



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

Relatório de Estágio

***Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal
Crónico sob Hemodiálise: Intervenções de
Enfermagem**

Mariana Almeida Craveiro

**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

***Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal
Crónico sob Hemodiálise: Intervenções de
Enfermagem**

Mariana Almeida Craveiro

Orientador: Professor Doutor António Filipe Cristóvão

**Lisboa
2023**

PENSAMENTO

“Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive”

Ricardo Reis

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Eduardo e Celeste, pelo seu amor e dedicação incondicional em todos os momentos da minha vida, por serem um exemplo de trabalho e de vocação e pela capacidade de serem os meus melhores orientadores em tempos difíceis, proporcionando-me as ferramentas para enfrentar qualquer desafio.

Ao meu irmão, Guilherme, que com a sua maneira de ser característica me fez tomar o melhor caminho, persistir nos meus objetivos sendo o meu exemplo e guia na vida.

Ao meu namorado, João, pelo amor, presença e paciência inesgotável em todos os momentos.

Ao Miguel, um exemplo a seguir enquanto amigo e colega, que tornou este trabalho numa jornada positiva e de clarividência. Obrigada por todo o apoio e acompanhamento.

À minha família e amigos de sempre, que são peças essenciais na minha vida e me dão identidade e sentido no dia-a-dia.

Aos meus vizinhos, Andreia e Pedro, pelos momentos de tranquilidade e alegria que me proporcionaram mesmo quando não sabia serem possíveis.

À minha chefe e restante equipa de enfermagem, pelo apoio, momentos de aprendizagem e por toda a amizade e companheirismo.

Ao meu orientador, Professor António Cristóvão, fonte de inspiração e exemplo a nível profissional.

Às enfermeiras orientadoras de estágio bem como a todas as pessoas a quem prestei cuidados, por tornarem a execução deste trabalho possível.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AV – Acesso Vascular

CI – Cuidador Informal

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EDTA/ERCA – European Dialysis and Transplant Association / European Renal Care Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

MBI – Maslach Burnout Inventory

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Orifício de Saída

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TMC – Tratamento Médico Conservador

TR – Transplante Renal

TSFR – Terapêuticas de Substituição da Função Renal

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

UE – União Europeia

UF – Ultrafiltração

RESUMO

O presente relatório explana o percurso formativo com vista ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros e pela *European Dialysis Nurses Association/ European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA) e as de Mestre segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006.

O fenómeno de envelhecimento demográfico da sociedade origina um maior número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, assistindo-se a um contínuo aumento da população em situação de dependência. Neste contexto, emerge a figura do cuidador informal, que se assume como um elemento basilar nos cuidados de saúde ao cliente dependente. Viver com doença renal crónica reflete-se em dificuldades diárias para o cliente e seu cuidador. Desta forma, capacitar os cuidadores pode ajudar a suprimir o impacto da doença renal crónica e, conseqüentemente, diminuir a carga física e emocional de quem cuida. No entanto, a atividade contínua do ato de cuidar resulta num esforço permanente e contínuo, gerando sentimentos de stresse, desconforto, cansaço, sobrecarga e distúrbios do bem-estar físico e mental, contribuindo para uma adaptação ineficaz e incapacidade em gerir novas situações, podendo levar ao surgimento da síndrome de *burnout*. O *burnout* do cuidador pode ser definido como uma síndrome tridimensional (exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal) em resposta ao *stress* que o contexto de cuidar pode representar.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na prevenção e controlo do *burnout* do cuidador informal do doente renal crónico sob tratamento dialítico sendo detentor de um conjunto de conhecimentos e competências para uma intervenção baseada na melhor evidência científica. Considerando a realidade de prestação de cuidados face à atual situação e complexidade com que os contextos de prática se deparam, torna-se pertinente a abordagem de um tema de difícil compreensão, pelo que há a necessidade de um investimento crescente dos enfermeiros na aquisição de habilidades para lidar com esta síndrome.

Do estudo emergiram quatro áreas temáticas nas quais os enfermeiros detêm uma intervenção preponderante, nomeadamente: a responsabilidade por acompanhar os cuidadores de forma constante, por forma a esclarecer as suas dúvidas e preocupações; desenvolver competências e capacidades que lhes permitam desempenhar o seu papel de prestadores de cuidados e reduzir sentimentos de

sobrecarga e ansiedade; constituir uma rede de apoio para diferentes comunidades ou voluntários e, especialmente, criar consciência da doença, sendo responsáveis pela melhoria da relação clínica.

Palavras-chave: cuidadores; doença renal crónica; *burnout*; sobrecarga dos cuidadores; intervenção de enfermagem; hemodiálise.

ABSTRACT

This report explains the educational journey aimed at developing the competencies of the Specialist Nurse as defined by the Order of Nurses and the European Dialysis Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), as well as those of a Master's level nurse according to Decree-Law N.º 74/2006.

The demographic phenomenon of an aging society results in a greater number of people with chronic and disabling diseases, leading to a continuous increase in the population requiring assistance. In this context, the role of the informal caregiver emerges as a fundamental element in the healthcare of dependent clients. Living with chronic kidney disease presents daily challenges for the client and their caregiver. Empowering caregivers can help mitigate the impact of chronic kidney disease and, consequently, reduce the physical and emotional burden on those providing care. However, the continuous nature of caregiving creates a permanent and ongoing effort, leading to feelings of stress, discomfort, fatigue, overload, and disruptions in physical and mental well-being, contributing to ineffective adaptation and an inability to handle new situations, potentially resulting in burnout syndrome. Caregiver burnout can be defined as a three-dimensional syndrome (emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment) in response to the stress that the caregiving context may represent.

Nurses play a crucial role in preventing and managing burnout among informal caregivers of chronic kidney disease patients undergoing dialysis treatment, possessing a set of knowledge and competencies for evidence-based interventions. Considering the reality of care provision in the current situation and the complexity of practice contexts, it is relevant to address a topic that is challenging to comprehend, necessitating an increasing investment by nurses in acquiring skills to deal with this syndrome.

The study has identified four thematic areas in which nurses have a significant role, including responsibility for continuous support and clarification of doubts and concerns among caregivers; developing competencies and capabilities that enable them to fulfill their caregiving role and reduce feelings of burden and anxiety; establishing a support network for various communities or volunteers; and, especially, raising awareness of the disease and improving the clinical relationship.

Keywords: caregivers, chronic kidney disease, *burnout*, caregivers burden, nursing intervention, hemodialysis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. QUADRO CONCEPTUAL.....	16
1.1 Doença Renal Crónica	16
1.1.1 O tratamento por hemodiálise.....	18
1.2 Cuidador Informal.....	20
1.3 Burnout.....	27
1.4 Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>Burnout</i> do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise	33
1.4 Filosofia dos cuidados: Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis	35
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	40
2.1 Unidade de Diálise Peritoneal	40
2.2 Unidade de Hemodiálise	50
2.3 Internamento de Nefrologia e Transplante Renal.....	55
2.4 Análise das competências especializadas adquiridas ao longo dos estágios	59
3. REVISÃO SCOPING	63
3.1 Introdução	63
3.2 Metodologia.....	63
3.3 Resultados	66
3.4 Discussão dos resultados	70
3.5 Conclusões	71
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
Apêndice I – Proposta de intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do <i>burnout</i> no cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise	
Apêndice II – Caracterização dos locais de estágio	

Apêndice III – “Plano de educação e treino ao cliente/CI na modalidade DPCA” e “Avaliação do desempenho técnico do cliente/CI em ensino de DPCA”

Apêndice IV – Poster “*Burnout* do cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise”

Apêndice V – Plano da sessão de formação; Sessão de formação “*Burnout* do cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise”; Avaliação da sessão de formação

Apêndice VI – Perfil dos clientes internados num serviço de Nefrologia e Transplante Renal no mês de janeiro de 2023

Apêndice VII – Caracterização dos artigos seleccionados para a Revisão *Scoping*

Anexo I – Certificado de participação no curso de formação profissional “*Stress e Burnout* em Profissionais de Saúde e sua Prevenção”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transição de Afaf Meleis	36
Figura 2 - Fluxograma de pesquisa.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Utilidade da Sessão de Formação na prática clínica.....	55
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Linguagem natural utilizada na pesquisa inicial e respectivos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO	65
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica. Constitui-se como o culminar de um percurso formativo, resultante de uma reflexão crítica integradora das atividades, experiências e aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios, analisando-as à luz da melhor evidência científica disponível.

Considerando a experiência profissional, num serviço de Medicina, o elevado número de internamentos de pessoas com patologia crónica, nomeadamente, Doença Renal Crónica (DRC), e tendo em conta o aumento da esperança média de vida e avanço da ciência e da medicina, há cada vez mais clientes com DRC internados, o que exige um aumento da disponibilidade de cuidados de enfermagem especializados. Atendendo à realidade de prestação de cuidados onde me encontro a desempenhar funções, e tendo identificado um número crescente de internamentos relacionados com a exaustão do cuidador, constituiu-se um objetivo do presente trabalho: identificar os fatores desencadeantes de *burnout*, bem como as estratégias de intervenção em enfermagem eficazes, descritas na literatura.

Após reflexão pessoal e auscultação da equipa de enfermagem, justificando a escolha do tema e a pertinência na sua abordagem, guiada pela necessidade e motivação em aprofundar conhecimentos nesta área e na importância que a enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Nefrológica, assume na intervenção junto dos cuidadores informais dos doentes renais crónicos sob hemodiálise, o relatório de estágio tem como título “O *Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise: Intervenções de enfermagem”.

Para a construção do presente relatório foram delineados como objetivos gerais o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e as específicas propostas pela *European Dialysis Nurses Association/ European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), bem como as de Mestre segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006, para a prestação de cuidados à pessoa em unidades de Internamento de Nefrologia, de Hemodiálise e de Diálise Peritoneal. Sendo estes contextos privilegiados para o contacto direto com clientes com DRC, (aguda, crónica, crónica terminal) e respetivos cuidadores, eles integram uma

oportunidade para avaliar, diagnosticar e planejar a intervenção de enfermagem que visa o controlo do *burnout* no cuidador informal, aperfeiçoando e adquirindo competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente com DRC sob hemodiálise e respetivo cuidador informal.

Segundo a OMS (2009), o aumento da incidência de doenças crónicas e/ou incapacitantes na população portuguesa leva à dependência na satisfação das atividades de vida diárias e, por consequência, a alterações nas instituições de saúde para dar resposta às necessidades da sociedade. Em Portugal muitos cuidados de saúde são assegurados pelo cuidador informal.

Os cuidadores informais assumem grandes responsabilidades, podendo levar à vivência e manifestação de sintomas de tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, solidão, depressão e alteração da autoestima. Esta sobrecarga ou tensão manifestada pode causar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que, em última instância, afetam o bem-estar, tanto do doente como do cuidador (Martins et. al., 2004).

O cuidador informal revela-se imprescindível no atual contexto de saúde e assume igual importância na orientação da prática de cuidados de enfermagem, dado que a sua capacitação é fundamental para a manutenção da qualidade de vida da pessoa dependente e na promoção da saúde desta, não descurando a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises que merece uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo assim como a sua permanência na comunidade (Martins et. al., 2004).

Perante a necessidade de um exercício profissional cada vez mais imprevisível, complexo e distinto que promove a enfermagem avançada, este relatório norteia-se pelo Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, enquadrando o enfermeiro na sua escada ascendente de construção, de iniciado a perito (Benner, 2001).

Deste relatório fazem parte os seguintes capítulos: (1) um quadro concetual sobre a DRC, sua evolução e tratamento; a importância do cuidador informal; o conceito de *burnout* e a sua relação com a DRC; e a perspetiva de enfermagem baseada na teoria das transições de Afaf Meleis; (2) um capítulo sobre as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio; (3) um outro sobre o estudo desenvolvido acerca do *burnout* do cuidador informal; e (4) um capítulo final, onde são tecidas as considerações finais do relatório.

1. QUADRO CONCEPTUAL

O presente capítulo trata os conceitos sobre Doença Renal Crónica (DRC) e sua evolução, a Hemodiálise como alternativa de tratamento, e os conceitos de Cuidador Informal e *Burnout*. Aborda a intervenção de enfermagem para prevenir o *burnout* do cuidador informal na DRC e sintetiza a teoria das transições de Afaf Meleis enquanto filosofia e prática de cuidados que sustentou o percurso formativo e de competências supracitadas neste relatório.

1.1 Doença Renal Crónica

A doença renal crónica (DRC) é definida como: “uma filtração glomerular inferior a 60ml/minuto por um período superior a 3 meses e/ou a presença de alterações estruturais (histológicas ou imagiológicas) ou anormalidades a nível urinário (albuminúria superior a 30 mg/24 horas, alterações do sedimento, alterações eletrolíticas ou outras, por doenças tubulares)” (Ponce, 2020, p.273).

A incidência da DRC em Portugal, em 2021, foi de 252,49 por milhão e uma prevalência de 12601 doentes por milhão em tratamento de Hemodiálise (HD), maioritariamente homens (60%) e com uma média de idades de 68.3 anos. A nível de distribuição 8.2% do tratamento de HD é realizado a nível hospitalar e 91.8% em clínicas (Galvão et al., 2022). Portugal tem a maior incidência de doentes em tratamento de HD da Europa e uma das mais elevadas do mundo (Prata, 2021). Esta prevalência está relacionada com o aumento da incidência de outras doenças, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial. O aumento da esperança média de vida e a acessibilidade fácil aos cuidados de saúde gerais traduzem-se, simultaneamente, no aumento de diagnóstico desta patologia (Parsi et al., 2004). Relativamente à mortalidade associada à HD, em 2021, em Portugal 80,9% dos 1677 doentes que faleceram teriam mais que 65 anos, sendo que 41,5% teria mais que 80 anos de idade. 6,7% das mortes ocorreram durante os primeiros 90 dias após o início do tratamento (Galvão et al., 2022).

De acordo com a função renal e o valor de proteinúria a estratificação da DRC permite estabelecer o risco de evolução da doença, definir a estratégia de avaliar o

efeito da intervenção terapêutica, assim como ajustar doses de fármacos (Ponce, 2020).

Os doentes são classificados, consoante os estádios da DRC, de 1 a 5, em função da taxa de filtração glomerular (TFG) (Ponce, 2020):

- 1** – Filtração glomerular ≥ 90 ml/minuto;
- 2** – Filtração glomerular =60-89 ml/minuto;
- 3a** – Filtração glomerular =45-59 ml/minuto;
- 3b** – Filtração glomerular =30-44 ml/minuto;
- 4** – Filtração glomerular =15-29 ml/minuto;
- 5** – Filtração glomerular <15 ml/minuto;

E ainda de acordo com o valor da proteinúria das 24 horas:

- A1** – Proteinúria <30 mg;
- A2** – Proteinúria =30-300 mg;
- A3** – Proteinúria >300 mg.

Um maior risco de falência renal pode segundo Ponce (2020) ser definido por uma menor taxa de filtração glomerular a par de um maior índice de proteinúria.

A literatura faz referência a uma tendência de progressão imprevisível após a instalação da DRC, dependendo da velocidade evolutiva da própria doença. São referidos como fatores influenciadores da progressão de estádios da DRC a doença de base, a presença de outras comorbilidades, a terapêutica, fatores socioeconómicos, fatores genéticos, etnia, entre outros. Episódios de lesão renal aguda poderão acelerar a progressão para doença renal crónica terminal (DRCT), estágio 5 (DGS, 2012; Ponce, 2020).

Relativamente aos fatores de risco para uma progressão mais rápida da DRC, poder-se-ão dividir em fatores não modificáveis, como a idade, o género, a raça, fatores genéticos e baixo peso à nascença, e modificáveis, como hipertensão arterial, a proteinúria, a dislipidemia, a hiperglicemia, a obesidade e o tabagismo (Ponce, 2020).

Em doentes com DRC estádios 1-2 a redução progressiva da função renal é, normalmente, assintomática. Nos estádios 3-4, podem ser observados sinais e sintomas, progressivamente mais evidentes, como a diminuição do apetite e da energia, anemia, doença mineral óssea, sobrecarga hídrica, hipercaliemia e acidose

metabólica. O estágio 5 resulta na manifestação da síndrome urêmica. As manifestações desta síndrome incluem anorexia, náuseas, vômitos, pericardite, neuropatia periférica e alterações no sistema nervoso central, desde diminuição da concentração, letargia, convulsões, coma e morte (Ponce, 2020). No estágio 5, quando sintomáticos, os doentes iniciam uma terapêutica de substituição da função renal (TSFR): hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP), transplantação renal (TR) ou podem optar pelo tratamento médico conservador (TMC) (DGS, 2012). O TMC não constitui uma TSFR, mas uma opção que minimiza e controla os sintomas da síndrome urêmica, que se irá desenvolver até ao desfecho final da doença (EDTNA/ERCA, 2007).

A opção pela modalidade terapêutica pode a qualquer momento ser revertida, não sendo vinculativa, o cliente pode a qualquer momento alterar a TSFR (DGS, 2012).

1.1.1 O tratamento por hemodiálise

A diálise é definida como “a difusão de moléculas numa solução, através de uma membrana semipermeável, ao longo de um gradiente de concentração eletroquímico. O objetivo principal da HD é restaurar as características do fluido intracelular e extracelular, próprias do rim normal, realizado pelo transporte de solutos do sangue para o dialisado (no caso da ureia) e do dialisado para o sangue (no caso do bicarbonato de sódio). (Ponce, 2020, p.305).

São objetivos da diálise a remoção de toxinas, excretadas pelo rim em condições normais, manter o equilíbrio do volume de fluidos circulantes e a manutenção do equilíbrio ácido-base e iónico (Ponce, 2020).

Vários fatores contribuem para o aumento do número de doentes sob tratamento dialítico, nomeadamente (Ponce, 2020; DGS, 2012):

- Aumento dos níveis de incidência e prevalência de diabetes e hipertensão arterial;
- Capacidade diagnóstica de DRC dos sistemas de saúde e de implementação de medidas que retardem a progressão da doença;
- Condição da função renal prévia ao início do tratamento dialítico;
- Recursos disponíveis para a realização de tratamento dialítico.

A decisão de iniciar diálise deve ser muito bem ponderada e compartilhada com o cliente e família/cuidador, pois o início do tratamento traz importantes alterações à sua qualidade de vida e é uma técnica que não é isenta de risco e complicações. Não deve basear-se apenas no valor da TFG, mas incluir a avaliação global da situação clínica do cliente, para que possa trazer benefícios reais do tratamento que vai iniciar (Ponce, 2020).

O esclarecimento e a preparação do doente e da família/cuidador para o início da terapêutica dialítica são fundamentais. A informação sobre as várias terapêuticas disponíveis, incluindo o TR e o TMC, e a programação atempada do acesso vascular (AV), são passos essenciais com consequências importantes na adesão a esta terapêutica e na morbilidade e mortalidade inerentes a esta técnica (DSG, 2012; Ponce, 2020).

A HD é um tratamento complexo que exige um circuito extracorporeal de sangue, um filtro ou dialisador, um monitor, a solução de diálise (resultado da mistura de concentrados com água devidamente tratada) com o respetivo circuito e uma equipa qualificada. Habitualmente os doentes cumprem 12 horas semanais de diálise, distribuídas por 3 sessões de 4 horas em dias alternados (DGS, 2012).

A eliminação dos solutos tóxicos faz-se através de difusão e convecção. O transporte por difusão é o mais importante meio de depuração dos solutos, envolvendo um gradiente de concentração dos solutos entre o sangue e a solução de diálise, separados por uma membrana semipermeável, e depende desse diferencial de concentração, da área da superfície e da permeabilidade da membrana, do peso molecular do soluto e dos débitos do sangue e do dialisado. Este mecanismo permite eliminar sobretudo os pequenos solutos (eletrólitos, glicose e ureia) (Ponce, 2020).

O transporte por convecção (ultrafiltração) implica a deslocação da água de um compartimento para o outro, na sequência de uma pressão hidrostática transmembranária, arrastando também alguns solutos nessa transferência. Além dos pequenos solutos podem ser também eliminados solutos de maior peso molecular, como a beta-2 microglobulina, dependendo a sua eliminação do tratamento dos poros da membrana do dialisador, isto é, da sua permeabilidade (Ponce, 2020).

Para a realização da HD é necessário um AV para obter um débito de sangue suficiente. A fístula arteriovenosa (FAV) é o acesso ideal em detrimento da prótese ou do cateter venoso central (CVC). Consiste na anastomose de uma veia a uma artéria,

preferencialmente no membro superior não-dominante, no antebraço, mediante uma pequena cirurgia. A sua utilização carece de um período de maturação de 3 a 4 meses (DGS, 2012).

Por norma, a HD é bem tolerada e permite manter uma qualidade de vida quase normal, no entanto podem ocorrer efeitos secundários durante os tratamentos, tais como: náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial de moderada a severa, câibras, hematomas, perdas de pequenas quantidades de sangue pelos locais de punção, alterações cardíacas como arritmias e angina de peito, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e reações alérgicas (DGS, 2012).

O tratamento de HD deve ser personalizado, apesar de haver critérios adotados consensualmente para a generalidade dos doentes e que devem incidir na:

“depuração eficaz dos solutos indesejáveis, como a ureia, o potássio, o fósforo e outras toxinas urémicas, com a reposição de solutos deficitários, como o cálcio e o bicarbonato; eliminação do excesso de água para garantir uma adequada estabilidade hemodinâmica e o controlo da pressão arterial; reposição de hormonas normalmente produzidas ou coproduzidas pelo rim, como a 1,25-dihidroxitamina D e a eritropoietina, tendo em vista um adequado controlo da doença óssea metabólica e da anemia” (Ponce (2020, p. 311).

Ponce (2020), defende que para atingir os objetivos previamente enunciados, a programação das sessões dialíticas deve ter em conta os seguintes aspetos: Duração e frequência da sessão; Tipo de AV e sua adequação; Dialisador e modalidade de tratamento instituído; Definição e composição do débito sanguíneo e de fluido dialisado; Taxa de ultrafiltração; Temperatura do dialisado; Anticoagulação e medicação intradialítica.

1.2 Cuidador Informal

Segundo a OMS (2009), assistimos a um envelhecimento demográfico da sociedade em todo o mundo, estima-se que a população mundial com mais de 60 anos possa atingir 22% em 2050. Nos resultados provisórios dos Censos 2021 a população portuguesa residente em Portugal era de 10344802 pessoas e a esperança média de vida era de 81,06 anos. O envelhecimento da população, agravou-se com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem. Em

2021, segundo o índice de envelhecimento da população, existiam 182 idosos por 100 jovens (Censos, 2021). Segundo a projeção para 2050, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2021), em Portugal a população com mais de 65 anos aumentará 10%, subindo para 33.7%.

O fenómeno de envelhecimento demográfico da sociedade dá origem a um maior número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, assistindo-se a um contínuo aumento da população em situação de dependência. Dados nacionais atuais revelam que o índice de dependência total, foi de 55,3% (PORDATA, 2021). Aliado à atual conjuntura socioeconómica, surgem novos desafios aos quais é urgente dar resposta, quer para os modelos de organização e gestão de cuidados quer para indivíduos ou famílias prestadoras de cuidados a membros dependentes (Araújo, 2009).

Neste contexto, emerge a figura do cuidador, que se assume como um elemento basilar nos cuidados de saúde ao cliente dependente. Os cuidadores podem ser compreendidos como todas as pessoas envolvidas no atendimento das necessidades dos clientes, sejam elas físicas e/ou psicológicas (Nicolau, 2018).

Cuidador Informal (CI) é o indivíduo que presta cuidados sem remuneração, parcial ou integral, a uma pessoa com algum tipo de dependência (Grosso, 2019).

De acordo com o artigo 2º da Lei n.º 100/2019, regulado no Diário da República, existem dois tipos de CI, o CI principal e o CI não principal. Considera-se CI principal “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos), que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (ISS, I.P., 2020, p. 4). Já o CI não principal “é o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (ISS, I.P., 2020, p. 5).

A iniciação do papel de CI geralmente não surge de um processo de livre e consciente escolha da pessoa. Os fatores determinantes na escolha do CI englobam a relação familiar, o género do cuidador e da pessoa cuidada, as condicionantes respeitantes aos descendentes e a coresidência. Quando a pessoa dependente é

casada, o principal cuidador é geralmente o cônjuge, estes, surgem na literatura como o principal cuidador. Muitas vezes o cônjuge é ele próprio um idoso dependente, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Segue-se a descendência, com predominância do sexo feminino, ou seja, na ausência do cônjuge, é geralmente a filha que assume o papel do principal prestador de cuidados (Ricarte, 2009).

De acordo com o Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), na caracterização por género dos CI 86.6% são mulheres e 13.4% são homens.

Em 2018, o coordenador da Cuidadores Portugal estimava que 8% da população portuguesa era cuidadora (800 mil pessoas). Dados da OCDE (2021) revelam que em 2019, 35% das pessoas recebiam cuidados no domicílio e dados da EUROCARERS (2023) atestam que os cuidadores são cerca de 12,30% da população. Em 2020 de acordo com um estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais havia 1,4 milhões de pessoas nestas circunstâncias em Portugal. Este aumento está relacionado com a pandemia e com a falta de respostas sociais (DIGNUS, 2020). O relatório europeu sobre os CI em Portugal, durante o período da pandemia por SARS-CoV-2, revelou que 55,4% dos cuidadores viu o seu estado de saúde afetado negativamente pelo desempenho do seu papel (Eurocarers/IRCCS - INRCA, 2021).

Em Portugal em 2019 alcançou-se um objetivo relevante para a coesão social e melhoria das condições de vida da população: o Estatuto do Cuidador Informal aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que “é um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio” (ISS, I.P., 2020, p. 4). A mesma lei previa o desenvolvimento de projetos-piloto que aplicassem de forma experimental as medidas de apoio ao CI, enquadrados nas condições previstas no Estatuto e, por outro lado, que os direitos aí previstos fossem objeto de regulamentação específica após avaliação dos projetos-piloto (ISS, I.P., 2020). “Os termos e condições de implementação dos referidos projetos-piloto foram, por sua vez, regulados pela Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, tendo sido criado um programa de enquadramento e acompanhamento, bem como as medidas de apoio ao CI (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022, p.21).

Estes projetos-piloto tiveram a duração de 12 meses, com início a 1 de junho de 2020, abrangeram 30 concelhos do território nacional e incidiram sobre o

desenvolvimento de um programa de enquadramento e acompanhamento que visa o apoio ao cuidador de forma estruturada e a atribuição de um subsídio ao cuidador informal principal (ISS, I.P., 2020).

No início do ano de 2022, foi aprovado o Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, que aprovou, “alterações para agilizar e alargar o sistema de reconhecimentos e das medidas aplicáveis aos CI como importante medida de política social dirigida às pessoas que cuidam de terceiros que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência, com deficiência ou incapacidade” (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022, p.21).

Para que o Estatuto de CI seja reconhecido, os cuidadores dos doentes ou dos idosos funcionalmente dependentes têm de preencher, cumulativamente, os seguintes requisitos:

Requisitos gerais do CI: possuir residência legal em território nacional; ter idade igual ou superior a 18 anos; apresentar condições de saúde adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada; e ser cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022, artigo 5º).

Requisitos CI principal: viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada; prestar cuidados de forma permanente; não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada; não se encontrar a receber prestações de desemprego; não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022, artigo 6º).

Requisitos referente à pessoa cuidada: encontrar-se numa situação de dependência de terceiros e necessitar de cuidados permanentes; não se encontrar acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial; ser titular de uma das seguintes prestações (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022, artigo 7º):

➤ Complemento por dependência de 1º grau (incluem-se todas as pessoas que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana (alimentação, locomoção ou cuidados de higiene);

➤ Complemento por dependência de 2º grau (incluídas as pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave.);

➤ Subsídio por assistência de terceira pessoa (ISS, I.P.,2020).

O Decreto Regulamentar n.º 1/2022 inclui as seguintes medidas de apoio ao cuidador:

Medidas de apoio comuns ao CI

1. Profissionais de referência: Nomeação de um profissional de saúde de acordo com as necessidades da pessoa cuidada.

2. Plano de Intervenção Específico ao cuidador: Estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação no sentido de suprir ou minimizar as necessidades decorrentes da situação da pessoa cuidada.

3. Grupos de autoajuda: Que visam proporcionar informação, apoio e encorajamento, promover a autoestima, confiança e estabilidade emocional, fomentar a intercomunicação e o estabelecimento de relações de suporte positivas e minimizar o isolamento estimulando a integração na comunidade.

4. Formação e informação: Informação específica adequada às necessidades da pessoa cuidada e à melhor forma de lhe prestar os cuidados necessários.

5. Apoio psicossocial: Intervenção sistémica articulada que visa promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, condições necessárias para a prestação de cuidados adequados ao bem-estar da pessoa cuidada, prestar informação e assegurar o encaminhamento para respostas e serviços que permitam resolver situações complexas e promover a tomada de decisões.

6. Descanso do CI: Fica definido no Plano de Intervenção Específico um período de descanso do CI, de forma a diminuir a sobrecarga física e emocional (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022).

Medidas de apoio específicas ao CI principal

Subsídio de apoio: Subsídio de apoio que consiste numa prestação mensal em dinheiro atribuída mediante condição de recursos.

Promoção da integração no mercado de trabalho: Apoios e intervenções técnicas promovidas pelo Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I. P., que visam a sua inserção socioprofissional e o regresso ao mercado de trabalho (Decreto Regulamentar, n.º 1/2022).

Segundo o artigo 6º da lei n.º 100/2019, o CI, relativamente à pessoa cuidada, deve: Atender e respeitar os seus interesses e direitos; Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário; Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta; Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde; Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência, bem como fomentar a comunicação e a socialização; Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares; Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário, bem como períodos de lazer; Assegurar as condições de higiene, incluindo a higiene habitacional e uma alimentação e hidratação adequadas; Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde; Participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas.

Para uma plena realização dos pontos anteriormente descritos, os cuidadores apresentam necessidades que dependem da sua condição individual e que variam de acordo com diversos fatores, como o grau de dependência do doente, a situação financeira e os meios de apoio existentes na comunidade.

