura diz que alguns carcinomas (pulmão, estômago, cólon, mama, entre outros) podem estar na origem do síndrome nefrótica (Morales, Veronese, & Weber, 2000). Os cuidados de enfermagem específicos passam pela vigilância dos edemas que normalmente são mais acentuados nas extremidades inferiores e estendem de maneira ascendente até à região genital e

parede abdominal; avaliação do padrão respiratório pois poderá haver casos de edema agudo do pulmão e derrame pleural; otimização terapêutica (diuréticos, estatinas e/ou resina) bem como a vigilância do débito urinário e características específicas da urina; dieta com restrição de proteína pois a literatura refere que “o grau de proteinúria está correlacionada de maneira direta com o ritmo de progressão da lesão renal” (Hernández-Ordóñez, 2008, p. 95). Os mesmos autores mencionam que deve haver uma vigilância do valor analítico de potássio pelo risco acrescido de hipercalemiemia. Os cuidados de enfermagem prestados e as intervenções de enfermagem planeadas (e apresentadas em programa informático) não estavam totalmente de acordo com as recomendadas pela literatura atual. Apresentei evidência acerca do tema e discuti algumas intervenções com a enfermeira orientadora sempre no sentido da melhoria contínua da prestação, com ganhos diretos para o doente. Percebemos, após discussão, que o diagnóstico de enfermagem “edema” não constava no plano de cuidados do senhor e que a dieta era apenas com restrição hídrica e não com restrição de proteína. Fez-se ensinamentos específicos ao senhor acerca da necessidade de uma alteração na dieta e reforçou-se o ensino acerca da importância da avaliação do débito urinário. Desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento nº140/2019 nomeadamente no domínio da gestão dos cuidados pois intervi, melhorando a informação para o processo do cuidar, fomentando um ambiente favorável à prática. O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais também está presente pois suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento, na minha área de especialidade.

Adquiri competências específicas do enfermeiro especialista defendidas por Chamney (2007) em enfermagem nefrológica nomeadamente através da fundamentação da etiologia da doença renal, com a aquisição clara de competências no que diz respeito à evolução da doença renal aguda e crónica e sinais e sintomas associados ao compromisso da função renal, que se pode ver traduzido nos planos de cuidados que elaboro, com maior segurança na prestação de cuidados específicos ao doente renal.

Tive oportunidade de acompanhar vários doentes submetidos a Biópsia Renal desde a sua admissão, preparação, realização de exame e cuidados pós-biópsia. Segundo a literatura, as indicações para realização deste procedimento são: proteinúria, hematúria ou disfunção renal sem causa óbvia (Thomas & Jeffrey, 2005) e esta última foi a predominante. A informação sobre os benefícios e os riscos inerentes

a este procedimento devem ser dadas atempadamente e deve ser dada a oportunidade de colocar questões e tirar dúvidas de modo a promover uma tomada de decisão informada. É entregue um documento informativo, onde consta o que é e como é feita a biópsia renal, as suas contra-indicações e possíveis complicações. Consta também informação sobre a preparação para a sua realização. O enfermeiro especialista na área de nefrologia seria o elemento mais capacitado para acompanhamento desta tipologia de doentes pois é o elemento mais competente na avaliação diagnóstica e acompanhamento fazendo a diferença na individualização dos cuidados e no empoderamento da pessoa dotando-a de conhecimento que permite uma tomada de decisão mais consciente.

Este documento informativo é, a meu ver, bastante pertinente, com linguagem adaptada e onde dissipa o procedimento e toda a sua preparação. Necessitaria apenas de uma revisão mais atualizada, visto que as referências bibliográficas utilizadas remontam ao ano de 1992. É importante discutir com a pessoa a informação contida no documento e esclarecer dúvidas que surjam. Na última página é, então, apresentado o consentimento informado onde devem constar assinaturas do doente, de uma testemunha e do médico assistente. É da competência do enfermeiro especialista o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação bem como a segurança dessa informação quer seja escrita ou oral pelo que posso afirmar que foram adquiridas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal descritas no Regulamento nº140/2019.

Tive oportunidade de acompanhar o doente durante todo o procedimento, após o consentimento da equipa multidisciplinar do serviço de hemodiálise (local onde é realizado o procedimento). O doente é encaminhado para uma sala específica e é monitorizado. É importante uma avaliação regular dos parâmetros vitais pois, como referem os autores anteriores, se a tensão arterial exceder os 160/95mmHg o procedimento não deve ser realizado pois “o rim muito vascularizado pode sangrar mesmo quando os índices de coagulação estão dentro dos limites normais” (Thomas & Jeffrey, 2005, p. 175). Isto permite o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro de nefrologia nomeadamente na prevenção de complicações em DRC estabelecidas descritas por Chamney (2007).

A prestação de cuidados ao doente após a biópsia renal deve obedecer à norma interna que se encontra em vigor que refere que o doente deve ficar em repouso no leito durante as 24h seguintes ao procedimento para que o peso do próprio corpo seja uma forma de compressão do local da ferida operatória. Segundo Thomas

& Jeffrey (2005), a hemorragia é a principal complicação que pode surgir pelo que a ferida operatória deve ser vigiada frequentemente. Esta norma vem acompanhada de um protocolo (Ver Anexo 1) de avaliação do doente após o procedimento. O doente deve estar monitorizado com avaliação de frequência cardíaca e tensão arterial de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas, passando de 30 em 30 minutos nas duas horas seguintes e depois de hora a hora durante quatro horas. O protocolo também menciona oscilações na tensão arterial iguais ou superiores a 20mmHg e a literatura menciona dor de aguda, de tipo visceral, no abdómen, costas ou ombro. Poderá ocorrer hematúria mas sem significado clínico, apenas se existir hematúria persistente ou maciça (Thomas & Jeffrey, 2005).

Dentro dos exames imagiológicos, tive oportunidade de contactar também com doentes que realizaram eco-doppler renal, num doente com 45 anos de idade com HTA de difícil controlo mesmo após a otimização terapêutica, sendo esta uma das indicações específicas de realização deste exame (Duarte & Germano, 2014). A estenose da artéria renal é a causa mais frequente de hipertensão renovascular e pode ser diagnosticada através da realização deste exame (Duarte & Germano, 2014). Este doente em específico colocou-me várias questões acerca da realização deste exame, algumas das quais eu não tinha resposta imediata, como por exemplo “Qual a necessidade de realizar laxantes antes do exame?”. Comprometi-me em realizar uma pequena pesquisa acerca das questões que me colocava e posteriormente expliquei-lhe que a preparação do doente implica 6-8h de jejum para reduzir as bolsas de ar no tubo digestivo pois podem dificultar a visualização tal como reforça Thomas & Jeffrey (2005) e a administração de terapêutica laxante via retal é uma medida de preparação aplicada especificamente a este contexto.

Esta atitude insere-se no modelo de Cuidado Centrado na Pessoa e McCormack & McCance onde a pessoa é o centro da decisão. É reforçada a ideia de que os enfermeiros devem conhecer os seus próprios limites e auto-conhecimento. Devem ser fiéis no sentido de dizer “não lhe consigo responder a essa questão, mas vou estudar e conversamos mais logo”, construindo com isso uma relação de confiança que fomenta um ambiente favorável à tomada de decisão. Esta experiência confrontou-me com os meus valores e ideais quer pessoais quer profissionais e isso é, sem dúvida, uma mais-valia para o cuidado. Este modelo reforça também que mais do que a continuidade dos cuidados, importa a consistência dos cuidados e que a interação com a pessoa deve ser no sentido de a florescer, empoderar e centrar o cuidado no que consideramos importante. A conexão com a pessoa e uma atitude de

presença no cuidado são fundamentais para fomentar uma relação terapêutica bem como a forma como nos envolvemos no cuidar como ser individual, em equipa e até mesmo como parte representativa de uma instituição.

Como aspetos negativos deste estágio tenho a apontar a pouca articulação com o serviço de HD (não há protocolo de preparação do doente para a HD nem passagem de informação do doente que vai realizar tratamento). Até mesmo com a equipa médica existe pouca interatividade e a comunicação nem sempre é feita de uma forma eficaz. Isso reflete-se na segurança do doente pois um profissional implicado na prestação de cuidados (seja médico ou enfermeiro) que não detenha (ou que detenha de forma incompleta) toda a informação que necessita para uma boa prestação de cuidados apresenta mais potencial de erro e pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Outro aspeto negativo a mencionar prende-se com a prestação de cuidados à pessoa em DP: quando existem doentes em programa de DP internados, a equipa de enfermagem pede ao serviço de HD que se desloque ao internamento para efetuar as trocas. Os enfermeiros do serviço de internamento de nefrologia não prestam cuidados relacionados ao tratamento de DP. Foi sugerida uma formação nesse sentido para capacitar a equipa na prestação de cuidados específicos ao IRC em programa de DP, sem sucesso. A chefia do serviço e a equipa não mostraram interesse e pertinência desse âmbito de formação. É da competência do enfermeiro especialista diagnosticar necessidades formativas e identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, inseridas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais tal como descrito no Regulamento nº140/2019.

Denoto uma equipa jovem, mas bastante desmotivada. Com pouca interação com a equipa multidisciplinar das várias áreas médicas, (não só com a nefrologia) e com alguma resistência à mudança. Não existem médicos permanentemente no serviço, estando em contacto, muitas vezes, via telefone o que pode causar na equipa um cansaço acrescido. A desmotivação da equipa tem influência no Cuidado Centrado na Pessoa pois, apesar de haver um envolvimento individual, pode não existir um ambiente propício ao cuidar (sendo este um ponto-chave do modelo teórico), menor poder de partilha e, com isso, diminuição das aprendizagens informais. Uma das estratégias que poderia aumentar a motivação da equipa e fomentar a relação interdisciplinar poderia passar por incluir o enfermeiro na reunião semanal dos nefrologistas ao serviço de internamento. Esse elemento poderia ser o chefe de equipa que depois passaria todas as informações importantes (como a preparação

para a alta, plano terapêutico, entre outras) aos restantes elementos. Estas propostas de estratégias de motivação foram discutidas com a enfermeira orientadora pois é da competência do enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados, a aplicação de estratégias de motivação da equipa para que o desempenho seja diferenciado.

O que denotei neste contexto é que os nefrologistas reuniam-se com a família sem a presença do enfermeiro. Outra medida importante seria incluir o enfermeiro responsável pelo doente nas reuniões com a família. Estas medidas implicariam articulação entre as duas classes profissionais, com consequente uniformidade e individualização dos cuidados. Chamney (2007) defende que o enfermeiro de nefrologia deve contribuir para um trabalho multidisciplinar efetivo com promoção da relação entre os elementos da equipa e pessoa. Esta proposta foi discutida com a enfermeira orientadora que referiu ser uma medida a implementar e que estava a ser trabalhada com a chefia do serviço e com a equipa de nefrologia.

Como aspetos positivos devo salientar as condições físicas do serviço e a relação empática que se mantém com os doentes, muitos deles com tempos de internamento superiores a duas semanas. As oportunidades de aprendizagem superaram as minhas expectativas iniciais e consegui aprofundar conhecimentos que certamente levarei para o futuro. A equipa de nefrologistas sempre se mostrou disponível para esclarecer dúvidas e discuti alguns planos terapêuticos com a equipa médica, sempre que considerei pertinente.

É um contexto onde há um maior reconhecimento das necessidades do doente e da sua família onde o ambiente é focado na humanização dos cuidados. Existe consistência no cuidado e preocupação com o impacto físico e psicossocial da doença renal no doente e na sua família. Embora não seja um contexto exclusivamente dedicado ao doente renal, denotei uma preocupação constante, por exemplo, com os sinais e sintomas específicos da doença que afetam a vida diária do doente (como edemas, vômitos, alterações urinárias, cansaço) e foi, sem dúvida, um contexto que permitiu o meu crescimento como futura enfermeira especialista mas também como enfermeira de cuidados gerais.

3.3. Unidade de Hemodiálise

A unidade de Hemodiálise está englobada no Serviço de Ambulatório de Nefrologia onde estão integradas diversas valências como DP, Hospital Dia e Bloco

Operatório. Funciona todos os dias da semana das 8 às 24h e os doentes podem advir dos Centros de Saúde, serviços de internamento e SU quer da própria instituição quer de outros hospitais. Para além disso, mantém um programa de HD a doentes crónicos que engloba cerca de 30 pessoas.

O serviço realiza, ainda, outros tratamentos (como plasmaferese e hemoperfusão) e tem um Bloco Operatório onde são colocados cateteres de hemodiálise e construídos acessos vasculares (apenas o primeiro acesso) onde estão englobados todos os doentes da área de influência do centro hospitalar e ainda a reparação dos acessos dos doentes em programa regular de hemodiálise. O Despacho nº47-A/2011 publicado em Diário da República a 3 de janeiro de 2011 determina que os “hospitais públicos de referência dos doentes são responsáveis pela construção do primeiro acesso vascular definitivo funcionante para hemodiálise” e “ficam impedidos de transferir doentes com acessos vasculares provisórios para unidades de hemodiálise convencionadas” sendo que “a entidade responsável pela manutenção do acesso vascular primário, bem como pela construção e manutenção de acessos vasculares subsequentes é a unidade de diálise que recebe o doente” (Ministério da Saúde, 2011, p. 146).

Na fase atual que vivemos, com a pandemia, o serviço de hemodiálise prestou cuidados e realizou tratamentos e diversos doentes internados em enfermarias covid sem que estes tivessem de ser transferidos à unidade de modo a que fossem mantidas as medidas de segurança necessárias.