Para Ricarte (2009) destacam-se como necessidades: Ajudas técnicas dependendo do grau de dependência do doente (camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e bengalas); Apoios financeiros relacionados com as despesas dos cuidados (saúde, alimentação e apoio social); Apoios para facilitar o acesso à formação, permitindo a ajuda mais adequada à pessoa, através de práticas que ofereçam uma maior segurança sobre os cuidados prestados ao cuidador; Disponibilidade de tempo do cuidador, pois aumenta o seu isolamento social devido às funções e responsabilidades que assume para com a pessoa dependente;

Facilidade em estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psicossocial, possibilitando a partilha da situação em que se encontra, dos seus receios e/ou dificuldades (*as cited in* Quaresma, 1996).

Ao longo dos tempos tem sido dada pouca importância às necessidades dos familiares enquanto cuidadores. De facto, todas as situações inerentes à doença são fatores desestabilizadores, levando a alterações no seio familiar a diferentes níveis uma vez que vão ser confrontados com novas realidades e necessidades para as quais ainda não foram preparados (Almeida, 2012).

A situação de doença crónica é definida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (OE, 2011, p. 47) como: “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”. Isso leva por vezes a crises familiares, que afetam todos os elementos, e especificamente, aquele que assume o papel de CI, sendo que a vivência desta crise será influenciada pelos recursos da família e experiências anteriores (Almeida, 2012).

Segundo Branco (2015) o equilíbrio familiar é alterado perante a doença de um dos seus membros, originando uma mudança em todo o sistema, levando a uma situação de crise. Esta crise dependerá de fatores como: perceção e gravidade do problema, existência de recursos familiares disponíveis, existência de fontes de suporte externo e recursos financeiros da família.

Martins (2005), considera que as mudanças exigidas ao CI podem ser fatigantes, levando a uma sobrecarga, que consiste numa perturbação resultante do lidar muitas vezes com a dependência e a incapacidade do indivíduo alvo dos cuidados. O CI confronta-se com diversos papéis que podem entrar em conflito, interferindo com o seu bem-estar e levando ao aparecimento de sentimentos como preocupação, ansiedade, revolta, frustrações, fadiga, saúde debilitada, culpabilidade e outros.

De acordo com o CIE (2011), o familiar prestador de cuidados por vezes, desenvolve sentimentos de stresse, de desconforto e cansaço e distúrbios do seu estado físico e mental, o que pode contribuir para uma adaptação ineficaz e

incapacidade em gerir situações novas. Na realidade, a atividade contínua do ato de cuidar resulta num esforço permanente e contínuo, gerando *burnout* e sobrecarga no cuidador. Uma vez que este assume e se responsabiliza pelo cuidar do elemento doente, gerando um excesso de tarefas e uma acumulação com as suas restantes atividades, inerentes aos diferentes papéis que representa (Almeida, 2012).

1.3 Burnout

O termo *burnout* é de origem anglo-saxónica e surgiu pela primeira vez, em 1974, com o psiquiatra Freudemberguer (1974), através da observação direta de profissionais que trabalhavam na prestação direta de cuidados, e significa “queimar até à exaustão”, sendo posteriormente investigado e expandido pela psicóloga Christina Maslach.

O conceito do *burnout* passou por duas fases distintas: a fase pioneira e a fase empírica.

A fase pioneira ocorreu com Herbet J. Freudenberger (1974) que identificou a sintomatologia de *burnout* durante a sua investigação na clínica de tratamento para toxicodependentes onde exercia atividade. Constatou, que após um ano de trabalho com um grupo de voluntários com os quais lidava, estes mostravam, progressivamente uma perda de vigor, que levava a um estado de esgotamento e a sintomas de ansiedade e depressão. Freudenberger descreveu que as expectativas iniciais dos profissionais eram defraudadas pela frequente desproporção entre os esforços feitos e os resultados conseguidos, o que consequentemente fragilizava o entusiasmo contagiante inicial. Para o psiquiatra, o *burnout* seria a consequência do esgotamento, da desilusão e da perda de interesse pela atividade de trabalho.

Por sua vez, Christina Maslach, psicóloga social, na mesma época, realizou uma pesquisa exploratória, em profissionais que prestavam cuidados de saúde, com o intuito de estudar as emoções no trabalho. Durante as entrevistas, os profissionais descreveram os problemas psicológicos como “*burnout*” (Maslach et al., 2008).

Na década de 80 com Maslach e Jackson (1981) iniciou-se a fase empírica, com uma evolução do conceito que viria a ser trabalhado segundo uma abordagem psicossocial, criando-se bases conceptuais e empíricas da síndrome de *burnout*.

No decorrer da década, surgiram outras definições de *burnout*, no entanto, a mais citada na literatura e a mais aceite na comunidade científica é a definição proposta por Maslach e Jackson (1981). De acordo com estas autoras, o *burnout* é considerado uma síndrome psicológica que compreende uma resposta continuada aos estímulos causadores de stress referentes ao local de trabalho, ou seja, envolve uma tensão crónica resultante de uma incongruência ou de um desajuste entre o trabalhador e o seu trabalho (Maslach e Jackson, 1981).

De acordo com estas autoras, o *burnout* é visto como um conceito tridimensional: Exaustão emocional, Despersonalização e Redução de realização pessoal (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

As primeiras investigações de natureza quantitativa utilizaram questionários e diversas metodologias, aplicadas em diferentes populações, assistindo-se à criação de instrumentos com o intuito de avaliar quantitativamente o *burnout* (Maslach et al. 2001). Maslach Burnout Inventory (MBI) foi o instrumento universalmente mais utilizado, desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) para medir o *burnout* em profissões de prestação de cuidados, sendo que mais tarde foram criadas versões deste mesmo questionário para populações específicas. Atualmente, existem três versões deste instrumento, nomeadamente o MBI - Human Services Survey (MBI-HSS); o MBI – Educators Survey (MBI-ES); e, por último, o MBI – General Survey (MBI – GS).

Como referido anteriormente, o *burnout* foi identificado como um fenómeno característico dos profissionais de prestação de cuidados. Porém, hoje verifica-se que qualquer profissional, mesmo saudável, pode desenvolver a síndrome, pois praticamente todas as atividades laborais envolvem contacto interpessoal.

Segundo Maslach e Jackson (1981) a primeira dimensão do *burnout*, a exaustão emocional, é a primeira manifestação da síndrome, caracterizando-se por uma sensação de fadiga emocional e física. O indivíduo sente-se sobrecarregado e sem recursos físicos e emocionais para realizar das suas tarefas e eventuais desafios e exigências relativas ao seu trabalho, sentindo-se psicologicamente incapaz de dar resposta ao que lhe é solicitado, o que o leva a distanciar-se a nível emocional e cognitivo do seu trabalho (Maslach et al., 1981; Maslach et. al., 2001; Maslach, 2003).

A despersonalização é a segunda dimensão, caracterizando-se por um sentimento negativo face às pessoas com quem o indivíduo tem contacto direto,

ocorrendo uma alteração nas relações interpessoais, ou seja, isolamento e distanciamento. Consequentemente, desenvolve atitudes de indiferença ou ceticismo quando se sente esgotado e desanimado. Esta reação tem um carácter de autoproteção relativamente à exaustão emocional, assim sendo, existe uma correlação positiva entre as duas primeiras dimensões, uma vez que a despersonalização é uma reação imediata à exaustão emocional (Maslach et al., 2001).

Por fim, a última dimensão do *burnout*, a redução da realização pessoal, refere-se ao aumento de sentimentos negativos face às competências profissionais e produtividade no trabalho, ou seja, sentimento de incapacidade de executar bem as tarefas laborais, aumentando progressivamente a falta de autoestima e desmotivação, levando por vezes ao abandono do local de trabalho (Maslach, 2003).

Em suma, a exaustão emocional é a primeira dimensão a desenvolver-se devido às exigências laborais, seguindo-se a despersonalização como forma de lidar com o stress e por fim, com a persistência da despersonalização as tarefas laborais falham, contribuindo para a redução da realização pessoal.

Acerca dos fatores de risco para experienciar *burnout*, foram identificados fatores pessoais e fatores situacionais. Relativamente aos fatores pessoais, destacam-se a idade, o sexo (feminino mais associado a exaustão emocional e masculino mais a despersonalização), escolaridade (quanto mais elevada for, maior a probabilidade de *burnout*, talvez pela responsabilidade das tarefas), estado civil e suporte social (quem não tem parceiro regular tem mais *burnout*, talvez pela falta de suporte social), filhos ou conflito entre trabalho e família (menos *burnout* com a existência de filhos, pois estes permitem equilibrar preocupações e fazer maior investimento familiar, desvalorizando as dificuldades no trabalho; contudo, os filhos podem aumentar o conflito entre trabalho e família) e personalidade (mais *burnout* para pessoas com traços com *locus* de controlo externo, introversão, neuroticismo, perfeccionismo, pessimismo, *coping* emocional ou de evitamento, baixa autoestima ou baixa capacidade de resiliência) (Borges, 2018).

Relativamente aos fatores situacionais, é referido mais *burnout* em profissões onde existe alguma forma de perigo ou de agressões e em função da ocupação (quando implica lidar com pessoas), anos de serviço, anos na função, trabalho por turnos (os ritmos biológicos podem ser alterados), sobrecarga da tarefa (maior

quantidade, pressão, exigência ou complexidade), mau relacionamento e tipo de cliente (mais exigentes, alvo de cuidados, em sofrimento ou morte, perigosos), relacionamento conflituoso, baixa satisfação com o trabalho, falta de recompensa, falta de autonomia, falta de recursos humanos ou técnicos (Borges, 2018).

Relativamente às consequências da síndrome de *burnout*, estas podem ser devastadoras e levar à deterioração da saúde física e mental, do desempenho profissional e das relações interpessoais do indivíduo (Carlotto, 2012). As consequências repercutem-se a nível individual e a nível situacional. A nível individual os sintomas podem ser divididos em quatro tipos (Gil-Monte, 2003):

- Sintomas físicos: fadiga constante e progressiva; distúrbios de sono; dores musculares ou osteomusculares; cefaleias, enxaquecas; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais; ou alterações menstruais nas mulheres;
- Sintomas psíquicos: falta de atenção, de concentração; alterações de memória; lentificação do pensamento; sentimento de alienação; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de insuficiência; baixa autoestima; labilidade emocional; dificuldade de autoaceitação; astenia, desânimo, disforia, depressão; desconfiança e paranoia.
- Sintomas comportamentais: negligência ou excesso de escrúpulos; irritabilidade; incremento da agressividade; incapacidade para relaxar; dificuldade na aceitação de mudanças; perda da iniciativa; aumento do consumo de substâncias; comportamento de alto risco; e suicídio;
- Sintomas defensivos: tendência ao isolamento; sentimento de onipotência; perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer); absentismo; e ironia.

Segundo Gil-Monte (2003) as consequências a nível individual podem ser categorizadas em quatro níveis: emocionais, atitudinais, comportamentais e psicossomáticas. No nível emocional, estão incluídos indicadores como: a utilização de mecanismo de distanciamento emocional, sentimentos de solidão e de alienação, ansiedade, sentimentos de impotência e sentimentos de onipotência. A nível atitudinal, o indivíduo pode desenvolver atitudes negativas como ceticismo, apatia, hostilidade e desconfiança. Relativamente ao nível comportamental, o indivíduo pode apresentar comportamentos agressivos, irritar-se, gritar com frequência, sofrer

alterações bruscas de humor e isolar-se. No que diz respeito às consequências psicossomáticas, podem-se observar alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão), problemas respiratórios (crises asmáticas), problemas imunológicos (infecções de repetição, alergias, problemas de pele), problemas sexuais, problemas musculares (dores de costas, fadiga, rigidez muscular), problemas digestivos (gastrite, diarreia, úlceras) e, por fim, alterações no sistema nervoso (insónias, depressão) (Gil-Monte, 2003).

Por fim, Gil-Monte (2003) refere relativamente às consequências a nível situacional, problemas como a diminuição da qualidade assistencial, do interesse, do esforço para a realização das atividades profissionais, a baixa satisfação laboral, níveis de absentismo elevado, tendência para o abandono do local de trabalho ou da instituição, aumento de conflitos e diminuição da qualidade de vida profissional.

Para a OMS, a depressão e a ansiedade conexas ao trabalho causaram a perda de cerca de um milhão de biliões de euros na economia mundial. Um estudo da OMS considerou o *burnout* uma das principais problemáticas associadas à saúde dos europeus e americanos, juntamente com a Diabetes II e as doenças cardiovasculares. O paralelismo entre estas três maleitas é interessante e até mesmo avassalador, sendo as três silenciosas nas fases iniciais, o que traz desafios acrescidos em termos de diagnóstico, presumivelmente preveníveis na maioria das vezes e, em determinada fase, altamente limitadoras e passíveis de terminar em morte (Ribeiro et al., 2022).

Em 2019, o *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, entrou oficialmente na Classificação Internacional de Doenças da OMS como um problema associado ao emprego e ao desemprego. A aprovação da décima primeira revisão desta lista aconteceu no dia 25 de maio desse ano, durante a assembleia da OMS em Genebra e vigora a partir de 1 de janeiro de 2022 (Ribeiro et al., 2022).

Dados obtidos pela Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional em 2017 indicavam que 17.2% da população ativa em Portugal sofria desta síndrome. De igual forma, segundo a *Small Business Price*, Portugal é o país da União Europeia com o maior risco de *burnout*, e este aspeto é mais grave ainda atendendo aos verdadeiros impactos desta doença em termos de custos para as empresas e para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Estima-se que as questões relacionadas com o stress laboral e o *burnout* custem, anualmente, cerca de 3.2 mil

milhões de euros às empresas em Portugal, tratando-se de um custo ainda indefinido para o SNS (Ribeiro et al., 2022).

Segundo o relatório da OMS, em 2020, e já durante a pandemia, apenas 52% dos estados-membros da União Europeia cumpriram a meta dos programas de promoção e prevenção da saúde mental, consideravelmente abaixo dos 80% pretendidos e estabelecidos como princípio universal (Ribeiro et al., 2022).

Relativamente ao CI, em 1986 surgiu o primeiro estudo que referência o *burnout* em CI, com o nome de “Síndrome de *Burnout* Cônjuge”, pois alguns cônjuges de pacientes com doenças crônicas apresentavam sintomas comparáveis aos vivenciados por CI em *burnout* (Gérin & Zech, 2019).

Como antes referido, o *burnout* do cuidador é definido como uma síndrome tridimensional em resposta ao stress que o contexto de cuidar pode representar. A exaustão emocional corresponde a um sentimento de sobrecarga, a despersonalização a resposta ao isolamento e distanciamento da pessoa cuidada. A realização pessoal engloba a dimensão positiva da experiência de ajuda, o cuidador pode adquirir uma sensação de realização através do seu trabalho e encontrar nele sentido. No contexto de *burnout*, o sentimento positivo de realização tende a reduzir (Gérin & Zech, 2019).

Na literatura, a exaustão emocional é frequentemente destacada em estudos de CI como uma exaustão geral, tanto no nível físico como mental. Há pouca evidência de casos de despersonalização em contextos informais de cuidado, exceto para estudos que adaptam o Maslach Burnout Inventory, a escala de *burnout* mais utilizada. Outros estudos demonstraram que alguns cuidadores colocam uma distância emocional e psicológica entre si e a pessoa cuidada para se preservarem, ou seja, essa distância pode assumir a forma de um estilo de cuidado e relacionamento mais pragmático e distante diante de um stress significativo. A realização pessoal tem sido investigada em termos de crescimento pessoal resultante do papel de cuidador, impacto positivo sobre o recetor de cuidado e senso dos cuidadores de agir de acordo com os seus valores. Embora os impactos positivos e negativos dos CI estejam relacionados, o impacto positivo pode não ser afetado pela experiência negativa de cuidar (Gérin & Zech, 2019).

1.4 Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *Burnout* do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise

Viver com a DRC reflete-se em dificuldades diárias para o cliente e seu cuidador. Assim, capacitar os cuidadores ajuda a diminuir o impacto dos sintomas associados à DRC diminuindo também a carga física e emocional para quem cuida (Kalantar-zadeh et al., 2020). A DRC implica um controle de restrições alimentares e de líquidos, da terapia medicamentosa, de tratamentos de TSFR que podem perturbar a qualidade de vida do cliente e seus familiares. A participação do cliente, da família e/ou do cuidador na sua vida coloca-os no centro da tomada de decisão, participando ativamente para uma melhoria da sua qualidade de vida. Assim, capacitar os doentes renais crónicos, famílias e os seus cuidadores faz com que estes tenham um maior controlo sobre as decisões que afetam a sua saúde. Isto requer que os clientes compreendam o seu papel, tenham conhecimentos para se envolverem com a equipa de saúde, nas decisões partilhadas e terem suporte para autogestão (Kalantar-zadeh et al., 2020).

Na intervenção com o CI, o primeiro passo deve ser a caracterização e a avaliação das necessidades, dificuldades e sobrecarga. Neste momento, em Portugal, existe um conjunto de instrumentos validados que podem ajudar o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, a conhecer melhor o CI e a identificar diagnósticos de Enfermagem (Sequeira et al., 2020), como por exemplo:

➔ A Escala de Sobrecarga do Cuidador: traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007), permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI e inclui as dimensões: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento;

➔ O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador: adaptado e validado para a população portuguesa por Brito (2000) e Sequeira (2007), identifica as necessidades/dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar. É composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso e as suas implicações na vida socioeconómica, na saúde, nas relações interpessoais e no apoio institucional;

➔ O Índice de Avaliação da Satisfação do Cuidador: adaptado e validado para a população portuguesa por Brito (2000) e Sequeira (2007), é composto por um

conjunto de 30 itens relacionados com aspetos positivos associados à prestação de cuidados, os quais são identificados pelo CI como fonte de satisfação. Os itens distribuem-se por três categorias: fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal entre o cuidador e o alvo dos cuidados; fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica, e fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis);

➔ O Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador: adaptado e validado para a população portuguesa por Brito (2000) e Sequeira (2007), inclui 38 afirmações relacionadas com estratégias de *coping*. Estes itens podem ser agrupados em três categorias: lidar com acontecimentos adversos/resolução de problemas; percepções alternativas sobre a situação; e lidar com os sintomas de stress (Sequeira et. al., 2020).

A avaliação do CI pode também incluir escalas de depressão, ansiedade, stress, *burnout*, qualidade de vida ou satisfação com o apoio social, de acordo com a ponderação do profissional de saúde (Sequeira et. al., 2020).

No processo de cuidar, os CI experienciam várias dificuldades, às quais se associam um conjunto de necessidades. Os CI de clientes dependentes manifestam falta de conhecimento acerca das competências e habilidades para cuidar, dos recursos potenciais a que podem aceder, tais como recursos comunitários e sociais ou apoio financeiro, e acerca da promoção do seu bem-estar (Sequeira et. al., 2020).

As múltiplas necessidades dos cuidadores e o seu elevado nível de sofrimento psicológico realçam a importância de promover intervenções para manter o seu bem-estar emocional e a prestação de cuidados de qualidade às pessoas a seu cargo. No entanto, apesar da importância do papel do CI, os cuidadores continuam a expressar baixos níveis de conhecimento sobre a doença e altos níveis de stress. Assim, muito mais deve ser feito para capacitar o CI para o exercício do seu papel (Sequeira et. al., 2020).

A capacitação de um CI não significa que assuma o papel do profissional de saúde. O CI é um parceiro de cuidados, que deve ter sempre na retaguarda um profissional de saúde que o apoie continuamente e valide o seu conhecimento e as suas competências para cuidar (Sequeira et. al., 2020).

Face a este panorama, será cada vez mais comum os enfermeiros terem como alvo dos seus cuidados o CI de clientes com dependência física ou mental. Para que

um enfermeiro consiga dar resposta às solicitações do CI torna-se premente que os profissionais definam o core de intervenções capaz de responder às áreas de atenção através de intervenções do seu domínio autónomo.

Com base na reflexão, na revisão da literatura efetuada, na observação e experiência clínica, e de forma a ajudar a sistematizar as estratégias e a estruturar a intervenção de enfermagem, elaborei uma proposta de intervenções de enfermagem que visam estruturar a resposta no âmbito do *Burnout* do CI do doente renal crónico sob HD, que se encontra em Apêndice I.

1.5 Filosofia dos cuidados: Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis

De forma a conhecer o processo de transição experienciado pelo CI do doente renal crónico sob HD, ao exercer o papel de cuidador e as condições facilitadoras e inibidoras nesse processo, selecionei a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

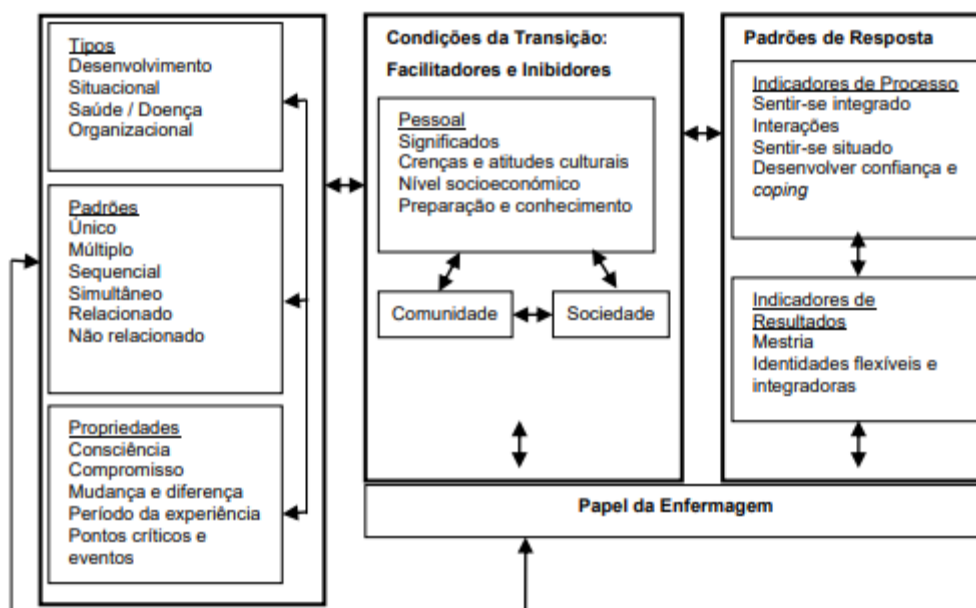
Em 1985, Afaf Meleis juntamente com a enfermeira Norma Chick, descreveu a transição como um conceito para a enfermagem (Alligood, 2013). Para Meleis e Chick, a transição consiste em passar de um estado, condição ou lugar para outro estado e requer por parte do cliente(s), a incorporação de conhecimentos, alterações de comportamentos e mudança na definição do *self* (Meleis et al., 2010).

Com base nestas conceções e através da exploração da estrutura da transição, Meleis et al. (2010) desenvolveram um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.

A teoria compreende quatro aspetos nucleares: Natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); Condicionantes da transição facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade); Padrões de resposta (inibidores de processos e de resultados); e Intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2010).

A síntese do modelo Teórico de Meleis servirá de suporte à realização deste relatório, encontrando-se representada esquematicamente na Figura 1.

Figura 1 - Teoria das Transição de Afaf Meleis



Fonte: Meleis et al. (2010, p.56)

Meleis (1975) identifica três tipos de transições: transições desenvolvimentais; transições situacionais; e transições saúde/doença. Mais tarde Schumacher & Meleis (1994) adicionaram uma nova categoria de transições organizacionais.

Relativamente às transições desenvolvimentais a autora define-as como transições de papéis encontradas no curso normal do crescimento e desenvolvimento. Os exemplos mais significativos deste tipo de transições traduzem problemas mentais ou fisiológicos ao longo do ciclo vital que se traduzem: 1) da infância à adolescência, em problemas amplamente reconhecidos como a formação da identidade e a aspetos que daí advêm como as adições, infeções sexualmente transmissíveis, problemas da sexualidade e maternidade ou infertilidade; e 2) da idade adulta à velhice em patologias dos idosos, doenças crónicas ou da condição de isolamento social relacionados com a aposentação. As transições de papéis podem ser induzidas por via do próprio ego, mas também por parte do cônjuge, pai, filho ou amigo próximo que force uma mudança. Por conseguinte, as alterações desenvolvimentais que o cliente e um ente querido vivenciam devem ser tidas em conta pela equipa de saúde; sendo assim, quando o enfermeiro estabelece um plano de cuidados para o cliente este deve antecipar, explorar e considerar as mudanças recíprocas (Meleis, A. 1975).

Um outro tipo de transição que a autora explora são as transições situacionais, estas dizem respeito à alteração da composição da estrutura social da pessoa (e.g. adição ou subtração de elementos numa família) e consequentemente nos papéis

preexistentes. Estas alterações implicam a redefinição dos papéis pelos envolvidos, desempenhando os enfermeiros um papel fulcral como facilitadores deste tipo de transições, evitando conflitos decorrentes da imprevisibilidade, falta de conhecimento ou ignorância da assunção dos novos papéis por parte dos envolvidos (Meleis, A. 1975).

As transições saúde-doença traduzem modificações inesperadas, repentinas ou graduais de papéis resultantes da mudança da condição de saúde do cliente; isto compreende: 1) mudanças repentinas de papel que resultam da mudança de um estado saudável para uma doença aguda; 2) mudanças graduais de papel de saudável para doente; 3) mudanças de papel da doença para o bem-estar; 4) transição repentina ou gradual do papel do bem-estar para a doença crónica (Meleis, A. 1975).

As transições descritas até então ocorrem ao nível individual, diádico ou familiar. As transições organizacionais representam transições no ambiente, podendo ser precipitadas por mudanças no contexto social, político, económico ou por mudanças da estrutura ou dinâmica intraorganizacional. Exemplos ilustrativos deste tipo de transições são mudanças na estrutura de gestão; mudanças na política de cuidados de determinada instituição de cuidados; alterações na política de recrutamento ou gestão de recursos humanos; implementação de novos modelos de cuidados de enfermagem; implementação de novas tecnologias; e ainda as reorganizações a nível da estrutura física de determinada organização ou adoção de novos programas institucionais (Schumacher & Meleis, 1994).

O modo como os enfermeiros percecionam o cliente como ser biopsicossocial, e a forma como compreendem o seu comportamento são fulcrais na identificação de diagnósticos e prescrição de intervenções adequadas. Estes profissionais têm um papel privilegiado na identificação e avaliação das necessidades psicossociais do cliente ao longo do ciclo vital, sendo capazes de reconhecer mudanças de papéis, como as transições saúde-doença e providenciar as intervenções necessárias atendendo às privações individuais decorrentes das transições de papéis (Meleis, A. 1975). Os enfermeiros enquanto principais agentes facilitadores do processo de transição, dos clientes e famílias que experienciam transições, intervêm sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Meleis et al., 2010).

O conhecimento do modelo proposto por Meleis et al. (2010) deve ser considerado apenas como uma referência para a compreensão de todo o processo de transição, pois isso só é possível através do ponto de vista dos clientes.

Já em 1975, quando Meleis formula a teoria, identifica uma área em que o enfermeiro tem particular relevância, a insuficiência de papéis, podendo atuar como um facilitador da assunção do novo papel.

Meleis (1975), define a insuficiência de papel como qualquer constrangimento relacionado com a falta de conhecimento que condicionam o desempenho de determinado papel, sentimento ou objetivo do próprio ou de um convivente significativo. A autora considera que as dificuldades percebidas podem gerar incongruências entre o comportamento do papel e as expectativas que o próprio ou os CI detêm.

O inadequado desempenho do papel é percebido pelo próprio e/ou por um convivente significativo, gerando comportamentos e sentimentos associados, de que são exemplos: readaptação (assunção ou abandono) de papéis num sistema social ou de saúde; acréscimos voluntários, involuntários ou rescisões de funções com ou sem mudanças em outras funções; e término concomitante de um papel ou conjunto de papéis e o início de um novo papel ou conjunto de papéis (Meleis, 1975).

Na perspectiva da autora o enfermeiro deve compreender que o desempenho de determinado papel é um ato voluntário e consciente, tendo presente que sempre que uma pessoa se recusa voluntariamente a desempenhar um papel específico, ela tem a noção de que os custos para si superam os ganhos. Sendo assim, a insuficiência do papel pode ser voluntária, autoiniciada e reforçada por qualquer ente querido. São exemplos de algumas manifestações de insuficiência voluntária do papel: “ansiedade, depressão, apatia, frustração, luto, impotência, infelicidade e/ou agressividade e hostilidade”. Estas manifestações podem impedir a manutenção ou progressão da pessoa para um estado de saúde, bem-estar ou adaptação às transições vivenciadas (Meleis, 1975, p. 267).

Tendo por base os pressupostos básicos da teoria das transições e atendendo aos mais significativos para o tema em estudo, importa reter que:

- A transição é um conceito chave para prática de enfermagem por influenciar diretamente o processo saúde/doença dos doentes renais crónicos e seus CI envolvidos no processo de transição;
- O CI da pessoa com DRC sob HD passa por um processo de transição que é gerado pela situação de doença e tratamento da pessoa cuidada e resulta em modificações na sua vida, nas suas relações e no ambiente;
- A mudança de papéis no seio familiar é vista como um momento de transição;
- O CI ao adaptar-se às mudanças vulneráveis da doença da pessoa cuidada, vive situações de crise que poderá levar ao surgimento da síndrome de *burnout*, necessitando de suporte para alcançar uma transição saudável;
- O enfermeiro sendo um agente facilitador no processo de transição, contribui para a manutenção e promoção da saúde através do incentivo a novos conhecimentos e habilidades, alteração de comportamentos e adequação da definição de si no contexto social;
- Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo passa junto dos clientes sujeitos a transições, o processo de interação enfermeiro/CI deve ser organizado em torno de um propósito por forma a promover transições salutaras, maximizando o bem-estar e a saúde pelo maior tempo possível.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste percurso formativo foi utilizada a metodologia de projeto que, no entender de Ruivo et al. (2010), tem como objetivo principal a resolução de problemas, através da aquisição de competências e do desenvolvimento de capacidades pessoais por via da criação e consecução do projeto aplicado ao contexto real. Através desta metodologia é possível realizar a articulação teórico-prática, constituindo-se a teoria como o suporte para a consecução prática do mesmo.

Para atingir os objetivos propostos foram selecionados três campos de estágio baseados na oferta formativa da equipa pedagógica: Unidade de Diálise Peritoneal, Unidade de Hemodiálise e Internamento de Nefrologia e Transplante Renal.

Com o intuito de atingir os objetivos que defini e desenvolver as competências a que me propus foram utilizadas diversas estratégias: observação da prática e prestação de cuidados tendo como base as aprendizagens efetuadas; reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos acerca das intervenções de enfermagem específicas para a gestão do *burnout* do CI do doente renal crónico, nos contextos clínicos; realização de documentos de apoio à prática.