A equipa de enfermagem é constituída por 22 enfermeiros, sendo que o turno da manhã é constituído por nove enfermeiros (que cobrem todas as valências) e o turno da tarde por quatro enfermeiros (onde apenas há a decorrer tratamentos de HD). Os tratamentos de HD são distribuídos por duas salas onde a primeira sala tem capacidade para quatro doentes e é destinada a doentes com necessidades especiais (portadores de Hepatite B e C e HIV) e doentes que necessitem de HD de urgência ou para indução dialítica devido à elevada complexidade que acarretam. A segunda sala tem igual capacidade e é destinada aos doentes em programa regular, isto é, doentes crónicos que realizem tratamento no hospital. O número de enfermeiros por posto de diálise está de acordo com a legislação em vigor pela Ordem dos Enfermeiros em que existe um enfermeiro por cada quatro doentes não excedendo a razão de cinco por enfermeiro. Na primeira sala, por existirem doentes com necessidades especiais a razão passa a ser dois enfermeiros para quatro doentes e na segunda sala estão dois enfermeiros embora um deles esteja na condição de colmatar

respostas de diálise à unidade de cuidados intensivos ou serviços covid. Do total da equipa, apenas dois enfermeiros apresentam especialidade em EMC nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica pelo que esta dotação está abaixo do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De uma forma geral, é uma equipa bastante motivada, com um ambiente propício à prestação de cuidados. Fui extremamente bem recebida e envolvida na equipa por todos os elementos. Há uma boa articulação com a equipa multidisciplinar sendo que a equipa médica se encontra no mesmo espaço físico em gabinetes ao lado das salas de HD. No que diz respeito ao ambiente físico, apesar de ser um serviço com algumas limitações espaciais (pouco espaço de armazenamento de material, Bloco Operatório é pequeno para as necessidades, copa com capacidade apenas para duas pessoas em simultâneo) está bastante organizado com o envolvimento de todos os profissionais nesta organização.

Nos primeiros dias de estágio, denotei que o stock de medicamentos carecia de atualização, quer ao nível da identificação e rotulagem das gavetas onde se encontravam os medicamentos quer ao nível do stock em utilização visto que alguma da terapêutica ultrapassava o prazo de validade por não ser utilizada no serviço.

A Direção-Geral da Saúde publicou a 17 de dezembro de 2015 uma orientação relativa ao “Processo de Gestão da Medicação” que refere que “As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, (...) dos médicos, dos enfermeiros, (...) e dos assistentes operacionais, devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação” através da promoção de “uma clara e legível identificação e rotulagem de cada medicamento” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 1).

A identificação e rotulagem dos medicamentos deve obedecer às normas da DGS nomeadamente à norma nº020/2014 “Medicamento com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes” e à norma 014/2015 “Medicamentos de Alerta Máximo” interligadas com as normas da instituição em vigor. Nesta normas destacam-se os medicamentos denominados LASA (**L**ook-**A**like; **S**ound-**A**like) que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. A existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados com a medicação (Direção-Geral da Saúde, 2014). Os medicamentos de alerta máximo são “medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em

consequência de falhas no seu processo de utilização” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 4). Estas duas normas têm incorporadas um instrumento de auditoria a aplicar nas organizações.

As orientações relativas ao processo de gestão de medicação dizem ainda que se deve “Reduzir, ao mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens/concentrações para cada substância ativa” e “Reduzir ao mínimo possível, os stocks de medicamentos disponíveis nos serviços clínicos, quer em quantidade, quer em variabilidade” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 2). Assim sendo, apresentei uma proposta de alteração dos rótulos de medicação e de redução de stock à enfermeira orientadora e à enfermeira responsável pela gestão de medicação da unidade e após discussão e aprovação foi apresentada esta mesma proposta a toda a equipa, inclusivamente à equipa médica. Essa apresentação está disponível no Apêndice III e dá início ao processo de alteração de stock que depois é continuado pela enfermeira responsável, visto que é necessária articulação e validação dos serviços farmacêuticos de modo a devolver os medicamentos que serão retirados de stock. Essa articulação não foi feita por limitação do tempo de estágio.

É da competência do enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº140/2019 em Diário da República nº26/2019, Série II de 2019-02-06, no domínio da melhoria da qualidade, a colaboração na realização de atividades na área da qualidade e o conhecimento avançado sobre diretrizes na área da qualidade e em melhoria contínua. Este deve também promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de serviços. Estas foram as competências adquiridas com a realização desta atividade neste contexto de estágio, bem como a identificação de oportunidades de melhoria acedendo à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. Tudo isto com o objetivo de criar e manter um ambiente terapêutico seguro à prestação de cuidados, promovendo a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

No domínio da gestão dos cuidados, pude reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. É importante reconhecer o elemento responsável pela formação, o elemento responsável pela gestão da medicação, os elementos integrantes de grupos institucionais como a qualidade ou controlo de infeção. Isso gera e promove um ambiente positivo e favorável à prática. A atualização do ambiente de trabalho

promove a motivação da equipa para um desempenho diferenciado, utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, consegui diagnosticar necessidades formativas, neste caso específico, com a atualização de conhecimentos acerca das normas recentes da DGS e atuei como formador em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros com ganhos em saúde dos cidadãos. A formação à equipa foi com recurso a tecnologias de informação com métodos de pesquisa adequados.

Uma das competências do enfermeiro de nefrologia de Chamney (2007) consiste na monitorização e vigilância de um tratamento dialítico. Apesar de já ter experiência em hemodiálise, foi bastante interessante ver a diferente perspetiva dos cuidados de enfermagem. É como se fosse o mesmo tratamento mas com outro olhar, outra visão. De acordo com este ponto e, indo de encontro a outro dos meus objetivos pessoais para este estágio, consiste na prestação de cuidados ao doente que vai induzir tratamento dialítico, isto é, que realiza o seu primeiro tratamento de hemodiálise. Tive oportunidade de assistir em momentos diferentes e revelou-se uma experiência bastante enriquecedora do ponto de vista pedagógico. Não existe uma norma orientadora específica do contexto para estas situações, o que se apresenta como uma lacuna identificada também pela equipa, embora os cuidados a prestar pela equipa de enfermagem sejam semelhantes e em conformidade com a literatura. Relativamente a esta, não existem estudos específicos para o momento da indução. Questionei inclusivamente a equipa médica que me confirmou que não haviam estudos ou orientações específicas sobre os cuidados a prestar na indução dialítica mas que estes cuidados eram baseados nos estudos que existem sobre as possíveis complicações agudas relacionadas com a HD. A taxa de ultrafiltração deve ser cuidadosamente analisada sendo que a hipotensão é, segundo a literatura, a complicação mais frequente em hemodiálise e está relacionada geralmente com a quantidade de líquido filtrado. A presença de edema e HTA podem ser indicadores de sobrecarga de volume embora não sejam parâmetros precisos. A bioimpedância tem-se revelado um método não-invasivo bastante eficiente e mais preciso na avaliação do estado fluido permitindo assim determinar melhor o peso seco do doente e a taxa de ultrafiltração desejada. Deve ter-se em conta outros fatores também como a idade, o sexo e as comorbilidades, visto que os doentes com maior risco de hipotensão são idosos, mulheres, diabéticos, com fósforo sérico aumentado ou com doença coronária

(Deus, Hoerb, Zanon, Moraes, & Agra, 2015). Para além da cuidadosa determinação do peso seco, deve usar-se uma temperatura mais baixa no dialisante, cerca de 35°C e posicionar o doente em Trendelemburg, se necessário e são esses os cuidados prestados pela equipa no presente contexto.

Outra das possíveis complicações é o Síndrome de desequilíbrio da diálise, embora seja menos frequente. A sua causa ainda não está bem estabelecida, mas poderá estar relacionado com a rápida remoção da ureia do sangue e pode ter como sintomatologia confusão mental, cefaleia, náuseas, vômitos, tremores, agitação, delírio, contrações musculares ou mesmo crises convulsivas generalizadas. Como estratégias poderá ser uma diálise mais lenta, de baixo fluxo nas primeiras duas horas (250ml/min) com o início do tratamento num momento mais apropriado, sem sinais de descompensação urémica (Deus, Hoerb, Zanon, Moraes, & Agra, 2015).

As náuseas e os vômitos são outra intercorrência frequente e podem estar associadas a fatores orgânicos (alterações tensionais ou hidroeletrólíticas) ou psicológicos (ansiedade) (Deus, Hoerb, Zanon, Moraes, & Agra, 2015). Neste caso, é importante realizar uma boa receção à pessoa, transmitir calma e segurança e explicar a possibilidade de ocorrências de todos estes sintomas de modo a que a pessoa esteja informada. Isso permite estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, diminuindo a ansiedade gerada pelo fato de ser o primeiro tratamento. Envolver a pessoa nos cuidados, torná-la o centro da tomada de decisão tendo em conta o contexto, são premissas inerentes ao Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa.

Outra complicação que poderá ocorrer com mais frequência no primeiro tratamento é a existência de reações alérgicas e prurido por alergia à heparina, por exemplo, ou hipersensibilidade em baixo grau ao dialisador ou a componentes do circuito sanguíneo (Deus, Hoerb, Zanon, Moraes, & Agra, 2015). É importante estar atento a erupções cutâneas ou alterações que o doente possa mencionar e, apesar de não estar descrito em literatura, é feito o desperdício do líquido de preenchimento do circuito para diminuir possíveis reações alérgicas. A hemorragia também pode ocorrer por uma heparinização inadequada e pode levar a uma perda de sangue de até 250ml. Por estes motivos, o primeiro tratamento é realizado sem heparina.

Existem outras ocorrências possíveis como cefaleias, convulsões, dor torácica, lombalgia, febre e câibras (esta última mais frequente) descritas na literatura. Os cuidados prestados ao doente neste momento importante estão de acordo com a literatura e, da minha experiência em contexto, com resultados bastante positivos no bem-estar do doente durante o primeiro tratamento dialítico.

Tudo isto permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito do enfermeiro especialista em nefrologia, nomeadamente a avaliação das necessidades da pessoa com DRC em HD, a preparação da pessoa antes e pós a sessão de HD e a prestação de cuidados com segurança, antes, durante e após as sessões de HD. Identifiquei as complicações associadas ao tratamento hemodialítico e realizei intervenções de enfermagem para resolver complicações intradialíticas.

Relativamente à interação com a pessoa durante a sessão de diálise existem, segundo a minha visão, dois tipos de pessoa em programa de HD: o doente crónico em programa regular de HD naquela unidade e o doente crónico que sofreu agudização do seu estado e que se encontra ali apenas temporariamente. Pela minha avaliação neste contexto, a interação com um e com outro desenrola-se de uma forma diferente e a pessoa conduz a conversa indo ao encontro de necessidades específicas. A pessoa em programa regular de HD sempre naquela unidade tende a aceitar melhor a pessoa externa à equipa, sendo por vezes uma lufada de ar fresco. Falam da experiência no decorrer dos anos, falam de forma empática de toda a equipa e da forma como esta cresce com o passar do tempo. São pessoas, na sua generalidade, mais disponíveis para a equipa.

Por outro lado, existem as pessoas que não realizam, normalmente, tratamento nesta unidade ou que vão durante um curto espaço de tempo apenas para realizar os primeiros tratamentos antes de serem encaminhados para as clínicas satélite. Aqui, a interação torna-se mais desafiante pois é um ambiente totalmente novo para o doente e a nossa intervenção pode fazer toda a diferença no decorrer do processo de aceitação e envolvimento da pessoa com a sua doença crónica. Tive oportunidade de interagir com pessoas nesta condição e denotava um discurso mais desmotivado, mais triste por vezes com pouca disponibilidade para conversar ou desabafar. Ouvem-se frases como “tudo me acontece, fiquei doente, tive de ser internado e agora o acesso parou” (SIC). O desafio consiste em respeitar o espaço de cada um destes doentes, perceber o momento e a forma mais adequada de abordagem, bem como o tipo de linguagem a utilizar. Mais do que uma atitude empática de compreensão do outro é a demonstração de que nunca vivenciamos o que o outro está a vivenciar mas estamos totalmente disponíveis para o ajudar. O modelo de Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance defende que não somos pessoas estáticas, estamos em constante movimento no que diz respeito à personalidade e isso está muito presente em interações temporárias como é o caso dos tratamentos hemodialíticos. O modelo defende que não interessa a continuidade mas sim a

consistência dos cuidados e isso implica a forma como comunicamos com a pessoa e como nos envolvemos no momento do cuidado. Mais do que dar continuidade à relação é conectar-se de forma autêntica com a pessoa, tendo em conta os princípios e vivências da própria pessoa e da nossa própria personalidade.

Outra valência importante deste contexto prático é a construção de acessos vasculares em bloco operatório. É uma experiência bastante rica e que nos desperta para outra perspetiva do acesso vascular. É realizado por um cirurgião externo à instituição, todas as terças-feiras e faz-se acompanhar por um enfermeiro instrumentista igualmente externo à instituição. O enfermeiro do serviço tem função de circulante, prestando os cuidados pré e pós-operatórios necessários. Tive oportunidade de assistir à construção de fístulas arterio-venosas, colocações de próteses e até realização de trombetomia com resultados imediatos no funcionamento do acesso. Após a cirurgia, o cirurgião deu-me oportunidade para esclarecer dúvidas e falar-me das características específicas de cada acesso. Com isto, reforcei os meus conhecimentos acerca das complicações dos acessos vasculares e compreendi, na prática, a funcionalidade dos acessos vasculares.

Outro ponto forte deste contexto é a realização de consultas de tratamento conservador, criadas em 2015 e constituídas por uma equipa multidisciplinar (enfermeira, nefrologista, psicólogo e assistente social). A consulta é realizada por uma nefrologista com formação em cuidados paliativos e por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Só tive oportunidade de assistir a uma consulta onde o enfermeiro tem um papel bastante importante na avaliação do doente e família em tratamento conservador pois avalia o estado funcional do doente (Escala de Karnofski validada para DRC) e faz a avaliação de sintomas em conjunto com a nefrologista. Esta consulta permite identificar as necessidades do doente e facilita o apoio, pedindo articulação de outros profissionais, sempre que se justifique. Os cuidados assentam essencialmente em ensinamentos nomeadamente sobre alimentação, ingestão hídrica e gestão do regime terapêutico sendo que o objetivo principal é a redução do ritmo de progressão da doença e melhorar as condições clínicas, psicológicas e sociais da pessoa.

Outra valência importante é a consulta de opções de tratamento realizadas uma vez por semana, em conjunto com o nefrologista. Esta consulta revelou-se uma boa experiência visto que assenta nos pressupostos designados pela DGS para esta consulta. São abordadas todas as opções de tratamento com imparcialidade da equipa multidisciplinar. Há efetivamente respeito pela autonomia da pessoa e da sua

família, pelos seus costumes e crenças. É um momento em que o doente e família esclarecem muitas dúvidas e é, do ponto de vista da enfermeira que realiza as consultas “um momento crucial para a aceitação de todo o processo de doença e tratamento”. Uma das experiências dessa consulta consistia numa situação particular, com uma doente que se encontrava institucionalizada, com diminuição da acuidade auditiva, em que a consulta foi realizada com a doente, o seu filho e uma representante da instituição de modo a envolver todos os intervenientes diretamente ligados aos cuidados da doente, garantindo que a informação é assimilada e que as opções poderão ser discutidas posteriormente. A doente e a família mostraram interesse em optar pelo tratamento conservador visto que a senhora verbalizou por diversas vezes “não quero fazer hemodiálise” e a DP foi logo excluída pela questão da institucionalização e por implicar um período de duas semanas de ensino a uma só cuidadora. A família reconhece que o mais importante é o bem-estar da pessoa e aceitar as suas decisões. Contudo, é importante que o doente e a família tenham oportunidade de conversar sobre isso posteriormente, num ambiente menos formal pois a decisão da pessoa pode mudar e as decisões de tratamento podem sempre ser revistas, seja qual for a opção de tratamento.

Tive oportunidade de participar na consulta, fazendo parte da equipa multidisciplinar, completando o ensino da nefrologia ou da enfermeira, em momento oportuno. Em contexto de consulta, neste caso de opções de tratamento, o modelo de Cuidado Centrado na Pessoa de McCance e McCormack revela-se muito adequado pois defende que a Pessoa (família, cuidador) deve estar no centro da decisão respeitando-se os seus direitos e a sua individualidade. Surge o desafio da barreira da comunicação, tendo em conta que a senhora apresenta diminuição da acuidade auditiva. Isto implica uma adaptação da equipa no sentido de melhorar a comunicação não-verbal ou envolver a família na comunicação direta com a pessoa. Os pré-requisitos deste modelo são como atributos ou competências que o enfermeiro deve ter, independentemente da sua área de intervenção. O autoconhecimento (crenças, valores e ideais próprios) aliados à competência profissional, ao desenvolvimento de competências interpessoais e o compromisso com a profissão são, segundo os autores deste modelo, fundamentos essenciais para o cuidado centrado na pessoa. Por estes motivos, os profissionais que dirigem esta consulta têm formação específica nesta área com uma grande ligação interdisciplinar de modo a que se desenvolva ambiente de cuidado propício à tomada de decisão, sendo o ambiente outro ponto fulcral deste modelo, segundo os autores.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, adquiri competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pois recolhi contributos para análise dos fundamentos das tomadas de decisão, assegurei o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação e à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Assegurei também o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as praticas específicas dos indivíduos.

Outro dos objetivos específicos do meu estágio é perceber a articulação do serviço de hemodiálise com o SU, nomeadamente o circuito do doente e da informação. Era uma das minhas grandes expetativas para este estágio, de modo a levar algum conhecimento e sugestões de mudança para o meu atual contexto de trabalho. Percebi que não há nenhum circuito definido especificamente para a urgência e a informação surge a partir da equipa médica. Todos os doentes vindos do SU com quem tive oportunidade de interagir, eram doentes crónicos, já em programa prévio de HD com agudizações do seu estado ou outras doenças agudas que necessitavam de internamento. O contacto é feito através do médico responsável pelo doente no SU para o nefrologista de modo a aferir a necessidade e a possibilidade de HD. O nefrologista avalia o doente para perceber o nível de urgência de HD e é agendado o tratamento com a equipa de enfermagem através da chefe de sala. Quando a unidade está pronta, é contactado o SU para que o doente seja transferido para realização do tratamento. Denotei pouca interação entre os dois serviços, no que diz respeito à equipa de enfermagem; não houve transição de cuidados entre profissionais de diferentes serviços na maioria das situações o que provoca uma quebra na continuidade dos cuidados com interferência direta na qualidade dos cuidados prestados. No final do tratamento, são feitas notas de enfermagem gerais no programa em uso no SU de modo a que esteja disponível a todos os enfermeiros envolvidos no cuidado do doente em específico, sem haver nova transição de cuidados. Este aspeto é, quanto a mim, uma lacuna nos serviços, pois uma comunicação ineficaz pode ter efeitos na segurança do doente aumentando o dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde.

De modo a aproximar os dois serviços, e após autorização da chefia do serviço de hemodiálise, foi lançado aos enfermeiros do SU a possibilidade de visitarem as instalações do serviço de HD e perceberem como funciona a dinâmica do próprio tratamento e dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. Grande parte da equipa se mostrou interessada e reconheceu a lacuna na ligação entre os dois

serviços, embora se tenham efetivado poucas visitas (apenas duas) pela questão de gestão de tempo e de recursos no próprio SU. Uma das visitas foi feita inclusive com um aluno de enfermagem em que foram descritas os princípios físicos da hemodiálise, noções gerais do funcionamento do equipamento e prescrição de tratamento. Foi apresentado o serviço de modo a que se conheçam todas as valências e a necessidade de constante adaptação dos colegas a situações novas que possam surgir. Quando nos deslocámos ao SU – ADR (Atendimento de Doentes Respiratórios) para realizar tratamento a doentes infetados com Covid19, os enfermeiros também se mostraram interessados em saber mais sobre a HD e foram, novamente, rentabilizadas oportunidades de aprendizagem informal sempre no sentido da aproximação entre os dois serviços. Com isto, consegui desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica pois mostrei conhecer os princípios físicos da hemodiálise, caracterizei as diferentes modalidades e descrevi o funcionamento do equipamento para hemodiálise. No que diz respeito às competências gerais do enfermeiro especialista, consegui reconhecer a minha competência na minha área de especialidade, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho com impacto no desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

De um modo geral, foi um estágio bastante interessante, com grande aquisição de competências e conhecimentos, muito rico em oportunidades de aprendizagem. Tive a sorte de estar rodeada de profissionais que fomentaram a minha aprendizagem e que acompanharam, com gosto, o meu desenvolvimento neste contexto. A minha visão e perspetiva dos cuidados prestados ao doente em programa de hemodiálise mudou e sinto-me mais capacitada e mais segura na prestação de cuidados.

4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Um dos objetivos para dar resposta às competências de investigação deste Relatório de Estágio consiste na realização de uma *Revisão Scoping* que, segundo Peters, et al. (2021) tem como objetivo identificar e mapear evidências relevantes que atendam a critérios de inclusão pré-estabelecidos em relação a um determinado conceito ou questão em análise.

Esta *Revisão Scoping* assenta na metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI) para Scoping Reviews (Peters, et al., 2020). Tendo em conta a temática em estudo, com o título: “Cuidado de enfermagem à pessoa em programa de hemodiálise no Serviço de Urgência”, o objetivo principal é mapear a evidência científica disponível e atual acerca do cuidado de enfermagem à pessoa em programa de hemodiálise no Serviço de Urgência. A pesquisa foi orientada através da definição da **População**, **Conceito** e **Contexto** (PCC), elaborando-se a seguinte questão de investigação: Quais as necessidades da pessoa em programa de hemodiálise no Serviço de Urgência?

4.1. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa realizou-se em três fases distintas. Na primeira fase, utilizando-se os conceitos naturais, utilizou-se a EBSCOhost como motor de busca para se aceder às bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete* de forma separada. Estas bases de dados foram selecionadas por sugestão do JBI e por apresentarem o banco de dados de pesquisa mais abrangente do mundo, no que diz respeito à área da saúde (Santos & Novais, 2021).

Na segunda fase, realizou-se nova pesquisa utilizando-se os termos indexados cruzaram-se as pesquisas feitas anteriormente e na terceira fase realizou-se uma pesquisa nas referências bibliográficas de todos os artigos identificados de modo a identificar outros estudos ou artigos importantes que possam complementar o mapeamento.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão apresentados seguidamente na Tabela 2. Para além disso, serão considerados igualmente estudos publicados em língua inglesa ou portuguesa com espaço temporal entre 2011 e 2021.

Relativamente ao tipo de fontes, esta revisão engloba todos os estudos não havendo restrição no que diz respeito ao método de investigação e literatura cinzenta

que, segundo Gholizadeh, Amir-Behghadami, & Janati (2020) inclui relatórios técnicos, publicações oficiais, relatórios de conferências, teses e estudos que estão a decorrer, geralmente providenciados por escolas, governos ou instituições profissionais.

Como palavras-chave/conceitos da pesquisa, utilizaram-se os termos naturais: Doença Renal Crónica (Chronic Kidney Disease), Hemodiálise (Hemodialysis) e Serviço de Urgência (Emergency Department) utilizando-se as palavras-chave/conceitos em inglês para a realização da pesquisa.

Tabela 1 – Termos Naturais e Termos Indexados de cada Base de Dados

	Base de Dados CINAHL	Base de dados MEDLINE
<u>Termos naturais</u>	<u>Termos indexados</u>	<u>Termos indexados</u>
Chronic Kidney Disease	Kidney Failure, Chronic Renal Insufficiency, Chronic	Kidney Failure, Chronic Renal Insufficiency, Chronic
Hemodialysis	Hemodialysis Dialysis Patients	Renal Replacement Therapy Renal Dialysis
Emergency Department	Emergency Service Emergency Nurse Practitioners	Emergency Service, Hospital Emergency Nursing Emergency Treatment Emergencies

A estratégia de pesquisa completa que foi realizada na base de dados CINAHL é apresentada em Apêndice IV e a estratégia de pesquisa realizada na base de dados MEDLINE é apresentada em Apêndice V.

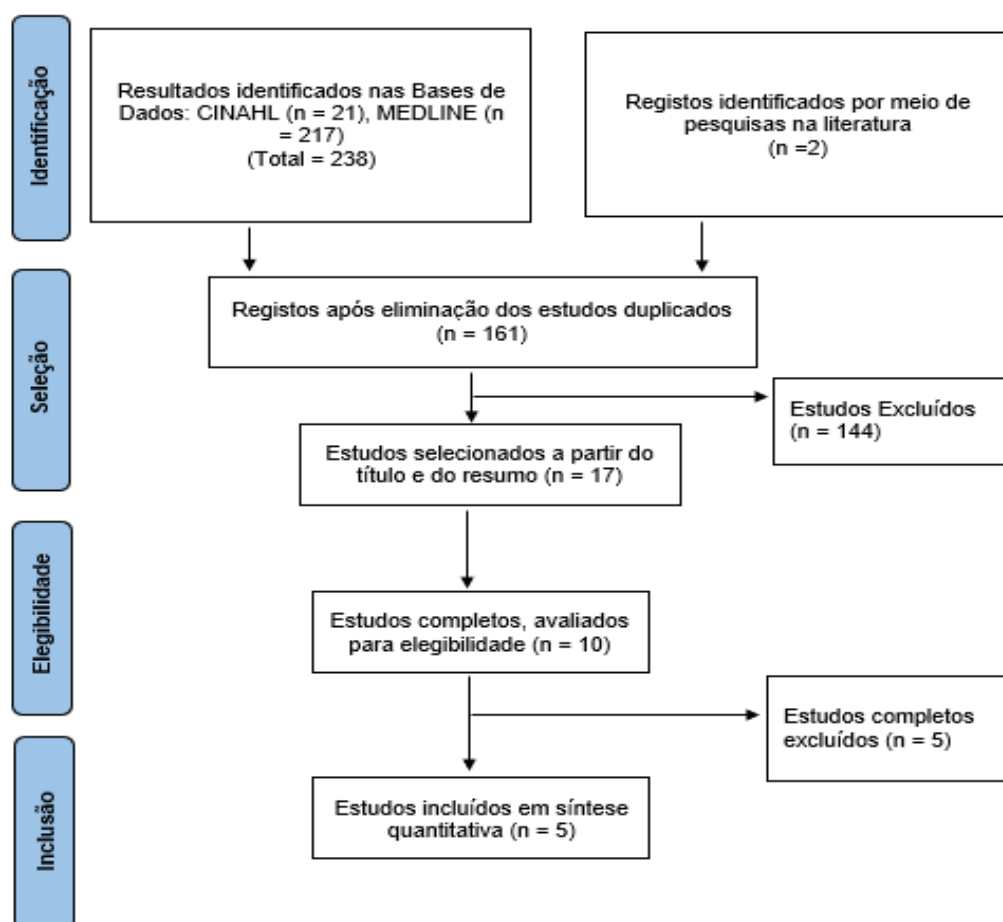
Tabela 2 – Critérios de Inclusão e de Exclusão

	Termos Inclusão	Termos de Exclusão
População	Adultos, maiores de 18 anos, sem restrição de género, com diagnóstico de IRC	Menores de 18 anos
Conceito	Em programa regular de HD	Em programa de DP Pré/Pós-transplante
Contexto	Em Serviço de Urgência Sem restrição geográfica	Outros Serviços

4.2. Resultados

Depois de eliminados os estudos duplicados, foram 17 os estudos selecionados a partir do título e resumo que atenderam aos critérios de inclusão. A partir destes, apenas 10 estavam completos e avaliados para elegibilidade. Foram excluídos cinco por não corresponderem ao critérios de inclusão em relação à população sendo que não consideravam apenas pessoas em programa regular de HD mas também em DP, pelo que ficaram 5 artigos para síntese quantitativa. Seguidamente é apresentado o fluxograma da decisão de pesquisa, na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA correspondente ao processo de seleção do estudo



Após extração desses artigos, foi utilizado o instrumento recomendado pela metodologia de *Scoping Review* desenvolvida pela JBI (Peters, et al., 2020) onde se apresentam os autores, o ano de publicação, país de origem do estudo, objetivos principais, população ou amostra em estudo, a metodologia utilizada, o tipo de

intervenção estudado e, por fim, as principais descobertas relacionadas com a questão de investigação. Estes dados foram extraídos por dois revisores diferentes, procurando atender aos objetivos definidos e à questão de investigação (Ver Apêndice VI – tabela de extração de dados).