As atividades e competências desenvolvidas nos vários campos de estágio, bem como a partilha de experiências com orientadores e com as equipas de saúde, foram de extrema importância para a prática clínica e extremamente enriquecedoras.

Analiso de seguida as atividades desenvolvidas em contexto de estágio para atingir os objetivos delineados demonstrando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista a que me propus. Defini como objetivo transversal aos diferentes contextos, desenvolver competências para cuidar holisticamente de doentes submetidos a diálise peritoneal (DP), hemodiálise (HD) e transplante renal (TR).

2.1 Unidade de Diálise Peritoneal

A DP é uma das modalidades de tratamento da Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) (OE, 2020). Em Portugal, em dezembro de 2021 encontravam-se em tratamento de DP 886 doentes (489 em DPCA e 397 em DPA), com uma média de idade de 56,4 anos (Galvão et al., 2022). Existem em Portugal 27 unidades de DP

distribuídas pelo Continente e Ilhas e a técnica é realizada exclusivamente no SNS (Galvão et al., 2022; OE, 2020).

O estágio decorreu entre 26 de setembro e 4 de novembro de 2022 e foi realizado numa unidade de DP, de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

Sendo a DP uma atividade de enfermagem, o enfermeiro desempenha um papel fulcral no processo de transição das pessoas, ensinando-as, instruindo-as e treinando-as de forma a adquirirem os conhecimentos e habilidades necessárias à realização do tratamento de forma independente e segura (OE, 2020). Desta forma, o estágio na unidade de DP faz assim parte do ciclo de estudos do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica vertente nefrológica da ESEL permitindo desenvolver competências para prestar cuidados especializados ao cliente e CI com DRCT. A caracterização do local de estágio encontra-se em Apêndice II.

Tendo por base os objetivos transversais enunciados, estabeleci como objetivos pessoais para este contexto: 1) Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem; 2) Familiarizar-me com as técnicas de DP, desenvolvendo competências a nível das mesmas e reconhecer as alterações fisiopatológicas que o cliente sob DP vivência; 3) Maximizar o potencial funcional do cliente sob tratamento dialítico (DP), integrando os CI; 4) Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico; 5) Analisar a prática de cuidados na prevenção do *Burnout* do CI do doente renal crónico, contribuindo para a capacitação da equipa de enfermagem onde me inseri, desenvolvendo um papel ativo, de modo a aperfeiçoarem competências a este nível. De seguida, analiso cada objetivo específico e as atividades que lhes estão inerentes.

1) “Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem”

A unidade de DP conta com uma equipa multidisciplinar para prestar cuidados a clientes com DRCT que optaram pela modalidade de tratamento de DP, assegurando a cada cliente os cuidados que correspondem às suas necessidades.

A equipa de enfermagem é constituída por sete enfermeiros, destes, um é especialista em Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Nefrológica

(certificado pela ESEL), um enfermeiro especialista em Psiquiatria e Saúde-Mental e os restantes obtentores do grau de licenciatura. No que concerne à metodologia de trabalho adotada, a equipa rege a sua prática de acordo com os pressupostos do método de trabalho individual. Os clientes beneficiam de um programa de apoio domiciliário de enfermagem assegurado pelas duas empresas fornecedoras do equipamento de diálise que o serviço dispõe. Antes da pandemia SARS-CoV-2/Covid-19 este apoio era realizado à quinta-feira por uma enfermeira da equipa de ambulatório. A unidade tem capacidade para prestar cuidados a 71 clientes com média de idade de 57 anos a realizar as modalidades de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) e diálise peritoneal automatizada (DPA).

A unidade dispõe de protocolos, desde a indução da DP até à manutenção do tratamento, incluindo: contra-indicações; cateter de DP (preparação pré-implantação, preparação do cateter, cuidados pós-colocação, cuidados com o cateter no primeiro mês); profilaxia de infeções (para o orifício de saída [OS], tratamento de portadores de *Staphylococcus aureus*, profilaxia de infeções em procedimentos invasivos, vacinação); OS (classificação do OS, infeções do OS); peritonites (terminologia, atuação em caso de suspeita, peritonites Gram positivo, Gram negativo e outras peritonites); complicações mecânicas (disfunção de cateter, fuga externa - pericater, fuga subcutânea – parede abdominal, hemoperitoneu, hidrotórax); remoção do cateter (em cateter não funcionante, esclerose peritoneal encapsulante); acompanhamento do doente (consultas programadas, avaliação analítica, exames anuais); adequação do tratamento (PET, UF, KT_w/V, falha de UF, má eficácia de diálise).

A in experiência nesta área exigiu um empenho e estudo para colmatar esta lacuna, o que foi ultrapassado com a ajuda excecional da enfermeira orientadora. Observei e executei as práticas instituídas nomeadamente: educação ao cliente e CI, desde a colocação do cateter peritoneal até ao início da realização da técnica, quer em DPCA quer em DPA, assegurando a competência para o autocuidado; cuidados com o OS; realização de Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET); avaliação do body composition monitor; colheita de sangue e de dialisado para análise; preparação de antibioterapia nas bolsas de dialisante para tratamento e profilaxia de infeções; mudança de prolongador do cateter peritoneal; monitorização e observação de registos do tratamento e da ultrafiltração (UF) em suporte papel dos clientes em DPCA e do cartão da cicladora dos clientes em DPA; interpretação desses dados e articulação com o nefrologista para adequar o tratamento às necessidades do

cliente/CI; avaliação e atuação em caso de descompensação e participação na tomada de decisão da equipa.

De acordo com as atividades desenvolvidas e apresentadas em contexto de consulta, a parceria cliente-profissional é uma realidade constante, sendo eu estudante, um elemento estranho numa população-alvo em que, devido à sua cronicidade, mantém uma relação de ajuda prolongada com a equipa da respetiva unidade, desde logo estabeleci uma relação de confiança. Neste sentido, apresentei-me aos clientes e CI como estudante da especialidade, esclarecendo o teor do meu estágio e solicitando o seu consentimento para lhes prestar cuidados, respeitando a sua decisão. Segundo o artigo n.º 78 do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), as intervenções devem ser pautadas pela defesa da liberdade e da dignidade humana, devendo estar patente o princípio ético da autonomia.

Ao longo do estágio foi possível apreender a forma como se desenvolvem as consultas de AV e consultas de pré-transplante renal: Nestas consultas o enfermeiro desenvolve intervenções da área autónoma e interdependente. O enfermeiro assume um papel preponderante na identificação precoce de complicações (monitorizando sinais vitais, sinais de sobrecarga hídrica, variações do peso corporal), otimiza o plano terapêutico do cliente em articulação com a equipa e com o CI, dotando o cliente e CI de conhecimentos sobre cuidados pré-AV e pré-TR, com vista à capacitação, adesão e gestão eficaz do regime terapêutico instituído.

Colaborando com a enfermeira especialista na consulta de esclarecimento constatei que o cliente vem acompanhado pelo familiar ou CI, prática instituída pela unidade. A consulta é realizada em grupo, de forma a gerir os recursos humanos, sem obedecer a todos os requisitos da norma 017/2011 da DGS (2012), pois não é “funcionalmente individualizada” (DGS, 2012, p.1). O esclarecimento é realizado através de uma apresentação em *PowerPoint* de forma sistemática relativamente às TSFR e respetivas técnicas. A consulta é realizada por enfermeiros que exercem a sua atividade clínica exclusivamente no serviço de DP. Porém, estes profissionais detêm conhecimentos e experiência prévia nas diferentes TSFR. No final da sessão é entregue ao cliente e CI um folheto informativo sobre as diferentes modalidades de tratamento da DRC estágio 5, constatando-se que a maioria dos clientes/CI já detinha o conhecimento das mesmas. Percebi que estes já traziam uma decisão terapêutica consolidada, sendo esclarecidos sobre a liberdade de alterar as decisões anteriores.

Analisando a consulta à luz dos preceitos éticos importa compreender que o enfermeiro tem de respeitar o direito à autodeterminação assumindo o dever de, como enunciado no artigo 84.º do código deontológico:

“a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido e informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2005, p.109).

No artigo 86.º do mesmo documento, a OE (2005, p.121) preconiza o respeito pela intimidade, nomeadamente, os sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa; constitui-se assim dever do profissional o respeito pela intimidade do cliente, protegendo-o da devassa da sua vida privada e/ou familiar; salvaguardando sempre a privacidade e intimidade da pessoa quer no seu exercício, quer nas funções que delega.

O artigo 89.º, alínea b) “da humanização dos cuidados”, defende que o enfermeiro tem o dever de contribuir para a garantia de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2005, p.141).

Tendo em conta a realidade da consulta, descrita anteriormente, e numa análise crítica dos pressupostos éticos que o enfermeiro deve respeitar na sua prática, considero que durante a consulta é respeitado o direito à autodeterminação da pessoa (o cliente é incluído no processo de cuidados, sendo a sua participação na consulta de carácter voluntário, realizando os esclarecimentos que o cliente considerar necessários, obtendo e respeitando o seu consentimento livre e esclarecido).

Atendendo a que o contexto onde decorre a consulta é pouco propício ao respeito pela intimidade (as consultas decorrem em ambiente grupal), corre-se o risco de o cliente/CI se sentir constrangido em expor assuntos sensíveis (sexualidade, condição socioeconómica, agregado familiar, condições habitacionais), entender o ambiente como hostil e atentatório em relação ao seu pudor e ou privacidade. Assim, e devendo o enfermeiro contribuir para a criação um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, considero benéfico complementar a dinâmica grupal com um momento individual estimulando uma relação terapêutica

baseada em valores de confiança e transparência entre a equipa e o cliente/CI em que os mesmos possam expor abertamente todos os seus constrangimentos.

2) “Familiarizar-me com as técnicas de DP, desenvolvendo competências a nível das mesmas e reconhecer as alterações fisiopatológicas que o cliente sob DP vivência”

Na prática clínica diária da unidade de DP, o enfermeiro cuida do cliente numa perspetiva holística mantendo a atenção centrada nos vários domínios da prática profissional, ética e legal, na prestação e gestão de cuidados e no desenvolvimento profissional, individual e coletivo, devendo possuir conhecimentos, competências e habilidades que lhe permitam gerir os problemas de saúde resultantes da DRCT, tanto para os clientes como para o seus CI, proporcionando a aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de práticas profissionais avançadas com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente incluindo a sua família/CI (OE, 2020).

A proteção da vida, a proteção da função renal residual e a proteção do AV são as três principais razões para escolher a DP. O objetivo primordial é a sobrevivência do cliente (Ponce, 2020).

O cliente ideal para DP é profissionalmente ativo, autónomo, com função renal residual e com preferência pela DP. Esta técnica permite um compromisso menor da vida diária devido à terapia, ultrafiltração suave e regimes incrementais que se traduzem numa excelente reabilitação dos idosos sob DP. A DP assistida deve ser uma opção a considerar quando aqueles que a escolheram não demonstrem capacidade funcional, tenham apoio social ou familiar inadequado ou inexistente, ou apresentem défice cognitivo que comprometa a execução autónoma da técnica prescrita. Os constrangimentos associados a esta TSFR prendem-se com especificidades inerentes à mesma, tendo de se considerar: a necessidade de cirurgia abdominal limitante; obesidade severa, condições de armazenamento no domicílio, depressão e/ou relutância no desempenho de autodiálise (Ponce, 2020).

Para realizar esta técnica é necessário colocar um cateter intraperitoneal (cateter Tenckhoff), para infundir e drenar as soluções de diálise. Após um período de permanência do dialisante, a solução com toxinas depuradas (dialisado ou efluente), é trocada por uma solução nova (DGS, 2012).

Atualmente há duas grandes modalidades de DP: DPCA e DPA (OE, 2020). Na DPCA a solução é trocada manualmente várias vezes ao dia de acordo com a função renal residual do cliente. Na DPA, as trocas são processadas de forma automática pela cicladora, de acordo com regimes programados durante a noite, segundo as características dos clientes e o seu estilo de vida. Uma área maior de superfície corporal, anúria, hipervolemia, rins aumentados de volume, necessidade de assistente para executar a técnica, hérnias abdominais ou características específicas da membrana peritoneal são razões para eleger a DPA (Ponce, 2020).

Ambas as modalidades (DPCA e DPA) são eficazes, bem toleradas e simples de realizar. Porém, podem surgir complicações relacionadas com a técnica ou com o cliente (DGS, 2012; Ponce, 2020; OE, 2020). As principais complicações relacionadas com a técnica incluem complicações mecânicas e infecciosas. As complicações mecânicas estão relacionadas com: disfunção do cateter e/ou alterações decorrentes da realização da técnica DP; alteração no volume de fluxo do líquido peritoneal, falha na ultrafiltração da membrana peritoneal; fuga de líquido peritoneal; exteriorização do *cuff* externo; perfuração intestinal; comunicação pleuro-peritoneal; hérnias; hemoperitônio; dor no momento de drenagem; dor lombar; e corte acidental ou rutura do cateter peritoneal (OE, 2020, p. 22-24). As complicações infecciosas são as mais frequentes e as que implicam a saída da técnica e incluem infeções do OS do cateter peritoneal, do túnel subcutâneo e as peritonites (OE, 2020, p. 25). As complicações relacionadas com o cliente incluem: perda de autonomia; *burnout* do cliente/CI; cirurgia/tumor abdominal obrigando a interromper a DP (Ponce, 2020).

Segundo a International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD, 2017) as infeções do OS e do túnel do cateter são uma pré-disposição para a peritonite, complicação mais frequente associada ao tratamento de DP, levando à disfunção ou falência da membrana peritoneal e por consequência ao abandono da técnica. A ISPD (2017) sugere para o controlo de infeções associadas ao cateter, que cada unidade de DP deve possuir um programa de melhoria de qualidade, monitorizando o número de infeções do OS e respetivos agentes causadores, devendo essas taxas de infeção ser expressas pelo número de episódios por cliente-ano. De forma a minimizar estas complicações, a preparação do cliente e CI envolve uma série de procedimentos e ensinamentos, sendo da responsabilidade do enfermeiro de DP, o ensino prévio mediante um programa organizado e com procedimentos e normas devidamente uniformizadas, promovendo o autocuidado para o cliente e CI gerir o seu tratamento com segurança.

Uma vez que o enfermeiro é muitas vezes a ligação entre o cliente/CI e o serviço de saúde, tem por atribuição o despiste, o mais precocemente possível, das complicações, sendo por isso necessário capacitar o cliente e o CI para reconhecer alterações fisiopatológicas e desenvolver esforços/estratégias com vista à obtenção dos melhores níveis de saúde para o cliente; encaminhando o mesmo para os restantes elementos da equipa de saúde sempre que tal se constitua necessário.

Durante a minha permanência na unidade de DP uma cliente recorreu ao serviço com queixas de dor abdominal, febre, reduzida função renal residual e obstipação. Foi realizada uma avaliação da cliente com avaliação dos sinais vitais, avaliação do OS, drenagem do efluente, realização de lavagem peritoneal, colheita de efluente e de sangue para análise. A cliente apresentava rigidez à palpação abdominal, labilidade emocional, hipotensão, pico febril e efluente turvo; o que me levou a suspeitar de peritonite, necessitando da minha intervenção para identificar e despistar de potenciais causas da situação. A cliente veio a descompensar e apresentou uma paragem cardiorrespiratória. Após reversão desta complicação, a cliente realizou exames imagiológicos que confirmaram o quadro de peritonite, o que reforça a importância do despiste precoce de complicações e o desempenho de uma função preponderante na capacitação do cliente/CI para a realização da técnica de DP (quebra de assepsia nos procedimentos que antecederam a instalação dos sintomas).

3) “Maximizar o potencial funcional do cliente sob tratamento dialítico (DP), integrando os CI”

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem um dos enunciados descritivos é a readaptação funcional. Este considera que o enfermeiro, conjuntamente com o cliente e cuidador, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, encontrando-se o ensino, a instrução e o treino entre os elementos importantes a considerar face à readaptação funcional (OE, 2001).

Na consulta de enfermagem pude aplicar os conhecimentos, competências e habilidades adquiridas, através da observação e realização de ensinamentos e treinos sobre a técnica de DP, tanto na modalidade DPCA como DPA a familiares/CI, que devido à deterioração do estado clínico do cliente, tiveram de assumir a posição de prestador de cuidados, passando estes a realizar a técnica.

Segundo a EDTNA/ERCA (2016) o compromisso do enfermeiro na prestação de cuidados ao cliente com DRC e sua família/cuidador deverá ser o de proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado.

A complexidade do tratamento exige esforços para promover a literacia em saúde dos clientes e cuidadores, constituindo-se como um determinante positivo com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, gerando uma maior segurança e minimização do risco associado (Almeida, 2021). O autor defende ainda que a capacitação do cliente e CI deve ser uma prioridade das organizações de saúde, assumindo o enfermeiro um papel determinante, dinâmico e de empoderamento, na resposta mais adequada à satisfação dessas necessidades (Almeida, 2021).

Na consulta de enfermagem identifiquei algumas das maiores dificuldades dos CI sobre a técnica e o cuidar: conflitos e alterações de papéis em casa; problemas económicos; dificuldades na gestão do acompanhamento à consulta; insegurança relativamente aos procedimentos da técnica; bem como sintomas de cansaço, tristeza, impaciência, labilidade emocional e sentimento de insuficiência.

Lage (2007, p. 414) conclui que o CI assiste a “concessões na vida pessoal e social (...) restrições à liberdade individual, conflitos de papéis (...) relações familiares precárias, dificuldades económicas e financeiras”. Estas cedências influenciam a vida do CI, mas também a vida da pessoa cuidada.

Durante o processo de cuidados ao cliente em DP e seu CI, o enfermeiro deve seguir um plano de educação individualizado, para que os mesmos adquiram conhecimentos incluindo: noções gerais de DP; assepsia e prevenção de infeções; procedimentos de DP (DPCA e DPA); cuidados com o OS; reconhecer complicações; realizar medições e registos; logística; conhecimentos farmacológicos; estilos de vida saudáveis (alimentação, restrições hídricos, exercício físico e desporto); e aspetos da vida sexual (autoimagem, métodos contraceptivos, disfunção erétil...) (OE, 2020).

Durante o processo de ensino é necessária uma avaliação contínua do plano pedagógico tendo em atenção a sua população alvo. O processo de aprendizagem é sequencial envolvendo a aquisição de conhecimentos teóricos, “saber-saber”, e de competências práticas, “saber-fazer”. Sendo assim, a ordem de exposição dos diferentes conteúdos programáticos deve ser personalizada de acordo com o

cliente/CI tendo presentes os princípios de iniciar abordagem de conteúdos dos mais simples para os mais complexos (Figueiredo et al., 2016).

4) “Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico”

No que diz respeito a este objetivo a pesquisa bibliográfica foi fundamental para a consecução no sentido de aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo. Esta pesquisa foi realizada conforme consta no capítulo seguinte.

Durante o estágio segui uma cliente e CI facilitando o processo de transição saúde-doença. Esta díade passava por um processo de recapacitação do cuidador face a um agravamento do estado clínico da cliente em DP. Ao longo de uma semana recorreram diariamente ao serviço, para ensino e treino de novas estratégias e competências. O CI beneficiou de supervisão para: realizar as trocas manuais de fluídos e sobre os cuidados com o cateter, com reforço da assepsia e dos cuidados com o OS; higiene da cliente; e gestão do regime terapêutico. Foi identificado exaustão do cuidador (sentimentos de cansaço; labilidade emocional; desespero; impotência; ansiedade face às novas exigências) e otimizadas estratégias de *coping* para se articular com profissionais da área social e psicológica. Foi apresentado o estatuto de cuidador informal e a possibilidade de a cliente poder ser institucionalizada para descanso do cuidador na rede nacional de cuidados continuados integrados durante 90 dias, tendo sido recusada esta possibilidade por parte do CI. O cuidador evidenciou conhecimento sobre os ensinamentos efetuados e foi acompanhado por via telefónica, mantendo assim a relação de confiança estabelecida. Esclareci sobre o estatuto de CI, e como poderia ser reconhecido como tal.

Durante o estágio frequentei uma formação sobre “*Stresse e Burnout* em Profissionais de Saúde e sua Prevenção”, (Anexo I), num Centro Hospitalar, onde foram abordadas temáticas como: os fatores de risco de natureza psicossocial; stresse relacionado com o trabalho; *burnout*; fatores indutores de stresse relacionados com o trabalho; prevenção do stresse relacionado com o trabalho; compromisso com o trabalho; e estudos de caso. Considerando que o *burnout* está correlacionado com a condição laboral ou condição/interação social, esta formação contribuiu positivamente para a aquisição de competências para a prática clínica com os CI.

5) “Analisar a prática de cuidados na prevenção do *Burnout* do CI do doente renal crónico, contribuindo para a capacitação da equipa de enfermagem

onde me inseri, desenvolvendo um papel ativo, de modo a aperfeiçoarem competências a este nível”

Durante o estágio observei que as sessões de educação para a saúde ao cliente e CI sobre a técnica, nem sempre eram asseguradas pelo mesmo enfermeiro, o que vai contra o padronizado pela OE (2020, p.41). Após conferenciar com a enfermeira orientadora, elaborei um “Plano de educação e treino ao cliente/CI na modalidade DPCA” (Apêndice III). A formalização de um plano de educação em DP está associada à melhoria de resultados tais como: redução de complicações infecciosas, melhor equilíbrio hídrico, melhor adesão terapêutica e melhor eficácia dialítica (OE, 2020). E a elaboração de um documento de “Avaliação do desempenho técnico do cliente/CI em ensino de DPCA” (Apêndice III), que permite uma avaliação contínua das estratégias usadas e proceder aos ajustes necessários (OE, 2020).

Um handicap evidente foi alguns elementos da equipa não serem sensíveis ao tema e a unidade não dispor de informação sobre a temática em estudo. Desta forma, elaborei um dossier com a evidência científica para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao cliente e seu CI, e foi desenvolvida uma estratégia de forma a fornecer informação sobre quais os recursos a utilizar (bases de dados, associações de referência para a área, documentos de consenso, *guidelines*).

2.2 Unidade de Hemodiálise

O estágio decorreu entre 7 de novembro e 17 de dezembro de 2022 e foi realizado numa unidade de HD, de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

Numa fase inicial de adaptação ao tratamento de HD, o enfermeiro deve estar atento às alterações significativas no ciclo de vida do cliente. Numa díade com o cliente/CI, deve elaborar um processo de planeamento de cuidados, incluindo estratégias de adaptação à DRCT, para minimizar os efeitos do processo cuidativo. A adaptação passa por três fases: período de lua-de-mel; período de desilusão e deceção; e o período de adaptação a longo prazo (OE, 2016). Sendo o enfermeiro um facilitador na transição saúde-doença, o estágio na unidade de HD faz parte da formação do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica vertente nefrológica da ESEL permitindo desenvolver competências para prestar cuidados especializados ao cliente e CI com DRC estágio 5.

Face aos objetivos preconizados pela ESEL e aos objetivos transversais previamente enunciados, propus-me desenvolver os seguintes objetivos pessoais no contexto de HD: 1) Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem; 2) Familiarizar-me com as técnicas de HD, desenvolvendo competências a nível das mesmas e reconhecer as alterações fisiopatológicas que o cliente sob HD vivência; 3) Maximizar o potencial funcional do cliente sob tratamento dialítico (HD), integrando os CI; 4) Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico sob HD; 5) Analisar a prática de cuidados na prevenção do *Burnout* do CI do doente renal crónico sob HD, contribuindo para capacitar a equipa de enfermagem onde me inseri.

1) “Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem”

A estrutura física, a composição da equipa e os métodos de trabalho adotados no contexto encontram-se enunciados no Apêndice II. Na fase inicial do estágio contactei com a estrutura da unidade, conheci a equipa multidisciplinar, negocieei o meu processo ensino-aprendizagem com a tutora, apresentando-lhe o projeto que tencionava desenvolver no decorrer do estágio, bem como acolher as críticas propostas.

O estágio decorreu sobretudo na sala principal com uma dotação de 13 postos (um posto de isolamento). A equipa é composta por 4-5 enfermeiros durante o período da manhã, dando resposta a clientes em regime de internamento, urgência ou ambatório. Os clientes em regime de ambatório são os que não encontram uma resposta na comunidade: os clientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) que aguardam a regularização de autorização de residência, acamados, clientes em fase terminal, clientes seropositivos com elevada carga viral e aqueles que aguardam colocação em clínica. O volume de tratamentos realizado pela unidade de HD diariamente é de aproximadamente 50 sessões/dia.

Ciente que o estágio é contributo para o processo ensino-aprendizagem dotando-me de competências para capacitar o cliente hemodialisado e o CI, não ficarei perita numa área tão específica como a HD. Apesar de ter desenvolvido

competências para intervir na capacitação do CI, não foi possível aplicá-las uma vez que a população-alvo de cuidados não era acompanhada pelos CI.

2) “Familiarizar-me com as técnicas de HD, desenvolvendo competências a nível das mesmas e reconhecer as alterações fisiopatológicas que o cliente sob HD vivência”

Tendo em conta a especificidade da unidade de HD, um dos maiores desafios foi a lacuna de conhecimentos sobre: avaliação e uso do AV (técnica de punção e de remoção das agulhas); gestão de complicações dos AV (infecção, hemorragia, hematoma, estenose, trombose, aneurisma) e dos CVC (infecção, disfunções mecânicas, complicações); familiarização com os monitores; e complicações intradialíticas (coagulação do circuito extracorporal, hipertensão arterial, hipotensão arterial, câibras, arritmias cardíacas, náuseas e vômitos, ou embolia gasosa).

No início sentia-me insegura para manusear o equipamento, pelo que uma das estratégias foi montar os circuitos dos dialisadores dos diferentes equipamentos. Numa segunda fase procedi à avaliação do processo dialítico dos clientes distribuídos, para responder às alterações fisiopatológicas decorrentes da sessão, nomeadamente: parametrização da sessão (peso à entrada, peso seco, carga de heparina, cálculo dos excessos, tempo total da sessão, filtro e tipo de acesso); avaliação dos parâmetros vitais; avaliação da pressão transmembrana, da ultrafiltração horária, da condutividade e da velocidade da bomba de sangue; avaliação da glicémia capilar em clientes diabéticos; administração de terapêutica; e documentação das intervenções de enfermagem. No final da sessão procedi à avaliação geral do tratamento, registando os parâmetros vitais e o peso face à ultrafiltração (OE, 2016).

Esta intervenção permitiu articular a teoria com a prática e munir-me de ferramentas para uma avaliação holística das reais necessidades do cliente. Numa terceira fase, e atendendo aos ganhos de autonomia, foi-me dada a oportunidade de manipular CVC e de puncionar duas FAV. Esta oportunidade gerou sentimentos ambíguos (ambicionava ter a experiência de puncionar um AV, no entanto, gerava insegurança) que foram superados através do apoio da orientadora sobre a técnica de punção, ângulo de canulação e possíveis intercorrências. O método de punção instituído na unidade é o método em área, que se traduz num menor desconforto algóico para o cliente (Pinto et al., 2023). No entanto, esta técnica não é isenta de desvantagens, podendo originar estenoses, aneurisma, hemorragias e perdas do AV

relacionadas com a punção, devendo ser evitada (OE, 2016). Pinto et al. (2023) referem que esta técnica persiste na prática clínica, pois os enfermeiros enfrentam várias barreiras que lhes permitam usar outras técnicas de canulação, nomeadamente: elevada carga de trabalho nas unidades de HD; pressão para cumprir horários de tratamento; destreza/treino do profissional. Realizei a canulação, tendo concluído todo o processo de cuidados ao cliente em questão desde a admissão até ao término da sessão.

Para uma correta avaliação da eficácia dialítica é imprescindível a avaliação dos perfis bioquímicos e hematológicos do cliente hemodialisado, sendo instituída na unidade a colheita de sangue pré e pós sessão de HD. Uma das medidas bioquímicas para aferir a eficácia do tratamento dialítico é avaliação do Kt/V (K – depuração de ureia do dialisador em mililitros por minuto; t – duração em minutos do tratamento; V – volume de distribuição de ureia no cliente em mililitros) (DaVita, 2021).

Ao longo do estágio as complicações intradialíticas mais frequentes na casuística foram: náuseas, vômitos, câibras, hipertensão arterial, hipotensão arterial e coagulação do circuito extracorpóreo. Consegui identificar estas complicações e implementar intervenções autónomas para a sua resolução.

3) “Maximizar o potencial funcional do cliente sob tratamento dialítico (HD), integrando o CI”

Tendo em conta que na unidade de HD os clientes não são acompanhados pelos CI, uma vez que se encontram internados ou em regime de ambulatório transitoriamente, não foi possível atingir totalmente o objetivo a que me propus. Mesmo assim, foi possível acompanhar alguns CI ajudando a aumentar o potencial de ajuda.

Ao longo do estágio capacitei o cliente para gerir a ingesta hídrica, as restrições alimentares e gerir as alterações devidas à HD (nomeadamente alterações de mobilidade, alterações visuais e/ou auditivas, prevenção de complicações, alterações das dinâmicas familiares, alterações da libido e performance sexual).

4) “Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico sob HD”

Com vista à consecução do objetivo e por forma a sustentar a minha praxis clínica, como já referido anteriormente foi realizada uma Revisão *Scoping* enunciada

no capítulo seguinte, da qual emergiu uma proposta de intervenções de enfermagem que permite dotar o CI do doente renal crónico hemodialisado de estratégias de prevenção e controlo de *Burnout* (Apêndice I).

No decorrer do presente estágio notei a falta de contacto com CI, bem como a pouca sensibilidade da equipa de enfermagem para a temática em estudo, talvez relacionada com limitações de contacto impostas pelas alterações pandémicas e/ou falta de visitas pela especificidade do contexto em questão. Ao constatar que a equipa onde estava inserida se encontrava pouco desperta para a temática gerou-me alguma inquietação, refleti sobre os motivos de não tentarem estabelecer uma parceria de cuidados mais frequentemente; bem como poderia sensibilizar a equipa de enfermagem com estratégias para a identificação, prevenção e controlo do *Burnout* eficazmente.

5) “Analisar a prática de cuidados na prevenção do *Burnout* do CI do doente renal crónico sob HD, contribuindo para capacitar a equipa de enfermagem onde me inseri”

Com vista à consecução do presente objetivo, e tendo em conta que a equipa de enfermagem não estava desperta para a importância da integração do CI como parceiro de cuidados, desenvolvi um poster (Apêndice IV) e uma sessão de formação (Apêndice V) sobre o “*Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise”.