Dos estudos selecionados, relativamente à sua metodologia, dois são estudos prospetivos, dois são estudos retrospectivos e um consiste num estudo de base populacional. Todos os estudos estão em língua inglesa sendo que um foi publicado em Taiwan, um nos Estados Unidos da América, dois no Canadá e um em Espanha entre 2015 e 2021.

Nenhum dos artigos está centrado na temática dos cuidados de enfermagem, abordando questões de natureza multidisciplinar. No entanto, esses elementos poderão ser comuns à enfermagem principalmente em aspetos como a caracterização da população em programa regular de HD que vai ao SU, os motivos dessas entradas e outros aspetos relacionados com cuidados global e multidisciplinar de que necessitam.

Os artigos selecionados na fase final, para dar resposta à pergunta de investigação colocada estão apresentados na seguinte tabela:

Tabela 3 - Artigos Selecionados na Revisão *Scoping*

- Garcia-Canton, C., Rodenas A., Lopes-Aperador, C., Rivero, Y., Anton, G., Monzon, T., Diaz, N., Vega, N., Loro, J., Santana, A., & Esparza, N. (2019) Frailty in hemodialysis and prediction of poor short-term outcome: mortality, hospitalization and visits to hospital emergency services. *Renal Failure*, 41(1). 567–575. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2019.1628061>;
- Harel, Z., Wald, R., McArthur, E., Chertow, G., Harel, S., Gruneir, A., Fischer, H., Garg, A., Perl, J., Nash, D., Silver, S. & Bell, C. (2015) Rehospitalizations and Emergency Department Visits after Hospital Discharge in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *American Society of Nephrology*, 26. 3141–3150. doi: 10.1681/ASN.2014060614;
- Lin, Y., Hsu, H., Lai, T., Chiang, W., Lin, S., Chen, Y., Chen, C. & Chu, T. (2019) Emergency department utilization and resuscitation rate among patients receiving maintenance hemodialysis. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118. 1652-1660. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.01.00>;
- O'Donnell, C., Molitch-Hou, E., James, K., Leong, T., Perry, M., Wood, D., Masud, T., Thomas, B., Ross, M. & Franks, N. (2021) *American Journal of Emergency Medicine*, 45. 92–9. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.035>;
- Ronksley, P., Tonelli, M., Manns, B., Weaver, R., Thomas, C., MacRae, J., Ravani, P., Quinn, R., James, M., Lewanczuk, R. & Hemmelgarn, B. (2017) Emergency Department Use among Patients with CKD: A Population-Based Analysis. *American Society of Nephrology*, 12. 304–314. doi: 10.2215/CJN.06280616.

A análise destes artigos selecionados será apresentada nos subcapítulos seguintes referentes à discussão e conclusão desta Revisão *Scoping*.

4.3. Discussão

Os estudos apontam essencialmente para a caracterização da população de IRChd em contexto de SU nomeadamente a causa de ingressão, as características que os tornam mais vulneráveis a um pior prognóstico e num protocolo de atuação para este tipo de população.

O estudo de Garcia-Canton *et al* (2019) faz uma associação entre a fragilidade dos IRChd e as admissões em SU o que permite também caracterizar este tipo de população e perceber as necessidades e os cuidados associados. Numa amostra de 277 IRChd, avaliaram quais os parâmetros associados a uma maior fragilidade desta população onde se teve em consideração as idas ao SU registadas durante um ano. De acordo com o estudo, 29,3% dos doentes foram considerados frágeis, 19,1% vulneráveis e 51,3% não frágeis onde foi encontrada uma associação entre fragilidade e determinadas variáveis, frequentemente associadas a mau prognóstico, como idade, DM, alto índice de comorbilidade ou sexo feminino. É interessante perceber também a associação entre fragilidade e menor contagem de hemoglobina, albumina, pré-albumina, ácido úrico, fósforo, creatinina e creatinina quinase. Este estudo conclui que a taxa de admissões em SU entre IRChs considerados frágeis é quase o dobro da taxa de admissão de IRChd não frágeis. Isto permite ao enfermeiro, em contexto de SU, perceber quais os IRChs com maior associação a um mau prognóstico tendo em conta a idade, as comorbilidades associadas e até mesmo conhecendo os valores analíticos do episódio.

O estudo de Harel (2015) que inclui 11.177 pessoas, mostra que 27% dos IRChd foram admitidos no SU, 30 dias após alta hospitalar e que o número médio de dias entre a data de alta e a admissão no SU foi de 11 dias. Dessas idas à urgência, 46% resultaram em novo internamento e 52% tiveram alta hospitalar, sendo que 2% resultaram em óbitos no SU. Mostra também que os problemas mais frequentes destas idas ao SU estão relacionados com insuficiência cardíaca, dor de garganta, dor torácica, dor abdominal e pélvica, problemas relacionados com a respiração e/ou pneumonias e outros problemas de organismo não especificado. Este estudo mostra outro fator curioso em que aproximadamente 8% das idas ao SU foram pelo mesmo motivo do internamento inicial.

No estudo de Lin (2019), o objetivo principal é, através de um estudo de coorte retrospectivo, compreender o comportamento dos IRChd na procura dos sistemas de saúde, nomeadamente SU. A amostra foi dividida em dois grupos de controlo, um correspondente a IRChd e outro constituído pelo mesmo número de indivíduos sem hemodiálise com características combinadas. Cada grupo de controlo é composto por 2985 pessoas sendo que o grupo correspondente aos IRChd apresentou, no ano de 2012 na cidade de Taiwan, 4822 episódios de urgência enquanto o grupo de controlo dos doentes sem hemodiálise apresentou apenas 1755 episódios. Destes 4822 episódios de urgência, 611 resultaram em reanimações correspondendo 12,67% comparativamente a 9,97% do grupo de controlo.

Este artigo refere que as pessoas com IRChd com idade superior a 55 anos, com história de hospitalização no último ano e gravidade na triagem apresentam risco significativamente maior de reanimação durante um episódio no SU. Para além disso, em caso de reanimação, a taxa de sobrevivência subsequente foi baixa nesta população. Os autores apresentam três justificações interessantes para estes números nomeadamente a baixa literacia em saúde dado que os indivíduos conhecem pouco as informações e serviços básicos de saúde para tomar decisões adequadas. Os autores mencionam as limitações das unidades de hemodiálise satélite com aspetos relacionados com acessos vasculares e também, como terceira justificação, as limitações com exames complementares de diagnóstico como monitorização intensiva, exames laboratoriais rápidos e exames de imagem que podiam excluir completamente alguns diagnósticos mais duvidosos como síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral ou abdómen agudo.

O'Donnell (2021) criaram um protocolo de atuação, que descrevem no seu estudo, designado Fast Track Dialysis com o objetivo de perceber o impacto do protocolo na utilização de recursos em IRChd com admissão no SU. Este protocolo tem como objetivo diminuir o tempo médio de permanência para IRChd considerados de baixo risco segundo critérios clínicos, parâmetros hemodinâmicos e critérios de eletrocardiograma. Este protocolo centra-se numa identificação rápida na triagem em conjunto com uma boa comunicação multidisciplinar de modo a reduzir o tempo de permanência no hospital bem como o tempo até ao tratamento de hemodiálise resultando em diminuição de recursos e despesas hospitalares. A equipa é composta por médicos generalistas, médicos de emergência, nefrologistas e enfermeiros de nefrologia onde é criada uma linha de comunicação entre o SU, os nefrologistas e o serviço de hemodiálise.

Neste estudo, as pessoas com IRChd elegíveis para entrar neste protocolo tinham de apresentar os seguintes critérios: 1) pressão arterial sistólica menos que 200mmHg; 2) pressão arterial diastólica menos de 100mmHg; 3) frequência cardíaca menos que 120 batimentos por minuto; 4) necessidade de aporte de oxigénio inferior a 4L/min; 5) níveis laboratoriais de potássio inferiores a 6,5mEq/L; 6) sem alterações eletrocardiográficas relacionadas com isquémia ou hipercalemia grave; 7) sem problemas relacionados com o acesso vascular; 8) sem suspeita de quadro clínico ativo como dor torácica ou infeção.

A pessoa com IRChd era avaliado na triagem e seguidamente eram realizados exames laboratoriais e eletrocardiograma que depois eram analisados pelos nefrologista que determinava a necessidade de hemodiálise de urgência. Este protocolo mostrou resultados na diminuição do tempo de permanência no SU, diminuição dos custos associados e do tempo de espera para realizar HD de urgência. Este estudo mostrou também que a comunicação entre o SU e a equipa de nefrologia pode agilizar todo o processo e trazer ganhos em saúde para o doente sendo este protocolo bastante generalizável para várias instituições, segundo os autores.

O estudo de Ronksley (2017) aborda o uso do SU por pessoas com DRC onde inclui uma parte para pessoas com IRChd. Apesar das limitações desse estudo, consegue-se perceber que, da amostra de 1762 IRChd, resultaram 10.217 visitas ao SU num ano com 4168 pessoas por ano. Os autores fazem uma análise interessante por nível de gravidade sendo que 10,9% foram considerados não urgentes, 22,1% semiurgentes, 38,2% urgentes, 22,4% foram considerados emergentes e 1,4% resultaram em reanimação sendo que 5% foram de carácter desconhecido. A causa mais frequente de ida ao SU foi pelo diagnóstico de hipercaliémia, seguindo-se do diagnóstico de insuficiência cardíaca. A sobrecarga de volume foi também uma causa frequente seguindo-se da HTA maligna.

Após a discussão dos resultados e a sua consequente análise, é importante também relatar as limitações destes estudos de modo a fornecer informações importantes para futuros estudos. As limitações prendem-se sobretudo com a falta de informação acerca da etiologia da DRC ou o nível de fragilidade no início da terapia renal de substituição que pode ter influência em todos os fatores consequentes. Outra limitação consiste na determinação correcta da admissão em SU, pois não é possível determinar se foi por insuficientes cuidados na unidade de HD satélite ou devido às múltiplas comorbilidades características deste tipo de população. No protocolo de O'Donnell uma das limitações a relatar consiste na seleção de IRChd apenas para

observação sem ser mencionado o destino final desses doentes. Nenhum dos estudos fala especificamente da atuação do enfermeiro em contexto de SU o que pode ser limitador para todo o processo de cuidar.

4.4. Conclusões

Foram mapeados estudos que determinem as necessidades da pessoa com IRChd em contexto de SU nomeadamente o motivo das admissões e as características das pessoas que mais admissões apresentam. Todos os estudos apresentam como conclusão que a população com IRChd apresenta maior risco de admissão em SU comparativamente à população geral e que são necessários mais estudos de forma a aumentar a qualidade do atendimento neste contexto específico.

Conhecer as características da pessoa com IRChd que dá entrada em SU, nomeadamente as suas características como idade, comorbilidade, história anterior de internamento, adesão ao tratamento pode dar ao enfermeiros informações importantes no que diz respeito ao cuidado específico. Enquadrar valores analíticos com estas características pode dar ao enfermeiros ferramentas importantes para determinar níveis de fragilidade e prestar cuidados individualizados com qualidade. Todas estas intervenções têm implicações na prática direta do processo de cuidar do enfermeiro. A comunicação multidisciplinar e entre o SU e a unidade de hemodiálise hospitalar tem um peso importante no que diz respeito à agilização de transferências e gestão de tratamentos de emergência.

O enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica seria um elemento fundamental neste tipo de contexto nomeadamente na identificação de pessoas de risco pelas competências de avaliação diagnóstica com planeamento de diagnósticos de enfermagem específicos e individualizados para este tipo de população consoante o seu grau de risco. O EN seria também um elemento diferenciado para a implementação de protocolos, adequados ao contexto, com vista à redução do tempo de permanência em SU, redução de utilização de recursos e maior comunicação entre os serviços envolvidos.

No decorrer da análise dos artigos e consequente discussão, é possível constatar que esta revisão *scoping* apresenta como principal limitação a utilização de descritores de pesquisa que não são exclusivos da enfermagem, sendo possível concluir que não existem estudos que relacionem a problemática abordada com uma perspetiva de enfermagem. Foi necessário alargar a pesquisa de resultados de forma

a dar resposta à pergunta, existindo o risco de descaracterização da enfermagem. Futuros estudos devem abordar questões relacionadas com a atuação do enfermeiro de forma a orientar e melhorar a prática clínica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa com IRChd apresenta um conjunto de complicações agudas e crônicas com necessidade de, muitas vezes, recorrer ao SU, sendo esta uma população exigência nos cuidados. A maioria dos SU sentem dificuldade na abordagem à pessoa com IRChd e não vê como uma prioridade sendo urgente e formação dos profissionais nessa área com a construção de evidência científica que fortaleça a necessidade de cuidados de enfermagem (Duarte V. L., 2017)

Contudo, as pesquisas realizadas e a posterior revisão *scoping* evidenciam a pouca informação específica sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com IRChd que chegam ao SU. Percebeu-se, através desta pesquisa, que há pouca literatura que diga respeito à pessoa com IRChd em SU e nenhuma literatura que englobe a pessoa com IRChd, SU e cuidados de enfermagem. Ainda assim, é importante perceber as causas que motivam a pessoa com IRChd a ir ao SU e perceber quais os cuidados de enfermagem específicas para essas causas, sempre tendo em conta o cuidado centrado no doente e a tomada de decisão partilhada e ativa do doente. Há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à investigação da pessoa com IRChd em SU e os poucos estudos existentes sobre esse tema são o principal incentivo.