A sessão de formação visou analisar a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise, sendo abordados o estatuto de CI, perspetiva histórica do conceito de CI e aspetos relacionados com o *burnout* e suas implicações para a prática clínica, conforme plano de sessão que se encontra em Apêndice V.

No final da sessão procedeu-se à avaliação da mesma, tendo sido a formação considerada importante por parte da equipa para a consciencialização/familiarização com os conceitos, conforme os dados apresentados no gráfico seguinte. Em Apêndice V encontra-se o documento elaborado para a avaliação da sessão de formação.

Gráfico 1 - Utilidade da Sessão de Formação na prática clínica



2.3 Internamento de Nefrologia e Transplante Renal

Um TR bem-sucedido tem impactos positivos a nível da sobrevivência, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida e numa economia para os sistemas de saúde em comparação com a diálise (URSDS, 2015). Em Portugal, em dezembro de 2021, 7244 (34.9%) clientes foram submetidos TR (2870 mulheres e 4374 homens). Em Portugal existem 9 centros de transplantação renal (Galvão et al., 2022).

O estágio decorreu de 3 de janeiro a 10 de fevereiro de 2023 e foi realizado num serviço de internamento de nefrologia e transplante renal, de um Centro Hospitalar da região de Lisboa. Esta unidade de internamento é reconhecida como um centro de referência na área da TR desde 2016 e certificada pelo departamento da qualidade na saúde da DGS em janeiro de 2019.

O serviço de nefrologia e TR oferece tratamentos e cuidados especializados a clientes adultos com patologia renal e transplantados, tais como avaliação e gestão da lesão renal aguda, da DRC/DRCT e do TR (fase pré e pós-transplante). A caracterização do local de estágio encontra-se em Apêndice II do presente relatório.

Elaborei um conjunto de objetivos que servissem de referência ao desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, tomando por base os objetivos pedagógicos preconizados pela ESEL para o estágio curricular no serviço de internamento de nefrologia e TR: 1) Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem; 2) Reconhecer o perfil sociodemográfico e clínico do doente renal crónico terminal internado; 3) Maximizar o

potencial funcional do cliente internado, integrando os CI; 4) Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico internado. Face aos objetivos enunciados procederei a uma análise crítica da sua consecução.

1) “Reconhecer a estrutura física do contexto, as especificidades da equipa multidisciplinar em que me inseri, bem como os métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem”

O internamento tem como missão a assistência, a formação e a investigação, garantindo todas as técnicas da especialidade. A principal função é promover cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade aos clientes com todas as formas de doença renal, assistência a todos os clientes que requerem diálise e TR e suporte aos familiares/CI dos clientes internados.

O contexto de estágio é um serviço de internamento de adultos, com capacidade de 17 camas de internamento conforme descrito no apêndice II, os internamentos neste serviço devem-se essencialmente a agudizações de DRC e/ou complicações associadas, realização de TR e complicações pós-TR.

O serviço promove a disseminação de conhecimentos científicos, através da análise e discussão da evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (jornal clube).

Os clientes são internados via urgência, consulta externa, referenciação inter-hospitalar ou por clínicas de HD extra-hospitalares. No momento da admissão é realizado o acolhimento e apresentação da estrutura física do serviço, fornecendo-se um guia de acolhimento e a carta dos direitos e deveres dos utentes, assim como folhetos informativos dirigidos à situação clínica do cliente.

Os clientes em programa regular de hemodiálise realizam três sessões semanais de HD num horário determinado pela unidade de HD.

Os cuidados pré-operatórios no TR respeitam a Norma 02/2013 da DGS Cirurgia Segura, Salva-Vidas e as recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico em vigor na instituição; o processo de acolhimento contempla a explicação dos procedimentos de preparação para a cirurgia. Além das rotinas pré-operatórias habituais (eletrocardiograma, radiografia tórax e análises sanguíneas) e do banho pré-cirúrgico, pode haver necessidade de realizar HD. No período pós-

operatório o cliente é encaminhado à Unidade de Cuidados Intensivos regressando depois ao serviço de internamento. Nesta fase são iniciados os ensinamentos do pós-TR.

Durante o desenvolvimento do estágio realizei a preparação pós-operatória, baseada no documento informativo instituído no serviço, que aborda as: alterações emocionais, cuidados após o regresso ao domicílio, sinais de alerta (sinais de rejeição do órgão e/ou de infeção), alterações ao estilo de vida (alimentação; monitorização diária do peso, temperatura, tensão arterial, glicémia capilar, ingestão hídrica, débito urinário, exercício físico evitando o contacto físico; evitar aglomerados de pessoas; atividade sexual) e adesão à terapêutica imunossupressora.

2) “Reconhecer o perfil sociodemográfico e clínico do doente renal crónico terminal internado”

Para que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Nefrológica possa ter uma visão holística da população-alvo dos seus cuidados, por forma a estabelecer um plano de cuidados individualizado e dirigido às reais necessidades do cliente, tornando-se um facilitador das diferentes transições, torna-se imperativo que este conheça o perfil sócio-demográfico e clínico dos clientes internados. Para a consecução deste objetivo de vital importância ao longo do estágio desenvolvi um documento estruturante “Perfil dos Clientes Internados num Serviço de Nefrologia e Transplante Renal no Mês de Janeiro de 2023” que se encontra em Apêndice VI.

3) “Maximizar o potencial funcional do cliente internado, integrando os CI”

O enfermeiro na sua prática profissional visa maximizar o potencial funcional do cliente, mantendo-o o mais independente possível pelo maior tempo possível.

A OE (2001) preconiza nos seus padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que o enfermeiro deve maximizar o potencial de saúde do cliente, fornecendo informação capaz de gerar novas aprendizagens e ganhos de capacidade. O enfermeiro almeja a excelência do exercício, estabelecendo parcerias de cuidados com os clientes, com vista à adaptação dos mesmos à sua nova condição de saúde.

Ao longo do estágio, procurei capacitar os clientes para a sua independência funcional; planear o processo de alta, integrando as necessidades do cliente e os

recursos da comunidade, bem como os CI que se constituem um parceiro na gestão do regime terapêutico (OE, 2001).

Um aspeto que considero essencial na consecução do meu processo de ensino-aprendizagem foi a oportunidade de documentação dos cuidados de enfermagem ao longo das diferentes fases do processo de enfermagem, base científica da profissão transversal a todos os contextos de prática clínica. Ao documentar os cuidados, de forma sistematizada, ficou bem patente a importância de uma colheita de dados aprofundada de modo a integrar o CI como parceiro quer na execução de cuidados, quer no planeamento dos mesmos, traduzindo-se em ganhos em saúde e na maximização do potencial funcional do cliente; ao estabelecer esta parceria aquando da prescrição de cuidados torna-se possível ir de encontro às reais expectativas do cliente e seu CI, alcançando a excelência do cuidar.

4) “Identificar estratégias na prevenção e controlo do *Burnout* do CI do doente renal crónico internado”

Um dos objetivos de estágio foi identificar as estratégias de prevenção e controlo do *Burnout* dos CI. Apesar da unidade não dispor de um processo formal para identificar estas estratégias, existia um programa de avaliação da ansiedade ao cliente submetido a indução dialítica através da escala de ansiedade e depressão (HADS).

Zhou et al. (2016 citado por Guerra, 2022) descrevem a ansiedade como a reação normal ao stress, que pode constituir uma função protetora. Guerra (2022) refere que este construto se distingue do *burnout*, uma vez que o último se desenvolve em virtude da acumulação de stressores, enquanto a ansiedade constitui a resposta fisiológica a situações ameaçadoras futuras.

Existe uma correlação entre *burnout* e ansiedade, sendo o *burnout* um fator de risco e preditor de ansiedade (Chi, 2010 citado por Guerra, 2022). Também, as pessoas predispostas a níveis de ansiedade elevados estão igualmente sujeitas a desenvolver *burnout* (Koutsimani et al., 2019 citado por Guerra, 2022).

Relacionada a ansiedade com o *burnout*, foi possível perceber que o enfermeiro desempenha um papel preponderante na identificação atempada das manifestações da mesma, podendo implementar um processo estruturado de prevenção e controlo sintomático da ansiedade e consequentemente das

manifestações de burnout do doente renal crónico renal, bem como indiretamente do seu CI.

Um outro aspeto que contribuiu positivamente para atingir o presente objetivo tem a ver com a consecução da revisão *scoping* constante no capítulo seguinte.

2.4 Análise das competências especializadas adquiridas ao longo dos estágios

O estágio permitiu aquisição das novas competências de enfermeiro especialista. Para Silva & Silva (2004) o estágio em enfermagem permite consciencializar o papel que o enfermeiro desenvolve durante o seu percurso profissional e reconhece as competências necessárias durante o seu desempenho.

O enfermeiro especialista além do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais é cumulativamente detentor de um conjunto de competências comuns às diferentes áreas de especialidade (patentes no Regulamento nº 140/2019) e de um conjunto de competências específicas da sua área de especialidade.

A OE (2019) define as competências comuns do enfermeiro especialista como as competências comuns a todos, independentemente da área de especialidade, evidenciadas pela elevada capacidade de conceberem, gerirem e supervisionarem cuidados, bem como pelo efetivo suporte ao exercício profissional especializado aos níveis da formação, assessoria e investigação. O regulamento nº 140/2019 (OE, 2019, p. 4745) define quatro domínios de competências, transversais às diversas especialidades em enfermagem, e que passo a citar: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da Qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Ao longo dos estágios segui os quatro domínios de competências, adotei sistematicamente uma postura ética, cumprindo escrupulosamente os preceitos ético-deontológicos e legais que regem a profissão, zelando pelos direitos humanos dos clientes a quem prestei cuidados e fazendo-os cumprir.

Para responder ao segundo domínio de competências, evidenciei um papel proativo e dinamizador, criando momentos crítico-reflexivos acerca das práticas e dos processos de melhoria contínua que poderiam ser implementados, demonstrando

preocupação com a segurança dos cuidados, bem como o ambiente terapêutico. Ao longo do estágio desenvolvi atividades para dar resposta a este domínio tais como: plano de capacitação do cliente submetido a DP e seu CI e elaboração de *checklist* de avaliação a utilizar pela equipa de enfermagem; criação de um dossier de suporte à decisão clínica (onde consta a evidência científica mais relevante); realização de uma sessão de formação; criação de um poster; elaboração de uma proposta de intervenções de enfermagem; e elaboração do documento “Perfil dos Clientes Internados num Serviço de Nefrologia e Transplante Renal no mês de Janeiro de 2023”.

Integrada na equipa de saúde, envolvi-me nas tomadas de decisão clínica, reconhecendo a necessidade de referenciar para as diferentes classes profissionais, participando ativamente na troca de informação clínica relevante à tomada de decisão, criando normas de orientação e de otimização das práticas clínicas, mobilizando os recursos para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, evidenciando o terceiro domínio de competências gestão de cuidados.

Face ao distanciamento entre a minha realidade profissional e à área clínica onde se desenrolaram os estágios, houve um compromisso da minha parte em observar e analisar as práticas instituídas, por forma a sustentar o meu processo de aprendizagem profissional e desenvolver uma postura de autoconhecimento com vista a reconhecer os meus limites quer pessoais quer profissionais. Adotei ao longo dos estágios uma postura conciliadora, evidenciando capacidades de gestão de possíveis conflitos, emoções e situações geradoras de *stress*. Baseei a minha práxis clínica na melhor evidência científica, tendo inclusive desenvolvido uma revisão *scoping* e disponibilizando as principais conclusões e evidências mais significativas às equipas dos contextos onde me inseri.

O conteúdo funcional específico do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica encontra-se vertido no regulamento n.º 429/2018 (2018). No entender da OE (2019) as competências específicas derivam intrinsecamente das repostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e do campo de intervenção inerente a cada área de especialidade, evidenciadas pelo grau de adequação de cuidados excecional face às necessidades manifestadas pelos clientes.

Apesar de haver uma oferta formativa específica de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente nefrológica a nível pós-graduado nas escolas de enfermagem

portuguesas, esta vertente carece de regulação no país, pelo que segui as competências específicas preconizadas pela EDTNA/ERCA (2007).

A análise das competências específicas, tendo por base o perfil emanado necessita de uma prévia adequação/adaptação à realidade de prestação de cuidados portuguesa, pelo que algumas das competências preconizadas não são passíveis de ser atingidas plenamente no nosso país, face ao atual perfil de competências dos enfermeiros portugueses e sem que colidam com as atribuições sociais de outros profissionais de saúde, a título meramente exemplificativo, médicos e/ou nutricionistas.

Após uma prévia e cuidada avaliação das competências, considero que a generalidade das atividades desenvolvidas, conduziram-me à consecução das competências preconizadas para o enfermeiro especialista na vertente nefrológica.

Nos três períodos de estágio houve a preocupação de contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvi documentos de suporte às melhores práticas clínicas, criando uma proposta de intervenções para a prevenção e controlo do burnout do CI, resultado da revisão scoping elaborada. Desenvolvi uma postura proativa, promovendo o trabalho multidisciplinar e, contribuí para a reflexão multidisciplinar com vista aperfeiçoamento dos profissionais, competências preconizadas pela EDTNA/ERCA para o enfermeiro especialista nesta área.

Integrei de forma sistemática o doente renal crónico e o seu CI, envolvendo-os nas diferentes etapas de planeamento dos cuidados, negociando e respeitando as opções por estes tomadas e contribuindo de forma positiva para a satisfação das necessidades/cuidados a desenvolver em contexto domiciliário. Tendo em conta o tema sobre o *burnout* do CI, sem descurar as oportunidades formativas, prestei especial atenção à vertente psicológica para referenciar para técnicos especializados desta área de intervenção os clientes/CI que evidenciassem sinais desta síndrome.

Durante o estágio encetei esforços para capacitar o cliente/CI, explicitando aspetos relacionados com DRC, alterações fisiopatológicas, fatores de risco, alternativas de TSFR, respondendo às dúvidas dos clientes/CI, promovendo uma gestão adequada do seu regime terapêutico e uma escolha consciente e informada. Estas competências foram adquiridas/aperfeiçoadas particularmente na consulta de esclarecimento, contribuindo para isso a disponibilidade da enfermeira orientadora.

Em articulação com o definido no artigo 15º do decreto-lei 74/2006, desenvolvi competências de mestre, mobilizando conhecimentos específicos e aplicando-os a uma realidade de cuidados específica como a prestação de cuidados a doentes portadores de DRC sob TSFR, evidenciando capacidade para resolver problemas face a situações desconhecidas e integrando os diferentes elementos da equipa multidisciplinar no percurso. Tive a preocupação de comunicar os resultados aos diferentes atores da práxis clínica, fossem estes especialistas ou não, de forma clara e inteligível, aspeto fundamental para a atribuição do grau de mestre, conforme o decreto-lei supracitado. Destaco que durante o processo formativo, tive sempre a preocupação de adquirir conhecimentos, adotando uma postura de compromisso e responsabilidade perante o meu processo de ensino-aprendizagem.

3. REVISÃO SCOPING

3.1 Introdução

Segundo a OMS (2009), o aumento da incidência de doenças crónicas e/ou incapacitantes na população portuguesa condicionam a independência da pessoa na satisfação das atividades de vida diária e a sobrecarga das instituições de saúde. Em Portugal, a maioria dos cuidados de saúde são assegurados por CI, pessoas que prestam assistência contínua em atividades da vida diária a pessoas que não podem desempenhar adequadamente as suas funções devido à situação de saúde. Na Europa estima-se que os CI desenvolvem uma carga de trabalho de aproximadamente 16 a 40 horas semanais, o que condiciona o desenvolvimento de sentimentos de *Burnout*, especialmente nos cuidadores de pessoas portadoras de doenças crónicas e/ou demência, reduzindo significativamente a capacidade funcional destes (EU & ECORYS, 2021).

A Revisão *Scoping* intitulada “*Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise: Intervenções de Enfermagem” foi elaborada segundo o protocolo da JBI (2020), que contribui para o desenvolvimento da competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência clínica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749). A elaboração da revisão *scoping* permitiu mapear as intervenções de enfermagem orientadas para a prevenção e controlo do *Burnout* no CI do Doente Renal Crónico hemodialisado, bem como sistematizar as estratégias no âmbito desta temática.

Com o intuito de atingir os objetivos que defini e desenvolver as competências a que me propus foram utilizadas diversas estratégias: pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas MEDLINE e CINAHL, da plataforma EBSCOhost Integrated Search, Google Académico e recursos bibliográficos da ESEL.

3.2 Metodologia

Para a construção da questão de investigação foi utilizado o acrónimo PCC (JBI, 2020) e formulámos a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções*

do enfermeiro na prevenção e controlo do burnout no cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise?

Seguimos as orientações da JBI (2020) sobre a População, Conceito e Contexto:

População: Estudos que incluam pessoas adultas (com idade igual ou superior a 18 anos) cuidadores informais de doentes renais crónicos.

Conceito: Intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *Burnout*.

Contexto: Programa regular de Hemodiálise.

Usámos as seguintes palavras-chave: Caregivers, Kidney Failure Chronic, *Burnout*, Caregivers Burden, Nursing Care, Nursing Role, Hemodialysis.

Definimos como critérios de inclusão estudos qualitativos e quantitativos, disponíveis em texto integral, publicados no período temporal de 2012 a 2022, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, cuja população seja constituída por cuidadores informais de doentes renais crónicos de clientes com idade igual ou superior a 18 anos. Os estudos a incluir devem permitir identificar ou deduzir/justificar intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *burnout* em cuidadores informais de clientes com DRC sujeitos a programa regular de hemodiálise.

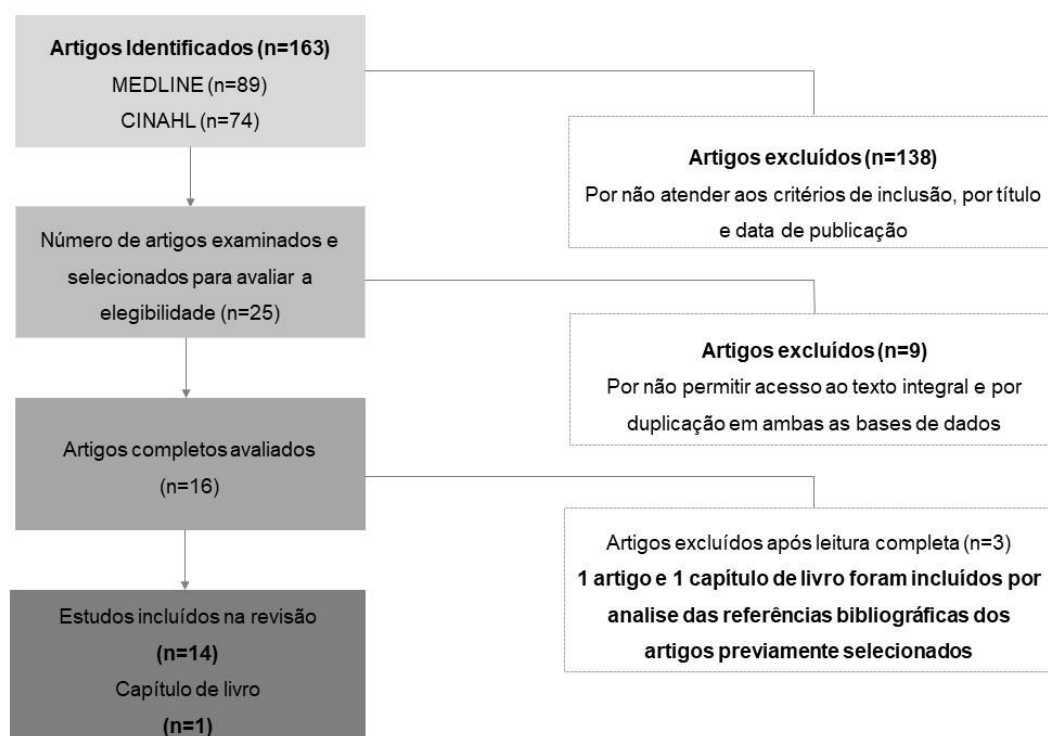
Seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), a estratégia de pesquisa foi definida em três etapas. Na primeira etapa realizou-se uma pesquisa limitada a duas bases de dados, a MEDLINE e a CINAHL (via EBSCOhost) usando os termos indexados. De seguida usámos as palavras-chave contidas no título, no resumo e nos termos indexados utilizados para descrever cada artigo encontrado (tabela 1). A JBI (2020) preconiza que as bases de dados utilizadas se adequem à realização de uma revisão *scoping* com ferramentas de avaliação da qualidade dos estudos selecionados. Na terceira fase, foram excluídos artigos não relacionados com intervenções de enfermagem nem com doentes renais crónicos em hemodiálise. Registos duplicados nas bases de dados ou sem acesso ao texto integral foram também eliminados.

Tabela 1. Linguagem natural utilizada na pesquisa inicial e respectivos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO.

	Termos indexados	
	Linguagem natural	
	MEDLINE	CINAHL
População		
- Caregivers	- (MM "Caregivers")	- (MM "Caregivers")
- Kidney Failure Chronic	- (MM "Kidney Failure,	- (MM "Renal Insufficiency,
- Renal Insufficiency Chronic	Chronic") OR (MM "Renal	Chronic") OR (MM "Kidney
	Insufficiency, Chronic")	Failure, Chronic")
Conceito		
- <i>Burnout</i>	- " <i>Burnout</i> " OR (MM	- " <i>Burnout</i> "
- Caregivers Burden	"Caregivers Burden")	- (MM "Caregivers Burden")
- Nursing Care	- (MM "Nursing Care")	- (MM "Nursing Care")
- Nursing Role	- "Nursing Role	- (MM "Nursing Role")
Contexto		
- Hemodialysis	- "Hemodialysis"	- (MM "Hemodialysis")

Após uma pesquisa completa por fases nas bases de dados, identificámos um total de 163 artigos, dos quais 54% pertenciam à MEDLINE e 45% à CINAHL. Dos 163 artigos, 138 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Dos 25 artigos selecionados de ambas as bases de dados, 9 foram eliminados por terem sido publicados em ambas as bases ou porque não permitiam o acesso ao texto integral. Outros 3 foram eliminados por não mencionarem intervenções específicas de enfermagem, resultando um número (n) de 13 artigos incluídos. Pela análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos foram posteriormente selecionados 1 artigo e um capítulo de livro (literatura cinzenta). No total foram incluídos 14 artigos e um capítulo de livro na presente revisão, como demonstrado na figura 2.

Figura 2. Fluxograma de pesquisa



3.3 Resultados

Dos 14 artigos selecionados, 13 são de língua inglesa e 1 de língua espanhola. Os artigos foram publicados em 4 revistas médicas, 4 revistas de enfermagem, sendo os restantes publicados em revistas de sociedades de nefrologia e saúde. Foram desenvolvidos 5 no Irão, 2 na Índia, 2 nos Estados Unidos, 1 na Indonésia, 1 em Cuba, 1 na Nigéria, 1 no Canadá e 1 na Jordânia. O capítulo de livro revisado por pares, idioma inglês, foi publicado na Turquia. A totalidade dos artigos e capítulo de livro foram publicadas entre 2016 e 2022.

A revisão dos artigos selecionados procurou mapear as intervenções de enfermagem na prevenção e controlo do *Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise, permitindo sugerir as seguintes dimensões de intervenções de enfermagem para: (1) acompanhamento estruturado ou mentoria; (2) programas educativos para desenvolver competências; (3) reforço e criação de redes de apoio; e (4) melhoria da relação clínica. Foi elaborada uma tabela com a análise detalhada e caracterização de cada um dos artigos e capítulo de livro, que se encontra em Apêndice VII.

Acompanhamento estruturado ou mentoria

A intervenção que se refere à mentoria estruturada visa avaliar a sobrecarga percebida pelos cuidadores através da orientação de enfermeiros especializados em doenças renais crônicas ou na sobrecarga dos cuidadores. O estudo de Ghahramani et al. (2022) demonstrou que os programas de monitorização estrutural reduzem a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores de clientes com doenças renais crônicas, pois nos programas de mentoria os cuidadores expõem as suas dúvidas, e adicionalmente os profissionais identificam sintomas de sobrecarga.

Outro estudo que apoia a mentoria é o de Adejumo et al. (2019) que avaliou a sobrecarga dos cuidadores e o bem-estar psicológico, demonstrando que a intervenção dos enfermeiros é uma forma de intervenção adequada que melhora os resultados dos cuidadores. Ou seja, os que participam em programas de ação participativa e em programas de mentoria com enfermeiros que prestam informação sobre os cuidados de diálise melhoram os seus resultados nos cuidados aos clientes.

Por outro lado, os programas de mentoria também permitem intervenções psico-educacionais sobre a sobrecarga de prestação de cuidados, como explicado por Hemmati Maslarpak et al. (2019), que demonstraram que a mentoria é eficaz na redução da sobrecarga do CI. Os autores mostram que a comunicação de sentimentos negativos sobre a prestação de cuidados melhora os sentimentos de conforto e diminui a sobrecarga. O estudo de Demirbağ et al. (2018) também demonstrou uma relação entre a ansiedade, depressão, fadiga e scores de isolamento social. Quando os cuidadores participam em programas psico-educacionais fornecidos por enfermeiros, os sentimentos de ansiedade e isolamento social diminuem, especialmente à medida que os participantes se adaptam a uma nova realidade de comunicação contínua e desenvolvem uma relação próxima com enfermeiros, dispostos a uma comunicação e resposta contínua sobre as necessidades e orientação que as pessoas devem ter em termos de tarefas e cuidados em hemodiálise.

Desenvolvimento de Habilidades

As intervenções dos enfermeiros para desenvolver as competências dos prestadores de cuidados têm sido uma das intervenções mais relatadas na literatura. Este desenvolvimento de competências está relacionado com a influência dos enfermeiros sobre as pessoas para adquirirem estratégias de autocuidado,

autoestima, autoaperfeiçoamento, autoconfiança e desenvolvimento de papéis pessoais. Podem ser semelhantes à mentoria, mas o desenvolvimento de competências centra-se nos prestadores de cuidados, enquanto as mentorias se destinam principalmente a resolver as preocupações dos clientes e a fornecer aos clientes informação participativa contínua.

O estudo de Pio et al. (2022) demonstrou que altos níveis de sobrecarga estão positivamente correlacionados com estados de ansiedade, depressão e diminuição da qualidade de vida. Os enfermeiros podem ajudar a diminuir os níveis de sobrecarga e ansiedade quando desenvolvem competências de cuidador.

O estudo de Baay et al. (2019) mostrou que o desenvolvimento de competências está relacionado com o aumento de conhecimentos sobre a doença, vontade de aprender e ensinar acerca de crenças sobre as suas próprias capacidades, o que melhora a sua autoconfiança e melhora as suas técnicas de autogestão. O estudo de Alnazly (2016) concorda com estas abordagens e conclui que o desenvolvimento de competências também está relacionado com a possibilidade de os clientes crescerem espiritualmente e de se autogerirem, ou seja, as pessoas com competências mais elevadas acreditam ser suficientemente capazes de resolver problemas, o que melhora a sua autoestima e, especialmente a forma de lidar adequadamente com problemas de comportamento ou necessidades dos pacientes de quem cuidam.

Outras competências mencionadas são as estratégias para lidar com o sentimento de raiva, que, como Ghane et al. (2016) explicam, os pacientes devem desenvolver capacidades de comunicação, gestão do sentimento de raiva e respiração profunda para evitar sentimentos de sobrecarga. Os enfermeiros podem intervir em programas de gestão de sentimentos ou meditação e em pacientes ou prestadores de cuidados que possam ter falhas nestes aspetos.

O estudo de Rabiei et al. (2020) menciona que o desenvolvimento de competências deve ser centrado na autoeficácia, uma vez que os enfermeiros demonstraram ser mais competentes na resolução de problemas de prestação de cuidados face a um membro da família, pelo que é importante que estes transmitam os seus conhecimentos aos CI para maior autossuficiência dos mesmos e demonstrar que podem ultrapassar os desafios que a prestação de cuidados no dia-a-dia lhes impõem.

Redes de apoio

Outra intervenção que os enfermeiros desenvolvem por forma a munir os prestadores de cuidados de mecanismos de *coping* é a criação de redes de apoio. Sotoudeh et al. (2019), explicam que os enfermeiros fomentam relações familiares e sociais reforçando as dimensões espirituais e interpessoais dos indivíduos, que a pertença a um grupo de apoio, permite partilhar conhecimentos e criar consciência sobre a doença, bem como promover estados de desenvolvimento físico e mental e capacidades de comunicação, com vista à melhoria da capacidade de resposta entre os prestadores de cuidados. Os cuidadores que participam em programas de grupo que fomentem relações de apoio demonstram melhor conhecimento, consciência da doença e melhores resultados em termos de saúde mental e física.

Outro estudo que apoia a estratégia de apoio social é o de Martinez et al. (2019), que demonstra que as intervenções de enfermagem grupais proporcionam uma rede de apoio social que facilita as tarefas e cria uma comunidade de apoio sobre recursos de informação, diminui a sobrecarga de cuidadores e, promove competências de prestação de cuidados. Por outro lado, o estudo de Nagarathnam et al. (2021) demonstrou que as intervenções dos profissionais devem concentrar-se na redução da sobrecarga, sendo mais eficazes se partilhadas numa rede de apoio social que vivenciam ou vivenciaram a mesma situação.

Finalmente, o estudo de Surendran et al. (2018) mostrou que programas de apoio em rede com voluntários da comunidade protegem os prestadores de cuidados, motivando-os a desenvolver a saúde física e mental evidenciando melhorias ao nível da coordenação dos cuidados aos clientes. Foram menos evidentes problemas psicológicos, sociais e espirituais quando existe uma comunidade de apoio em que existam enfermeiros e voluntários.

Melhorar a relação clínica

As intervenções de enfermagem estão relacionadas com a mediação entre o cuidado profissional (assegurado por pessoal clínico) e o prestador de cuidados. O estudo de Nagarathnam et al. (2021) explica que os sentimentos de sobrecarga e aversão estão principalmente presentes em membros da família com condições demográficas, socioeconómicas ou emocionais distintas entre si. Os enfermeiros são responsáveis por se centrarem na redução destes sentimentos de sobrecarga, na

melhoria da qualidade de vida das pessoas e da relação clínica para permitir uma dinâmica constante de respeito e compreensão.