O Modelo Teórico de Cuidado Centrado na Pessoa revelou-se bastante importante para os cuidados de enfermagem com a ideia principal de que todos os fatores contam para o cuidado, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos, ou até mesmo o ambiente que envolve o cuidado. Não importa o tempo mas sim a dedicação e a entrega na prestação de cuidados. Num SU, com todas as suas complexidades e especificidades inerentes, este modelo teórico é bastante adequado e pode, por si só, fazer a diferença quer no olhar do enfermeiro para a pessoa de quem cuida quer para a adesão ao doente ao seu próprio tratamento e gestão da doença.

A maior dificuldade aliada à elaboração deste Relatório de Estágio prendeu-se com o fato de se viver uma pandemia em simultâneo, com todas as suas exigências profissionais inerentes. O desgaste físico e psicológico vivenciado na prática clínica, a adaptação aos diferentes contextos que estavam também eles em constante mudança foram fatores com muito peso e que influenciaram, sem dúvida, o decorrer deste percurso.

Apesar disso, penso ter conseguido alcançar os objetivos a que me propus inicialmente com a aquisição de competências contempladas no Regulamento das

Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro de Nefrologia. Estas foram adquiridas através de experiências vividas em três campos de estágio com resultados bastante positivos deixando contributos para o futuro em cada um deles, quer através da formação quer através de trabalhos implementados nos serviços e através da elaboração de uma Revisão *Scoping* com a revisão e mapeamento da literatura atual acerca das necessidades da pessoa com IRChd no SU. O enfermeiro especialista em nefrologia é, efetivamente, um elemento importante no cuidado específico destes doentes em contexto de urgência, embora não haja literatura direcionada para os cuidados de enfermagem que reforce uma prática clínica baseada na evidência. É o elemento que tem maior competência no cuidado a este tipo de população identificando os fatores de risco que podem levar a um agravamento com eventual necessidade de reanimação, está desperto para os fatores que podem levar à necessidade de hemodiálise de urgência. Consegue traçar diagnósticos de enfermagem específicos e direcionados para a pessoa porque possui competências de avaliação diagnóstica e de tratamento com conhecimento e prática baseada na evidência. É também um elemento com competências na área da formação de forma a promover e potenciar, na própria equipa, melhores cuidados à pessoa com IRChd.

O grande desafio para o futuro para diminuir as taxas de admissão em SU, sendo esta a estratégia mais eficaz segundo Harel *et al* (2015) passa por capacitar as clínicas de hemodiálise para lidar com doenças intercorrentes tendo em conta a grande carga de comorbilidades e a sua suscetibilidade de desenvolver novas doenças e capacitar as equipas de recursos, experiência/conhecimentos para gerir os cuidados médicos pois é plausível que uma combinação destes fatores possa diminuir as taxas de admissão ao SU.

A recomendação dos autores Garcia-Canton *et al* (2019) passa por estratégias adequadas à fragilidade dos IRChd como intervenção nutricional, exercícios físicos e de suporte à saúde que sejam prestados no âmbito dos cuidados primários ou nas unidades de HD de forma a melhorar o estado geral dos doentes e prevenir problemas a curto prazo que resultem em admissões em SU.

Embora os SU sejam fundamentais para a prestação de cuidados a pessoas com necessidades agudas, a identificação de formas de melhorar a eficiência destes contextos continua a ser uma prioridade. Assim sendo, a investigação nesse âmbito deve continuar de forma a melhorar os cuidados ou até diminuir as admissões das pessoas com IRChd. Esse trabalho é o caminho essencial para a gestão da boa prática de Enfermagem como ciência e como profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 15 de maio de 2022, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa: Sétima Revisão Constitucional*. Lisboa: Assembleia da República. Obtido em agosto de 2021, de parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. Obtido em setembro de 2021, de <https://pdfcoffee.com/qdownload/de-iniciado-a-perito-pdf-free.html>
- Breitsameter, G., Thomé, E. G., & Silveira, D. (dez de 2008). Complicações que levam o doente renal crónico ao serviço de urgência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), pp. 543-50.
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Direção-Geral da Saúde. Obtido em novembro de 2021, de http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A2ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf
- Carreira, J., Monteiro, D., Santos, N., Carrapato, P., Almeida, E., & Correia, P. (2017). O impacto do método de tratamento nas intercorrências intradialíticas e níveis séricos de hemoglobina, cálcio e albumina da pessoa com doença renal crónica. *NEPHRO's*, XIX(2), pp. 17-27.
- Cerdeira, A. B. (Dezembro de 2004). O respeito pelos direitos humanos na perspectiva de enfermagem. V Seminário de Ética da Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, p. 11.
- Chen, Y.-Y., Chen, L., Huang, J.-W., & Yang, J.-Y. (2019). Effects of early frequent nephrology care on emergency department visits among patients with end-stage renal disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1158).
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), pp. 69-79. Obtido em 14 de maio de 2022, de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902514000108>
- Cristóvão, F. (Junho de 2018). Editorial. (A. P. Transplantação, Ed.) *NEPHRO'S*, XX(1), p. 3.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Todd, S. I. (2015). *Manual de Diálise* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA.

- Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A. Obtido em 20 de maio de 2022, de <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República 2.ª série — N.º 28, pág. 3882-(2) - 3882-(10). Obtido em janeiro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, pág. 96-103. Obtido em janeiro de 2021, de <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho n.º 47-A/2011 (2011). Ministério da Saúde. Diário da República, 2ª série - N.º1. Obtido em 10 de março de 2022, de https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/ACSS/Despacho_47-A_2011.pdf
- Deus, B., Hoerb, A., Zanon, R., Moraes, P., & Agra, H. (2015). Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. *Revista de Epidemiologia e Controlo de Infecção*, 5(1), pp. 52-56.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa. Obtido em 15 de maio de 2022, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Duarte, A. L., & Germano, A. (2014). Eco-doppler renal – quando, como e porquê? *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 21-26.
- Duarte, V. L. (2017). *Práticas dos enfermeiros no serviço de urgência perante o doente hemodialisado* (Tese de Doutoramento). Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. Obtido em agosto de 2021, de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2682>
- Ferreira, F., Ferreira, N., & Cunha, T. (jul/ago de 2021). Cuidados de enfermagem na insuficiência renal crónica: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), pp. 15047-15060. doi:10.34119/bjhrv4n4-054
- Freitas, R., & Mendonça, A. (2016). Cuidados de enfermagem ao paciente renal crónico em hemodiálise. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, 14(2). Obtido em agosto de 2021, de <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/678>
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2020). *Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia*. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Obtido em 22 de setembro de 2022,

de

https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/registo2020er2021.pdf

- Garcia-Canton, C. R.-A. (2019). Frailty in hemodialysis and prediction of poor short-term outcome: mortality, hospitalization and visits to hospital emergency services. *Renal Failure*, 41, pp. 567-575. doi:<https://doi.org/10.1080/0886022X.2019.1628061>;
- Gholizadeh, M., Amir-Behghadami, M., & Janati, A. (2020). Systematic reviews: Are they actually well conducted and reported in accordance with PRISMA? *Bull Emerg Trauma*, 8(1), pp. 51-52. doi:10.29252/beat-080110
- Harel, Z. W. (2015). Rehospitalizations and emergency department visits after hospital discharge in patients receiving maintenance hemodialysis. *American Society of Nephrology*, 26, pp. 3141-3150. doi:10.1681/ASN.2014060614
- Hernández-Ordóñez, S. (2008). Síndrome nefrótico. *Medigraphic Artemisa*, III(3), 90-96. Obtido em 12 de janeiro de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083e.pdf>
- Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T., Nitsch, D., Neuen, B., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *Lancet*, 398, pp. 786–802. Obtido em 15 de setembro de 2022, de [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)00519-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)00519-5.pdf)
- Lanzas, D. (Agosto de 2011). O Enfermeiro de nefrologia na equipa de saúde. Dos deveres para com as outras profissões. *NEPHROS*, XIV(1), pp. 24-28.
- Lei n.º 156/2015 (2015). Código deontológico do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181. Pág. 8059 - 8104. Obtido em 25 de outubro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lin, Y. H. (2019). Emergency department utilization and resuscitation rate among patients receiving maintenance hemodialysis. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118, pp. 1652-1660. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.01.00>;
- Macário, F. (2016). *Gabinete de Registo da SPN - Tratamento substitutivo renal da doença renal crónica estadio V em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Obtido em julho de 2021, de http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf
- Mahon, A., & Jenkins, K. (2007). *Doença renal crónica (Estádios 1-3). Guia para a prática clínica*. (M. Saraiva, & I. Fonseca, Trans.) Suíça: EDTNA/ERCA.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), pp. 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

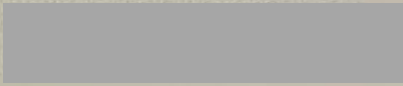
- Morales, J., Veronese, F., & Weber, R. (2000). Fisiopatologia e tratamento da síndrome nefrótica: conceitos atuais. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 20(3).
- National Kidney Foundation; Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. (2002). *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.
- Norma nº 001/2017 (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 12 de janeiro de 2022, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Norma nº 017/2011 (2012). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Norma nº 020/2014 (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção-Geral da Saúde. Pág. 1-8. Obtido em 14 de janeiro de 2022, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Norma nº 014/2015 (2015), de 6 de agosto de 2015. Medicamentos de alerta máximo. Direção-Geral da Saúde. Pág. 1-7. Obtido em 14 de janeiro de 2022, de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Norma nº 014/2015 (2015). Processo de gestão da medicação. Direção-Geral da Saúde. Pág. 1-5. Obtido em 18 de janeiro de 2022, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Nunes, L. (2004). A especificidade da enfermagem. Em N. Patrão, & S. Pacheco, *Para uma Ética de Enfermagem: desafios* (pp. 33-48). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- O'Donnell, C. M.-H. (s.d.). Fast track dialysis: Improving emergency department and hospital throughput for patients requiring hemodialysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, pp. 92-9. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.035>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos SU na SRC*. Ordem dos Enfermeiros, Coimbra. Obtido em 15 de maio de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal - um passo para a autonomia da pessoa*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceitual, enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15 de janeiro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de boas práticas de diálise crónica da ordem dos médicos* (4ª edição ed.). Obtido em 27 de fevereiro de 2022, de

- ordendosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Crónica_OM_2017.pdf
- Parecer n.º 10 / 2017 (2017). Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Ordem dos Enfermeiros. pp. 1-4. Obtido em 15 de abril de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Parecer nº61/2017 (2017). Atribuição de tempo para passagem de turno. Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem 2016-2019, 1-3. Obtido em dezembro de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuiçaoTempoPassagemTurno.pdf
- Perl, J., Davies, S. J., Lambie, M., Pisoni, R. L., McCullough, K., & Johnson, D. W. (2016). The peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study (pdopps): Unifying efforts to inform practice and improve global outcomes in peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 36(3), 297–307. Obtido em 02 de março de 2022, de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3747/pdi.2014.00288>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em M. Z. Aromataris E, *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406-451). doi:<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Peters, M., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C., Hempel, S., Horsley, T., . . . Tricco, A. (2021). Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(263). doi:<https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
- Reis, L., Carvalho, A., Lago, P., Batista, L., & Nobre, V. (2020). Competências de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crónica. *Artigos.Com*, 23, pp. 1-9. Obtido em novembro de 2021, de <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/5484/3534>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26, pág. 4744 - 4750. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Regulamento nº734/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* - 2ª série. (pp. 128-155). Lisboa.

- Ronksley, P., Tonelli, M., Manns, B., Weaver, R., Thomas, C., MacRae, J., . . . Hemmelgarn, B. (2017). Emergency department use among patients with CKD: A population-based analysis. *American Society of Nephrology*, 12, pp. 304-314. doi:10.2215/CJN.06280616
- Santos, A. L., & Novais, M. E. (2021). Mapeamento de intervenções de enfermagem na lesão renal aguda: Scoping Review. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, pp. 340-352. Obtido em 8 de abril de 2022, de <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/423>
- Santos, I., Rocha, R., & Berardinelli, L. (2011). Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), pp. 335-342.
- Saraiva, M., Richards, M., & Fortnum, D. (2018). *The profile of nephrology nursing: The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney Disease, and their Families*. Suécia: EDTNA/ERCA.
- Saxena, A. (2012). Nutritional problems in adult patients with chronic kidney disease. *Clinical Queries: Nephrology*, 1(3), 222-235. Obtido em novembro de 2021, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221194771200009X?via%3Dihub>
- Silva, J., Ferreira, J., Souza, F., Santos, N., Vicente, R., & Souza, R. (2018). Infecção de fístula arteriovenosa em pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo retrospectivo. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 24(2), 33-39. Obtido em 12 de janeiro de 2022, de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_153147.pdf
- Thomas, N., & Jeffrey, C. (2005). *Enfermagem em nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thomas-Hawkins, C., Flynn, L., Cha, P., & Savage, B. (2019). Associations among race, residential segregation, community income, and emergency department use by adults with end-stage renal disease. *Public Health Nursing*, 36, pp. 645–652. Doi: 10.1111/phn.12644
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em Nefrologia. Em N. Thomas, & C. Jeffrey, *Enfermagem en nefrologia* (pp. 289-334). Loures: Lusociência.
- Yu, L., Santos, B., Burdmann, E., Suassuna, J., & Batista, P. (2007). *Insuficiência renal aguda*. Sociedade Brasileira de Nefrologia, São Paulo.

ANEXOS

Anexo I - Protocolo de Biópsia Renal com cuidados pré e pós-procedimento

Nome: Data de nascimento: N.º Processo: N.º SNS: Contacto:		N.º Internamento:			
Vinheta do Doente		LISTA DE VERIFICAÇÃO DA BIÓPSIA RENAL			
		ENFERMEIROS			
		DATA Procedimento:			
		/ /			
Pré-procedimento:		N.º Cadete Permeável:		N.º Cadete Permeável:	
História Clínica e Exame Clínico Pré-procedimento:		Alergias:			
PA: mmHg					
Cateterização venosa periférica					
Procedimento:		N.º Cadete Permeável:			
Explicar o procedimento ao doente e como colaborar		Cateterização venosa periférica permeável			
Monitorização:		Cloreto de Sódio 0.9% 1000mL			
Pressão arterial e frequência cardíaca		Decúbito ventral e posicionamento do rolo			
Saturação de O2 periférica		Preparação do Material			
Electrocardiografia contínua					
Pós-procedimento:					
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Observado (A):		N.º Cadete Permeável:		Data:	Hora:
Repouso no leito durante 18-24 horas até indicação do médico do Serviço de Nefrologia:		Contactar o médico do Serviço de Nefrologia (extensão 2516) ou o médico de Urgência Interna de Medicina Interna das 0 às 8 horas e aos Domingos (extensão: 2507) se:			
6-12 horas em decúbito dorsal		Dor intensa			
Lateralização após indicação médica		Hematúria macroscópica			
Observação do doente, urina, PA e FC:		Hipotensão (PA sistólica <100mmHg)			
15/15 min nas primeiras 2 horas		Hipertensão (PA >160-90mmHg) ou			
30/30 min nas 2 horas seguintes		Alteração da pressão arterial ≥20mmHg			
60/60 min nas 2 horas seguintes		Taquicardia (Pulso >100/min)			
4/4 horas, posteriormente					
O enfermeiro deverá contactar o médico do Serviço de Nefrologia ou o médico de Urgência Interna de Medicina Interna sempre que surja alguma dúvida.					

APÊNDICES

APÊNDICE I – Atividade realizada em contexto de Diálise Peritoneal

Gestão Alimentar na Diálise Peritoneal

No decorrer do estágio, um dos objetivos era promover a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo que, após sugestão da enfermeira orientadora, procurei colmatar alguma lacuna que fosse passível de ser ultrapassada. Daí surgiu a necessidade de abordar a gestão alimentar na diálise peritoneal de modo a facilitar o ensino aos doentes e a sua consulta no domicílio.

Este tema revela-se pertinente pois tem influência na qualidade de vida da pessoa e, tal como refere a literatura, pode adiar o progresso da doença. Vennegoor (2005) refere que o aporte nutricional é considerado uma parte importante no tratamento dos doentes com IRC independentemente da TSFR. É importante identificar e antever problemas como a sobrecarga hídrica, a hiperfosfatémia ou a desnutrição calórico-proteica pois podem conduzir a complicações a longo prazo e influenciar de forma negativa os resultados do tratamento. Saxena (2012) reforça esta ideia referindo que a IRC pode prejudicar também o apetite, a função imunológica tendo como consequência mais suscetibilidade a infeções e dificuldade no processo cicatricial pelo que, todas as estratégias para retardar os efeitos da DRC são importantes.

Nos anos 60, muitos doentes eram tratados apenas com controlo do regime alimentar. Quando surgiram as TSFR, nos anos 70 e início dos anos 80, este regime alimentar foi adaptado e, atualmente, os problemas mais comuns consistem na sobrecarga hídrica crónica, hiperfosfatémia e a desnutrição calórico-proteica (Vennegoor, 2005). A alimentação deve ter como objetivo evitar complicações manifestadas em estado urémico como as náuseas, anorexia, vómitos, desequilíbrio hidroeletrólítico, hipercaliémia ou acidose metabólica bem como as relacionadas à disfunção hormonal ou sistémica como a hipertensão, anemia, hiperlipidémia, doença óssea, pericardite ou neuropatia periférica (Saxena, 2012).

A desnutrição pode causar alterações a nível do aparelho gastrointestinal que resulta em redução da função intestinal e compromisso da capacidade de absorção de nutrientes, agravando a própria desnutrição (Saxena, 2012).

Relativamente à sobrecarga hídrica crónica, é importante referir que enquanto a diurese do doente renal for normal, não existe grande restrição na ingestão de líquidos. No entanto, a ingestão excessiva de sal pode exceder a capacidade de excreção renal que tem como consequência a retenção hídrica causando edemas e HTA (Saxena, 2012). Daí que seja importante, para o doente renal, algumas medidas práticas para reduzir o sal como por exemplo: retirar o saleiro da mesa, evitar alimentos processados (enchidos, salsichas, salgados, etc), temperar com ervas aromáticas, evitar usar caldos de peixe/carne/mariscos na cozinha, usar manteiga/margarina sem sal, evitar carne/peixe de conserva.

No que diz respeito à hiperfosfatémia, esta é difícil de controlar apenas pela dieta, sendo muitas vezes necessária a administração de agentes de ligação ao fosfato. As TSFR

ajudam a eliminar o fósforo mas, à medida que as necessidades proteicas vão aumentando, a ingestão de fósforo aumenta proporcionalmente. O controlo dos níveis de fósforo e cálcio é importante para prevenir a doença óssea de causa renal bem como a calcificação secundária dos tecidos (Vennegoor, 2005). Assim sendo, é importante que a pessoa com IRC tenha conhecimento dos alimentos ricos em fósforo que deverá evitar aliado à educação alimentar feita em consulta pela equipa multidisciplinar.

A maioria dos alimentos contém potássio, com enfoque nos vegetais e frutas (Vennegoor, 2005). A hipercaliémia é um problema comum no IRC devido à alteração da excreção renal do sódio, daí que seja importante reduzir o seu nível sérico de diferentes formas: aumento da excreção de potássio, redução da ingestão e/ou controlo medicamentoso (pois há fármacos que aumentam a sua concentração sérica) (Saxena, 2012). Vennegoor (2005, p.298) defende que “os doentes devem receber aconselhamento dietético sobre o conteúdo em potássio de alimentos específicos e evitar os que têm um conteúdo elevado”. Para além disso, é importante também que o doente conheça algumas medidas práticas para reduzir o potássio dos alimentos como por exemplo colocar os alimentos de molho algum tempo, trocando a água com frequência; alimentos com casca devem ser descascados e demolidos; cozer os legumes com água abundante, em duas águas (substituindo aquando da fervura) e escorrer bem no final; preferir fruta cozida (contém cerca de metade do potássio da fruta fresca); desperdiçar sempre a água da cozedura dos legumes e da fruta; rejeitar sempre a calda das conservas; descongelar os alimentos à temperatura ambiente.

A obstipação é um problema comum na pessoa com IRC, sendo esta população maioritariamente idosa e sedentária o que agrava, ainda mais, este problema. Uma dieta rica em fibras previne a obstipação e tem efeitos positivos com controlo da hiperlipidémia. Porém, estes alimentos são também, muitas vezes, ricos em potássio, sendo algum potássio absorvido, embora não se saiba claramente qual a proporção dessa absorção. A obstipação é um problema não dietético que pode causar hipercaliémia. É importante manter um trânsito intestinal regular e evitar os medicamentos que contribuam para a obstipação (Vennegoor, 2005).

Seguidamente é apresentado o esquema de imagens, transformado em íman que serve de suporte ao doente em diálise peritoneal para controlo do seu regime dietético.

Gestão Alimentar na Diálise Peritoneal

Os objetivos de uma alimentação adequada são controlar a progressão da doença, manter um adequado suporte nutricional, prevenir o aparecimento dos sintomas urémicos e melhorar a qualidade de vida (Saxena, 2012).

SAL (SÓDIO) – O SAL EM EXCESSO CAUSA AUMENTO DO PESO, INCHAÇO (EDEMAS) E HIPERTENSÃO ARTERIAL

FÓSFORO – É IMPORTANTE O CONTROLO DOS NÍVEIS DE CÁLCIO E FÓSFORO, DE FORMA A PREVENIR A DOENÇA ÓSSEA.

POTÁSSIO – O EXCESSO DE POTÁSSIO PODE AUMENTAR O RISCO DE ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

(VENNEGOOR, 2005).

Realizado por Ana Sofia Macedo, estudante do CMEMC ESEL; Enfermeiro orientador: Enfermeira Clara Vasconcelos; Docente orientador: Professora Maria Eulália Novais

Medidas Práticas para Reduzir o SAL

- ✓ REDUZIR SAL DOS ALIMENTOS E RETIRAR SALEIRO DA MESA;
- ✓ EVITAR ALIMENTOS PROCESSADOS (ENCHIDOS, SALSICHAS, ETC) E SALGADOS;
- ✓ TEMPERAR COM ERVAS AROMÁTICAS;
- ✓ EVITAR USAR CALDOS DE PEIXE/CARNE/MARICOS NA COZINHA;
- ✓ USAR MANTEIGA/MARGARINA SEM SAL;
- ✓ EVITAR CARNE/PEIXE DE CONSERVA

Alimentos **RICOS** em **FÓSFORO**

- ✗ Cereais
- ✗ Pão e fiambre
- ✗ Leite e derivados
- ✗ Frutos secos
- ✗ Chocolate

Alimentos **POBRES** em **FÓSFORO**

- ✓ Arroz, massa
- ✓ Açúcar, mel, compota,
- ✓ Clara do ovo
- ✓ Abóbora, cebola, cenoura; Abacate

Medidas Práticas para Reduzir POTÁSSIO dos Alimentos

- ✓ DEMOLHAR OS ALIMENTOS ALGUM TEMPO, TROCANDO A ÁGUA COM FREQUÊNCIA;
- ✓ ALIMENTOS COM CASCA DEVEM SER DESCASCADOS E DEMOLHADOS;
- ✓ COZER OS LEGUMES COM ÁGUA ABUNDANTE, EM DUAS ÁGUAS (SUBSTITUINDO A QUANDO DA FERVURA) E ESCORRER BEM NO FINAL;
- ✓ PREFERIR FRUTA COZIDA (CONTÉM METADE DO POTÁSSIO DA FRUTA FRESCA);
- ✓ GRANDE PARTE DO POTÁSSIO É ABSORVIDO NO INTESTINO, É IMPORTANTE MANTER TRÂNSITO INTESTINAL REGULAR.

Alimentos **RICOS** em **POTÁSSIO**

- ✗ Bananas, Kiwi, uvas, Abacate;
- ✗ Leite e derivados;
- ✗ Espinafres, brócolos, tomate, batatas;
- ✗ Frutos secos;
- ✗ Abrótea; atum; corvina
- ✗ Cabrito; coelho
- ✗ Cacau em pó; Café

Alimentos **POBRES** em **POTÁSSIO**

- ✓ Arroz, massas
- ✓ Açúcar, mel, compota, marmelada
- ✓ Maçãs e peras; abacaxi;
- ✓ Chá
- ✓ Alheira grelhada/cozida
- ✓ Couves, cenouras, beringela, feijão-verde;
- ✓ Bacalhau

Referências bibliográficas: www.portaldodialise.com/portal/tabela-de-alimentos; Saxena, A. (2012). Nutritional problems in adult patients with chronic kidney disease. *Clinical Queries: Nephrology*, 1 (3), 222-235; Vennegoor, M. (2005). Nutrição em Nefrologia. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 289-334). Loures: Lusociência.

Referências Bibliográficas:

- Portal da Diálise: Tabela de Alimentos (2016). Acedido a 30 de outubro de 2021 em www.portaldodialise.com/portal/tabela-de-alimentos;
- Saxena, A. (2012). Nutritional problems in adult patients with chronic kidney disease. *Clinical Queries: Nephrology*, 1 (3), 222-235;
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em Nefrologia. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 289-334). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE II – Atividade realizada em contexto de Internamento de
Nefrologia**

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados

Durante o estágio em contexto de internamento de nefrologia, percebi que na transição de cuidados era utilizado um instrumento estruturado pela equipa e não segundo as diretrizes da Direção-Geral da Saúde, com toda a evidência científica implícita. A informação que é transmitida e colocada nesse instrumento estruturado pela equipa depende dos critérios do enfermeiro que a realiza, sendo depois completada pelo enfermeiro que recebe a informação.

A necessidade de desenvolver esta atividade surge, então, após o levantamento de uma necessidade do contexto que, embora não esteja diretamente relacionado com o tema do projeto, enquadra-se no objetivo da aquisição de competências desta unidade curricular.

Segundo o parecer nº61/2017 da Ordem dos Enfermeiros (2017), a passagem de turno deve ter como objetivo “assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal de informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” embora possa ser também um momento importante de aprendizagem informal pela “análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço/em situação” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 1).

Em jeito de complementação, a DGS, através da Norma Nº001/2017 define Transição de Cuidados de Saúde como “(...) qualquer momento de prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade da segurança dos mesmos” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.1) e devem aplicar-se a todos os níveis de prestação de cuidados, como por exemplo, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e a transição intra/interhospitalar (DGS, 2017).

Outro documento que suporta esta prática é o Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020 que tem como objetivo melhorar a prestação de cuidados mais segura em todos os níveis, sendo que, para isso, o SNS definiu nove objetivos estratégicos onde consta, no número dois, a segurança da comunicação (Ministério da Saúde, 2015). Este documento refere que as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar procedimentos assentes em normas para uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, de modo a reduzir ao mínimo as lacunas na comunicação que podem ter consequências graves na continuidade de cuidados, com dano direto para o doente (Ministério da Saúde, 2015).

No novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o pilar três é referente à comunicação onde há “destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência da responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 2021, p. 100). Um dos objetivos estratégicos definidos consiste em “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” e estão definidas ações de atualização dos normativos

sobre comunicação na transição de cuidados de saúde; desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação e desenvolvimento de programas de formação específica sobre transferência de informação em que a meta para 2026 é que 90% das instituições de prestação de cuidados de saúde sejam alvo de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

A norma da DGS (2017) mostra que a evidência científica relata cerca de 70% de eventos relacionados com falhas na comunicação, sendo esta a principal causa de eventos adversos na saúde, a nível internacional. Estas falhas ocorrem entre profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados nomeadamente omissões de informação, erros nas informações e falta de precisão e priorização das atividades. Uma das estratégias que otimiza a eficácia da comunicação consiste na utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da comunicação bem como a sua implementação. O método ISBAR é uma dessas ferramentas que apresenta como vantagem principal a fácil memorização da mnemónica pelos profissionais e a facilidade de replicação em diferentes contextos, por ser uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

É da competência da Ordem dos Enfermeiros definir padrões de qualidade dos cuidados que tenham como reflexo a melhoria dos cuidados de enfermagem bem como a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Existem seis categorias de enunciados descritivos que constituem um “instrumento importante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, de outros profissionais, do público e dos políticos” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 13) sendo eles a satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, organização dos serviços de enfermagem e readaptação funcional. É neste último que está englobada a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem. Neste seguimento, é da competência dos diferentes Colégios de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais “zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.9).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, está descrito, no domínio da Melhoria da Qualidade, que o enfermeiro deve colaborar na realização de atividades na área da qualidade, deter conhecimentos avançados sobre diretrizes na área da qualidade e em melhoria contínua, identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades de melhoria bem como seleccionar estratégias de melhoria e elaborar guias orientadores de boa prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por este motivo, considerei pertinente implementar a técnica ISBAR, preconizada pela Direcção-Geral da Saúde para uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente. Esta sigla corresponde a:

Identify (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

A norma refere que as instituições devem assegurar que existe um plano anual de formação que contemple formação específica acerca da técnica ISBAR e que este processo de transformação de informação deve ser monitoriado através de auditorias internas com um instrumento de auditoria organizacional específico apresentado na norma (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

Na primeira fase, de formação da equipa, foi necessário apenas fazer uma renovação da teoria tendo em conta que a equipa já teve um primeiro contacto com este método e com a norma da DGS. Considerou-se pertinente, para que a formação suportada por algum documento individual, a criação de um panfleto em tamanho A6 para cada um dos enfermeiros e a fixação desse panfleto, em formato A4, junto dos locais de passagem de turno e de elaboração da folha de passagem de turno.

Em formato A6, o panfleto é o seguinte:



ISBAR

I IDENTIFICAÇÃO

Nome; Idade;
Pessoa Significativa

S SITUAÇÃO

Admissão; Motivo pela qual necessita de cuidados de saúde; MCDT e terapêutica realizados ou a realizar

B BACKGROUND/ ANTECEDENTES

Antecedentes clínicos; Níveis de dependência; Diretivas antecipadas de vontade; Alergias conhecidas; Presença/risco de colonização/infeção.

A AVALIAÇÃO

Problemas ativos; terapêutica instituída; Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;

R RECOMENDAÇÕES

Indicação de continuidade de cuidados; Consultas e MCDT agendados;

ISBAR

A Transição de Cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, devendo ser normalizada.

Tem efeitos diretos na segurança do doente pois reduz o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável

A técnica ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação e aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos.



Referências Bibliográficas: DGS, (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde, 8. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Elaborado por: Ana Sofia Macedo, estudante do CEMEC ESEL; Enfermeira orientadora:

Fig. 1 – Panfleto informativo individualizado para profissionais de saúde

Juntamente com este documento individual de apoio aos enfermeiros, foi necessário afixar-se outro documento de suporte junto dos computadores onde é elaborada a folha de passagem de turno e onde são consultados os processos para passagem de ocorrências. Esse documento é apresentado seguidamente na figura 2.

ISBAR



A Transição de Cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, devendo ser normalizada.

Tem efeitos diretos na segurança do doente pois reduz o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável

A técnica ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação e aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos.

Referências Bibliográficas: DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde. 8. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Elaborado por: Ana Sofia Macedo, estudante do CEMEC ESEL;
Enfermeira orientadora: Enfermeira Andreia Carreira; Docente orientador: Professora Maria Eulália Novalis

- I IDENTIFICAÇÃO**
Nome; Idade;
Pessoa Significativa
- S SITUAÇÃO**
Admissão; Motivo pela qual necessita de cuidados de saúde; MCDT e terapêutica realizados ou a realizar
- B BACKGROUND/ ANTECEDENTES**
Antecedentes clínicos; Níveis de dependência; Diretivas antecipadas de vontade; Alergias conhecidas; Presença/risco de colonização/infeção.
- A AVALIAÇÃO**
Problemas ativos; terapêutica instituída; Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- R RECOMENDAÇÕES**
Indicação de continuidade de cuidados; Consultas e MCDT agendados;



Fig. 2 – Panfleto informativo afixado junto dos computadores

Na fase da implementação, procedeu-se à alteração da folha de passagem de turno, para que esta ficasse de acordo com o método ISBAR. Foi adaptada a partir do documento já existente, elaborado pela equipa. Foi elaborada uma tabela com todos os pontos da mnemónica que será replicada para cada um dos doentes. Assim sendo e após as sugestões da equipa de enfermagem, o instrumento de passagem de turno baseado no método ISBAR é o seguinte:

Cama	I (Identificação)	S (Situação Atual)		A (Avaliação)	R (Recomendações)	
		Admissão Data:	HD Espec.:			
1				Dispositivos:	MCDT:	
		B (Background/Antecedentes)			Teste Covid:	

Por questões de tempo (curta duração do estágio) não foi possível avaliar a eficácia da aplicação deste método pelo que, coube aos elementos dinamizadores do método ISBAR, já reconhecidos pela equipa, dar continuidade ao projeto e proceder às adaptações necessárias. A equipa, de uma forma geral, considerou esta atividade uma mais-valia para o contexto com aplicabilidade prática e benefícios diretos na segurança dos cuidados prestados. Esta atividade permitiu desenvolver competências como futura enfermeira especialista, bem como abrir horizontes no que diz respeito ao cuidado, como enfermeira de cuidados gerais. Foi, sem dúvida, uma oportunidade de reflexão acerca da nossa prática diária, dando-lhe evidência e normativas de atuação conferindo-me mais segurança nos cuidados e capacitação dos meus pares.

Referências Bibliográficas

- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República 2.ª série — N.º 28 , pág. 3882-(2) - 3882-(10) . Obtido em janeiro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Plano NacionalSegurancaDoentes.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, pág. 96-103. Obtido em janeiro de 2021, de <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Norma nº 001/2017 (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 12 de janeiro de 2022, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceitual, enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15 de janeiro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Parecer nº61/2017 (2017). Atribuição de tempo para passagem de turno. Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem 2016-2019, 1-3. Obtido em dezembro de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26, pág. 4744 - 4750. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

APÊNDICE III – Atividade realizada em contexto de Hemodiálise

Gestão Terapêutica

Serviço Ambulatorial Nefrologia

Realizado por: Ana Sofia Macedo, estudante do CEMC ESEL; Enfermeiro orientadora: Enfermeira Lina Borges; Docente orientador: Professora Maria Eulália Novais

SUMÁRIO

Importância da Gestão Terapêutica



Normas preconizadas pela DGS



Principais Conceitos



Normas preconizadas pelo CHS



Proposta Gestão Medicamentos SANE

IMPORTÂNCIA DA GESTÃO TERAPÊUTICA

- O potencial para erros durante o processo de gestão de medicação é elevado em ambiente hospitalar (DGS, 2015);
- A existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados com a medicação (DGS, 2014);
- A OMS alertou para esta problemática e definiu estratégias para a diminuição dos erros, através de um processo de gestão de medicação que a DGS adotou através da aplicação de normas (CHS, 2020)

Incidentes

Prescrição

Monitorização
Inadequada

(DGS, 2014)

NORMAS PRECONIZADAS PELA DGS

 DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde		NORMA I da Direção-Geral da Saúde	
NÚMERO:	020/2014	Francisco Henrique Moura George	Responsável pelo Processo de Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde
DATA:	30/12/2014		
ATUALIZAÇÃO:	14/12/2015		
ASSUNTO:	Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes		
PALAVRAS-CHAVE:	Segurança do doente; segurança na medicação; medicamentos LASA		
PARA:	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde		
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)		

 DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde		NORMA I da Direção-Geral da Saúde	
NÚMERO:	014/2015	Maria da Graça Gregório de Freitas	Responsável pelo Processo de Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde
DATA:	06/08/2015		
ASSUNTO:	Medicamentos de alerta máximo		
PALAVRAS-CHAVE:	Segurança do doente; segurança na medicação; medicamentos de alerta máximo		
PARA:	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde		
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)		

NORMAS PRECONIZADAS PELA DGS

- Norma da Direção-Geral da Saúde nº 014/2015 referente ao “Processo de Gestão da Medicação”:
 - “As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através (...) dos enfermeiros (...) devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação;
 - “Promover uma clara e legível identificação e rotulagem de cada medicamento (...)”
 - “Implemetar, neste âmbito, as práticas seguras preconizadas na Norma da DGS nº20/2014, “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes” e Norma da DGS nº014/2015 “Medicamentos de alerta máximo”

NORMAS PRECONIZADAS PELA DGS

- “Reduzir, ao mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens/concentrações para cada substância ativa”
- “Reduzir ao mínimo possível, os stocks de medicamentos disponíveis nos serviços clínicos, quer em quantidade, quer em variabilidade”

PRINCIPAIS CONCEITOS – ALERTA MÁXIMO

- Medicamentos de alerta máximo ou alto risco: medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização



- Estes medicamentos podem mais facilmente provocar dano significativo ao doente devido a alguns aspetos, nomeadamente: margem terapêutica estreita, gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (e.g. hemorragia ou hipoglicemia), entre outros.

(DGS, 2015)

ANEXOS

Anexo I - Lista de medicamentos de alerta máximo

A presente lista de medicamentos de alerta máximo pretende ser uma base de trabalho para a criação da lista de cada instituição, a qual foi adaptada à realidade nacional, tendo por base os documentos referidos na bibliografia.

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidin, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametónio, atracúrio, cisatracúrio, pancurónio, rocurónio, vecurónio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

(DGS, 2015)

PRINCIPAIS CONCEITOS - LASA

- Medicamentos LASA: medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
 - Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos look-alike
 - Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos sound-alike



A similaridade entre as denominações de medicamentos pode afetar a memória de curto prazo e modificar a perceção visual e auditiva, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos relacionados com a medicação.

(DGS, 2014)

PRINCIPAIS CONCEITOS - LASA

- Método de inserção de letras maiúsculas (Tall Man Lettering): método em que se recorre à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação. É um método de alteração gráfica.
- A literatura demonstra que a inserção de letras maiúsculas no meio das denominações ortograficamente semelhantes para diferenciação de medicamentos é uma ferramenta efetiva. A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação.

(DGS, 2014)

MEDICAMENTOS LASA	
Aciclovir	GANCiclovir/ VALAciclovir/ VALGANCiclovir
ácido fólico	ácido foliNico
→ aDRENALina	→ aTROPina
ALfentanilo	fentanilo/ SUfentanilo
aloPURINol	halOPERIDol
→ amiNOFILina	→ amioDARona/ amLODIPina
amiTRIPTilina	NORtriptilina
anfotericina B	anfotericina B LIPOSSÓMICA
azaTIOPRina	azaCITIDina
BETAmetasona	DEXAmetasona
BUpivacaína	LEVObupivacaína/ ROPivacaína/ MEpivacaína
caLCITRIol	caRVEDilol
CARBAMazepina	OXCARBazepina
cicloSPORINA	cicloFOSFAMIDA
citalopram	EScitalopram
cLARITROMicina	CIPROfloxacina
clomiPRAMINA	cloroPROMAZina/ ClomiFENO
CLONazepam	Diazepam/ LORazepam/ OXazepam
cloNIDina	cloZAPina
cloroPROMAZINA	cloroDIAZEPÓXIDO
CLOROQUina	QUINina
→ DOBUTamina	→ DOPamina
DULoxetina	FLUoxetina/ PARoxetina
fluVOXAMina	fluFENAZina*
geMCITABina	geNTAMICina
gliBENCLAMida	gliPIZida/ gliMEPIRida/ gliCLAZida
hidrALAZina	hidrOXizina

Norma nº 020/2014 de 30/12/2014

6/8

(DGS, 2014)

NORMAS PRECONIZADAS PELO

*Procedimento sobre
Armazenamento, prescrição,
dispensa, preparação e
administração de Medicamentos
LASA e de Alerta Máximo*

Data de entrada em vigor:	13/02/2020
Versão 01	20/06/2019
Próxima revisão:	20/06/2022
Cód. Documento:	SMD 08



LISTA DE MEDICAMENTOS ALERTA MÁXIMO

A presente lista de medicamentos de alerta máximo teve por base de trabalho a Norma da DGS 14/2015 de 06-08-2015 a qual foi adaptada à realidade da Instituição e está constituída por Classe de Medicamento.



LISTA DE MEDICAMENTOS LASA

(Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante)

A lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, pretende ser uma base de trabalho para a criação da lista de Medicamentos LASA do CHS.

NORMAS PRECONIZADAS PELO

- Após uma análise da medicação existente na Instituição considerada LASA e de Alerta Máximo, organizou-se um procedimento que permite a redução dos riscos associados à mesma e que tem como principais objetivos
 - Padronizar o acesso aos medicamentos LASA e de Alerta Máximo;
 - Sinalizar os medicamentos LASA e de Alerta Máximo, para que se destaquem dos restantes;
 - Interditar a existência de medicamentos de Alerta Máximo nos stocks de apoio dos serviços clínicos, quando não sejam absolutamente necessários.