Outro estudo que corrobora esta informação é desenvolvido por Eneanya et al. (2020) que demonstram que os cuidadores procuraram informação sobre diferentes opções de tratamento e planeamento de cuidados avançados, bem como em procurar profissionais especializados como os nefrologistas. No entanto, os médicos não têm este papel, e em muitas ocasiões tendem a subestimar a informação dos cuidadores. O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados adequados, fornecendo informação sobre a opção de tratamento correta, bem como o planeamento de cuidados especializados.

Por fim, o estudo de Ghane et al. (2017), demonstra que os enfermeiros são responsáveis por programas que melhoram a qualidade de vida dos prestadores de cuidados, desempenhando um papel importante como mediadores na relação cliente-sistema de saúde.

3.4 Discussão dos resultados

Da análise de resultados da revisão *scoping* emergiram quatro domínios de intervenção autónoma do enfermeiro: (1) acompanhamento estruturado ou mentoria; (2) programas educativos para desenvolver competências; (3) reforço e criação de redes de apoio; e (4) melhoria da relação clínica.

Dos 14 estudos e do capítulo de livro incluídos depreende-se que a mentoria tem efeitos positivos sobre a sobrecarga percebida pelos cuidadores através da orientação de enfermeiros especializados em doenças renais crónicas ou na sobrecarga dos cuidadores. Estes profissionais, segundo a literatura têm um papel preponderante no desenvolvimento de habilidades no âmbito das estratégias de autocuidado, autoestima, autoaperfeiçoamento, autoconfiança e desenvolvimento de papéis pessoais. No decurso da sua prática clínica, os enfermeiros, incrementam as estratégias de *coping* dos clientes e seus CI, permitindo mobilizar recursos familiares, comunitários e associações de clientes e cuidadores por forma a incrementar positivamente os resultados da sua intervenção e a aceitação do novo contexto de saúde-doença dos clientes. Através de uma intervenção estruturada o enfermeiro minimiza os riscos de sobrecarga e os sentimentos de aversão do CI, atendendo às

expectativas do mesmo e o contexto sócioeconómico, demográfico e familiar onde se insere.

Apesar da análise dos estudos emergirem as 4 categorias anteriormente explanadas, estas são vagas, não descrevendo objetivamente as intervenções de enfermagem a adotar na prática clínica para uma minimização do *burnout* dos CI, limitando-se a dar noções/descrever possíveis programas de intervenção sem que os mesmos sejam especificados. No entanto, importa clarificar que os resultados/impactos positivos dos programas de intervenção são corroborados nos resultados dos diversos artigos incluídos, sendo consistentes inter-observadores. Uma limitação a apontar, transversal aos diferentes estudos considerados, prende-se com o facto de estes não determinarem qual o intervalo temporal da intervenção ou sequer qual o intervalo temporal em que os seus efeitos foram observados.

De ressaltar que nos estudos incluídos houve a preocupação de utilizar instrumentos de colheita e validação dos dados adequados à população e objeto do estudo, culturalmente validados, sendo a extração para a presente revisão *scoping* realizada com base no protocolo do JBI, minimizando assim o viés metodológico; no entanto a avaliação da qualidade metodológica dos artigos não foi avaliada, o que constitui uma limitação ao presente estudo.

Importa realizar estudos primários adequados ao contexto português, uma vez que, em regra, os estudos foram realizados em países em vias de desenvolvimento, com uma cultura distinta da portuguesa, o que compromete a validade dos resultados para o contexto português ou pode conduzir a um enviesamento dos mesmos. Torna-se assim premente o desenvolvimento de estudos culturalmente adequados e válidos para o contexto de cuidados portugueses.

3.5 Conclusões

É evidente que existem áreas onde os enfermeiros podem intervir e são adequadas para criar estratégias ou programas que possam prevenir e controlar o *Burnout* nos CI dos doentes com doença renal crónica sob hemodiálise. Entre esses fatores, podemos mencionar que os enfermeiros são responsáveis por fazer um acompanhamento constante dos cuidadores para resolver as suas dúvidas e preocupações; desenvolver competências e capacidades que lhes permitam

desempenhar o seu papel de prestadores de cuidados e reduzir sentimentos de sobrecarga e ansiedade; constituir uma rede de apoio para diferentes comunidades ou voluntários e, especialmente, criar consciência da doença, sendo responsáveis por melhoria da relação clínica.

Limitações da revisão

Embora a amostra nos pareça aceitável, temos de admitir que a nossa revisão apresenta limitações, uma vez que a pesquisa bibliográfica se restringiu apenas a duas bases de dados (MEDLINE e CINAHL), o que pode provocar enviesamento dos resultados. Uma outra limitação que identificamos prende-se com o facto de termos apenas considerado artigos disponíveis em língua portuguesa, inglesa e espanhola por limitação do investigador, o que diminui o universo de estudos que poderiam ser considerados. Embora a maior parte dos artigos sejam ensaios clínicos randomizados, o que demonstra um elevado nível de evidência, podemos ter algum enviesamento nos resultados por exclusão de artigos sem acesso integral.

Face às limitações apontadas consideramos que é necessário realizar mais revisões de literatura, nomeadamente revisões sistemáticas da literatura, por forma a estabelecer *guidelines* que corroborem o contributo que o enfermeiro especialista pode ter na redução do *burnout* dos CI dos doentes renais crónicos hemodialisados, tendo por base a sua intervenção autónoma.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *burnout* do cuidador informal do doente renal crónico sob tratamento dialítico é uma condição ainda subvalorizada e pouco descrita na literatura. Apesar desta subvalorização o enfermeiro tem um *core* de intervenções efetivas que podem facilitar o processo de adaptação perante uma transição saúde/doença inevitavelmente geradora de ansiedade e insegurança, face ao desconhecido.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente nefrológica, tem indubitavelmente uma ação diferenciada, tendo por inerência, face ao acréscimo de competências que detém e ao domínio de conhecimentos avançados sobre o processo fisiopatológico e sobre as terapêuticas de substituição da função renal, um papel diferenciador, gerador de valor acrescido no seio da sua equipa, proporcionando cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança dos cuidados prestados.

O processo ensino-aprendizagem desenvolvido permitiu a aquisição de capacidades/competências especializadas na área de atuação. No decurso do processo formativo, através da adoção de uma postura proativa, de um processo crítico-reflexivo sistemático e auto-orientado, foi possível a apropriação de novos conhecimentos que em muito contribuíram para a visão holística pela qual um enfermeiro especialista e mestre se deve caracterizar perante situações novas e inesperadas.

No decorrer dos diversos estágios foram elaborados documentos estruturantes, adotando metodologia científica, característica em que um mestre deve ser proficiente; um dos documentos que importa ressaltar foi a revisão *scoping* da qual emergiu uma proposta de intervenções, instrumento útil para a *práxis* clínica numa área em que a evidência científica ainda é escassa.

Em jeito de súmula, o desenvolver deste percurso formativo traduz-se inevitavelmente num processo de desenvolvimento pessoal e profissional significativo. Um processo formativo induz sempre mudanças, que neste caso, se revestem em aspetos fulcrais para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, não se esgotando naquilo que é a necessidade de encetar esforços na capacitação das equipas onde me insiro. Importa ter presente que o enfermeiro especialista além da

gestão de cuidados, deve ter um papel ativo na formação dos membros da equipa, competência descrita no conteúdo funcional do enfermeiro especialista.

Face ao processo de revisão da literatura desenvolvido importa deixar patente que apesar deste relatório constituir um contributo no mapeamento de intervenções a ter em conta na prevenção e controlo do *burnout* do cuidador informal, a evidência disponível é ainda muito limitada, carecendo o tema de uma necessidade de aprofundamento através da elaboração de estudos robustos e com cumprimento escrupuloso dos aspetos metodológicos, com amostras que permitam a inferência estatística.

Importa referenciar que se devem implementar políticas sociais e de saúde facilitadoras da assunção do papel do prestador de cuidados informais. O reconhecimento do estatuto de cuidador informal ainda é um processo altamente burocrático e complexo face à realidade social e ao grau de literacia da generalidade da população portuguesa, advogando os enfermeiros o reconhecimento legal dos cuidadores informais e a melhoria das condições de desempenho deste papel, tendo presente a importância vital destes como parceiros de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adejumo, O. A., Iyawq, I. O., Akinbodewa, A. A., Abolarin, O. S., & Alli, E. O. (2019). Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. *Ghana Medical Journal*, 53(3), 190-196. <https://doi.org/10.4314/gmj.v53i3.2>

Alligood M. R. (2013). Nursing Theorists and Their Work. (8º edição). Mosby Elsevir. 416-433.

Almeida, A. (2012). *VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES CUIDADORES DA PESSOA EM HEMODIÁLISE* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9294/3/disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

Almeida, C. (2021). *Literacia em Saúde, um Desafio Emergente - O Poder e a Dimensão do Cuidador Informal no Sistema de Saúde*. (Vol. II). Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/coletaneall.pdf

Alnazly, E. K. (2016). Burden and coping strategies among Jordanian caregivers of patients undergoing hemodialysis: Burden and coping strategies among caregivers. *Hemodialysis International*, 20(1), 84-93. <https://doi.org/10.1111/hdi.12318>

Alves, L. C. de S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. de C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13,415-421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>

Andradre, A., Augusto, B., Fernandes, F., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C., Torres, E., Lopes, G., Saraiva, G., Martins, M., Veloso, M., Pinheiro, M., Andrade, M., Catapirra, M., Rodrigues, M., Abrunheiro, S. & Almeida, Z. (2021). *Literacia em saúde, um desafio emergente: O poder e a dimensão do cuidador informal no sistema de saúde*. Vol. II. (1º Edição).

Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: impacto positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais*, Nº 86, p. 26. <http://hdl.handle.net/1822/20901>

Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. ISBN: 978-0-6488488-0-6. <https://synthesismanual.jbi.global>

Baay, S., Hemmelgarn, B., Tam-Tham, H., Finlay, J., Elliott, M. J., Stratus, S., Beanlands, H., Herrington, G., & Donald, M. (2019). Understanding Adults With Chronic Kidney Disease and Their Caregivers Self-Management Experiences: A Qualitative Study Using the Theoretical Domains Framework. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 6, 205435811984812. <https://doi.org/10.1177/2054358119848126>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto editora.

Borges, E. (2018). *Enfermagem do Trabalho – Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*. (1ª edição). Lidel.

Branco M. (2005). *Necessidades dos cuidadores familiares dos doentes oncológicos em fase terminal* [Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto]

Carlotto, M.S. (2012). *Síndrome de Burnout em professores: avaliação, fatores associados e intervenção*. Porto: LIVPSIC

Catani, D. B., & Gallego, R. de C. (2009). *Avaliação*. Fundação Editora UNESP.

Censos (2021, dezembro 16). Censos 2021 - *Divulgação dos Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2

DaVita (2021). *Entenda o que significa Kt/V*. DaVita Tratamento Renal. <https://www.davita.com.br/tratamento-renal/blog-da-dialise/entenda-o-que-significa-ktv/>

Decreto Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: I série, nº60. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Decreto Regulamentar n.º 1/2022. Presidência do Conselho de Ministros. Assembleia da República. Diário da República: I Série (N.º 6 de 10/01/2022). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/1-2022-176907535>

Demirbag, B. C., Ozkan, Ç. G., Bayrak, B., & Kurt, Y. (2018). Caregiver Burden and Responsibilities for Nurses to Reduce Burnout. En *Caregiving and Home Care*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68761>

DGS (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa, Norma nº 017/2011 da Direção Geral de Saúde.

DGS (2013). *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Lisboa, Norma nº 02/2013 da Direção Geral de Saúde.

Diário da República n.º 109/2006, do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I – A Série, n.º 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

DIGNUS. (2020). Cuidador Informal. *Revista técnica de geriatria e gerontologia*. Disponível em: <https://www.dignus.pt/2020/11/05/cuidadores-informais-sao-ja-14-milhoes-em-portugal/>

EDTNA/ERCA (2007). Competecy Framework. Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA.

EDTNA/ERCA (2016). 500 Questions and Answers about Peritoneal Dialysis - *A Guide to Clinical Practice*. <https://www.edtnaerca.org/>

Ekman, B., McKee, K., Vicente, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2021). Cost analysis of informal care: Estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC Health Services Research*, 21, 1236. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07264-9>

Eneanya, N. D., Labbe, A. K., Stallings, T. L., Percy, S., Temel, J. S., Klaiman, T. A., & Park, E. R. (2020). Caring for older patients with advanced chronic kidney disease and considering their needs: A qualitative study. *BMC Nephrology*, 21, 213. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01870-1>

EUROCARERS (2023). *About carers*. <https://eurocarers.org/about-carers/>

Eurocarers/IRCCS-INRCA (2021). Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe - Final report. Brussels/Ancona. <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2021/05/EUC-Covid-study-report-2021.pdf>

European Union, S. A. And I. European C., & ECORYS. (2021). *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/06382>

Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., Walker, R., & Brunier, G. (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36(6), 592–605. <https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>

Freudenberger, H. J. (1974). *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*, 30: 159–165.

Galvão et al. (2022). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2021*. Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Gérain, P. & Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*. 10:1748. [Frontiers | Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving \(frontiersin.org\)](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748)

Gérain, P., & Zech, E. (2021). Do informal caregivers experience more burnout? A meta-analytic study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372>

Ghahramani, N., Chinchilli, V. M., Kraschnewski, J. L., Lengerich, E. J., & Sciamanna, C. N. (2022). Improving Caregiver Burden by a Peer-Led Mentoring Program for Caregivers of Patients With Chronic Kidney Disease: Randomized Controlled Trial. *Journal of Patient Experience*, 9, 23743735221076310. <https://doi.org/10.1177/23743735221076314>

Ghane, G., Ashghali Farahani, M., Seyedfatemi, N., & Haghani, H. (2016). Effectiveness of Problem-Focused Coping Strategies on the Burden on Caregivers of Hemodialysis Patients. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2), e35594. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal35594>

Ghane, G., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Haghani, H. (2017). The effect of supportive educative program on the quality of life in family caregivers of

hemodialysis patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 80.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_78_16

Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1,19-33.

Grosso, J. P. (2019). *Perfil do cuidador principal da pessoa com Doença Renal Crônica em estadio avançado* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/126589>

Guerra, C. (2022). *Análise do Burnout como fator de risco para a Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida* [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior]

Hemmati Maslakkp, M., Torabi, M., Radfar, M., & Alinejad, V. (2019). The Effect of Psycho-educational Intervention on the Caregiver Burden among Caregivers of Hemodialysis Patients. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 16(1), 13-24. <https://doi.org/10.29252/jgbfnm.16.1.14>

Hofrichter, M. (2017). *Análise swot; quando usar e como fazer*. Editora Simplissimo. Ebook.

Imaginário C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. (1º edição) Formassau.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Departamento de Prestações e Contribuições. https://www.segsocial.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4

Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). Reconhecimento do estatuto do cuidador informal. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>

International Society for Peritoneal Dialysis (2017). ISPD Catheter-Related Infection Recommendations: 2017 Update. *Journal Of The International Society For Peritoneal Dialysis*, 37(2), 141–154.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00120>

Kalantar-zadeh, K., Li, P., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S., Ulasi, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuid, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., 25 Poidevin, A., Saadi, G. & Tong, A. (2020). *Viver bem com doença renal através da capacitação do paciente e do cuidador: saúde dos rins para todos em todos os lugares*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/MkPrWT4Mk7tqfQ4JKt9n9Pm/?lang=en>

Kandel, E. R., Dudai, Y., & Mayford, M. R. (2014). The Molecular and Systems Biology of Memory. *Cell*, 157(1), 163-186. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.03.001>

Lage, M. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. [Doctoral dissertation, Instituto Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>

Lei n.º 100/2019 (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 171 de 06-09-2019), n.º 100/2015. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

Li et al. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 5.p.481:508.

Martínez, L., Fernández, E., González Martínez, E., Ávila, Y., Lorenzo, A., & Vázquez, H. L. (2019). Apoyo social y resiliencia: Factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálises. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 130-139. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200004>

Martins, T. (2005). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Formasau, 2005

Martins, T., Ribeiro, J. & Garret, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. Referência, 11, 17-31. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5505/2/82922.pdf>

Maslach, C. e Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 99-113.

Maslach, C., (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-11.

Maslach, C., (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), p. 189- 192.

Maslach, C., Jackson, S. E., e Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Meleis et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264–271.

Moutinho et al. (2020). *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritonial-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). O que é ser cuidador informal em Portugal? https://movimentocuidadoresinformais.pt/wpcontent/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf

Nagarathnam, M., Latheef, S. a. A., & Sivakumar, V. (2021). Factors Influencing Scales of Burden, Coping Mechanisms, and Quality of Life in Caregivers of Hemodialysis Patients in Andhra Pradesh, India. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 62-67. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_117_20

Nicolau, A. P.D. (2018). O Cuidador Informal: Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente [Master's thesis, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Aberto do Instituto Universitário de Lisboa <http://hdl.handle.net/10071/17139>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nunn, K., & Isaacs, D. (2019). Burnout. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(1), 5-6. <https://doi.org/10.1111/jpc.14331>

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

Oliveira, E. (2019). Políticas Sociais em Portugal na área da saúde: Os cuidadores informais. *ACADEMIA Accelerating the world's research*.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem. Conselho de Enfermagem, dezembro de 2001. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Conselho Internacional de Enfermagem – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros. 1 (9). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritonial-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf

Organização Mundial da Saúde (2009). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Parsi, M., Kanni, Y. S., & Malhotra, V. (2015). Etiology and clinico-social profile of chronic kidney disease cases admitted to a dialysis unit in a rural tertiary care hospital. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS)*. 3(6A), 2183–2189.

Pinto, R., Duarte, F., Mata, F., Sousa, C., Salgueiro, A., & Fernandes, I. (2023). Construção e validação de um modelo de decisão para a canulação da fistula

arteriovenosa em hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), e22021. <https://doi.org/10.12707/RVI22021>

Pio, T. M. T., Prihanto, J. B., Jahan, Y., Hirose, N., Kazawa, K., & Moriyama, M. (2022). Assessing Burden, Anxiety, Depression, and Quality of Life among Caregivers of Hemodialysis Patients in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4544. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084544>

Ponde, Pedro. (2020). *Manual de Nefrologia*. (1º edição). Lidel.

PORDATA. (2021). Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Lisboa]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3741>

Prata, M. M. (2021). Incidence in dialysis and chronic kidney disease prevalence in the Portuguese population. *Port J Nephrol Hypert*, 35(1), 63.

Presidência da República Portuguesa. (2018, novembro 5). *Dia do Cuidador*. <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2018/11/dia-do-cuidador/>

Rabiei, L., Eslami, A. A., Abbasi, M., Afzali, S. M., Hosseini, S. M., & Masoudi, R. (2020). Evaluating the Effect of Family-Centered Intervention Program on Care Burden and Self-Efficacy of Hemodialysis Patient Caregivers Based on Social Cognitive Theory: A Randomized Clinical Trial Study. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2), 84-90. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0079>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da república, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>

Ribeiro et al. (2022). *Ligar o Sinal de Alerta – A Influência da Liderança no Burnout*. (1º edição). RH.

Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de Idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>

Ruivo, M. A. & Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), *Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. Percursos*, 15(5), 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sequeira C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. (1º edição). Quarteto Editora Coimbra.

Sequeira et al. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (1º edição). Lidel.

Silva & Silva (2004). *O ensino clínico na formação de enfermagem*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Enfermagem de Viseu. 30, 103-119. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/445?mode=full>

Sotoudeh, R., Pahlavanzadeh, S., & Alavi, M. (2019). The Effect of a Family-Based Training Program on the Care Burden of Family Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 144-150. https://doi.org/10.4103/ihnmr.IJNMR_93_18

Surendran, P., Venugopal, V., Dongre, A., & Paninjukkunnath, R. (2018). Perceived challenges faced by family caregivers of chronic kidney disease patients and suggested solutions: A qualitative study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 1. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2018.0307819032018>

Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Lawnik, A., Polanski, P., & Kurpas, D. (2020). Needs, Aggravation, and Degree of Burnout in Informal Caregivers of Patients with Chronic Cardiovascular Disease. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17(17), Art. 17.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17176427>

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9531. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>

United States Renal Data System (USRDS) (2015). *Chapter 7: Transplantation*, 2, 227–238. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.02.018>

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I

Proposta de intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *burnout* no cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise

Proposta de intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *burnout* no cuidador informal do doente renal crónico sob hemodiálise

Intervenção		Indicadores de resultado	Artigos que o desenvolvem
Informação formal e educação para a saúde		- Sobrecarga - Ansiedade - Melhoria da qualidade de vida - Depressão - Stress	(Ghahramani et al., 2022), (Rabiei et al., 2020), (Sotoudeh et al., 2019) (Hemmati Maslakhpak et al., 2019) (Baay et al., 2019) (Martínez et al., 2019) (Adejumo et al., 2019) (Demirbağ et al., 2018)
Monitorização contínua		- Sobrecarga - Melhoria da qualidade de vida - Gestão emocional	(Ghahramani et al., 2022) (Rabiei et al., 2020) (Surendran et al., 2018) (Alnazly, 2016)
Comunicação contínua e resolução de problemas		- Sobrecarga - Ansiedade - Depressão - Stress - Gestão emocional	(Ghahramani et al., 2022) (Nagarathnam et al., 2021) (Rabiei et al., 2020) (Eneanya et al., 2020) (Demirbağ et al., 2018) (Alnazly, 2016)
Desenvolvimento de competências de cuidador		- Sobrecarga - Melhoria da qualidade de vida - Autoestima - Autoconfiança	(Pio et al., 2022), (Nagarathnam et al., 2021), (Rabiei et al., 2020) (Baay et al., 2019) (Martínez et al., 2019) (Ghane et al., 2016)
Rede de apoio social		- Depressão - Sobrecarga - Stress	(Nagarathnam et al., 2021) (Hemmati Maslakhpak et al., 2019) (Baay et al., 2019) (Martínez et al., 2019)
Consciência da doença		- Sobrecarga - Melhoria da qualidade de vida - Ansiedade	(Sotoudeh et al., 2019) (Baay et al., 2019) (Demirbağ et al., 2018)

- Depressão			
Actividade	física	e	- Melhoria da qualidade de vida (Sotoudeh et al., 2019)
programas	de	ação	(Adejumo et al., 2019)
participativa			- Autoestima (Ghane et al., 2017) (Ghane et al., 2016)
			- Autoconfiança
			- Stress

Apêndice II
Caracterização dos locais de estágio

1. Unidade de Diálise Peritoneal

A unidade de DP encontra-se inserida no serviço de nefrologia que abarca várias valências: Serviço de Internamento, Serviço de HD e Unidade de Ambulatório.

A unidade de ambulatório é constituída pela consulta de pré e pós transplante renal, consulta de acesso vascular e a unidade de DP que integra a consulta de esclarecimento. De momento, encontra-se em projeto uma consulta de nefrologia.

A unidade de DP funciona de segunda a sexta-feira dentro do horário estabelecido para a área do ambulatório, das 8h às 16h, em regime de rotatividade. Encontra-se de momento em fase de reorganização e a curto prazo irá estender-se até às 18h.

Na necessidade de uma avaliação de urgência, o cliente é instruído durante o processo de ensino a contactar a unidade de DP, via telefónica, recebendo a devida orientação por parte do médico que se encontra de urgência e se necessário recorre à unidade onde será avaliado pelo nefrologista e equipa de enfermagem de serviço.

A unidade de DP dispõe de uma sala para colheita de análises, avaliação e monitorização dos parâmetros vitais, realização de pensos do OS do cateter, realização de PET, tratamento dialítico, despiste de complicações e treino do cliente e/ou cuidador na técnica DPCA para a gestão do tratamento no domicílio. E uma segunda sala mais direccionada para a realização dos registos de enfermagem e ensinos da técnica DPA.

A equipa de enfermagem é constituída por sete enfermeiros em rotatividade pelas várias valências de ambulatório. Da equipa prestadora de cuidados existe uma enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Nefrológica (certificado pela ESEL), um enfermeiro especialista em Psiquiatria e Saúde-Mental e os restantes obtentores do grau de licenciatura.

No que concerne à metodologia de trabalho adotada, a equipa rege a sua prática de acordo com os pressupostos do método de trabalho individual.

Os clientes beneficiam de um programa de apoio domiciliário de enfermagem assegurado pelas duas empresas fornecedoras do equipamento de diálise que o serviço dispõe. Antes da pandemia SARS-CoV-2/Covid-19 este apoio era realizado à quinta-feira por uma enfermeira da equipa de ambulatório.

A unidade tem capacidade para prestar cuidados a 71 clientes com média de idade de 57 anos a realizar as modalidades DPCA e DPA, 37 homens e 34 mulheres e 7 clientes encontravam-se aguardar colocação de cateter intraperitoneal. Encontravam-se a realizar exclusivamente a modalidade DPCA 26 clientes, DPA 39 clientes e DPCA e DPA 6 clientes.

O nefrologista responsável pelo programa de DP prescreve o tratamento mensalmente e os clientes recebem de empresas privadas o equipamento para realizar a técnica, o material para a realização do penso do OS e as tampas protetoras para proteger o cateter no fim de cada tratamento. O material é entregue mensalmente pela empresa no domicílio do cliente. O enfermeiro monitoriza a capacidade de acondicionamento do material de forma segura e pode justificar entregas quinzenais.

Perante doentes diabéticos e anúricos, por norma o nefrologista orienta os doentes para a empresa que dispõem de soluções de diálise com polímero de glicose (Icodextrina), de forma, a preservar a membrana peritoneal e otimizar a ultrafiltração (UF).

A consulta de esclarecimento é realizada em grupo, semanalmente, e é constituída por uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros e nefrologistas da equipa de DP e nutricionista. Esta, visa informar e esclarecer o doente acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento da DRC estágio 5. No entanto, não obedece a todos os requisitos da norma 017/2011 da DGS (2012), pois não é “funcionalmente individualizada” (DGS, 2012).

2. Unidade de Hemodiálise

O serviço de nefrologia é constituído por diversos setores localizados em diferentes espaços geográficos do Centro Hospitalar, nomeadamente: Internamento de Nefrologia e Transplante Renal; Unidade de Hemodiálise; Unidade de Diálise Peritoneal; Hospital de Dia; e Unidade de Técnicas (pequena cirurgia, angiografia...).

A unidade de HD funciona de segunda-feira a domingo 24h por dia e é composta por 2 salas de tratamento, uma com 12 postos de diálise e 1 de isolamento (sala principal), e a segunda (sala secundária) com 5 postos reservados para clientes com infeção a vírus da imunodeficiência humana (VIH) e/ou vírus da hepatite B (VHB). Os clientes portadores do vírus da hepatite C (VHC) realizam o tratamento na sala

principal, no último posto do circuito da água. Esta é ainda composta por vestiários para profissionais de saúde e vestiários para clientes em regime de tratamento ambulatorio que contém casas de banho, 5 gabinetes médicos, sala de pequena cirurgia, 2 salas de enfermagem (DP e HD), sala do hospital de dia, sala multiusos, copa, gabinete administrativo, sala de espera, armazém de arrumos e sala de tratamento de água limitada aos responsáveis pelo controlo de qualidade e manutenção.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos, dos quais 2 são especialistas em enfermagem de reabilitação e 6 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica vertente nefrológica. A equipa multidisciplinar é ainda constituída por médicos nefrologistas, nutricionista, assistente social, assistentes operacionais e administrativos.

No que diz respeito à organização do trabalho, a equipa preconiza o método individual, sendo de referir que existem alguns momentos da jornada de trabalho em que os elementos da equipa adotam o método de equipa.

Nesta unidade de HD são utilizados monitores de duas empresas diferentes e realiza-se tratamento maioritariamente a clientes em regime de internamento ou urgência, mas também a clientes em regime ambulatorio, nomeadamente PALOP aguardar regularização legal, clientes acamados e em fase terminal, clientes com HIV com carga viral elevada e clientes aguardar distribuição para clínicas. São realizadas aproximadamente 50 sessões por dia.

Na unidade são realizados tratamentos de HD convencional, hemodiafiltração (HDF), plasmaferese e aférese das lipoproteínas de baixa densidade.

3. Internamento de Nefrologia e Transplante Renal

O serviço de Nefrologia e Transplante Renal é um centro de referência para a Nefrologia Geral, a Nefrologia de Intervenção e para o TR.

É constituído por diversos setores localizados em vários espaços geográficos do centro hospitalar, nomeadamente: Internamento; Unidade de HD; Unidade de DP; Hospital de Dia; e Unidade de Técnicas.

Integra uma equipa de saúde multidisciplinar de médicos nefrologistas, enfermeiros, dietista, assistentes operacionais, assistente social e técnicos administrativos. Além dos profissionais de saúde adstritos ao serviço são solicitados sempre que necessário médicos de outras especialidades, psicólogo, assistente espiritual, fisioterapeutas, barbeiro, entre outros. O serviço desenvolve um sistema de cuidados integrado, conforme preconizado pela instituição.

A equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros, dos quais 2 são especialistas (um em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e outro em enfermagem médico-cirúrgica). Relativamente à organização do trabalho, a equipa preconiza o método individual.

O serviço tem parcerias com outros departamentos do hospital: Serviço de Urologia; Serviço de Cirurgia Geral; Serviço de Cirurgia Vascular; Serviço de Imagiologia, entre outros departamentos do Centro Hospitalar.

O internamento é constituído por seis enfermarias, cinco das quais com três camas e uma com duas camas. Dispõe ainda das seguintes instalações: secretariado (receção à entrada do serviço); gabinete do enfermeiro gestor; sala de trabalho de enfermagem; copa; desinfeção; sala destinada ao material de consumo e equipamento médico; sala destinada ao material de limpeza; sala de pausa; instalações sanitárias para os clientes e para os profissionais de saúde. No espaço exterior ao serviço: gabinete do diretor do serviço; gabinete médico; duas arrecadações; sala do secretariado do TR; farmácia; gabinete da assistente social.

Apêndice III

**“Plano de educação e treino ao cliente/CI na modalidade DPCA” e
“Avaliação do desempenho técnico do cliente/CI em ensino de
DPCA”**

Vinheta do cliente

Plano de Educação e Treino ao Cliente/Cuidador na Modalidade DPCA

1º dia __/__/____ Sistema____ Enfermeiro____

Ensino ao cliente ☐

Ensino ao cuidador/pessoa significativa ☐

- Esclarecer dúvidas relacionadas com o banho diário, medidas de prevenção/complicações na realização do penso OS e lavagem das mãos
- Explicar dos princípios físicos/químicos da DPCA
- Preparar o ambiente e apresentar o material inerente à realização do tratamento
- Exemplificar a técnica da lavagem das mãos
- Realizar a técnica pelo profissional (1ª lavagem peritoneal com dialisante a temperatura ambiente, infusão de 400/500ml. Fica em permanência até próxima sessão 200/300ml)
- Exemplificar a técnica com material demonstrativo
- Informar sobre o tratamento de lixo/resíduos
- Agendar da próxima sessão

2º dia __/__/____ Enfermeiro____

- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos teóricos lecionados no dia anterior
- Relembrar precauções básicas para minimizar infeção
- Reforço do treino da técnica da lavagem das mãos e realização do penso OS
- Reunir material necessário
- Executar a técnica com material demonstrativo sob supervisão
- Ensinar sobre as diferentes concentrações dos dialisantes, tempo de permanência, a prescrição ciclos/dia e capacidade de UF
- Agendar próxima sessão

3º dia __/__/__

Enfermeiro _____

- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos teóricos lecionados no dia anterior
- Ensinar sobre complicações infecciosas/mecânicas e atitudes a tomar (Preparação e administração de terapêutica IP)
- Executar a técnica com supervisão
- Sugestão para acondicionar material no domicílio
- Agendar próxima sessão

4º dia __/__/__

Enfermeiro _____

- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos teóricos lecionados no dia anterior
- Informar sobre consultas, exames de rotina, férias e realização de colheitas
- Ensinar sobre prescrição do protocolo dialítico, balanços e UF
- Ensinar sobre registos de DPCA e fornecer material de apoio ao registo
- Executar técnica com supervisão
- Agendar próxima sessão

5º dia __/__/__

Enfermeiro _____

- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos teóricos lecionados no dia anterior
- Observar a execução de todos os procedimentos inerentes à técnica (preparação do ambiente/material e a execução da técnica)
- Realizar troca dialítica com permanência na unidade +/- 2 horas
- Programar visita domiciliaria com enfermeira da empresa para início de tratamento no domicílio
- Assinar consentimento informado
- Agendar próxima sessão se necessário

Nota: Aplicar grelha de “Avaliação da técnica DPCA ao doente/cuidador”

6º dia __/__/__

Enfermeiro _____

- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos teóricos lecionados no dia anterior
- Averiguar a execução da técnica com segurança

Nota: Aplicar grelha de “Avaliação da técnica DPCA ao doente/cuidador”

Sessão suplementar __/__/__

Enfermeiro _____

Sessão suplementar __/__/__

Enfermeiro _____

Sessão suplementar __/__/__

Enfermeiro _____

Vinheta do doente

Avaliação do desempenho técnico do doente/cuidador em ensino de DPCA

	Sim	Não
Prepara o ambiente e material necessário		
Coloca a máscara		
Expõem o cateter da bolsa protetora		
Procede à higienização das mãos segundo normas da DGS		
Prepara a bolsa do dialisante para iniciar tratamento		
Procede à desinfecção das mãos		
Conecta o sistema ao cateter		
Inicia a drenagem		
Procede à pesagem do líquido drenado		
Procede ao preenchimento das linhas		
Inicia infusão		
Fecha o cateter e o sistema		
Abre o invólucro da nova tampa		
Procede à desinfecção das mãos		
Desconecta o cateter do sistema e coloca nova tampa		
Observa as características do drenado e realiza registos		
Total:		

Resultados:

- Desempenho **ótimo** – 13 a 16
- Desempenho **bom** – 9 a 12
- Desempenho **insuficiente** – 5 a 8

Dia __ / __ / __

Enfermeiro _____

Apêndice IV

**Poster “*Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico
sob Hemodiálise”**

Apêndice V

Plano da Sessão de Formação; Sessão de formação “*Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise” e Avaliação da sessão de formação

Plano de Sessão – Formação em serviço

“*Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise: Intervenção de Enfermagem”

População-alvo: Equipa de Enfermagem da unidade de Hemodiálise

Datas: 12 a 14 de dezembro de 2022

Duração: 30 minutos

Local: Sala de trabalho de Enfermagem

Formador: Mariana Craveiro, Aluna do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Nefrológica da ESEL.

Objetivo geral: Analisar a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise.

	Conteúdos	Estratégia		Tempo
Introdução	Contextualização da sessão de formação	Metodologia	Recursos	5 minutos
Desenvolvimento	- Definição de Cuidador Informal - Retrato Mundial / Evolução em Portugal dos CI - Legislação Nacional - Deveres e Necessidades do CI - Medidas de apoio comuns e específicas aos CI - Definição e evolução do conceito de <i>Burnout</i> - Fatores de risco do <i>Burnout</i> - Consequências da síndrome de <i>Burnout</i> - Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>Burnout</i> do Cuidador Informal	Expositivo e participativo	Computador portátil, diapositivos em <i>Power Point</i>	25 minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas			5 minutos

***Burnout* do Cuidador Informal do Doente Renal Crónico sob Hemodiálise**

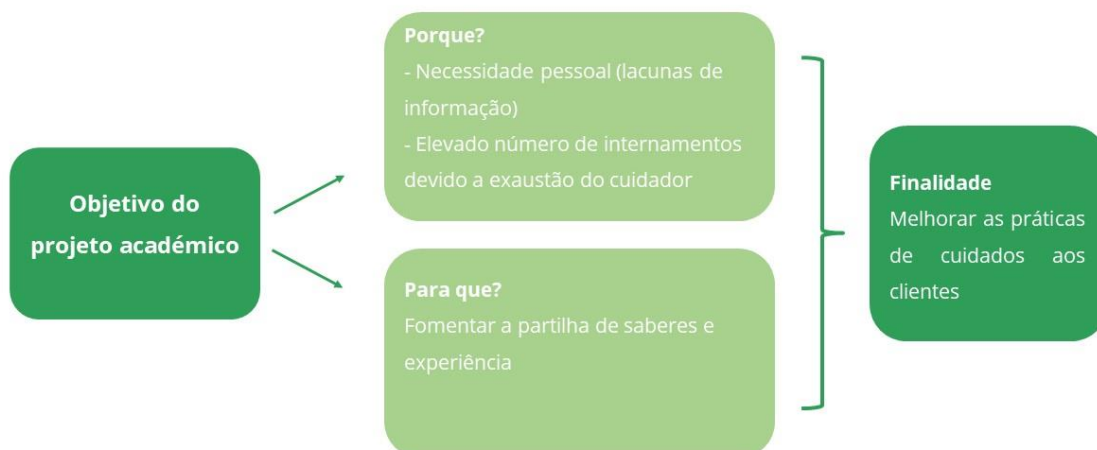
13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica na Opção de Enfermagem Nefrológica
Unidade Curricular Enfermagem e Políticas de Saúde

Elaborado por:
Mariana Craveiro – 10445



Lisboa, dezembro, 2022

Como surgiu...



Cuidador Informal



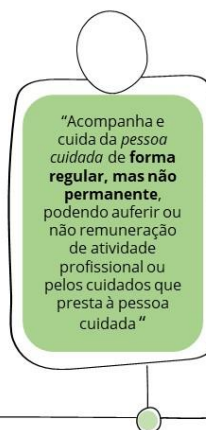
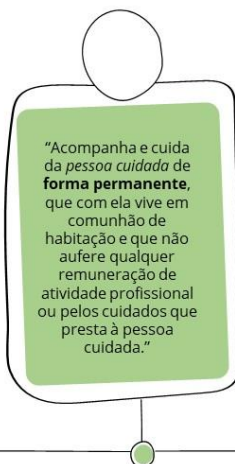
(OMS, 2009)



CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL



CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL

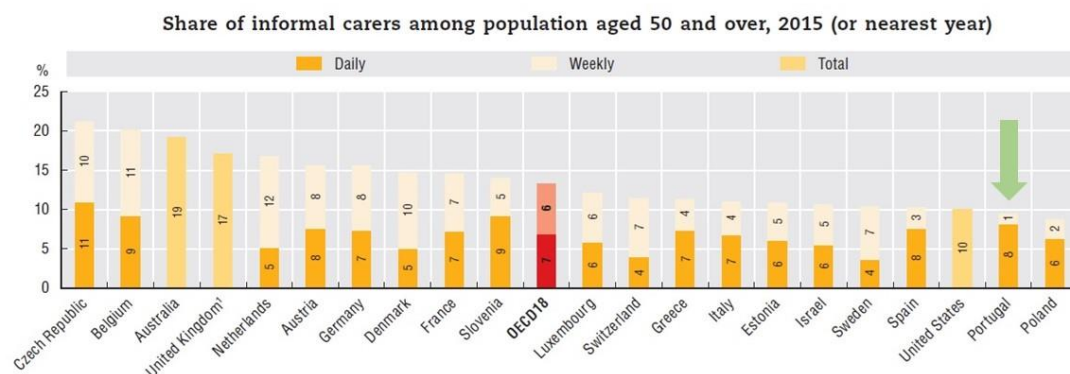


Artigo 2º da Lei n.º 100/2019, regulado no Diário da República

ISS, I.P., 2020



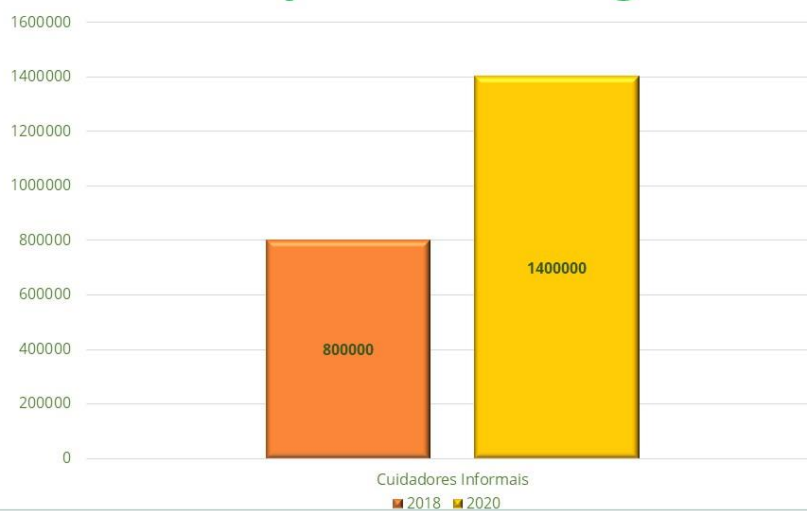
Cuidadores Informais: Um retrato Mundial



Health at a Glance 2017 OECD 2017 https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-78-en



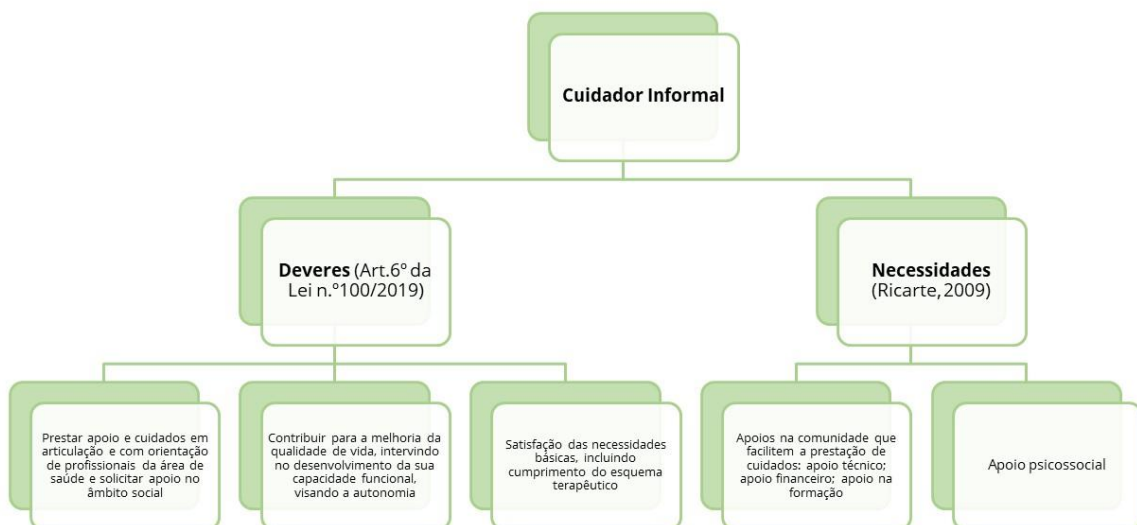
Evolução em Portugal



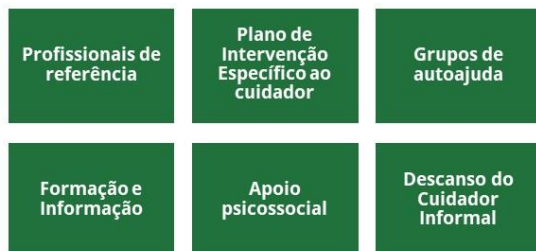
(DIGNUS, 2020)



Legislação Nacional



Medidas de apoio comuns ao cuidador informal



Medidas de apoio específicas ao cuidador informal principal



Subsídio de apoio

Consiste numa prestação mensal em dinheiro atribuída mediante condição de recursos. O valor de referência ao cuidador informal principal é igual ao valor de 1 Indexante dos Apoios Sociais (IAS), que corresponde a 438,81€.



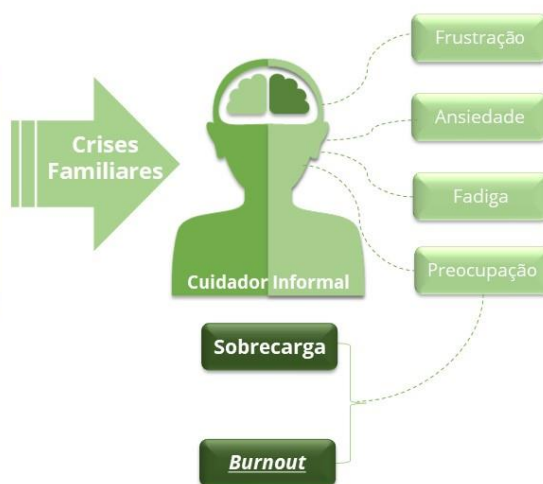
Promoção da integração no mercado de trabalho

Apoios e intervenções técnicas promovidas pelo Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I. P. que visam a sua inserção socioprofissional e o regresso ao mercado de trabalho.

(Decreto Regulamentar, n.º1/2022)



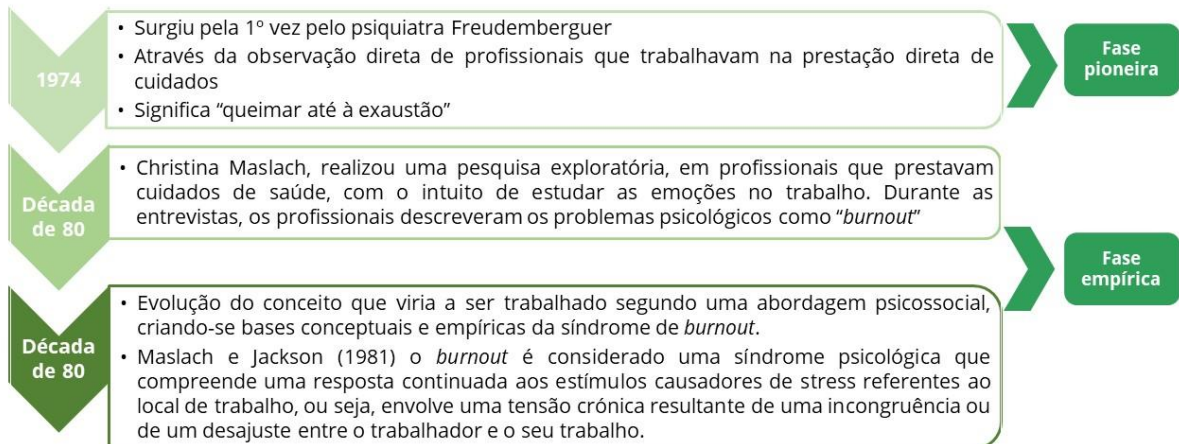
A situação de doença crónica é definida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (OE, 2011, p. 47) como: “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”.



(Almeida, 2012)



Burnout



Freudenberguer (1974); Maslach et al. (2008)



Segundo Maslach e Jackson o *burnout* é visto como um conceito tridimensional:



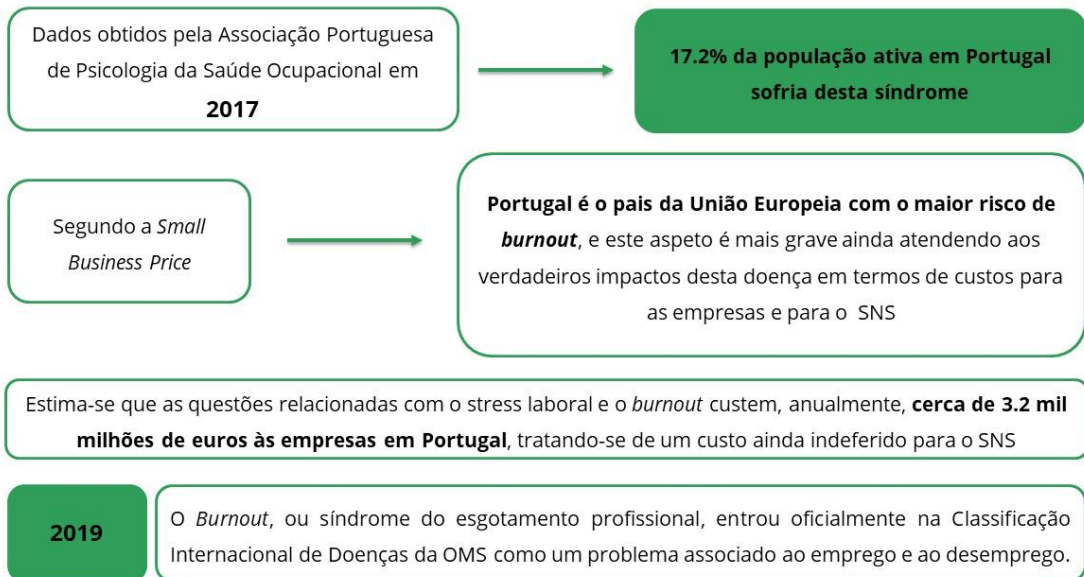
A **1ª dimensão** caracteriza-se por uma sensação de fadiga emocional e física, ou seja, o indivíduo sente-se sobrecarregado e sem recursos físicos e emocionais para a realização das suas tarefas e eventuais desafios e exigências relativas ao seu trabalho, sentindo-se psicologicamente incapaz de dar resposta ao que lhe é solicitado, o que o leva a distanciar-se a nível emocional e cognitivo do seu trabalho.

A **2ª dimensão** caracteriza-se por um sentimento negativo face às pessoas com quem o indivíduo tem contacto direto, ocorrendo uma alteração nas relações interpessoais, ou seja, isolamento e distanciamento. Esta reação tem um carácter de autoproteção relativamente à exaustão emocional, assim sendo, existe uma correlação positiva entre as duas primeiras dimensões.

A **3ª dimensão** refere-se ao aumento de sentimentos negativos face às competências profissionais e produtividade no trabalho, ou seja, sentimento de incapacidade de executar bem as tarefas laborais, aumentando progressivamente a falta de autoestima e desmotivação, levando por vezes ao abandono do local de trabalho.

Maslach et al. (1981); Maslach et al. (2001); Maslach (2003)





Ribeiro et al. (2022)



Borges (2018)



Consequências a nível individual

Sintomas Físicos

- Fadiga constante
- Distúrbios de sono
- Dores musculares ou osteomusculares
- Cefaleias
- Perturbações gastrointestinais
- Imunodeficiência
- Transtornos cardiovasculares
- Distúrbios do sistema respiratório
- Distúrbios sexuais
- Alterações menstruais

Sintomas psíquicos

- Falta de concentração
- Alterações de memória
- Lentificação do pensamento
- Alineação
- Solidão
- Impaciência
- Baixa autoestima
- Labilidade emocional
- Dificuldade de autoaceitação
- Astenia /desanimo / disforia / depressão
- Desconfiança / paranoia

Sintomas comportamentais

- Negligência
- Irritabilidade
- Agressividade
- Incapacidade para relaxar
- Dificuldade na aceitação de mudanças
- Perda de iniciativa
- Aumento do consumo de substâncias
- Comportamento de alto risco
- Suicídio

Sintomas defensivos

- Tendência ao isolamento
- Sentimento de onipotência
- Perda de interesse pelo trabalho ou até pelo lazer
- Absentismo
- Ironia
- Cinismo

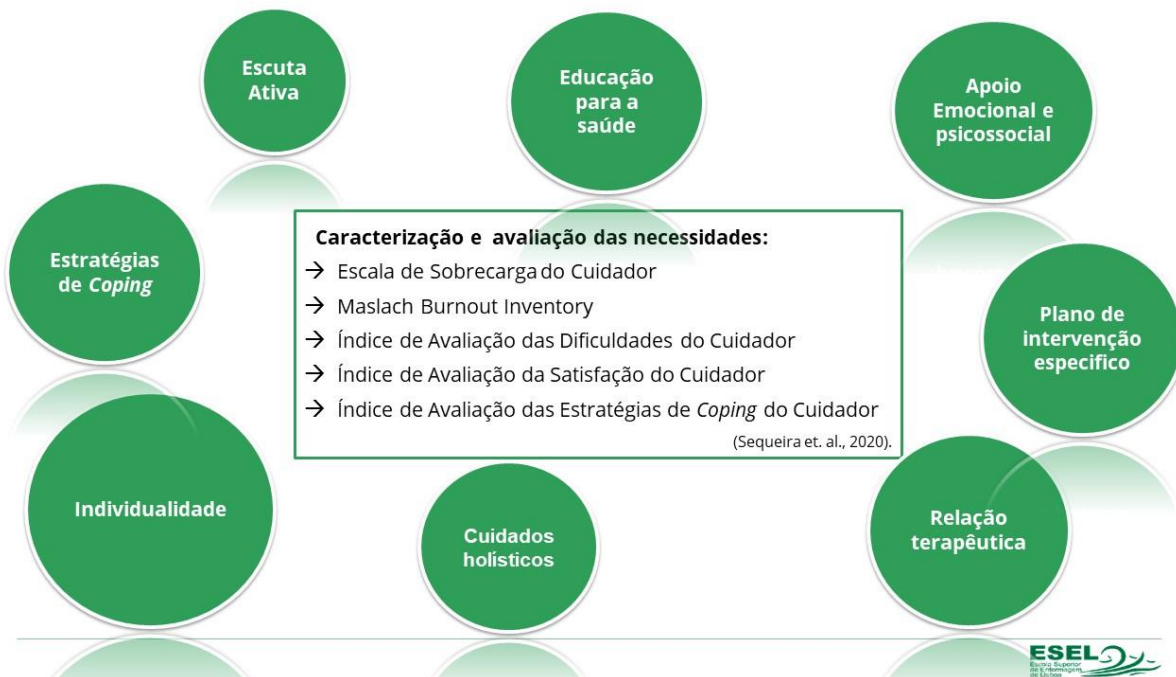
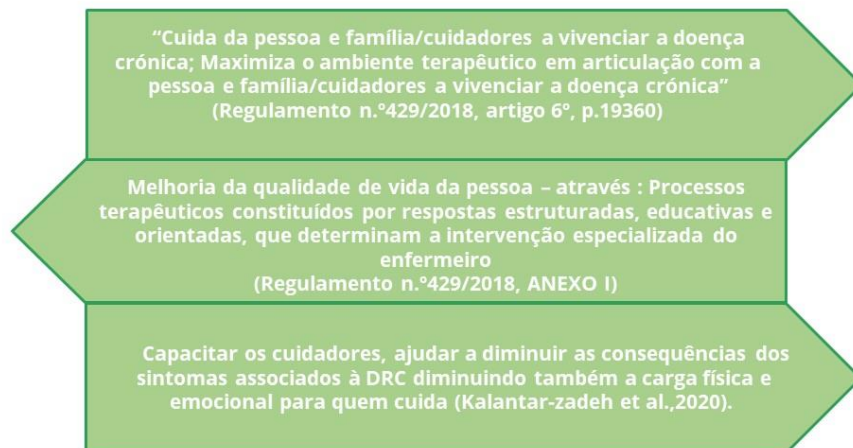
Gil-Monte (2003)

Consequências a nível situacional

- Diminuição da qualidade assistencial
- Diminuição do interesse e do esforço
- Baixa satisfação laboral
- Níveis de absentismo elevado
- Tendência para o abandono
- Aumento de conflitos
- Diminuição da qualidade de vida

Gil-Monte (2003)

Intervenção de Enfermagem



Referências Bibliográficas:

- Almeida, A. (2012). *VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES CUIDADORES DA PESSOA EM HEMODIÁLISE* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9294/3/disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Borges, E. (2018). *Enfermagem do Trabalho – Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*. (1º edição). Lidel.
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022. Presidência do Conselho de Ministros. Assembleia da República. Diário da República: I Série (N.º 6 de 10/01/2022). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/1-2022-176907535>
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022. Presidência do Conselho de Ministros. Assembleia da República. Diário da República: I Série (N.º 6 de 10/01/2022). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/1-2022-176907535>
- DIGNUS (2020). Cuidador Informal. *Revista técnica de geriatria e gerontologia*. Disponível em: <https://www.dignus.pt/2020/11/05/cuidadores-informais-sao-ja-14-milhoes-em-portugal/>
- Freudenberger, H. J. (1974). *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*, 30: 159–165.
- Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrónica InterAcção Psy*, 1, 19-33.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Departamento de Prestações Contribuições. https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). Reconhecimento do estatuto do cuidador informal. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>
-
- Kalantar-zadeh, K., Li, P., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S., Ulasi, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuid, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., 25 Poidevin, A., Saadi, G. & Tong, A. (2020). *Viver bem com doença renal através da capacitação do paciente e do cuidador: saúde dos rins para todos em todos os lugares*. Disponível em: <https://www.scielo.br/jbn/a/MkPrWT4Mk7tqfQ4JKt9n9Pm/?lang=en>
- Lei n.º 100/2019 (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 171 de 06-09-2019), n.º 100/2015. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Maslach, C., (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-11.
- Maslach, C., (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), p. 189- 192.
- Maslach, C., Jackson, S. E., e Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Organização Mundial da Saúde (2009). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>
- Ribeiro et al. (2022). *Ligar o Sinal de Alerta – A Influência da Liderança no Burnout*. (1º edição). RH.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de Idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Sequeira et. al. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (1º edição). Lidel.

Avaliação da Sessão de Formação

	Discordo plenamente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
A sessão de formação foi apresentada de forma clara					
Os conteúdos apresentados foram adequados para a temática em estudo					
Os recursos utilizados para a apresentação foram apropriados					
A sessão de formação foi útil para a prática de cuidados de enfermagem					

- Considera que esta sessão trouxe contributos para a sua prática clínica?

☐

Sim

☐

Não

- Se a resposta anterior foi afirmativa, que contributos?

Apêndice VI

Perfil dos Clientes Internados num Serviço de Nefrologia e Transplante Renal no Mês de Janeiro de 2023



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente
Nefrológica**

Estágio de Internamento de Nefrologia e Transplante Renal

**Perfil dos Clientes Internados num Serviço de
Nefrologia e Transplante Renal no Mês de Janeiro de
2023**

Mariana Craveiro, nº10445

**Lisboa
Janeiro 2023**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente
Nefrológica**

Estágio de Internamento de Nefrologia e Transplante Renal

**Perfil dos Clientes Internados num Serviço de
Nefrologia e Transplante Renal no Mês de Janeiro de
2023**

Mariana Craveiro, nº10445

Professor Orientador:
Prof. Dr. ° Filipe Cristóvão
Coorientador:
Enfermeira Dilar Costa

**Lisboa
Janeiro 2023**

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

HD – Hemodiálise

KDICO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCC – Patient-Centered Care

QV – Qualidade de Vida

TMC – Tratamento Médico Conservador

TR – Transplante Renal

TSFR – Terapêuticas de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.
1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO	Erro! Marcador não definido.
2. PERFIL CLÍNICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO	Erro! Marcador não definido.
3. CASOS CLÍNICOS	Erro! Marcador não definido.
4. MANIFESTAÇÕES SISTÉMICAS DA DRC E CORRELAÇÃO COM A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGÍNIA HENDERSON.....	Erro! Marcador não definido.
CONCLUSÃO	Erro! Marcador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE I	Erro! Marcador não definido.
Manifestações Sistémicas na Doença Renal Crónica	Erro! Marcador não definido.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Perfil sociodemográfico dos clientes de um Serviço de Nefrologia e Transplante Renal de um Centro Hospital de Lisboa em janeiro de 2023.....	8
Quadro 2. Perfil clínico dos clientes de um Serviço de Nefrologia e Transplante Renal de um Centro Hospital de Lisboa em janeiro de 2023.....	10
Quadro 3. Características sociodemográficas: Caso 1 e 2.....	13
Quadro 4. Perfil Clínico: Caso 1 e 2.....	15
Quadro 5. Manifestações Sistémicas na DRC: Caso 1 e 2.....	20
Quadro 6. Necessidades Humanas Fundamentais comprometidas: Caso 1 e 2.....	20

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica vertente Nefrológica, de forma alcançar os objetivos específicos propostos para o estágio num Serviço de Internamento de Nefrologia e Transplante Renal, surge o presente documento no qual é traçado o perfil dos clientes internados num Centro Hospital da região de Lisboa no mês de janeiro.

Segundo a *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)* (2005) a Doença Renal Crónica (DRC) é um problema de saúde pública mundial, que compromete a função renal, cardíaca e cardiovascular, conduzindo inclusivamente a morte prematura. Em 2013 a mesma entidade define DRC como a alteração da estrutura ou função renal, durante um período superior a 3 meses, que implique compromisso para a saúde do cliente. A DRC é classificada de acordo com a causa, a taxa de filtração glomerular e a albuminúria (proteinúria) (KDIGO, 2005).

Na perspetiva de Ponce (2020) esta doença é caracterizada pela deterioração lenta e irreversível da função renal, decorrente de um conjunto de doenças subjacentes nomeadamente, a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, glomerulonefrites crónicas, doenças sistémicas, obstruções do aparelho urinário, doenças hereditárias, ou outras, que conduzem ao aparecimento de fibrose no rim e consequentemente a uma perda gradual da sua função.