PROPOSTA GESTÃO MEDICAMENTOS - SANE

- Sinalizar os medicamentos de alerta máximo, para que se destaquem dos restantes (DGS, 2015);
- Elaborar e divulgar, internamente, a lista de medicamentos LASA, ajustada aos que são utilizados na instituição (DGS, 2014);
- Interditar a existência de medicamentos de alerta máximo nos stocks de apoio dos serviços clínicos, quando não sejam absolutamente necessários (DGS, 2015);
- Promover formação e atualização para os profissionais com vista à melhoria do seu conhecimento sobre os medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015);
- Garantir que os profissionais conhecem a lista de medicamentos LASA da instituição, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com a medicação (DGS, 2014);

PROPOSTA DE SUSPENSÃO DE STOCK

Adenosina 6mg/2ml (Amp.)
Brometo de Vecurônio 4mg (amp.)
Brometo Ipatrópio (0,25mg/2ml) (Sol. Inal Neb.)
Budesonida (0,5mgm/2ml (Sol. Inal Neb.)
Dinitrato Isossorbido 5mg (Comp.)
Efedrina 50mg/ml (Amp.)
Fenitoína 250mg/5ml (Amp.)
Levomepromazina 25mg/ml (Amp.)
Pentofixilina 100mg/5ml (Amp.)
Ranitidina 50mg/2ml (Amp.)
Salbutamol 5mg/ml (Sol. Inal Neb.)

PROPOSTA DE INCREMENTO DE STOCK

Cetorolac 30mg/2ml
Metoprolol 100mg (comp.)
Ondasetron 4mg/2ml (Amp.)
Esomeprazol 20mg (Comp.)

BLOCO I

Antibióticos

<u>Amoxicilina + Ácido Clavulâmico</u>	<u>AMICAcina</u> 500mg/2ml 	<u>CefTAZIDIMA</u> 1000mg 	<u>CefTAZIDIMA</u> 1000mg 
<u>CefaZOLINA</u> 1000mg 	<u>GENTAmicina</u> 80mg/2ml 	<u>VANCOmicina</u> 1000mg 	<u>VANCOmicina</u> 500mg 
<u>aTROPina</u> 0,5mg/ml  	<u>AmioDAROna</u> 150mg/3ml  	<u>aDRENALina</u> 1mg/ml  	<u>AmiNOFILina</u> 240mg/10ml 
<u>Butilescopolamina</u> 20mg/ml	<u>Cloropromazina</u> 25mg/5ml	<u>Cloropromazina</u> 50mg/2ml	<u>Clemastina</u>
<u>Cetorolac</u>	<u>Diazepam</u>	<u>Dinitrato Isossorbido</u>	<u>Digoxina</u> 
<u>DOBUTamina</u>  	<u>DOPamina</u>  	<u>Esomeprazol</u>	<u>Fitomenadiona</u>

Endovenosos

BLOCO 2

Endovenosos

<u>Furosemdia</u>	<u>Flumazenil</u>	<u>Haloperidol</u>	<u>Hidrocortisona</u>
<u>ISOPrenalina</u> 0,2mg/ml  	<u>Insulina</u> 	<u>Metamizol</u>	<u>Metoclopramida</u>
<u>Midazolam</u> 	<u>Naloxona</u>	<u>NORAdrenalina</u>  	<u>Ondasetron</u>
<u>Óxido Férreo</u>	<u>proMETAZina</u> 	<u>Propofol</u>  	<u>Sulfato Magnésio</u> 
<u>Sulfato proTAMina</u> 	<u>Tramadol</u>	<u>Valproato Sódio</u>	<u>Glucose 30%</u> 
<u>Cloreto Cálcio 10%</u>	<u>Cloreto Sódio 20%</u> 	<u>Gluconato Cálcio 10%</u>	<u>Glucose 30%</u> 

Íões

BLOCO 3

Via oral

Ácido Fólico	AAS	Alfacalcidol	Amiodarona
Butilescopolamina	Complexo B	Diazepam	Esomeprazol
Haloperidol	Lamivudina	Metamizol	METOProlol 
Nifedipina 	NITROGLICERina 	Olanzapina	Paracetamol
PROPANolol 	Severamero	Sucralfato	Tramadol
Brometo	Becloatoide	Salbutamol	Glicerina Gel Retal

Outros

NOVA IDENTIFICAÇÃO E ROTULAGEM

CeftAZIDIMA 1000mg 	CefaZOLINA 1000mg 
CeftAZIDIMA 1000mg 	GENTAmicina 80mg/2ml 
VANCOMicina 1000mg 	VANCOMicina 500mg 
aTROPina 0,5mg/ml 	AmioDAROna 150mg/3ml 
aDRENALina 1mg/ml 	AmiNOFILina 240mg/10ml 
Butilescopolamina 20mg/ml	Cloropromazina 25mg/5ml
Cloropromazina 50mg/2ml	Clemastina 2 mg/2 ml

SUGESTÕES E QUESTÕES



THANK
YOU!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Hospitalar de Setúbal (2020). “Procedimento sobre armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração de medicamentos LASA e Alerta Máximo”. SMD.08
- Direção-Geral da Saúde (2014). Norma 020/2014, de 14 de dezembro de 2014, “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes”. Acedido a 14 de janeiro de 2022 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 014/2015, de 6 de agosto de 2015, “Medicamentos de alerta máximo”. Acedido a 14 de janeiro de 2022 em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximo.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 014/2015, de 17 de dezembro de 2015, “Processo de Gestão da Medicação”. Acedido a 10 de janeiro de 2022 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015pdf.aspx>

**APÊNDICE IV – Estratégia de pesquisa realizada na Base de Dados
CINAHL**

Pesquisa realizada a 13 de junho de 2022

13/06/2022 14:24

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Monday, June 13, 2022 1:24:05 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S7	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	21
S6	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	26
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20110101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	49
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	58
S3	Emergency Service OR Emergency Nurse Practitioners	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	98,155

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=31867d4a-770d-44fa-b292-a824f112ce8f%40redis&vid=15&HistoryItem...> 1/2

13/06/2022 14:24

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

S2	Hemodialysis OR Dialysis Patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	28,699
S1	Kidney Failure, Chronic OR Renal Insufficiency, Chronic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	31,674

**APÊNDICE V – Estratégia de pesquisa realizada na Base de Dados
MEDLINE**

Pesquisa realizada a 13 de junho de 2022

13/06/2022 14:30

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Monday, June 13, 2022 1:30:05 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S9	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	217
S8	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	225
S7	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	297
S6	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	310

Modos de pesquisa - Booleana/Frase				
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	392
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	761
S3	Emergency Service, Hospital OR Emergency Nursing OR Emergency Treatment OR Emergencies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	531,791
S2	Renal Replacement Therapy OR Renal Dialysis	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	118,492
S1	Kidney Failure, Chronic OR Renal Insufficiency, Chronic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	128,412

APÊNDICE VI – Tabela de extração de dados

Autores	Ziv Harel Ron Wald, Eric McArthur, Glenn M. Chertow, Shai Harel, Andrea Gruneir, Hadas D. Fischer, Amit X. Garg, Jeffrey Perl, Danielle M. Nash, Samuel Silver, Chaim M. Bell
Ano de Publicação	2015
País de Publicação	Canadá
Objetivos	Estudar todos os doentes adultos em programa regular de hemodiálise em 35 centros unidades de nos 30 dias após a alta hospitalar, entre 1 de janeiro de 2003 e 31 de dezembro de 2011; Determinar a proporção de altas que são seguidas por um reinternamento ou entrada no SU, 30 dias após a alta hospitalar; Determinar os diagnósticos clínicos que causaram o reinternamento e ida ao SE, 30 dias após a alta hospitalar.
População em estudo e Amostra	Doentes em programa regular de hemodiálise com internamento recente. Amostra de 11.177 na coorte final com idade média de 66 anos
Metodologia	Estudo de Base Populacional
Tipos de intervenções	Sem intervenções associadas.
Resultados	IRChd com alta hospitalar apresentam um risco muito elevado de reinternamento, ida ao SU ou morte, num espaço de 30 dias;
Conclusão	Um quarto das altas hospitalares dos IRChd resulta numa ida ao SU nos 30 dias seguintes após a alta (n= 2971); Os cinco diagnósticos mais comuns para admissão no SU são: insuficiência cardíaca, dor de garganta/dor torácica; dor abdominal e pélvica; problemas relacionados com a respiração; outras não específicas.

Autores	César Garcia-Canton, Ana Rodenas, Celia Lopez-Aperador, Yaiza Rivero, Glória Anton, Tânia Monzon, Noa Dias, Nicanor Vega, Juan F. Loro, Ângelo Santana e Noemi Esparza
Ano de Publicação	2019
País de Publicação	Espanha

Objetivos	Estimar a prevalência de fragilidade em IRChd e avaliar a associação com variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais, bem como mau prognóstico avaliado pelas idas ao SU, episódios de internamento e óbito.
População em estudo e Amostra	Doentes em programa regular de hemodiálise, maiores de 18 anos, prevalência de mais de 3 meses em tratamento e capacidade de compreensão das informações fornecidas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas pessoas com doença neoplásica ou infecciosa ou com hospitalização nos últimos 3 meses por complicações infecciosas, cardiovasculares ou cirúrgicas tendo uma amostra final de 277 doentes.
Metodologia	Estudo prospetivo, observacional e longitudinal. Utilizou-se a Edmonton Frail Scale que avalia 11 itens correspondentes a nove domínios: cognitivo, estado geral de saúde, dependência, apoio social, medicação, nutrição, depressão, continência de esfínter e um teste físico que consistia em levantar e andar.
Tipos de intervenções	Sem intervenções associadas
Resultados	A fragilidade em IRChd está associada a fatores demográficos e clínicos que geralmente estão associados a mau prognóstico, como idade avançada, DM e maior índice de comorbilidade de Charlson e sexo feminino. Também foi encontrada associação entre fragilidade e certos parâmetros laboratoriais como hemoglobina, albumina, pré-albumina, ácido úrico, fósforo, creatinina e creatinina quinase. De acordo com a Edmonton Frail Scale, 29,6% dos doentes eram frágeis, 19,1% vulneráveis e 51,3% não frágeis.
Conclusão	A taxa de idas ao SU em doentes com fragilidade é quase o dobro da taxa de doentes não frágeis.

Autores	Christopher O'Donnell, Ethan Olitch-Hou, Kyle James, Traci Leong, Michael Perry, Daniel Wood, Tahsin Masud, Brittany Thomas, Michael A. Ross, Nicole Franks
Ano de Publicação	2021

País de Publicação	Estados Unidos América
Objetivos	Criação de um protocolo denominado “Fast Track Dialysis” (FTD) de forma a reduzir o tempo de permanência no SU, reduzir o tempo de internamento hospitalar, diminuir o tempo entre a admissão e a hemodiálise bem como a necessidade de recursos hospitalares.
População em estudo e Amostra	Adultos com idade superior a 18 anos que foram considerados de baixo risco pelos critérios clínicos do SU, parâmetros hemodinâmicos e critérios de eletrocardiograma;
Metodologia	Estudo Prospectivo
Tipos de intervenções	Sem intervenções associadas
Resultados	O protocolo FTD reduziu significativamente o tempo médio de permanência hospitalar, bem como encargos financeiros. Reduziu também o tempo médio para pedidos de hemodiálise e o tempo médio para receber hemodiálise.
Conclusão	Este tipo de protocolo é uma nova abordagem que utiliza critérios de triagem clínicos e objetivos em SU e uma via de comunicação dedicada a identificar e agilizar o tratamento precoce para doentes que necessitam de hemodiálise urgente com melhorias significativas na prestação das equipas em SU e diminuição de recursos com resultados generalizáveis a outras realidades.

Autores	Paul E. Ronksley; Marcello Tonelli; Braden J. Manns; Robert G. Weaver; Chandra M. Thomas; Jennifer M. MacRae; Pietro Ravani; Robert R. Quinn; Matthew T. James; Richard Lewanczuk; Brenda R. Hemmelgarn
Ano de Publicação	2017
País de Publicação	Canadá
Objetivos	Calcular as taxas ajustadas de utilização do SU dentro de cada categoria de DRC (incluindo IRChd) bem como as taxas de atendimento de situações de urgência potencialmente evitáveis.

População em estudo e Amostra	Categoria G5D respeitante aos IRChd incluía uma amostra de 1762 pessoas com mais de 18 anos
Metodologia	Estudo Retrospectivo
Tipos de intervenções	Sem intervenções associadas
Resultados	As pessoas com IRChd têm uma proporção maior de admissões em SU comparativamente com outros estadios de DRC sendo que a causa mais comum é a hipercalémia sendo que esta representou quase metade (48,8%) dos motivos de admissão desta população, seguindo-se da sobrecarga de volume hídrico.
Conclusão	As admissões em SU por DRC, nomeadamente IRChd é elevado e uma pequena, mas importante proporção dessas admissões são considerados potencialmente evitáveis. São necessárias estratégias de forma a reduzir as admissões em SU deste tipo de população.

Autores	Yi Chih Lin; Hua-Kuei Hsu; Tai Shuan Lai; Wen-Chih Chiang; Shuei-Liong Lin; Yung-Ming Chen; Chu-Chie Chen; Tzong-Shinn Chu
Ano de Publicação	2019
País de Publicação	Taiwan
Objetivos	Compreender a procura e a utilização de recursos médicos entre IRChd de modo a proporcionar melhor cuidado a esta população; Analisar a utilização dos SU e os fatores de risco associados à reanimação de modo a entender a frequência e a gravidade destas admissões
População em estudo e Amostra	Grupo de 2985 IRChd, maiores de 18 anos e grupo de controlo de 2985 pessoas que não realizam HD.
Metodologia	Estudo retrospectivo
Tipos de intervenções	Sem intervenções associadas

Resultados	Houve 4822 admissões em SU no grupo de IRChd comparativamente a 1755 admissões do grupo de controlo. IRChd com idade avançada, história anterior de hospitalização no último ano e atribuição de alta gravidade no momento da triagem apresentam risco significativamente alto de reanimação em contexto de SU. IRChd que realizam HD menos de três vezes por semana têm mais probabilidade de admissão ao SU, reanimação e morte comparativamente aos IRChd que realizam tratamento três vezes por semana.
Conclusão	IRChd têm mais probabilidade de admissão ao SU do que a população geral e isso pode estar associado à baixa literacia em saúde, limitações das unidades de HD satélite nomeadamente com questões relacionadas com acessos vasculares e recursos médicos como monitorização intensiva, exames laboratoriais rápidos ou exames de imagem.