A sua evolução é apresentada de acordo com estádios de 1 a 5, podendo variar quanto à rapidez de progressão. Quando o cliente atinge o estágio 5, há indicação clínica para realizar uma terapêutica de substituição da função renal (TSFR) hemodiálise (HD); diálise peritoneal (DP) ou transplante renal (TR) - ou optar pelo tratamento médico conservador (TMC) (KDIGO, 2013; Ponce, 2020).

A taxa de progressão da DRC depende de fatores como: presença de comorbilidades, fatores económicos, fatores genéticos, utilização de terapêutica, entre outros. Episódios de lesão renal aguda também poderão acelerar a progressão da doença (Ponce, 2020).

Posto isto, urge entender a perspetiva sociodemográfica e o perfil clínico do cliente portador de DRC. O presente documento visa: Identificar o perfil sociodemográfico e clínico do cliente internado no serviço de internamento de Nefrologia e Transplante Renal; Analisar as manifestações sistémicas da DRC; Analisar o compromisso na satisfação das necessidades humanas fundamentais; Evidenciar os contributos da prática especializada no cuidado ao cliente renal crónico.

O presente trabalho é constituído por 4 capítulos: Perfil Sociodemográfico do Doente Renal Crónico; Perfil Clínico do Doente Renal Crónico; Casos Clínicos; Manifestações sistémicas da DRC e correlação com a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, terminando com uma breve conclusão. Para a sua consecução foi adotado o guia orientador de trabalhos escritos preconizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, guia orientador fornecido pelo professor da unidade curricular e a norma da American Psychological Association (7ª edição) para a elaboração das referências bibliográficas e citações.

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO INTERNADO NO SERVIÇO

Em 2021, a incidência da DRC estágio 5 em Portugal, foi de 252,49 pmp (pacientes por milhão) com uma prevalência de 2004 pmp uma TSFR. No que diz respeito à incidência, 1303.75 iniciaram HD e DP, 1218.1 apenas HD, 85.65 apenas DP e 700.26 pmp realizaram TR (Galvão et al., 2022).

Como já mencionado esta patologia afecta pessoas de todas as idades, etnias e géneros. No entanto, certos fatores sociodemográficos podem aumentar o risco de desenvolver DRC. A prevalência da DRC aumenta com a idade, com as taxas mais altas observadas em adultos com mais de 65 anos (Galvão et al., 2022).

De acordo com National Kidney Foundation (NKF, 2021) um em cada três adultos com mais de 60 anos tem DRC. Os homens são ligeiramente mais propensos a desenvolver DRC do que as mulheres. Um estudo publicado no Journal of the American Society of Nephrology constatou que 14,6% dos homens têm maior prevalência de DRC comparativamente com 11,9% das mulheres. Pessoas com status socioeconómico mais baixo têm maior risco de desenvolver a doença, devido à falta de acesso a unidades de cuidados de saúde, taxas mais altas de pobreza e má nutrição. Um estudo publicado no American Journal of Kidney Diseases constatou que indivíduos com menor renda e escolaridade apresentam maior prevalência de DRC. Pessoas que trabalham expostas a certos metais pesados, como chumbo ou cádmio, têm um risco maior de desenvolver a doença. Um estudo publicado no Journal of Occupational and Environmental Medicine descobriu que os trabalhadores expostos ao chumbo apresentavam maior prevalência de redução da função renal em comparação com trabalhadores não expostos (NKF, 2021; Coresh et al., 2007).

Tendo em conta o enquadramento anterior, o quadro 1 apresenta os resultados do perfil sociodemográfico dos 45 clientes internados em janeiro no serviço de Nefrologia e Transplante Renal.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico dos clientes de um Serviço de Nefrologia e Transplante Renal de um Centro Hospital de Lisboa em janeiro de 2023

Média de Idades		64,11 anos
Género	Feminino	36 %
	Masculino	64%
Proveniência	Meio Rural	9%
	Meio Urbano	80%
	PALOP	7%
	Outras Nacionalidades	4%
Sistema Social/Familiar	Reside só	6%
	Reside acompanhado	80%
	Institucionalizado	4%
	Apoio familiar	4%
	Apoio social	6%

Para obtenção destes dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao longo do período de internamento dos clientes e consulta dos sistemas de informação em uso no serviço onde decorreu o estágio clínico.

Segundo os dados obtidos no quadro 1, a nossa amostra é predominantemente do género masculino (64%), com uma média de idades de 64,11 anos, proveniente do meio urbano (80%) a viverem acompanhados (80%). A literatura mostra idêntica tendência no que se reporta à idade e prevalência da doença renal no género masculino (Vinhas et al., 2020).

Durante o ensino clínico no mês de janeiro foi observado que 7% dos clientes internados estavam ao abrigo do acordo de cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). A população oriunda destes países é historicamente caracterizada pela baixa literacia, acesso escasso a cuidados de saúde, pobreza e dificuldades de acesso a alimentação e/ou alimentação inadequada o que condiciona má nutrição. Os fatores descritos são evidenciados como fatores predisponentes ao desenvolvimento de DRC e condicionam a progressão da mesma.

Tornou-se ainda evidente que apesar de existirem acordos de cooperação existem assimetrias no acesso aos cuidados de saúde. Um cliente oriundo da Guiné tem menos capacidade de resposta face à sua condição de saúde quando comparado a um cliente de

Cabo Verde. Um outro aspeto que importa ressaltar tem a ver com as dificuldades de acesso que um imigrante enfrenta até obter o título de residência, o que o impede de se inscrever no sistema de saúde português.

2. PERFIL CLÍNICO DO DOENTE RENAL CRÓNICO

Portugal mostra uma tendência crescente de DRC terminal (DRCT), apresentando a maior incidência e prevalência de DRCT da Europa. Há várias razões para este incremento da DRCT, tais como: o aumento da esperança média de vida; a acessibilidade à diálise e ao transplante renal em doentes cada vez mais idosos; o agravamento da prevalência da diabetes e da hipertensão arterial; e o aumento da sobrevida associada às doenças cardiovasculares e neoplasias (DGS, 2012).

A hipertensão arterial e a diabetes são os principais fatores de risco da DRC em Portugal nos doentes em HD e DP. De acordo com Galvão et al. (2022), em 2021 cerca 33,2% dos doentes renais crónicos tinha diabetes e 12,5% hipertensão arterial. O diagnóstico precoce e o controlo de fatores de risco podem ajudar a prevenir ou retardar a progressão da DRC. Adicionalmente, proporcionar acesso a unidades de cuidados de saúde e educação a indivíduos de meios socioeconómicos mais baixos pode ajudar a reduzir as disparidades na prevalência da DRC em Portugal (Silva et al., 2013).

Tendo em conta o enquadramento anteriormente descrito, o quadro 2 apresenta os resultados do perfil clínico obtidos pela análise da casuística dos 45 clientes internamentos no serviço de Nefrologia e Transplante renal no mês de janeiro.

Quadro 2. Perfil clínico dos clientes de um Serviço de Nefrologia e Transplante Renal de um Centro Hospital de Lisboa em janeiro de 2023

Motivo de Internamento	Internamento para realização de Transplante Renal	15%
	DRC Agudizada	20%
	Complicações Pós-Transplante Renal	35%
	Complicações DRC	30%
Complicações	Hipertensão Arterial	55%
	Diabete <i>Mellitus</i>	40%
	Anemia	6%
Grau de Independência	Totalmente dependente	20%
	Dependente Parcial	20%
	Independente	60%

Pela consulta da informação constante no processo clínico dos clientes internados no mês de janeiro no serviço de internamento de nefrologia e transplante renal foi possível obter os dados

supracitados e analisar os scores da escala de Barthel e a partir destes avaliar o grau de independência.

Clinicamente estamos perante um grupo populacional portador de *Diabetes Mellitus* (40%) e de Hipertensão Arterial (55%) o que vai de encontro à etiologia da DRC (Galvão et al., 2022).

Verificou-se ainda que, embora a média de anos em HD fosse de 10 anos, o grau de independência para a realização das atividades de vida diárias prevalece (60%).

O que levou este grupo a procurar cuidados de saúde foram as complicações pós transplante renal, dado que os 45 clientes analisados, 15 (35%) foram admitidos devido a complicações tardias pós-transplante renal, com maior predominância na disfunção do enxerto renal. Outros 30% foram internados devido a complicações da DRC (agravamento da função renal, anemia...), como explanado no quadro 2.

3. CASOS CLÍNICOS

No decorrer do estágio clínico, com vista ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica vertente nefrológica, propus-me a acompanhar dois clientes.

No entendimento da EDTNA/ERCA (2007) o Enfermeiro Especialista em Nefrologia, pode ser definido como o “profissional com competências e conhecimentos suficientes para cuidar de doentes renais em qualquer fase do seu tratamento”, com a melhor qualidade possível ao cliente e seus familiares. No decorrer da sua prática clínica assume a função de suporte, educação, prevenção de complicações e na reabilitação dos clientes em direção à sua independência e auto cuidado; atuando na advocacia do cliente; demonstrando perícia nos cuidados de Enfermagem Nefrológica, assegurando a dignidade e o respeito pelos valores, crenças e cultura de cada doente; e intervindo enquanto consultor, investigador, agente de mudança e formador, sendo capaz de promover uma melhoria, quer na qualidade de vida dos clientes renais, quer na prestação de cuidados de saúde (EDTNA/ERCA, 2007).

Apesar de a Ordem dos Enfermeiros não ter definido um regulamento de competências específicas para a vertente nefrológica e consequentemente não a reconhecer como área de especialidade, em 2018 a mesma entidade define o Regulamento n.º 429/2018 que evidencia as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica tendo por atribuição prestar cuidados contínuos quer em ambiente hospitalar, na comunidade ou no domicílio, atuando nas áreas da prevenção da doença e promoção da saúde (estilos de vida saudáveis, adesão ao regime terapêutico, adaptação), com vista à capacitação da pessoa, família e/ou cuidador para lidar com um status de doença crónica e com as consequências da mesma, potenciando a qualidade de vida dos mesmos; podendo estas articularem-se com as definidas pela EDTNA/ERCA.

No sentido de explorar e compreender mais detalhadamente o tipo de clientes admitidos no Serviço de Nefrologia e Transplante Renal procedi à análise de dois casos clínicos. Considerando a população internada no serviço com compromisso da função renal e submetidos a transplante renal, o meu foco recaiu sobre um cliente transplantado renal (caso 1) e uma cliente submetida a indução dialítica (caso 2).

De modo a compreender a abrangência das manifestações da DRC e as implicações que a doença e o tratamento têm para o cliente, família e/ou cuidadores, optei por escolher um cliente submetido a transplante renal recente e outro sujeito a indução dialítica (Hemodiálise). O quadro 3 apresenta as características sociodemográficas dos dois casos e o quadro 4 apresenta o perfil clínico de ambos os casos.

Quadro 3. Características sociodemográficas: Casos 1 e 2

	Caso 1 Transplante Renal	Caso 2 Agravamento da DRC
Idade	60 anos	30 anos
Gênero	Masculino	Feminino
Etnia	Caucasiana	Caucasiana
Escolaridade	3º Ciclo do ensino básico	3º Ciclo do ensino básico
Situação de trabalho	Empregado	Desempregado
Proveniência	Meio rural	Meio urbano
Sistema Social/Familiar	Reside acompanhado	Reside só, com apoio familiar
Sistema Religioso	Católico, praticante	Católico, não praticante

O caso 1, refere-se a um cliente do género masculino de 60 anos de idade, o que se aproxima da média de idades dos clientes internados no serviço e do descrito por Galvão et al. (2022), como apresentado no quadro 1. Quanto ao caso 2, trata-se de uma cliente do género feminino com 30 anos de idade, distante das médias encontradas na nossa amostra e na literatura, não sendo, no entanto, de descurar aquilo que Vinhas et al. (2020) referem quando afirmam que o estudo RENA considera predominantemente população caucasiana e relativamente idosa, o que pode limitar a validade dos resultados para as classes etárias mais jovens. O que parece aplicar-se também no nosso caso, ainda que tenhamos de ter presente que a função renal diminui tendencialmente com a idade.

Os níveis de escolaridade parecem influenciar o desenvolvimento de um estágio de DRC mais avançado. Silva (2022) no seu estudo encontra uma amostra com níveis de escolaridade baixos, sendo que apenas 29,4% apresentavam um nível de literacia superior ao ensino básico. Estes dados podem significar que um nível de literacia mais baixo influencia a compreensão da condição de saúde/doença, bem como a adesão ao regime terapêutico. Ademais, no estudo supracitado, existe correlação entre a vida laboral inativa e a progressão para um estágio de doença mais avançado. Nos casos clínicos analisados ambos os clientes se enquadram num nível de escolaridade inferior ao ensino secundário, não sendo evidentes diferenças entre uma vida laboral ativa ou inativa na progressão para DRC estágio 5.

No entanto, o nível de escolaridade, bem como o nível de atividade não são fatores concorrentes exclusivos para que se possa determinar que um cliente fique predisposto ao desenvolvimento de DRC. Apenas é possível inferir com as devidas limitações que um cliente com maior nível de literacia, em particular literacia em saúde, estará munido de melhores ferramentas para a vigilância da condição de saúde/doença e assim prevenir o surgimento da sua doença ou retardar a progressão da mesma para estádios mais avançados. Quando o

autor refere que existe uma correlação entre a atividade laboral e a progressão da doença para um estágio mais avançado não nos podemos esquecer que esta se prende na maior parte das vezes com a idade avançada do cliente, que por si só conduz a uma deterioração da condição renal, e consequentemente com o facto de este já se encontrar aposentado.

Uma das limitações que importa referir é que ao longo dos dias de estágio clínico não foi possível colher todas as informações acerca das características sociodemográficas dos clientes internados no serviço no mês de janeiro, não permitindo uma análise mais profunda dos casos estudados.

Relativamente ao perfil clínico dos clientes analisados (quadro 4), no caso 1 estamos perante um cliente com diagnóstico de DRC estágio 5, não sendo possível chegar à definição exata da etiologia. As hipóteses diagnósticas quanto à etiologia dividem-se entre uma glomerulopatia associada ao vírus da hepatite C ou nefrite intersticial crónica litiásica. No momento do diagnóstico, o cliente vivenciou momentos de desmotivação, ansiedade e saturação devido às restrições impostas pela DRC, nomeando a restrição hídrica (resultando em xerostomia) e alimentar, incapacidade de viajar e efeitos secundários do tratamento hemodialítico, como fadiga, prurido, perda da libido e sucessivas infeções e obstruções dos cateteres. Encontrava-se em programa regular de hemodiálise desde 11/06/2011, numa clínica da área de residência. Em dezembro de 2020 foi admitido na lista de espera para TR. No dia 14/01/2023 deu entrada no serviço de nefrologia onde lhe foram prestados os cuidados pré-operatórios e ensinos relativamente ao procedimento cirúrgico e foi submetido a 1º transplante renal, por dador/receptor isogrupal, rim de dador cadáver, dador de critérios expandidos. Não ocorreram complicações cirúrgicas imediatas. Iniciou terapêutica imunossupressora com globulina anti-timócitos (ATG) e tacrolimus. Apresentou diurese imediata (em cliente anúrico). Durante o internamento e após TR esteve algaliado para medição de débito urinário rigoroso, manifestando desconforto associado ao dispositivo urinário.

Quadro 4. Perfil Clínico: Casos 1 e 2

	Caso 1 Transplante Renal	Caso 2 Agravamento da DRC
Motivo de internamento	1º Transplante Renal; dador cadáver, dador de critérios expandidos.	Choque séptico no contexto de pielonefrite enfisematosa do rim direito com extensão ao bacinete homolateral com lesão renal aguda (LRA)
Complicações	Não	Instabilidade hemodinâmica e analítica, oligúria, hiperlactacidémia e obnubilação. Aumento dos parâmetros inflamatórios, LRA e coagulopatia (trombocitopenia e prolongamento de tempo de coagulação). Indicação cirúrgica emergente para nefrectomia direita e posterior TSFR.
Grau de Dependência	Independente	Independente

No caso 2, estamos perante uma cliente que recorreu ao serviço de urgência por dor lombar direita, cianose labial, hipotensão e taquicardia. Cliente com história prévia de litíase renal com vários episódios de cólica renal e necessidade de intervenção urológica (cistolitotríxia do coil distal, colocação de duplo J a nível da árvore excretora renal direita, endopielotomia e uretroscopia). Tem história de incumprimento em consultas, com tentativa de agendamento de uretroscopia, tendo ficado de ponderar a data e posteriormente deixou de atender o telemóvel. Remarcada nova intervenção que cliente recusou por motivos profissionais. À admissão apresentou hiperlactacidémia de 40mg/dl tendo iniciado antibioterapia, com evolução desfavorável, instabilidade hemodinâmica e analítica, oligúria e obnubilação. Por pielonefrite enfisematosa foi submetida a nefrectomia direita de urgência, que decorreu sem intercorrências. Na unidade de cuidados intensivos revelou hemodinâmica compatível com choque distributivo (etiologia séptica) com isolamento em hemoculturas de *Escherichia coli*. Após evolução favorável do quadro foi transferida para o internamento de nefrologia e transplante renal. Por manter lesão renal aguda multifatorial (sépsis, choque séptico, concentrações tóxicas) em fase oligúrica, foi prescrita indução em HD.

As mudanças na saúde e na doença dos indivíduos geram a necessidade de um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, por sua vez, podem afetar a sua saúde. A análise desses riscos pode ser aprimorada pela compreensão do processo de transição. A vulnerabilidade pode ser definida como uma qualidade de vida percebida pelas experiências e respostas dos clientes durante os momentos de transição. Nesse sentido, a vulnerabilidade está relacionada com experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a danos potenciais, recuperação problemática ou prolongada, estratégias de coping tardias ou ineficazes. “A vida diária, os ambientes e as interações dos clientes são moldados pela natureza, condições, significados e processos de experiências de transição. As transições resultam em mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambientes” (Meleis et al., 2000, p. 12).

Os tipos de transições que os enfermeiros encontram ao trabalhar com clientes e famílias foram identificados como desenvolvimentais, de saúde e doença, situacionais e organizacionais. A pesquisa realizada por Meleis et al., (2000) apoia esta tipologia como representativa das transições centrais para a prática de enfermagem.

Após diálogo com os clientes foi possível constatar que a transição saúde-doença não pode ser compreendida isoladamente, mas sim em conjunto com outras transições situacionais, nomeadamente no caso 1 o cliente imigrou da Venezuela para a região autónoma dos Açores, por forma a alcançar melhores condições de vida e apoio por parte da estrutura familiar alargada; no caso 2 estamos perante uma cliente que vivência uma situação económica desfavorável, encontrando-se atualmente desempregada, com a custódia de um menor dependente, tendo regressado a casa da progenitora que lhe presta apoio. Ao longo das entrevistas realizadas as experiências de migração, de trabalho e saúde/doença, as inter-relações e conexões de múltiplas transições foram tecidas ao longo das suas narrativas. No entanto, a transição saúde-doença foi a mais valorizada pelos próprios que a referem como prioritária face a outras situações pelas quais tinham passado.

Compreender as propriedades e condições inerentes ao processo de transição levará ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e das suas famílias, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis et al., 2000).

No papel de futura enfermeira especialista, e em conformidade com o previsto no regulamento de competências de enfermeiro especialista, procedi à identificação das necessidades do cliente no domínio do conhecimento sobre a doença procurando fornecer os instrumentos essenciais à sua adaptação à nova condição (transição para a diálise e transplante renal), visto que este domínio é uma função autónoma do enfermeiro, sendo este capaz de promover alterações positivas na condição de saúde do cliente estimulando a prevenção e adaptação à

sua nova condição de vida; bem como a adesão/capacitação para uma gestão adequada do regime terapêutico.

Para isso recorri a vários instrumentos, nomeadamente o Questionário de percepção de doenças versão breve (Brief-IPQ). Os resultados evidenciaram lacunas em alguns dos domínios. Defendendo um paradigma de cuidados centrado na pessoa doente, desenvolvi intervenções baseadas nas preferências e valores do cliente. Uma das intervenções foi o estabelecimento de metas com o cliente.

O modelo de cuidados, “Patient-Centered Care” (PCC), caracteriza-se por colocar a pessoa no centro dos cuidados. O programa Health 2020 da Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que o sistema de saúde deve promover um cuidado centrado na pessoa, que responda às suas necessidades individuais, com ênfase na sua participação e dignidade (OMS, 2013). O PCC baseia-se na capacitação do cliente, foca-se na relação pessoa/profissional, estimulando a parceria entre ambos, por forma a satisfazer as suas necessidades e os seus desejos (Bokhour et al., 2018).

O desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos cuidados centrados na pessoa possibilita obter ganhos significativos para a saúde, incluindo melhor acesso aos cuidados, melhores resultados clínicos e de saúde, mais literacia e educação em saúde, promoção do autocuidado, maior satisfação com os cuidados prestados e na execução do trabalho, melhor eficiência dos serviços e redução dos custos gerais (OMS, 2015). De referir que não existe um modelo único de cuidados centrados na pessoa, uma vez que os contextos, especificidades, valores, preferências e necessidades são diferentes (OMS, 2015).

A ansiedade foi observada durante o processo de comunicação terapêutica com a cliente do caso 2. Segundo a CIPE ansiedade é “Emoção, Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2019). Foi aplicado a escala de ansiedade presente no sistema de informação de enfermagem (HADS), (avaliada somente a ansiedade).

Por forma a identificar os domínios que concorrem para a percepção da qualidade de vida (QV) em que o cliente apresenta menor satisfação, tendo presente que o conhecimento das correlações entre a QV e o perfil sociodemográfico e clínico, podem ajudar a identificar/implementar uma forma personalizada de cuidar, foi aplicado o questionário Kidney Disease Quality of Life versão 1.3.

A QV pode ser percecionada como uma avaliação subjetiva que depende de múltiplos fatores de carácter pessoal, que varia com o tempo. Na área das doenças crónicas a “qualidade de vida pode referir-se ao bem-estar social, emocional e físico das pessoas doentes a seguir ao tratamento, pelo que deve incluir a avaliação do nível de satisfação da pessoa com o

tratamento, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras” (Meneses & Ribeiro, 2000, p.108).

Apesar da complexidade de viver com a DRC os dois clientes tinham presente que não havia cura para a sua doença, no entanto, mantiveram uma atitude positiva relativamente à sua QV.

4. MANIFESTAÇÕES SISTÉMICAS DA DRC E CORRELAÇÃO COM A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGÍNIA HENDERSON

A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson constitui uma base de conhecimento orientadora da prática de enfermagem. Este modelo salienta que a pessoa é única e complexa, destacando 14 necessidades fundamentais, que se podem categorizar em biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e morais (Fernandes et al., 2016).

A teórica explicita que as necessidades não traduzem problemas de saúde, mas áreas onde os problemas podem ocorrer, norteando assim os cuidados de enfermagem. As 14 NHF são: Respirar; Comer e Beber; Eliminar; Movimentar-se e manter uma postura corporal correta; Dormir e repousar; Vestir-se e despir-se; Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais; Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos; Evitar os perigos; Comunicar com os seus semelhantes; Agir segundo as suas crenças e valores; Ocupar-se com vista à sua realização; Recrear-se e Aprender (Fernandes et al., 2016).

Para Ascensão (2010), durante a prática clínica torna-se imperativo que o enfermeiro avalie a satisfação das necessidades do cliente, tendo por base as patologias que comprometem a independência na satisfação das mesmas, desenvolvendo o processo de enfermagem: apreciação (avaliação inicial), planeamento, implementação e avaliação (final) a cada uma das NHF. A autora destaca ainda que avaliação deve ser realizada de acordo com o grau de independência do cliente, reforçando que o enfermeiro e o cliente trabalham em parceria com vista à independência, adaptação a um novo estado de saúde ou morte pacífica.

Tendo em conta o exposto, considera-se que o modelo teórico proposto por Henderson facilita a componente clínica de enfermagem, favorecendo formas de avaliar o ser humano na sua integralidade, estimulando a organização do pensamento crítico, contribuindo para a sistematização dos cuidados, baseados em conhecimento científico, congruentes com as manifestações relacionadas com as NHF (Fernandes et al., 2016).

Por forma a entender as manifestações que o doente renal crónico vivencia e a forma como uma alteração num dos sistemas corporais pode condicionar a nível de dependência na satisfação das NHF procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica que resultou na elaboração do quadro que se apresenta em Apêndice I, e que servirá de suporte à identificação das causas, sinais e sintomas e parâmetros a avaliar nos dois casos apresentados.

Tendo em conta o enquadramento anteriormente descrito apresento no quadro 5 as manifestações de alterações sistémicas na DRC nos clientes acompanhados e no quadro 6 as NHF comprometidas segundo Virgínia Henderson.

Quadro 5. Manifestações de alterações Sistêmicas na DRC: Caso 1 e 2

Manifestações sistêmicas na DRC	Caso 1 Transplante Renal	Caso 2 Agravamento da DRC
Sistema Hematopoiético	Anemia; Fadiga; Equimoses	Fadiga; Trombocitopenia grave;
Sistema Cardiovascular	Hipertensão arterial com cardiopatia hipertensiva	Hipervolemia; Hipotensão; Taquicardia sinusal
Sistema Respiratório	Não demonstra compromisso	Taquipneia; Fadiga; Hipoxemia; Hipocapnia
Sistema Gastrointestinal	Xerostomia	Xerostomia
Sistema Neurológico	Não demonstra compromisso	Ansiedade
Sistema Músculo-Esquelético	Não demonstra compromisso	Diminuição da força muscular
Sistema Tegumentar	Hiperpigmentação; Prurido; Equimoses	Palidez cutânea
Sistema Geniturinário	Diurese residual	Oligoanúria
Sistema Reprodutor	Diminuição da libido	Não demonstra compromisso

Quadro 6. Necessidades Humanas Fundamentais comprometidas: Caso 1 e 2

NHF	Caso 1 Transplante Renal	Caso 2 Agravamento da DRC
Respirar	Fadiga associada ao tratamento de HD. Apesar do risco, esta NHF não se encontra comprometida.	Fadiga, taquicardia e hipoxemia durante o período de descompensação da doença.
Comer e Beber	Diminuição da ingesta hídrica manifestada por xerostomia.	Diminuição da ingesta hídrica manifestada por xerostomia.
Eliminar	Desconforto pela presença de drenagem vesical, após intervenção cirúrgica.	Desconforto pela presença de drenagem vesical, após intervenção cirúrgica.
Movimentar-se e manter uma postura corporal correta	NHF não comprometida	Diminuição da força muscular
Vestir-se e despir-se	Cansaço associado ao tratamento de HD. Apesar do risco, esta NHF não se encontra comprometida.	Cansaço e diminuição da força muscular.
Evitar os perigos	NHF não comprometida.	Faltas ocasionais às consultas de vigilância de saúde.

Comunicar com os seus semelhantes	Diminuição da libido alterando a sua relação conjugal.	NHF não comprometida.
Ocupar-se com vista à sua realização	NHF não comprometida.	Ansiedade pelo facto de estar desempregada.
Recrear-se e Aprender	NHF não comprometida.	Demonstra poucos conhecimentos sobre a sua doença.

Perante as manifestações da DRC identificadas/caracterizadas em Apêndice I, os dois casos clínicos foram analisados visando a compreensão global dos clientes, tendo em conta as necessidades decorrentes da sua DRC.

No caso clínico 1 percebeu-se que tinha três NHF comprometidas, nomeadamente comer e beber, eliminar e comunicar com os seus semelhantes.

Como referindo anteriormente a DRC pode estar associada a outras alterações sistémicas podendo levar ao desenvolvimento de alterações e manifestações na mucosa oral.

Segundo Almeida et al. (2015) citado por Cardoso et al. (2020) as lesões na cavidade oral surgem aproximadamente em 90% dos doentes renais, destacando-se estomatites, xerostomia, desenvolvimento de cáries, doença periodontal, infeções fúngicas e bacterianas. A xerostomia define-se como a sensação subjetiva de boca seca e é um sintoma comum dos clientes com DRC, como verificado em ambos os casos, e pode ser causada pela restrição da ingestão hídrica ou por efeito adverso do tratamento. É ainda referido o hálito urémico que pode ocorrer em função de altas concentrações de ureia, fosfatos, proteínas e alterações no pH salivar. Cardoso et al. (2020) destacou no seu estudo que a desidratação e as alterações hidroeletrólíticas presentes durante o tratamento de HD levam a alterações no funcionamento das glândulas salivares, alteram a quantidade e qualidade da saliva, podendo comprometer a saúde oral, uma vez que a saliva desempenha um importante papel na manutenção das condições fisiológicas dos tecidos orais e do aparelho gastrointestinal. A xerostomia nos clientes submetidos a HD pode provocar disgeusia, dificuldades na mastigação, deglutição e dislalia, aumento da incidência de lesões e infeções orais e aumento do peso interdialítico. A utilização de sialagogos sistémicos e/ou tópicos, a restauração/regeneração tecidular e a intervenção psicológica são a base de tratamento para este sintoma (Nunes, 2021).

O desconforto vesical provocado pela cateterização vesical, segundo Patrício (2016) é uma entidade clínica associada à instabilidade vesical, provocada pela presença de um cateter urinário, manifestando-se por desconforto supra-púbico, sintomatologia do espectro da bexiga hiperativa, espasticidade vesical com sensação de urgência urinária e perdas extra-algália,

de forma análoga à frequência aumentada e à incontinência de urgência do cliente não algaliado. Este complexo de sintomas surge muitas vezes associado à algaliação dos clientes no pós-operatório, como nos casos clínicos supracitados, podendo levar à exacerbação da dor, diminuição da qualidade de vida e maior tempo de recuperação.

A disfunção erétil nos homens, alterações menstruais nas mulheres e diminuição da libido e da fertilidade em ambos os sexos, são um achado comum nos doentes renais crónicos. Estas anamalias têm uma natureza orgânica e estão relacionadas não só com a urémia mas com outras condições frequentes associadas à doença renal. Fatores psicológicos e sociais, normalmente também estão presentes, levando à perda da qualidade de vida inerentes à DRC, como pelas alterações da atividade sexual com repercussão na vida conjugal. A prevalência de disfunção sexual varia desde 9% em clientes pré-dialíticos até 70% nos clientes em diálise. Nos transplantados renais varia entre 21 e 43% mantendo-se sem grandes variações desde a década de 70 do século XX. A disfunção erétil na DRC envolve vários fatores etipatogénicos: “endócrinos por alterações do eixo hipotálamo-hipófise-gónada; vasculares por alterações do lúmen e fluxo arterial, neurogénicos devido a neuropatias periféricas autonómicas e do tecido cavernoso por degenerescência colagénica do endotélio e tecido muscular liso dos corpos cavernosos” (Morales et al., 2001, p. 36). A hipertensão, a hipercolesterolémia, a diabetes, a fadiga relacionada com alterações dos electrólitos e da anemia, o stress e a depressão, comum à DRC, constituem fatores coadjuvantes para a disfunção erétil (Morales et al., 2001).

Da análise do segundo caso clínico evidencia-se que existem 8 NHF comprometidas, nomeadamente, respirar, comer e beber, eliminar, movimentar-se e manter uma postura corporal correta, vestir-se e despir-se, evitar os perigos, ocupar-se com vista à sua realização, recrear-se e aprender.

A perda progressiva da função renal, como referido anteriormente, leva à manifestação de vários sintomas, incluindo a fadiga. A fadiga em clientes com DRC é um sintoma comum e debilitante que afeta negativamente a sua qualidade de vida. Segundo Teixeira & Cristóvão (2018) a fadiga é um termo complexo de origem multifatorial, que atinge 60-97% das pessoas com DRCT. França & Rodrigues (2005) citado por Teixeira & Cristóvão (2018) “identificam características relacionadas com a síndrome da fadiga: sensação de cansaço constante; cansaço intenso após esforço mental; exaustão ou fraqueza após pequenos esforços; podendo acompanhar dores musculares, tonturas, cefaleia, diversas perturbação do sono; ansiedade, dispneia, diminuição da libido, reações depressivas leves, sensação de falta de energia; dificuldade em tomar decisões, de concentração e compromisso da memória” (Teixeira & Cristóvão, 2018, p. 8). Face às dificuldades e aos problemas resultantes da DRC, juntamente com os efeitos da HD, o cliente pode estar sujeito a limitações físicas na realização

das suas atividades de vida diária e a alterações emocionais e psicológicas (Teixeira & Cristóvão, 2018).

A falta às consultas, como é relatado no caso 2, levaram à descompensação da sua patologia base. Características demográficas, como idade, género, nível socioeconómico, mas também aspetos que se relacionem com constrangimentos a nível da comunicação (compreensão linguística de um idioma), crenças e valores de uma determinada cultura, são fatores descritos que contribuem para o incumprimento por parte dos clientes, afetando a acessibilidade e a continuidade de cuidados comprometendo a adequada gestão da doença. As faltas a consultas de ambulatório no contexto de gestão especializada periódica têm implicações negativas na saúde, agravamento da situação clínica e até morte prematura. A não continuidade de cuidados de saúde associa-se a um mau prognóstico na saúde e ao aumento das listas de espera para consultas, com o consequente aumento do tempo de espera, pelo número elevado de internamentos e maiores taxas de hospitalização devido ao agravamento de doenças crónicas bem como o recurso excessivo aos serviços de urgência (Reis, 2020).

Em Portugal, existe um elevado número de pessoas com baixos níveis de literacia em saúde, o que está relacionado com um maior número de internamentos e com a utilização excessiva dos serviços de urgência bem como uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas, levando à diminuição da qualidade de vida. Impõe-se aos Enfermeiros, enquanto agentes determinantes na promoção da literacia em saúde, que desenvolvam iniciativas promotoras da capacitação ou do empoderamento dos clientes, de forma a apoiar com informação assertiva e clara os clientes, de forma a melhorar os resultados e cuidados em saúde. É essencial que os clientes adotem comportamentos que promovam a saúde, previnam as doenças e assumam com responsabilidade os seus cuidados de saúde (Andrade et al., 2020).

Segundo Stømer et al. (2020) os clientes com DRC adotam diferentes abordagens relativamente às informações sobre a sua saúde. Estes autores referem que os clientes podem alternar entre estratégias distintas para gerir uma nova condição de saúde: confronto ou distanciamento. O confronto caracteriza-se pelo envolvimento do cliente que assume um papel ativo por forma a resolver ou minimizar o problema, assumindo o problema como o seu foco. Por antítese o distanciamento caracteriza-se por uma tentativa de ignorar ou banalizar um problema de forma a evitar sentimentos desagradáveis; o facto de o cliente desenvolver uma postura de distanciamento face à sua atual condição saúde/doença não se traduz numa inacessibilidade à sua informação clínica ou que o mesmo apresente dificuldades na perceção da mesma. Uma relação de confiança entre os clientes e os profissionais de saúde promove e otimiza uma melhor literacia em saúde.

CONCLUSÕES

No papel de futura enfermeira especialista, facilitada pela experiência profissional prévia em contexto de internamento, a autonomia na prestação de cuidados aos clientes (caso 1 e 2) anteriormente mencionados, implicaram o domínio de condições inerentes à permanência destes no serviço de internamento de nefrologia e transplante renal e adequação de princípios éticos e deontológicos da profissão face a este ambiente específico.

Durante o processo de colheita de dados aos dois clientes, foram mobilizados alguns Instrumentos Básicos em Enfermagem, nomeadamente: Entrevista, Registos, Relação Interpessoal, Comunicação e Criatividade, CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e pensamento crítico.

A entrevista teve como foco entender a individualidade da pessoa, a forma como esta vivenciou as transições ao longo do seu ciclo vital e identificar as manifestações/alterações geradas na satisfação das suas NHF. A entrevista permitiu compreender a forma como o cliente vivência a sua saúde/doença, iniciar uma relação interpessoal, aplicar o processo de enfermagem, formulando os diagnósticos de enfermagem e prescrevendo intervenções específicas envolvendo o cliente ao longo de todo o processo.

Os diagnósticos e intervenções específicas de enfermagem foram levantadas segundo o sistema de informação de enfermagem do serviço em linguagem classificada (CIPE) que respeita as recomendações do International Council of Nurses (INC) e da Ordem dos Enfermeiros para o uso de linguagem comum a todos os enfermeiros.

Após o desfecho positivo dos dois casos clínicos, foi feita uma reflexão com a enfermeira orientador, que validou a capacidade de liderança demonstrada, delimitando estratégias de atuação e orientação para a elaboração do presente documento.

A execução do presente documento possibilitou um desenvolvimento profissional e pessoal muito significativo, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, tendo em vista a melhor qualidade de vida dos clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade et al. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf
- Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Repositório aberto.
- Bokhour et al. (2018). *How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation*. BMC Health Services Research, 18, 168 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Cardoso et al., (2020). *Oral alterations in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis*. Rev Bras Ciên Saúde 24(1):5-16.
- Coresh et al. (2007). *Prevalence of chronic kidney disease in the United States*. J Am Soc Nephrol. 2007;18(5):1569-1582.
- DGS (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa, Norma da Direção Geral de Saúde.
- EDTNA/ERCA (2007). Competecy Framework. Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA.
- Fernandes et al. (2016). *PROCESSO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO EM VIRGINIA HENDERSON APLICADO A UMA TRABALHADORA IDOSA*. Revista de Enfermagem UFPE On Line., Recife, 10(9):3418-25.
- Galvão et al. (2022). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2021*. Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
- International Council of Nurses (2019). Browser CIPE. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- KDIGO (2013). *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. Kidney International Supplements, 3(1), 4–4. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>

Meleis et al. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle - Range Theory*. Adv Nurs Sci 2000;23(1):12–28.

Meneses & Ribeiro (2000). *Análise Psicológica: Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da ação*. Lisboa

Morales et al. (2001). *Disfunção Erétil e Insuficiência Renal Crónica*. Acta Urológica Portuguesa 2001, 18(3) 35-38. Coimbra.

National Kidney Foundation. (2021). *Chronic Kidney Disease (CKD)*. <https://www.kidney.org/disease/chronic-kidney-disease-ckd>

Nunes (2021). *Xerostomia em doentes com doença renal crónica hemodialisados*. Dissertação de Mestrado no Instituto Universitário Egas Moniz. Almada. Repositório Comum.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291020_15_VF_site.pdf

Organização Mundial de Saúde (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. OMS.

Organização Mundial de Saúde (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred Health services 2016-2026*. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of Health services.

Patrício (2016). *Validação do Questionário de Desconforto Vesical Associado À Algaliação*. Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa. Repositório Universidade de Lisboa.

Ponde, P. (2020). *Manual de Nefrologia*. (1º edição). Lidel.

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>

Reis (2020). *Não comparência a consultas médicas, sua caracterização e implicações no acesso aos cuidados de saúde: uma revisão da literatura*. Mestrado Integrado em Medicina. Porto. Repositório Aberto.

Silva et al. (2013). *Income and chronic kidney disease: a population-based study*. J Public Health. 2013;35(4):543-549

Silva, A. (2022). *Literacia em saúde e qualidade de vida do doente insuficiente renal crónico em programa regular de hemodiálise*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações. Porto. Repositório Aberto.

Stømer et al. (2020). Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: A qualitative study. *BMC Nephrology*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01973-9>

Teixeira & Cristóvão (2018). A FADIGA NOS DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE. *NEPHRO'S*. 20(1) 7-14.

Vinhas et al. (2020). *RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal*. *Nephron* 2020; 144:479-487.

KDIGO (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the internacional society of nephrology*, 3 (1), 136-150. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Levey et al. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67(6), 2089–2100. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x>

APÊNDICE I

Manifestações Sistêmicas na Doença Renal Crônica

Manifestações Sistémicas na Doença Renal Crónica

	Causas	Sinais e Sintomas	Parâmetros de Avaliação
Sistema Hematopoiético	• Diminuição da produção de eritropoietina, ferro, vitamina B12 e ácido fólico; • Diminuição da sobrevivência dos glóbulos vermelhos; • Hemorragia; • Perdas hemáticas durante a diálise; • Diminuição da atividade plaquetária e endotelina.	• Anemia; • Fadiga; • Anomalias na função plaquetária (Trombocitopenia, trombocitose); • Diminuição do hematócrito; • Equimoses; • Hemorragias.	• Hematócrito; • Hemoglobina; • Tempo de hemorragia; • Observação de equimoses, hematêmeses ou melenas.
Sistema Cardiovascular	• Sobrecarga hídrica; • Mecanismo renina-angiotensina; • Anemia; • Hipertensão crónica; • Calcificação dos tecidos moles;	• Hipervolemia; • Hipertensão; • Taquicardia; • Disrítmias; • Insuficiência cardíaca congestiva; • Pericardite;	• Sinais vitais; • Peso corporal; • Eletrocardiograma; • Sons cardíacos; • Ionogramas; • Avaliação da dor; • Atrito pericárdico.

	• Toxinas urémicas no líquido pericárdico; • Formação de fibrina no epicárdio; • Microalbuminúria • Metabolismo anormal de cálcio e fosforo; • Disfunção endotelial;	• Isquemia miocárdica; • Fibrilação atrial; • Hipertrofia ventricular esquerda; • Calcificação do anel mitral e da valva aórtica.	
Sistema Respiratório	• Mecanismos compensatórios da acidose metabólica; • Toxinas urémicas; • Sobrecarga hídrica.	• Taquicardia; • Dispneia; • Fadiga; • Respiração de Kussmaul; • Hálito urémico; • Expetoração viscosa ou espumosa; • Dor ao tossir; • Hipertermia; • Pneumonite hilar; • Atrito pleural.	• Avaliação respiratória; • Gasimetria arterial; • Observação da mucosa oral; • Sinais vitais; • Oximetria de pulso.

		• Edema pulmonar; • Insuficiência e infecção respiratória; • Alcalose respiratória.	
Sistema Gastrointestinal	• Alteração na atividade plaquetária; • Toxinas urémicas séricas; • Desequilíbrios eletrolíticos; • Ureia convertida em amónia pela saliva; • Inflamações sistémicas;	• Anorexia; • Xerostomia; • Distensão abdominal; • Hemorragia gastrointestinal; • Náuseas e vômitos; • Diarreia; • Obstipação; • Gastroparesia; • Diverticulose; • Úlcera péptica; • Refluxo gástrico.	• Controlo do balanço hídrico; • Hematócrito; • Hemoglobina; • Exame de sangue oculto nas fezes; • Avaliação do tipo de fezes; • Avaliação da dor abdominal.
Sistema Neurológico	• Toxinas urémicas; • Desequilíbrios eletrolíticos; • Edema cerebral resultante de redistribuição de fluidos.	• Letargia, confusão mental; • Convulsões; • Ansiedade; • Incapacidade de concentração;	• Nível de orientação; • Nível de consciência; • Reflexos; • Eletroencefalograma; • Níveis de eletrólitos;

		• Perda de memória; • Sonolência; • Distúrbios no sono; • Delírio; • Estupor, coma; • Comportamento anormal; • Asterixis; • Irritabilidade muscular.	• Avaliação de asterixis.
Sistema Músculo-Esquelético	• Diminuição da absorção de cálcio; • Diminuição da excreção de fosfatos;	• Osteodistrofia renal; • Dor articular; • Atraso de crescimento; • Diminuição da força muscular; • Descalcificação óssea.	• Fósforo sérico; • Cálcio sérico; • Avaliação da dor articular; • Nível de paratormona.
Sistema Tegumentar	• Anemia; • Retenção de pigmento; • Diminuição do tamanho das glândulas sudoríparas; • Diminuição da atividade das glândulas sebáceas;	• Palidez; • Hiperpigmentação; • Prurido; • Equimoses; • Escoriações; • Flocos urémicos;	• Observação de equimoses; • Avaliação da coloração da pele; • Avaliação da integridade cutânea;

	• Pele seca; • Depósito de fosfatos; • Excreção de produtos residuais do metabolismo pela pele.	• Xerose; • Elastose; • Ginecomastia; • Desordens perfurantes (Doença de Kyrle, foliculites perfurantes, colagenose perfurante reativa, calcinose cutânea e a calcifilaxia); • Calcificação metastática; • Dermopatia fibrótica urémica; • Dermatoses bolhosas; • Unha meio a meio (half-and-half).	• Observação de lesões e da sua localização;
Sistema Geniturinário	• Nefrónio lesados	• Diminuição da diurese; • Diminuição da densidade da urina; • Proteinúria; • Cilindros e células na urina; • Diminuição do sódio urinário.	• Controlo do balanço hídrico; • Creatinina sérica; • Ureia; • Eletrolíticos séricos; • Densidade da urina;

			• Eletrolíticos urinários.
Sistema Reprodutor	• Alterações endócrinas; • Alterações no metabolismo do cálcio; • Azotémia; • Anemia; • Hipertensão; • Malnutrição; • Medicamentos.	• Infertilidade; • Diminuição da libido; • Disfunção erétil; • Amenorreia; • Anovulação; • Alterações no crescimento e desenvolvimento; • Insuficiência ovárica prematura; • Galactorreia; • Calcificação dos tecidos moles.	• Controlo do balanço hídrico; • Controlo dos sinais vitais; • Hematócrito; • Hemoglobina.

Referências Bibliográficas

Cunha & Stinghen (2018). *The intricate relationship between gut and kidney*. Brazilian Journal of Nephrology. 40(3):215-6.

Dino & Campos (2018). *RENAL CHRONIC DISEASE AND ITS IMPLICATION TO THE METABOLIC SYSTEMS*. Revista UNIANDRADE. Volume 18. nº 3 (p.149-156).

Elias, R. (2004). *Distúrbios do sistema nervoso central e periférico*. J Bras Nefrol. Volume XXVI. nº 3. Supl. 1.

Lupi et al. (2011). *Cutaneous manifestations in end-stage renal disease*. An Bras Dermatol. 86(2):319-26.

Melo et al. (2018). *Chronic renal disease and gynecology – theoretical review*. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Unidade do Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. Acta Ostet Ginecol Port. 12(3): 195-201.

Monahan et al. (2010). PHIPPS - *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Prespectivas de Saúde e Doença*. (8ªed.). Volume II. Lusodidacta.

Santos et al. (2016). *PERFIL HEMATOLÓGICO EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS*. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Volume III. nº 3 (p.177-194).

Sarah Faubel & Charles L. Edelstein (2015). Mechanisms and mediators of lung injury after acute kidney injury. *Nature Reviews Nephrology*. Vol. 12; 48-60. doi:10.1038/nrneph.2015

Varela & Pecoits Filho (2006). *Interações Entre a Doença Cardiovascular e a Doença Renal Crônica*. Bras Nefrol Volume XXVIII nº 3. Supl. 2.

Apêndice VII

Caracterização dos artigos selecionados para a Revisão *Scoping*

#	Título, Autor(es) e Ano de publicação	Amostra, Metodologia e Objetivos	Resultados
1	Melhorar a carga de cuidadores através de um programa de tutoria dirigido por pares para cuidadores de doentes com doença renal crónica: um ensaio controlado aleatório (Ghahramani et al., 2022)	Amostra de 86 cuidadores. Ensaio controlado randomizado. Estudar a eficácia da tutoria estruturada por pares formados sobre a carga de cuidados entre os cuidadores de doentes com doença renal crónica.	O programa de tutoria estruturada reduziu a sobrecarga de cuidados em cuidadores de doentes com doença renal crónica. Os profissionais são responsáveis pela informação formal, monitorização contínua e medidas de redução da carga de cuidados através da comunicação contínua e resolução de questões.
2	Avaliação da sobrecarga, ansiedade, depressão e qualidade de vida entre os cuidadores de doentes em hemodiálise (Pio et al., 2022)	Amostra de 104 cuidadores. Estudo transversal. Investigar a influência de fatores sociodemográficos e estilos de vida dos prestadores de cuidados e condições clínicas dos pacientes ao nível da sobrecarga de prestadores de cuidados.	Níveis elevados de sobrecarga correlacionam-se positivamente com estados de ansiedade e depressão, diminuindo também a qualidade de vida. Foi também encontrada uma relação entre o estilo de vida do cuidador e a presença de ansiedade e depressão. Há relação significativa entre a forma como os participantes encaram a sua capacidade de cuidar e a depressão ou ansiedade. Os enfermeiros podem ajudar a diminuir os níveis de sobrecarga e ansiedade quando desenvolvem competências de cuidador.
3	Fatores que influenciam as escalas de sobrecarga, mecanismos de sobrevivência e qualidade de vida dos prestadores de cuidados de hemodiálise em Andhra Pradesh, Índia (Nagarathnam et al., 2021)	Amostra de 150 cuidadores. Estudo prospetivo. Investigar a influência das variáveis demográficas, sociais e clínicas, sobre a sobrecarga, as estratégias de resolução e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados em hemodiálise.	Os fatores sociodemográficos influenciam a procura de apoio social, um mecanismo de <i>coping</i> dominante nos prestadores de cuidados em hemodiálise. Limitações devidas à saúde física e a problemas emocionais afetam a qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem reduzir os sentimentos de sobrecarga, criar estratégias de sobrevivência, melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente na relação entre o doente e cuidadores e na rede de apoio social.
4	Avaliação do efeito de um programa de intervenção centrado na família sobre a sobrecarga de cuidados e a autoeficácia	Amostra de 64 cuidadores. Ensaio Clínico randomizado.	A sobrecarga no grupo de intervenção diminuiu após 2 meses de implementação do programa de empoderamento. A sobrecarga do prestador de cuidados

#	Título, Autor(es) e Ano de publicação	Amostra, Metodologia e Objetivos	Resultados
	dos cuidadores de hemodiálise com base na teoria cognitiva social: um estudo de ensaio clínico randomizado (Rabiei et al., 2020)	Avaliação de um programa de capacitação centrado na família (baseado na teoria cognitiva social) sobre a sobrecarga de cuidadores e a autoeficácia dos cuidadores em doentes em hemodiálise.	no grupo de controlo intensificou-se ao longo do tempo. Houve melhorias significativas no estado mental e no funcionamento social dos pacientes e uma redução da sobrecarga de cuidados de saúde dos cuidadores. Os enfermeiros ajudam os CI a compreender os problemas, ajudam a desenvolver competências, e contruir a autoestima através do conhecimento, estabelecimento de objetivos e melhoria da autoconfiança.
5	Cuidar dos idosos com doença renal crónica avançada e considerar as suas necessidades: um estudo qualitativo (Eneanya et al., 2020)	Amostra de 31 médicos, doentes ou cuidadores. Estudo qualitativo. Exploração das perceções do médico e do cuidador sobre os tratamentos das doenças renais em fase terminal e o planeamento dos cuidados avançados.	Os CI procuram informação contínua sobre opções de tratamento e planeamento avançado dos cuidados junto dos seus nefrologistas, designadamente sobre a saúde futura e conceitos errados sobre a doença. Os pacientes e prestadores de cuidados não estavam esclarecidos sobre vários aspetos da diálise, alternativas de tratamento e planeamento avançado dos cuidados. Programa de intervenção promotor do conhecimento, da consciência da doença, e da saúde física. Fomentar a capacidade de comunicação com os pacientes, capacitando para gerir o stress. Os enfermeiros foram capazes de fomentar o conhecimento e a consciência da doença, promover os estados físicos e mentais, e desenvolver as capacidades de comunicação e de reação entre os prestadores de cuidados.
6	Efeito de um Programa de Empoderamento Familiar sobre a Sobrecarga de Cuidados dos Cuidadores Familiares de Pacientes em Hemodiálise (Sotoudeh et al., 2019)	Amostra de 70 cuidadores. Ensaio Clínico randomizado. Estudar o efeito de um programa baseado na sobrecarga dos cuidadores familiares sobre a vida dos cuidadores familiares e dos doentes em hemodiálise.	Programa de intervenção promotor do conhecimento, da consciência da doença, e da saúde física. Fomentar a capacidade de comunicação com os pacientes, capacitando para gerir o stress. Os enfermeiros foram capazes de fomentar o conhecimento e a consciência da doença, promover os estados físicos e mentais, e desenvolver as capacidades de comunicação e de reação entre os prestadores de cuidados.
7	Efeito da intervenção psico-educacional na sobrecarga de cuidadores entre os cuidadores de hemodiálise (Hemmati Maslakhpak et al., 2019)	Amostra de 105 cuidadores. Ensaio clínico. Determinar o efeito da intervenção psico-educacional na sobrecarga de cuidadores em doentes de hemodiálise.	Após a intervenção, os resultados médios de <i>burnout</i> nos grupos de intervenção foram significativamente inferiores aos do grupo de controlo. Os programas educativos psicológicos para os CI reduzem a carga de cuidados, aumentam a sensação de conforto, diminuem o stress e reduzem os efeitos negativos da prestação de cuidados na pessoa afetada.
8	Compreender os adultos com doenças renais crónicas e as experiências de	Amostra de 37 participantes. Estudo descritivo qualitativo.	Os domínios que facilitam um ótimo estado de cuidador e paciente, incluem o desenvolvimento de

#	Título, Autor(es) e Ano de publicação	Amostra, Metodologia e Objetivos	Resultados
	autogestão dos seus cuidadores: um estudo qualitativo utilizando o quadro teórico do domínio (Baay et al., 2019)	Analisar os domínios teóricos que podem influenciar o comportamento de autogestão tanto de pacientes como de cuidadores de doenças renais crônicas.	conhecimentos e competências dos CI; a identidade de papel; a autoconfiança, otimismo e expectativas; os sistemas de recompensa, objetivos e prioridades; autorização para tomar decisões. Os fatores de stress ambiental, depressão, ansiedade estão relacionados com a sobrecarga do prestador de cuidados. A intervir nos domínios: desenvolvimento de conhecimentos sobre a doença; vontade de aprender e ensinar; crenças sobre capacidades e autoconfiança; técnicas de autogestão ou aquisição de competências; otimização do apoio social e do meio ambiente; identificação do papel profissional ou social dos prestadores de cuidados.
9	Apoio social e resiliência: fatores de proteção nos prestadores de cuidados primários de doentes em hemodiálise (Martínez et al., 2019)	Amostra de 67 cuidadores. Estudo descritivo observacional. Identificar o tipo de fonte de apoio social nos cuidadores de pacientes em hemodiálise e os mecanismos de resiliência destes cuidadores.	Foram demonstradas situações de tensão, preocupação, stress e exaustão entre os prestadores de cuidados, bem como o apoio e o desencadeamento de estados emocionais relacionados com depressão e ansiedade. As intervenções de enfermagem adequadas estão relacionadas com o fornecimento de uma rede de apoio social que ajude na execução de tarefas. Assim como recursos de informação ou formação que dimi a sobrecarga de prestadores de cuidad e, especialmente, ajudam no processo de aquisição de competências de prestação de cuidados.
10	Sobrecarga, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos cuidadores de doentes com doença renal em fase terminal (Adejumo et al., 2019)	Amostra de 114 participantes. Ensaio controlado randomizado. Avaliar o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida dos cuidadores de doentes com doença renal crónica em dois hospitais no sul da Nigéria.	O grupo de cuidadores tinham pontuações mais elevadas em depressão, ansiedade, tensão alta ou moderada e pontuações mais elevadas que os não prestadores de cuidados. Programas com material educativo e com ação participativa, sobre cuidados de diálise e transplante, são adequados para melhorar a prestação de cuidados.
11	Sobrecarga do cuidador e responsabilidades dos enfermeiros para reduzir o <i>Burnout</i> (Demirbağ et al., 2018)	Amostra não aplicável. Artigo de revisão da literatura. Desenvolver informação sobre as responsabilidades dos enfermeiros para reduzir a sobrecarga de cuidadores em diferentes doenças.	Existe relação entre os índices de ansiedade, depressão, fadiga, isolamento social e deterioração das relações familiares com os CI em doentes de hemodiálise. Os CI têm dificuldades em realizar atividades de vida diária de acordo com o nível de dependência dos doentes. A

#	Título, Autor(es) e Ano de publicação	Amostra, Metodologia e Objetivos	Resultados
			logística relativa aos cuidados médicos, medicamentos e dieta podem mudar a imagem corporal, e desenvolver problemas sociais e económicos. Os enfermeiros são responsáveis pela educação de pacientes e familiares para adaptação à nova realidade, ajudam a responder às necessidades e orientam sobre as tarefas e responsabilidades básicas que os prestadores de cuidados e os cuidadores devem ter.
12	Desafios percebidos pelos cuidadores familiares de doentes com doença renal crónica e soluções sugeridas: um estudo qualitativo (Surendran et al., 2018)	Amostra de 18 cuidadores. Estudo qualitativo. Explorar os desafios percebidos pelos cuidadores de doentes com Doença Renal Crónica em diálise regular e identificar possíveis soluções para a mesma.	Os CI apresentam problemas psicológicos, financeiros, sociais, espirituais, físicos e relacionados com o tratamento. As intervenções de enfermagem podem apoiar os CI com programas eficazes de coordenação familiar, voluntários na comunidade e protegem o sistema de saúde física e mental dos mesmos.
13	Efeito do programa de apoio educativo sobre a qualidade de vida dos cuidadores familiares de doentes em hemodiálise (Ghane et al., 2017)	Amostra de 76 cuidadores. Ensaio clínico controlado randomizado. Avaliar o efeito dos programas de apoio sobre a qualidade de vida e a carga de cuidados nos prestadores de cuidados em hemodiálise.	O ensino de estratégias de sobrevivência e educação sobre doenças aumentou a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes em hemodiálise. Sugere-se que os administradores do sistema de saúde incentivem os profissionais a implementar tais programas para melhorar o estado de saúde dos prestadores de cuidados.
14	Estratégias de sobrecarga e de resposta entre os prestadores de cuidados de hemodiálise da Jordânia (Alnazly, 2016)	Amostra de 139 cuidadores. Estudo qualitativo. Avaliar o nível de sobrecarga entre os prestadores de cuidados de hemodiálise e estratégias para responder à sobrecarga.	A perceção de sobrecarga dos prestadores de cuidados está associada a tarefas físicas como emocionais, as pontuações de sobrecarga mais elevadas estão relacionadas com a gestão das tarefas domésticas fora de casa, gestão de problemas de comportamento bem como encontrar um prestador de cuidados para ajudar. Os enfermeiros fornecem estratégias centradas no problema, bem como desenvolvem a autoconfiança, crescimento espiritual, autogestão e apoiam nas estratégias de gestão emocional dos cuidadores.
15	Eficácia das estratégias de sobrevivência focadas no problema sobre a sobrecarga do cuidador de hemodiálise	Amostra de 76 cuidadores. Ensaio clínico controlado randomizado.	As estratégias de aprendizagem podem reduzir a carga de cuidados para os prestadores de cuidados. É importante proporcionar formação em apoio aos

#	Título, Autor(es) e Ano de publicação	Amostra, Metodologia e Objetivos	Resultados
	(Ghane et al., 2016)	Examinar a eficácia de estratégias de resolução de problemas (capacidades de comunicação, gestão do sentimento de raiva e respiração profunda) sobre a sobrecarga dos cuidadores de doentes em hemodiálise.	prestadores de cuidados de doentes com doenças crónicas, tais como os utilizadores regulares de hemodiálise. A formação de prestadores de cuidados de saúde em estratégias de sobrevivência pode reduzir significativamente a sua sobrecarga e aumentar a sua autoestima, a sua perceção de saúde e qualidade de vida e, eventualmente, aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Anexo I

Certificado de participação no curso de formação profissional
“*Stresse e Burnout* em Profissionais de Saúde e sua Prevenção”



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE. EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 5-09-2010

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **MARIANA ALMEIDA CRAVEIRO**, natural de Alvalázere, nascida a 02-08-1994, nacionalidade Portuguesa, do sexo Feminino, com o Documento de Identificação n.º 14673592, válido até 03-08-2031, frequentou no dia 20-10-2022, com a duração total de 4 horas, o Curso de Formação Profissional

Stresse e Burnout em Profissionais de Saúde e sua Prevenção

Lisboa, 06 de dezembro de 2022

O Responsável pela Entidade Formadora

Diretora do Centro de Formação do CHUN

Certificado N.º 441/2022

Modalidade de Formação: Outras ações de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

Área de Formação: 862 – Higiene e Segurança no Trabalho

Competências Adquiridas: No final da ação os Formandos deverão estar aptos a: Identificar as semelhanças e as diferenças entre stresse relacionado com o trabalho, burnout e o "work engagement"; Identificar os principais fatores de stresse relacionado com o trabalho na atividade de assistentes técnicos e de assistentes operacionais; Identificar ações úteis para a prevenção do stresse relacionado com o trabalho e do burnout e estimular o "Work engagement".

PLANO CURRICULAR – 4 HORAS
• Fator de risco e risco de natureza psicossocial • Stresse relacionado com o trabalho • Burnout • Fatores indutores de stresse (stressores) relacionados com o trabalho • Prevenção do stresse relacionado com o trabalho • Compromisso com o trabalho ("work engagement") • Estudos de casos